

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS: QUÍMICA
DA VIDA E SAÚDE

RENATO SAMPAIO DE AZAMBUJA

O CORPO, A MENTE E O SUJEITO

Será possível um cuidado de si em saúde que considere o modo existencial do paciente?

PORTO ALEGRE

2018

RENATO SAMPAIO DE AZAMBUJA

O CORPO, A MENTE E O SUJEITO

Será possível um cuidado de si em saúde que considere o modo existencial do paciente?

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências: Química da vida e Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Educação em Ciências.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Nádia Geisa Silveira de Souza - UFRGS

Linha de pesquisa: Educação científica: implicações das práticas científicas na constituição dos sujeitos

PORTO ALEGRE

2018

RENATO SAMPAIO DE AZAMBUJA

O CORPO, A MENTE E O SUJEITO

Será possível um cuidado de si em saúde que considere o modo existencial do paciente?

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências: Química da vida e Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul na linha de pesquisa “Educação Científica: implicações das práticas científicas na constituição de sujeitos” como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Educação em Ciências.

Aprovada em _____ de _____ de 2018

Prof^ª. Dr^ª Nádia Geisa Silveira de Souza - UFRGS (Orientadora)

Banca examinadora:

Prof^ª. Dr^ª. Tatiana Camargo - UFRGS

Prof^ª. Dr^ª Ana de Medeiros Arnt - UNICAMP

Prof. Dr. Paulo Rosenbaum – USP

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho à minha esposa Laura que muito suportou e me acompanhou nos percalços desse caminho

À minha filha Isabella que ajudou na correção e na confecção de comentários complementando o que escrevi

Ao meu filho Murilo que me inspira em suas conversas

À Homeopatia que me abriu caminhos

AGRADECIMENTOS

Agradeço de coração à minha orientadora que, com cuidado e dedicação, soube me mostrar o melhor caminho das ideias que eu precisei construir.

A vida só pode ser entendida como um acontecimento.
Mikhail Bakhtin

A enunciação representa uma 'micropolítica' e/ou 'microfísica' das relações entre os locutores.
Maurizio Lazzarato

RESUMO

Esta dissertação consiste em um estudo do fazer da medicina, elaborado a partir de estudos foucaultianos. Trata-se de uma pesquisa de cunho teórico, composta por uma revisão histórica sobre a biomedicina e seu papel nas relações de poder/saber, enquanto produção de verdades médicas na atualidade, e por uma análise da obra de Samuel Hahnemann, fundador da Homeopatia, visando a construção de um cuidado em saúde que leve em conta o modo existencial do paciente. Tem como principal objetivo trazer questionamentos às técnicas exercidas a partir da visão de corpo objeto, não existencial, predominantes nas práticas biomédicas ao estabelecerem a ciência como verdade única. Com o estudo busco gerar uma crítica ao tipo de objetividade presente nas práticas científicas contemporâneas e às verdades da medicina em particular. As verdades da biomedicina produzem um olhar para o corpo como máquina biológica anatomizada e molecularizada, um espaço objetivado, produzindo um conjunto de saberes que não consideram o sujeito como co-constitutivo da “realidade” observada. A produção científica é aqui entendida como uma rede de relações discursivas historicamente construída com papel ativo nas tramas das relações de poder/saber e na constituição de sujeitos. Na medida em que os saberes da biomedicina retiram os sujeitos de seus contextos existenciais, conformando seus corpos e suas subjetividades, submetem-os às verdades médicas do especialista, produzindo efeitos de sujeição e uma fragmentação da compreensão de si. Com a intenção de trazer elementos para se repensar tal prática médica, este estudo oferece discussões sobre uma outra visão de corpo, baseada em intensidades, fluxos dinâmicos e auto-organização e relacionada a uma proposta de prática médica vitalista, que considere o modo existencial do sujeito como fundamental para uma prática de cuidado de si. Para tanto, foi realizado um estudo da obra de Samuel Hahnemann, o *Organon da arte de curar*, traçando algumas conexões com as concepções aristotélicas de vitalismo, do uso de si e da *parresia*, buscando pensar um outro modo de visualizar a enfermidade e seu tratamento. Para finalizar, apresenta-se uma interpretação da prática homeopática baseada no linguajar. Trata-se de uma prática médica alicerçada, tanto experimentalmente como terapêuticamente, na atividade linguajante do sujeito, no estímulo de falar a verdade sobre si enquanto caracterização de seu adoecer, trazendo para si a responsabilidade do cuidado em saúde e, assim, subjetivando-se e responsabilizando-se na construção do curso de sua vida e do cuidado de si.

Palavras-chave: Corpo; Biomedicina; Homeopatia; Cuidado de si

ABSTRACT

This dissertation consists in a study of the medicine making, elaborated from Foucaultian studies. This is a theoretical research, composed by a historical review on biomedicine and its role in the relations of power and knowledge, as a production of medical truth today, as well as an analysis of the work of Samuel Hahnemann, the founder of Homeopathy in the way of construction a kind of health care that take account the existential way of the patient. Its main objective is to bring questions to the technique exercised into a conception of an object body, non-existential one, predominant in biomedical practices in establishing science as the only truth in medical practices. With this study, I search to raise a critique of the kind of objectivity present in contemporary scientific practices and the truth of medicine in particular. The truths of biomedicine produce a look at the body as an anatomized and molecularized biological machine, an objectified space, producing a set of knowledge that does not consider the subject as a co-constituent of observed "reality". Scientific production is understood here as a network of discursive relations historically contextualized, with an active role in the frames of power / knowledge relations and in the constitution of subjects. In so far, as the biomedical knowledge removes subjects from their existential contexts, shaping their bodies and their subjectivities, submit them to the medical truths of the specialist, producing subjection effects and a fragmentation of self-understanding. With the intention to bring elements to rethink this medical practice, this study offers discussions about another body vision, based on intensities, dynamic flows and self-organization and related to a proposal of vitalist medical practice, which considers the existential way subject as fundamental to a self-care practice. Therefore, a study of the work of Samuel Hahnemann, the *Organon of the Medical Art*, was carried out, drawing some connections with the Aristotelian conceptions of vitalism, use of self and *parresia*, seeking to think another way of visualizing the disease and its treatment . Finally, an interpretation of homeopathic practice based on language, as act of speaking, is presented. It is a medical practice based, both experimentally and therapeutically, on the subject's speaking activity, on the stimulus of telling the truth about himself as a characterization of his illness, bringing to himself the responsibility of health care, and, thus, subjecting himself and taking responsibility in the construction of the course of his life and the care of himself.

Keywords: Body; Biomedicine; Homeopathy; Care of himself

Lista de abreviaturas e siglas

CFM Conselho Nacional de Medicina

SUS Sistema Único de Saúde

INAMPS Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

FV Força Vital

SUMÁRIO

1- TUDO COMEÇOU COM UMA TRANSFORMAÇÃO	10
2- CIÊNCIA, HISTÓRIA E OBJETIVIDADE: UMA INTRODUÇÃO AO PROBLEMA DO CORPO E DO SUJEITO	17
2.1 Saber e Poder na medicina contemporânea: a objetividade científica	19
2.2 Verdades científicas em medicina são verdades a-históricas de um corpo a-histórico?	25
3- METODOLOGIA	29
4- SUJEITOS DESTITUÍDOS DE EXISTÊNCIAS SINGULARES: QUE TIPO DE CORPO PRODUZ A BIOMEDICINA?	36
4.1 Observações sobre a produção da disjunção mente/corpo	36
4.2 Corpos-máquinas e o biopoder	43
5- BUSCANDO RESSUBJETIVAR O SUJEITO	50
5.1 O "eu" que cristalizamos ser versus o "eu" que se faz e se desfaz	51
6- SERÃO POSSÍVEIS ESPAÇOS PSÍQUICOS CORPORIFICADOS EM INTENSIDADES? TRAÇANDO CAMINHOS PARA UMA BIOLOGIA DA COMPLEXIDADE	56
6.1 Complexidade dinâmica coconstitutiva: o corpo como rede molecular não-mapeável e o meio em que vive	57
6.2 O cenário biológico auto-organizativo: reflexões de um modelo	61
6.3 Deleuze e o Corpo sem Órgãos	68
7- A HOMEOPATIA COMO POSSIBILIDADE	70
7.1 Uma época de transformações	73
7.2 A medicina classificatória e o vitalismo de Hahnemann	83
7.2.1 Hahnemann e a medicina classificatória	83
7.2.2 Hahnemann e Aristóteles	88
7.2.3 Hahnemann, Aristóteles e a unidade da mente e do corpo	93
7.2.4 Hahnemann e as enfermidades crônicas	98
7.3 A experimentação homeopática: o uso de si e do corpo	101
7.4 Doses infinitesimais e a improvável ação medicamentosa sem substância	114
7.4.1 A explicação hahnemanniana dos efeitos de substâncias dinamizadas	114
7.4.2 Introduzindo aspectos para uma discussão contemporânea	118
7.4.3 Medicamentos dinamizados para corpos de intensidades	124
8- UMA BREVE HISTÓRIA DA HOMEOPATIA NO BRASIL	126
9- PROBLEMATIZANDO UMA MEDICINA PARA O GOVERNO DE SI	142
9.1 Pensando um biopoder orientado por práticas vitalistas - uma medicina do governo de si	143
9.2 Apontamentos acerca de uma contribuição da Homeopatia	147
9.3 O papel das emoções	151
10- UMA PRÁTICA POSSÍVEL	156
11- CONSIDERAÇÕES FINAIS	166
REFERÊNCIAS	174

1 TUDO COMEÇOU COM UMA TRANSFORMAÇÃO

Eu trabalho com cuidado ao paciente através de uma prática homeopática. Essa é outra forma de dizer, ao meu ver mais adequada, que sou médico homeopata. Não penso que eu assim me classifique, mas sim que uso de um conjunto de saberes médicos com o fim de ajudar pessoas que adoecem ou sofrem a se sentirem melhores. A prática homeopática não segue caminhos tradicionais da biomedicina; ao contrário, trata-se de uma prática médica que possui conceitos estranhos à ela, pois se fundamentam em um conceito vitalista e existencial do processo de adoecer e, portanto, de buscar alívio do sofrimento. O fato dessa prática não se adequar aos conhecimentos que me foram subjetivados no meu fazer durante o curso de medicina sempre me levou a estudar outras formas de saberes, principalmente sobre corpo e seu adoecimento. Desde o início da carreira profissional já sentia uma imensa necessidade de pesquisar e pensar sobre minha prática médica, de construir um conjunto de modos explicativos e de saberes que fossem mais adequados à contemporaneidade e às necessidades dos sujeitos. No meu ponto de vista, a Homeopatia visa não somente a cura ou alívio dos sintomas dos doentes, mas também a busca por contribuir para a possibilidade da formação de um sujeito que se ocupa consigo mesmo, em sua trajetória de vida, na direção de um cuidado e governo de si mais “autônomo”. Esse será o percurso deste trabalho. De início, contarei uma breve história de como cheguei à Homeopatia.

Escrever, para mim, é uma necessidade de expressão de um tipo de conflito, geralmente no universo existencial, sobre nossas condições de vida e seus antagonismos, sobre as forças a que somos submetidos e sobre como resistir, do mesmo modo que pintar cores, dimensões e formas são para o artista plástico ou encadear sons e silêncios é para o músico. Algo precisa ser dito, compreendido ou mostrado e essa sensação impetuosamente mobiliza forças de expressão e manifestação, através da escrita, para a tentativa de compreensão das aporias decorrentes da minha experiência do viver e das práticas existenciais dos sujeitos.

Contudo, não é somente isso que motivou o meu escrever. É, antes de tudo, a percepção que emergiu em mim dos limites e da incompletude do viver, traduzida pela própria incapacidade de apreensão da complexidade dos viveres dos sujeitos; daquilo tudo

que é pensado por mim e pelos pensantes viventes acerca do próprio viver, ou seja, de como praticamos a experiência existencial e somos influenciados por aquilo que praticamos. Escrever é, portanto, oferecer uma possibilidade de reflexão ao instrumentalizar o leitor e a mim mesmo como autor do texto, quase como que terapeuticamente, no exato momento em que transponho no papel essas ideias, para ir além do que está sendo escrito e lido. A prática de escrita e seus produtos são como viagens em que cada instante da leitura pode se dilatar como bolhas no tempo em uma experiência possível e inusitada, como um passeio sem temporalidade ou destino, em que cada elemento ou momento, inflados de alguma surpreendente novidade, proporcionam a chance de uma nova sensação.

Escrever é um trabalho que realizo sobre mim mesmo no sentido de comunicar uma experiência, de compreendê-la emocionalmente no contexto em que surgiu, enquanto verdades já subjetivadas pelas experiências vividas, mas também uma possibilidade de trabalho em conflito com eventos ainda não subjetivados provenientes de uma experiência sensível de mim mesmo no vir-a-ser como sujeito. Um trânsito em suspensão de algo que conhecíamos, sua desconstrução e um rumo ao que se pretende ressignificar. Um eterno fluxo. É assim que me percebo ao ter vivido conflitos que me levaram a pensar saídas, soluções e tentativas de realização, construção de outras formas explicativas diferentes das até então adotadas, pois a experiência modifica o experimentador. É sentir o incômodo de que algo não está certo, de uma lacuna ou incongruência das verdades adquiridas até então. É a percepção de uma falta, de um vazio a ser preenchido, de buscar um novo conteúdo. É dar-se conta de uma singularidade que sempre esteve presente, mas pouco explorada.

Trata-se de buscar compreender aquilo que “escapa” ao que é normatizado e exige uma reflexão sob parâmetros diferentes na busca de outro modo explicativo. Um desafio decorrente da dificuldade dos saberes aprendidos de fazerem inteligível o fenômeno observado, de poderem enquadrá-lo nos saberes já constituídos.

No entanto, esse movimento reflexivo, pelo menos em minha experiência, não se fundamentou somente na razão. Ao contrário, se alicerçou, e ainda se alicerça, antes de tudo, na sensação, nos sentidos e nas emoções, numa experiência vivida em que houve uma súbita desconstrução do entendimento até então adquirido e, como consequência, dos modos explicativos concebidos como verdades, para se conseguir iniciar um tipo de

reconstrução dos saberes. Isso não aconteceu em mim somente através do raciocínio, senão por um processo de intenso viver como sujeito. Não exatamente como algo que estivesse a ser descoberto, como se houvesse uma realidade que escondesse sua natureza essencial ou como se houvesse uma imperfeição técnica em descobri-la, mas como uma reorientação e ressignificação do conhecer para eu mesmo, no modo como me relacionaria dali em diante comigo, com os outros e com a produção de verdades. Nesse novo contexto em que me encontrei, relações e processos se configuraram como elementos a serem compreendidos para a constituição de verdades sempre em movimento e mutação. Problema e solução passaram a se constituir em uma unidade que dependeria das singularidades que os compõem, contínuo fruto da experiência vivida. Não buscava mais respostas e, sim, sentidos. Buscava pensar diferente para apontar novas relações de mente e corpo, subjetivo e objetivo, enfim, de saber e poder: uma nova rede na configuração dos saberes. Nesse momento me recordo das palavras de Foucault (2013) quando ele discute o papel da filosofia na constituição de sujeitos, na coexistência consigo mesmos, ao referir-se a esse tipo de aprendizado da experiência reflexiva de si a partir de uma postura filosófica perante a vida: “Aqui, ao contrário, não há fórmula, mas coexistência. Não há aprendizado da fórmula por ninguém, mas acendimento brusco e súbita luz no interior da alma.” (FOUCAULT, 2013, p. 226).

Ao lembrar o modo como eu vivi o primeiro contato com a Homeopatia me dou conta da agora antiga sensação de superioridade, do modo altivo e presunçoso do meu comportamento de quem conhecia verdades objetivas e do tipo de sujeito que me formei ao longo das minhas histórias pessoais de aprendizado no âmago das instituições de ensino e de saúde às quais fui submetido. Vivia imerso em verdades científicas já bem normatizadas e incorporadas ao longo da história de meu aprendizado no campo da medicina subjetivado em um saber científico.

Enquanto médico residente do serviço de cirurgia geral do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), em certa ocasião estava sentado em uma mesa da cafeteria com outros colegas de residência e de outras especialidades, quando correu o boato de que haveria alguns residentes da pediatria prescrevendo remédios homeopáticos à revelia das orientações dos seus preceptores. Sem a menor curiosidade e com a certeza fundamentada no preconceito cientificista, a atitude de todos, minha também, foi de um mero desdém sem

interromper sequer a conversa trivial que ocorria. Lembro até hoje desse evento que, seguramente, passou despercebido por todos, e seria também por mim se não houvesse na sequência uma história a ser contada.

Terminei a residência em cirurgia geral e logo fui contratado como médico emergencista em um grande hospital de Porto Alegre, onde atendia tanto a pacientes clínicos como cirúrgicos. Vivi essa situação como primeira inserção real no universo do cuidado do paciente. Eu era requisitado por meio das consultas e tinha que acolher a queixa, oferecer cuidado e tratamento. Com o correr da experiência, fui notando uma mudança da percepção que tinha acerca dos sofrimentos trazidos nas consultas. Um número significativo das pessoas que consultavam na emergência, diante da própria fragilidade e da sua submissão aos eventos corporais que viviam e não compreendiam, mediante uma ou outra pergunta, sem qualquer outra intenção senão a de ouvir, como por exemplo “O que mais o senhor sente?” ou “O que a senhora gostaria de me dizer?”, transbordava uma torrente de maiores ou menores queixas na mesa do consultório. “Nem queira saber, doutor!” Ou o familiar que acompanhava dizia “Ela está muito nervosa ultimamente...”, ou ainda, “De uma hora para outra não fala com mais ninguém, só chora e agora apareceu com essa dor na barriga.” Eram sentimentos que eu não esperava ouvir em uma consulta clínica, representantes de um sofrimento contido e não expressado. Sentimentos e expressões de sofrimento que eu não havia sido treinado, ou subjetivado, para ouvir e entender. De algum modo, foram eventos que foram mobilizando em mim uma sensação de incompletude na prática que exercia. De uma hora para outra, percebi que não eram meros corpos ou órgãos que eu estava atendendo e, sim, sujeitos que queriam contar suas histórias de sofrimento.

Essa situação, hoje em dia, leva-me a pensar nas discussões de Marcio Alves Fonseca (2003). Ele fala sobre a constituição do sujeito em Foucault que remete “para a ideia de uma desconstrução da noção de um sujeito transcendental” (FONSECA, 2003, p.141) que seja portador de uma essência perene na história ou de uma capacidade pré-estabelecida em sua biologia cerebral. Tais desconstruções, segundo o pensador francês, no fazer do sujeito que se subjetiva “evocam muito mais a ideia de construção de individualidades (...) [no] percurso entre a desconstrução daquela noção e a proposta de construção, presente nos seus últimos trabalhos, é o caminho percorrido”(FONSECA, 2003, p.141) e que cada um deveria perseguir. Hoje percebo que a construção desse sentido

em mim mesmo, que a transformação ética de si como um trabalho de si sobre si, colocaria “em funcionamento uma rede de relações (FONSECA, 2003, p.142) que poderiam apontar para a “constituição de um sujeito moral a partir das práticas de si (...) entendida como relação consigo, na medida de uma preocupação com a estilização da existência”(FONSECA, 2003, p. 143), e que nada mais é que a relação com os outros também. No meu caso específico, penso que se tratou de um tipo de desconstrução do saber objetivo que orientava minha prática biomédica ao ser confrontada com uma nova percepção do viver e sofrer dos sujeitos. Além disso, considero que esse movimento não teria ocorrido se não fosse calcado em uma mudança afetiva e emocional da percepção da dor alheia que pode fundamentar um outro olhar para a medicina e o cuidado de si.

Penso que, na prática, o desmontar de um saber tende a ocorrer em sujeitos com histórias “reais” e vividas, reconfiguradas no fluxo de suas experiências, modalizadas em suas emoções e reflexões experimentadas no viver que assim favorecem a abertura para possibilidades de uma reconstrução de si. Não é simples e nem fácil. É necessária uma ruptura em como a individualidade se constituiu até então, no modo de ver como se configuraram os saberes adquiridos, nas relações que estabeleceu consigo e com o meio em que vive, nas relações vividas e nos poderes que configuraram e disciplinaram sua subjetividade, para que, então, possa haver uma mutação no olhar e sentir tais relações. Sem tal movimento de ruptura, não há espaço para a construção de um novo modo de pensar. Uma vez iniciado o processo, não há fim previsível, somente possibilidades para uma constituição ética de si, um caminho sem destino transcendental a ser percorrido. Um viver onde o alicerce seria o próprio movimento incessante de transformação; um modo de viver em contínua transição daquilo que não se foi no passado (só pensava que era), para poder ser algo no presente (que ainda não é), mas que já não será mais ao ser vivido, pois o movimento leva para o futuro que ainda é somente possibilidade e potência (o que se busca ser). O foco da transformação de si é exatamente a consciência de que não somos, mas estamos sempre em um movimento de vir-a-ser, o que exige um autoconhecimento.

Creio que vivi um tipo de mudança pessoal em que mecanismos e estratégias de pensamento que me subjetivaram até então, hegemônicos em meu pensar e sentir e, portanto, em meu agir, se metamorfosearam vertiginosamente abrindo caminhos para outras condições de subjetivação. Essa dissertação faz parte dessas mudanças que ainda por muito

tempo percorrerão meu agir e pensar. Diria que é um processo que se acumula e se refaz no interior do sujeito que sou. Mas ressalto, antes de tudo, que esse foi meu processo singular, muito provavelmente não o de outros. Tal processo me faz lembrar uma passagem de Foucault (2013), em sua aula de 16 de fevereiro de 1983, discutindo o papel da filosofia para o sujeito que a pratica. O autor descreve:

Mas quem deve se submeter à prova da filosofia deve ‘viver com’... coabitar com ela... é o que vai constituir a própria prática da filosofia... E a partir do momento em que a lamparina se acende, pois bem, ela vai ter de alimentar a si mesma, com seu próprio óleo, quer dizer, a filosofia acesa na alma terá que ser alimentada pela própria alma... é assim que a filosofia vai viver. (FOUCAULT, 2013, p. 225-226)

Comecei a perceber que a biomedicina, assim como eu mesmo já subjetivado ao praticá-la, compartilhávamos daquilo que Foucault afirma, segundo Fonseca, que “o indivíduo moderno é o resultado das estratégias disciplinares que estão colocadas em jogo.” (FONSECA, 2003, p. 142).

Buscarei argumentar nessa dissertação que entendo essas estratégias como instrumentos de vigilância e normatização do corpo e do comportamento humano, através de um sistema de diagnóstico orgânico e de uma medicalização crescente da população. Era desse modo que eu compreendia a medicina, como me foi “ensinada” na faculdade e que se transformaram em verdades que foram desmoronando. Iniciei uma busca por uma prática médica que pudesse conter elementos capazes de propiciar “fazer uma nova experiência dele mesmo [sujeito]” (FONSECA, 2003, p. 144), tanto do ponto de vista do paciente como do médico, ou seja, de que a relação médico-paciente pudesse revelar um tipo de cuidado diferente com o sujeito, daquele praticado pela biomedicina. Penso que a Homeopatia pode abrir essa possibilidade, o que irei procurar desenvolver e argumentar nesse estudo e justificar os motivos pelos quais chego a essa conclusão.

Não foi uma busca fácil e direta. Procurei antes algumas respostas na Medicina Tradicional Chinesa e na psicologia junguiana. O encontro com a Homeopatia aconteceu de modo surpreendente enquanto tomava café expresso com minha esposa. Havia um livro que descrevia correlações entre arquétipos junguianos e medicamentos homeopáticos. Como eu já estudava Jung, resolvi comprar e ler. Qual não foi a surpresa, ao invés de confirmar meus estudos em psicologia, a leitura abriu espaço para mais um conhecer.

Neste trabalho apresentarei uma discussão e será proposta uma reflexão crítica acerca do papel da biomedicina, com suas verdades médicas, no controle e docilização dos

corpos e mentes dos indivíduos. Penso que a chamada “objetividade científica”, em sua prática reguladora e reducionista, trazendo como elemento central de investigação a busca por componentes estruturais fundamentais (as partículas subatômicas na física e os componentes moleculares da nossa genética, como exemplos) pode afetar outras práticas que não se comportariam, a princípio, como reducionistas. Ou seja, é possível que, no caso do saber homeopático, este possa ser influenciado de alguma forma por aspectos reducionistas de tais práticas, levando a um tipo de objetivação do sujeito que seja também normatizador. No entanto, por seu aspecto vitalista e pela ênfase, como veremos, na abordagem da mente e do corpo como unidade complexa manifestada nas experiências da vida, a Homeopatia torna-se um campo aberto para vicejar outro tipo de cuidado de si.

Após trago uma abordagem histórica, procurando mostrar as condições de emergência dessa medicina e qual o outro ramo da área que já existia: a medicina classificatória, do qual a Homeopatia se apresenta como vertente associada ao vitalismo. Na sequência, realizarei uma análise do livro escrito por Samuel Hahnemann, o fundador da Homeopatia, o *Organon da Arte de curar* (1996), obra seminal na constituição dos saberes homeopáticos e guia fundamental de sua prática. No estudo, procurarei tecer relações entre os saberes homeopáticos e a visão aristotélica de *anima*, visto que ambos se fundamentam na força vital como *dynamis*, na percepção de que o corpo e a mente se apresentam como unidade na prática existencial dos sujeitos e não se fundamentam exclusivamente em manifestações de órgãos. Nesse sentido, proponho uma reflexão crítica na tentativa de caracterização das origens históricas do pensamento hahnemanniano, inclusive apresentando relações com determinada visão aristotélica sobre o uso dos corpos que Agambem (2017) apresenta, atualizada no contexto contemporâneo das relações de poder que se exercem sobre os mesmos. Será esse o viés da análise desta obra do médico alemão nascido em Meissen.

Por fim, irei levantar possibilidades para o cuidado de si, como um trabalho de si sobre si, no âmbito da prática médica que ofereça lugar para o exercício da liberdade e da ética do sujeito para consigo e para com os outros, na busca de um movimento de resistência ao poder normativo da biomedicina. De acordo com Fonseca (2003), a busca é pela “necessidade que tem o indivíduo moderno de construir uma ética capaz de proporcionar-lhe um modelo de constituição de si como única possibilidade de esse

indivíduo desvincular-se do modo de constituição que o produz enquanto sujeito, o modo de constituição do poder normalizador”, e que desejaremos explorar nesse trabalho.

2 CIÊNCIA, HISTÓRIA E OBJETIVIDADE: UMA INTRODUÇÃO AO PROBLEMA DO CORPO E DO SUJEITO

“Assim, não é o poder, mas o sujeito que constitui o tema geral de minha pesquisa.” (FOUCAULT, In: RABINOW & DREYFUSS, 1995, p. 232). Com essa frase, Foucault, em *O Sujeito e o Poder* (1995), define o ângulo final com o qual ele problematizou o conjunto de seus estudos. No percurso de seus ensinamentos, evidenciou-se sua preocupação central com a constituição de sujeitos nas tramas das relações de poder. Para ele, compreendermos como emerge um sujeito na sociedade implica inseri-lo e estudá-lo no âmago das relações de poder. Ora, não há sujeitos idealizados e alheios às experiências da vida. Há somente sujeitos reais, concretos e que possuem corpos. Tais corpos reais e existenciais são subjetivados no seu próprio viver, a todo o momento, pelos indivíduos, imersos em relações de saber e de poder produzidas no conjunto da sociedade. Muitos dos saberes do corpo, em especial os atualmente hegemônicos, são historicamente produzidos por um tipo de prática médica sobre a qual me debruçarei este estudo.

De acordo com Machado (2010), na sua introdução para *Microfísica do Poder*, o que interessa ao poder “não é expulsar os homens de sua vida social, impedir o exercício de suas atividades e, sim, gerir a vida dos homens, controlá-los em suas ações para que seja possível e viável utilizá-los ao máximo, aproveitando suas potencialidades e utilizando um sistema de aperfeiçoamento gradual e contínuo de suas capacidades” (MACHADO, 2010, p. XVI). A partir dessa perspectiva, procuraremos, nesse capítulo, caracterizar a noção de corpo da biomedicina¹ como dispositivo de poder que atua sobre sujeitos, alicerçado em um tipo de conhecimento “científico”.

¹ Aqui, faz-se necessária uma observação: o conceito de Racionalidades Médicas (LUZ, 2012) pressupõe uma pluralidade de métodos em medicina e o que caracteriza cada um é conter em seus fundamentos teóricos e práticos um sistema de diagnóstico, uma semiologia e uma terapêutica completa que torna cada sistema um corpo único de saberes médicos (Medicina Tradicional Chinesa, Medicina Ayurveda, Homeopatia). Biomedicina se enquadra nessa perspectiva como um saber que se desenvolveu e se alicerçou em um tipo de saber científico que tende a reduzir as manifestações do corpo como alterações em sua estrutura fisiopatológica molecular e anatômica. Ciente de que, por exemplo, um médico intensivista, no esgotamento de suas possibilidades terapêuticas biomédicas, pode lançar mão de terapias “alternativas”, e assim haver uma espécie de entrelaçamento terapêutico em um doente, ciente da complexidade das relações que perpassam o

Preliminarmente, é importante caracterizar tal saber médico como um poder, ou seja, como a produção de uma verdade científica sobre o corpo que tende a discipliná-lo, colocá-lo em categorias e submetê-lo a uma objetividade orgânica. “É a partir de um poder sobre o corpo que foi possível um saber fisiológico, orgânico.” (FOUCAULT, 2010, p.149). Tal saber/poder decorrente de um conhecimento médico-científico termina por organizar e gerir os corpos dos indivíduos na ocorrência de suas enfermidades e na manutenção de sua saúde.

A proposta é refletir sobre uma visão de corpo produzida pela medicina científica que submete sujeitos e seus corpos a um poder caracterizado como “feixe de relações mais ou menos organizado, mais ou menos piramidalizado, mais ou menos coordenado.” (FOUCAULT, 2010, p. 248). Esse poder é entendido como imbricado ao saber médico, gerado nas e pelas relações entre sujeitos na produção de verdades científicas nos laboratórios e Universidades.

Tais relações de saber/poder não se caracterizariam enquanto forças localizáveis em estruturas institucionais ou em pessoas que possuiriam "poder". Se acontecerem dentro das instituições, não fazem parte delas. Ao contrário, são produtos de relações humanas e é nelas que se realizam, capilarizadas na existência do sujeito. Saber e poder seriam relações cujos efeitos permeariam o conjunto do encadeamento social dos sujeitos incluindo seus corpos. Segundo Machado (2010), Foucault aponta que tais efeitos de poder, de um modo geral, se manifestam em um tipo de rede de relações que ocorre para além das instituições, articulando-se e compondo os poderes de Estado, produzindo saberes científicos e sendo exercidos através de técnicas e mecanismos de controle. É no âmbito do saber científico e de sua crítica que movimento minhas reflexões.

Nesse sentido, argumento que os agenciamentos² direcionados à saúde e à doença dos corpos das pessoas vinculam-se aos discursos de verdade das ciências médicas, gerando

tratamento médico que muitas vezes não podem ser categorizadas e ciente de que “biomedicina” apresenta limites em termos de um conceito antagônico ao que proporemos nesse estudo para outro tipo de cuidado de si (outros antagonismos podem também ser válidos, como mecanicismo e vitalismo) , apresento o conceito de Biomedicina como aquele que fragmenta o corpo em partes e componentes estruturais, fundamenta sua terapêutica e diagnóstico nesses elementos materiais, retira do corpo as manifestações psíquicas, separando corpo e mente, e propõe um cuidado em saúde que fundamenta nos princípios reducionistas na materialidade corporal, na tentativa de sistematização dos conceitos que fundamentam essa dissertação.

² Agenciamento é um termo criado por Gilles Deleuze e Felix Guattari que busca compreender os enunciados, seja da ciência ou da política, seja significante linguístico ou não, enquanto complexidades heterogêneas que os fazem existir. Significam a rede de um conjunto heterogêneo e múltiplo de elementos (territórios, devires,

um papel preponderante na definição de como cuidamos e manejamos nossos corpos. Em outras palavras, são discursos de verdade que produzem um tipo de relações entre corpos e sujeitos e submetem populações ao saber médico. Machado (2010) revela que tais dispositivos “não atuam somente do exterior, mas trabalham o corpo dos homens, manipulam seus elementos, produzem seu comportamento, enfim, fabricam o tipo de homem necessário ao funcionamento e manutenção da sociedade industrial capitalista” (MACHADO, 2010, p. XVII). Le Breton (2011) corrobora com a opinião ao afirmar que o corpo é a condição do sujeito, “o lugar de sua identidade e o que se lhe arranca ou o que se lhe acrescenta modifica sua relação com o mundo” (LE BRETON, 2011, p. 312). Essa condição, de sujeito subjetivado a partir de um corpo anatomizado decorrente do saber médico científico, produz relações de saber e poder que o submetem a manipulações de sua corporeidade em verdades que não são de suas experiências vitais, mas sim de uma verdade alicerçada no anonimato da materialidade corporal universal e objetiva.

2.1 Saber e Poder na medicina contemporânea: a objetividade científica

Esse tipo de compreensão acerca da produção de uma verdade sobre o corpo levou-me a perguntar como corpos são subjetivados nesta sociedade contemporânea em que a ciência se tornou parâmetro essencial de normatização. Ou, explicando de outro modo, questiono-me sobre os efeitos na constituição do corpo, seja na saúde ou na doença, deste olhar e destas práticas médicas numa sociedade regida pelas verdades da ciência, que, ao tratar o fenômeno corporal independente tanto dos sujeitos que o questionam e produzem quanto ao estudar as manifestações do corpo, não considera a experiência vital do sujeito. Não seria, então, essa biomedicina uma prática médica voltada para normatividade de populações, subjetivando sujeitos sobre seu corpo enquanto um agrupamento de órgãos reconhecidos a partir de interpretações lineares e mecânicas de sua materialidade, ao invés

acontecimentos históricos, emoções, momentos singulares de insight, etc.) que produzem um conjunto de enunciados e saberes. Desse modo, como efeito de agenciamentos coletivos múltiplos, o enunciado não seria produto de uma subjetividade individual (como sujeito da enunciação), senão uma construção heterogênea de múltiplas ligações e relações em que o sujeito é somente parte do processo de construção dos enunciados que estruturam o saber geral e o viver de cada um (LAZARATTO, 2014)

de uma singularidade existencial³ numa medicina para o sujeito? Ou ainda, pensando a partir de outra perspectiva, haveria outra possibilidade de prática médica em que se poderiam inserir os aspectos da subjetividade - afetivos e emocionais - enquanto formas existenciais singulares na possibilidade da configuração dos corpos viventes? Seria possível uma prática médica clínica em que o paciente seja visto em sua enfermidade numa perspectiva de unidade mente/corpo?

Para a reflexão crítica, poderíamos, então, perguntar: como os corpos, nesse contexto, atuariam como produtos de espaços mentais produzidos por eles mesmos em suas relações existenciais? Como se poderia ampliar espaços para concepções de corpo e de sujeito alternativas às formuladas pela ciência cuja verdade está vinculada à redução dos fenômenos do corpo, e inclusive dos da mente, aos mecanismos de uma estrutura biológica composta de órgãos? Ou, então, como pensar noções de corpo em que as atividades mentais não sejam consideradas como simples manifestações mecânicas e moleculares de um cérebro? De que modo pode-se problematizar a constituição de um saber sobre o corpo para sujeitos que seriam, então, capazes de práticas existenciais e éticas de si, no sentido de abrir “um campo para novas relações de poder, que devem ser controladas por práticas de liberdade.” (FOUCAULT, 2004, p. 267) nos saberes médicos?

Para tanto, será importante, inicialmente, investigar e interrogar as técnicas de poder disciplinar centradas no corpo, articuladas às técnicas de regulamentação e normatização da vida, característico de biomedicina, para, a partir desta análise, construir uma proposição de corpo humano existencial, caracterizado por uma contínua transformação e movimentos constitutivos, para finalmente podermos ressignificar, no sentido de um cuidado de si baseado na unidade corpo e mente que seja ético consigo e com os outros. Interrogar aquele cuidado de si individualista, fragmentado e egocêntrico alimentado pela biomedicina, a despeito dos evidentes benefícios que a biomedicina trouxe acerca desse corpo material.

Conforme Foucault (2000), “a medicina é um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população, sobre o organismo e sobre os processos

³ Proponho o termo existencial, enquanto um conceito produzido nessa dissertação, como o processo de viver dos sujeitos em termos de suas ontologias individuais, de como se subjetivaram no decorrer de suas vidas e de como as relações que estabeleceram ao viver produziram suas subjetividades ao serem incorporadas em si. Cada sujeito tem sua história singular e essa singularidade forjada no viver faz com que cada um viva as experiências também de modo singular, em suas cartografias micro históricas de seu viver. Trata-se do viver como experiência, de se estar em contínua relação com alteridades e não como puros mecanismos biológicos sem sentido existencial.

biológicos e que vai, portanto, ter efeitos disciplinares e efeitos regulamentadores” (FOUCAULT, 2000, p. 302). Iremos estudar os mecanismos e efeitos dessas técnicas sobre o corpo anatomizado e propor alternativas tangíveis a um tipo de resistência que aborde o corpo como experiência, como prática de vida, associada ao conjunto de verdades e regramentos a que é submetido.

Entendo a construção deste saber biomédico científico como verdade sobre o corpo enquanto efeito das relações poder/saber na perspectiva apontada por Foucault. Parto do princípio de que uma das formas que tais relações de poder tomam na sociedade é a produção de saberes assentados nas verdades científicas acerca da materialidade de uma realidade independente dos sujeitos que a investigam e que se enraízam no conjunto da rede social e nas subjetividades, em especial aquelas que “explicam” o funcionamento do corpo orgânico. Tais verdades são construções de um tipo de saber/poder objetivo, efeitos e instrumentos de um aparelho capitalista produtor de visões de corpo/sujeito e de subjetividades coisificadas, produtos a serem gerenciados e consumidos. Saliento que o sistema capitalista, desde o início e aprimorado no tempo, favorece sobremaneira a exploração da realidade objetiva como “coisa”, ou seja, como se essa não fosse parte da vida e/ou do sistema planetário do qual somos parte. Tal comportamento humano submete as existências aos seus desígnios exploratórios de conhecer e produzir “a verdade” para dominar e explorar. Contudo, a história mostra que não se trata simplesmente de uma característica do sistema capitalista e, sim, de um modo de instrumentalização direcionada à “realidade” e aos corpos dos sujeitos, um tipo de extorsão baconiana da natureza coisificada, assumido por um modo de comportamento humano que transcende sistemas políticos, a saber, por exemplo, das estruturas de dominação e submissão de sujeitos, na antiga URSS, em função de uma “verdade revolucionária”, baseada em monitoramentos de comportamento e saúde mental.

Ao falar sobre o capitalismo, Lazzarato (2014) afirma que "o capitalismo é caracterizado por um duplo regime de subjetividade" (LAZZARATO, 2014, p. 35) que se manifestaria simultaneamente no indivíduo, ainda que seja importante diferenciá-los: o da sujeição, que se centra na subjetividade mais imediata do indivíduo, colocando-o à mercê

de hierarquias, separações, gêneros, culturas e raças; e o da servidão maquínica⁴, essa "gerenciada por fluxos, redes e máquinas... [que assumem] o controle dos seres humanos 'por dentro' no nível *pré-pessoal* (no nível pré-cognitivo e pré-verbal) e 'por fora', no nível *suprapessoal*" (LAZZARATO, 2014, P. 37). O corpo orgânico escrutinado em exames de imagem dependentes de alta tecnologia e submetido a técnicas terapêuticas com a introdução de stents coronarianos ou de próteses é um exemplo de influência maquínica e de produção de subjetividades dependentes dela. Para o autor não bastaria reconhecer a sujeição de indivíduos nos processos de subjetivação que acontecem no seio da sociedade sem que se observe com clareza a servidão maquínica que a acompanha. Ele argumenta que há dispositivos semióticos, não do âmbito dos significantes linguísticos, mas instrumentos técnicos, que "operam fazendo girar o agenciamento 'produtivo' e multiplicando o poder (...) através dos quais ele [o capitalismo] busca despolitizar e despersonalizar as relações de poder"(LAZZARATO, 2014, p. 40 - 41). Ou seja, tal característica do capitalismo tende a deixar o indivíduo à mercê de técnicas em relação às quais ele pouco pode fazer, pois tudo passa a ser uma questão objetiva e técnica. Ou ainda, em outras palavras, o capitalismo se utiliza destes mecanismos objetivos e técnicos, buscando produzir "um 'sentido sem significado', um 'sentido operacional'"(LAZZARATO, 2014, p. 40). Os indivíduos são submetidos à dominação técnica que eles mesmos criaram.

Mas não só no corpo isto ocorre. Também se manipulam mercados financeiros, tendências de consumo, estimulam preferências e desejos e pesquisas eleitorais, servem de instrumentos de comunicação entre sujeitos, produzem lazer, tudo isso como dispositivos técnicos, uma máquina técnica. Minha intenção, neste trabalho, é a de argumentar no sentido de que a técnica, associada a uma intensa produção tecnológica, se capilarizaria até a dimensão corporal do sujeito abordado como sendo composto de órgãos cujo funcionamento se assemelharia ao da máquina. O corpo como questão técnica, despersonalizado da existência das pessoas, caracteriza o doente como um tipo de objetividade submetida a um conjunto de procedimentos médicos, proporcionando, assim,

⁴ Segundo Lazzarato (2014), servidão maquínica refere-se a capacidade do capitalismo produzir nos indivíduos "a mutação subjetiva [que] não é primordialmente discursiva... afeta os núcleos de não discursividade, não conhecimento e não aculturação que residem no coração da subjetividade... [enquanto] uma afirmação existencial e uma apreensão de si, dos outros e do mundo" (p 20), em outras palavras que produz subjetivações em nível pré-verbal, corporal e não discursivo, "como ponto focal de autoprodução"(p20)

um poder maquínico sobre o corpo. Quer dizer, o corpo seria, enfim, visto pela biomedicina como máquina a serviço de questões técnicas, como um aparelho biológico sem sentido a não ser o sentido operacional da estrutura, ao mesmo tempo em que ele se encontraria sujeitado na hierarquia da relação médico-paciente, na qual o doente se sujeita à verdade do médico. Tanto médico como doente imbricam-se a tal verdade ao mesmo tempo em que são atravessados por elas, assim, incorporando-as em suas subjetividades como algo normal.

A ciência cumpre papel estratégico na produção desse sentido e, tal como vem sendo concebida nas sociedades ocidentais, adquiriu uma posição de destaque na afirmação do que seria verdade sobre o corpo desde a modernidade. Na hipótese de algum receio da veracidade perante qualquer fato ou fenômeno observado, se há um modo explicativo fundamentado na ciência, dissipam-se as dúvidas. Um dos alicerces da potência desse saber científico está na proposição de seu método. “Aquilo que através do método científico pode ser considerado como experiência segura é caracterizada pelo fato de ser basicamente independente de qualquer situação de ação e de qualquer integração da ação. Ao mesmo tempo, essa ‘objetividade’ significa que ela pode servir a qualquer contexto possível da ação” (GADAMER, 2006, p. 10). Um método que se baseie na suposição de certo distanciamento dos sujeitos observadores da “realidade” para que se possa produzir uma “verdade” objetiva. A suposta objetividade da ciência procura caracterizar um mundo objetivo e independente do observador e as conclusões a que chega são entendidas como se tivessem aplicações absolutas e universais. Seu procedimento metodológico reivindica para si ser a única experiência segura, reivindica ser o saber de uma realidade objetiva "decorrente de um poderoso distanciamento" (GADAMER, 2006, p. 77) capaz de entendê-la e então manipulá-la de acordo com sua racionalidade técnica.

O poder e a abrangência da objetividade científica são tão presentes que praticamente, para ser validado e legitimado, o saber necessita estar sob os domínios de seu método ou no mínimo gravitar ao seu redor. Qualquer linha de pensamento humano que almeja ser autenticada como verdade, em qualquer tipo de publicação ou entre os pares de cientistas, necessita de comprovação experimental, com base em uma objetividade metodológica, e ser reproduzível. Somente assim conquista o status de pertencer ao campo das ciências. A ciência clama para si ser o espelho da verdade e de uma realidade

essencializada e independente a ser descoberta. Uma realidade que sempre esteve ali. Nós humanos é que não possuíamos, outrora, a capacidade e/ou a tecnologia para explorá-la e “descobrir” o essencial que estaria escondido na matéria. Todavia, tal concepção não é unânime: Feyerabend (2003, p. 14) salienta que “estamos bem longe da velha ideia (platônica) de ciência como um sistema de enunciados desenvolvendo-se por meio de experimentações e observações e mantido em ordem por padrões racionais e duradouros”, apontando para, no mínimo, a possibilidade de uma flexibilização daquilo que é enunciado pela ciência como “a verdade”. Afirmar ainda que a ideia cartesiana "relacionada de que a natureza é um material a ser moldado pelo homem [a partir da construção de uma ciência objetiva]" (FEYERABEND, 2003, p. 316) seria uma quimera: "para resumir: não há uma 'visão de mundo científica', assim como não há um empreendimento uniforme denominado 'ciência' - exceto na mente" (FEYERABEND, 2003, p. 316), apontando para a hipótese de ciência não como verdades acerca de uma realidade invariável, mas como construção social e cultural contextualizadas por épocas determinadas e, assim, podendo cumprir papéis de saber e poder.

Outrossim, podemos compreender que, embora reivindicuem para si a explicação da realidade como objetiva e invariável, os saberes científicos são historicamente contextualizados e interligados ao conjunto de ações e relações humanas que os engendram, produzindo assim efeitos de verdade e, não, “a” verdade. De acordo com Machado (2010),

(...) todo o saber é político (...) [e] o fundamental da análise é que saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber. (MACHADO, 2010, p. XXI)

Tais saberes, ao circularem no conjunto da sociedade, atuam como verdades, tendo como efeitos estabelecer forças, convicções, conduzir atos; enfim, exercer poder nos sujeitos disciplinando-os e subjetivando-os. No momento da construção dos saberes, esses já são produto de determinados tipos de relação de poder, ou seja, não há saber isento dessas relações. A ciência, em especial o saber produzido sobre o corpo pela biomedicina, não escapa desta condição.

Os enunciados científicos, enquanto produção coletiva de saberes, mesmo aqueles relacionados às mais exatas áreas do conhecimento, se comportam como uma rede de

relações discursivas de saberes e efeitos de verdade que apresentam regras de consensualidade lógica e multifatorial. São construídos no âmago destas relações das quais surgiram e não são independentes dos agenciamentos produzidos pelos sujeitos que os constituem. Configuram-se mais como discursos, constituindo processos de conhecimento, verdades que são relativas e historicamente datadas, na qualidade de um “jogo enunciativo (...) [como] produtos do campo de relações” (RABINOW & DREYFUSS, 1995, p. 60) produzido pelos seres humanos em um dado momento da sociedade.

Não obstante, a ciência, implicada nessa produção de discursos e saberes, gera verdades que adquirem uma posição de autenticidade enquanto representação do real. É dessa legitimação que emana seu poder. Produz, assim, certo tipo de comando e autoridade relativo ao que é correto ou não para o viver das pessoas que incorporam tais discursos como normas “objetivas”. Penso que o saber científico, e o da biomedicina nesse contexto de produção de verdades sobre o corpo, tende a regular o conjunto dos saberes permitidos, estabelecendo normas de funcionamento no controle destes corpos, oferecidos aos sujeitos como sendo normas objetivas e invariantes, subjetivando os indivíduos no sentido de que seriam meros organismos compostos de órgãos.

2.2 Verdades científicas em medicina são verdades a-históricas de um corpo a-histórico?

A reflexão que realizo sobre ciência vem no sentido de problematizar a posição que essas verdades científicas têm ocupado, em especial na área biomédica. Centrada na análise dos componentes do corpo, a biomedicina enquanto vertente científica fundamenta-se em um saber que procura se fazer universal e que se apresenta como uma evolução natural de “descobertas” científicas. Contudo, os estudos arqueológicos de Foucault em *O Nascimento da Clínica* (2004) demonstram outra perspectiva de interpretação. Nessa obra, Foucault traz a medicina contemporânea como um saber historicamente produzido, cujas raízes encontram-se nos processos de redefinição do olhar médico nas práticas médicas dos séculos XVIII e XIX. Ele argumenta que a transformação do saber médico não foi uma evolução linear decorrente de descobertas, mas uma reorientação do olhar médico na percepção da enfermidade:

clínica é, ao mesmo tempo, um novo recorte das coisas e o princípio de sua articulação em uma linguagem (...) [como] ciência positiva (...) aparece para a experiência do médico como novo perfil do perceptível e do enunciável, (...) [possibilitando] uma reorganização em profundidade não só dos conhecimentos médicos, mas da própria possibilidade de um discurso sobre a doença. (FOUCAULT, 2004, p. XV-XVI).

Não foi uma descoberta que mudou a concepção de doença primeiramente e, em seguida, novas descobertas no sentido de reconhecê-la como entidade real e objetiva, mas sim um conjunto de saberes modificados que cumpriram uma função nas condições sociais que se apresentavam à época, como veremos ao longo deste trabalho. Não há data ou descoberta científica no fazer médico que explique, por exemplo, a mudança do foco investigativo para a anátomo-clínica ou para a anatomização do corpo. Para o filósofo, ocorreu um processo de redefinição do objeto da medicina como discurso de verdades contextualizadas pelas demandas sociais, econômicas e institucionais, historicamente datadas, que foram configurando os primórdios da biomedicina contemporânea em que a anatomização do corpo se revelou um instrumento de valor. A intensificação do comércio, a crescente inter-relação entre povos e raças, a proliferação das doenças epidêmicas, a identificação de doenças e a necessidade de seu controle, a institucionalização dos processos terapêuticos em ambientes hospitalares controlados, a busca da sistematização de um saber médico universal e a criação de uma base jurídica para dizer o que seria ou não seria um ato médico foram os componentes históricos que sustentaram tal transformação dos saberes médicos e, não, meras descobertas “científicas”.

Nesse contexto histórico-social, desvelou-se um espaço objetivo do corpo, um domínio diferente do saber médico: o de uma correlação contínua e comprovável entre o que se observava objetivamente no corpo e o que se falava dele, capaz de ser verificado positivamente em todos os doentes, enquanto se eclipsava a voz do doente no relato das percepções de si e de seu corpo doente. Ou seja, uma associação significativa e contínua nos achados anatômicos que se apresentava ao discurso médico como um diagnóstico estabelecido a partir das observações orgânicas. Era produzido um tipo de saber médico que tinha como potencial a objetividade do organismo, abrindo a possibilidade de controle populacional de epidemias, assim como uma forma objetiva de identificação de doenças que se manifestavam no corpo como se fossem meros achados técnicos, "independente dos sujeitos" existenciais, aplicável em regimes hospitalares e facilmente reprodutíveis. Tratou-

se do isolamento da vida e de seus processos existenciais para mensurar e categorizar os fenômenos do corpo do paciente através do conhecimento científico.

Desse modo, argumento que a biomedicina contemporânea apresenta suas raízes nesses processos de redefinição do olhar e do fazer médico nos séculos XVII e XIX baseados na anátomo-clínica e na anatomização material do corpo, associados aos objetivos dos novos planejamentos de saúde populacional para o controle de endemias. Há uma reestruturação da produção dos saberes médicos no nível das estruturas hospitalares que foram transformadas tanto para a produção de novos saberes quanto para atender novas demandas de atendimento médico, inclusive do próprio ensino da medicina. Os sanatórios foram transformados para possibilitar a observação e o tratamento de doenças difíceis, complexas, “extraordinárias”, para as quais a medicina em sua abordagem domiciliar e cotidiana, característica da chamada medicina classificatória, não apresentava a efetividade necessária para os novos tempos econômicos e sociais. Iniciou-se um processo de constituição de um ambiente hospitalar para a vigilância de doentes, observados por diversos médicos com conhecimentos diferenciados entre si para conhecer e assegurar um atendimento mais dirigido às demandas históricas das condições sociais de saúde.

A biomedicina pode ser concebida, na vertente desse contexto histórico, não como um campo de saberes que produz verdades objetivas e absolutas, como costuma se autoproclamar e ser reconhecida socialmente, mas como uma rede de relações discursivas e de saberes datados historicamente, com finalidades sociais de controle de doenças populacionais desde seu início. Ao se constituir hegemonicamente enquanto ciência objetiva da materialidade corporal e portadora de um método universal fundamentado na concepção de "revelações" progressivas sobre as doenças, concebidas como afetação das estruturas dos componentes orgânicos, a biomedicina configurou-se historicamente como um campo de saber na afirmação positiva daquilo que é a verdade sobre o corpo; em outras palavras, sobre um corpo sem história existencial e sem sujeito que experimenta a vida corporificada por sensações e emoções.

O método científico objetivo, ao retirar o contexto da vida do conjunto de suas experiências, isolando a experiência para melhor conseguir a mensuração dos fenômenos que quer explicar, retira qualquer possibilidade da experiência subjetiva na construção do evento científico. Em seu método, fissura a existência humana em duas partes – corpo e

mente. Impede qualquer contextualização histórica da construção dos saberes e das relações de poder que cria. Segundo Gadamer (2006)

o que fundamenta [a ciência] não é a experiência da vida, mas experiência do fazer, não a experiência do equilíbrio, mas a da construção planejada (...) [na qual] o fundamental é a modificação da natureza em um mundo humano através de uma construção predominantemente racional (GADAMER, 2006, p. 47)

Já segundo Stengers, "a decisão quanto 'ao que é científico' depende, sem sombra de dúvida, de uma política constitutiva das ciências." (STENGERS, 2002, p. 99); ou ainda, apontando para uma paradoxal tautologia, "é científico o que os cientistas, num dado momento, decidem que seja" (STENGERS, 2002, p. 92), enquanto "produções ativas de observabilidade, que exigem e pressupõem a linguagem paradigmática"(STENGERS, 2002, p. 65). Stengers ainda coloca que

(...) a prática médica científica, longe de apresentar, para tentar entendê-la, a singularidade daquilo de que a medicina tem que cuidar, procura inventar como um corpo doente poderia, apesar de tudo, diferenciar o verdadeiro remédio (...) [para] que saiba fazer a diferença entre restabelecimentos não reproduzíveis, que dependem das pessoas e das circunstâncias, e de restabelecimentos produzidos por meios comprovados que, estatisticamente, são ativos e eficazes para qualquer um.(STENGERS, 2002, p. 34).

Nesse caso, a crítica contundente visa observar que a medicina científica normatiza corpos anônimos subjetivados como se fossem máquinas orgânicas e não compreende vivências existenciais na abordagem do adoecer.

Meu argumento é que não há fazeres científicos objetivos e isentos dos sujeitos que observam e produzem os saberes. O fazer científico aponta para a construção de práticas discursivas e de verdades dos campos de saber/poder como efeitos dos processos da atividade humana e de suas relações. O entendimento de que tais práticas discursivas se encontram implicadas na constituição de subjetividades leva-me a dizer que os saberes biomédicos, enquanto produção de um saber sobre o corpo e o indivíduo, vêm cumprindo atualmente um papel constitutivo nas relações do corpo e do sujeito, subjetivando-o de acordo com as normas que produzem. Pergunto, então, que tipo de sujeito e que relações de poder-saber são produzidas ao se praticar a medicina contemporânea? E, por outro lado, de que modo pode-se investigar e que caminho se é capaz de perscrutar para a construção de novas imagens de subjetividade e de corpo? Como poderíamos constituir uma medicina da existência em que sujeitos corporificados, mente e corpo, estariam emergidos em uma

prática existencial alicerçada no linguajar humano? Para tanto, iremos problematizar e trazer discussões sobre o corpo orgânico e seu papel na biomedicina contemporânea.

3 METODOLOGIA

Nesta seção apresento as etapas de realização deste estudo que, conforme já mencionei, tem como propósito principal trazer elementos para se rever e pensar outras práticas médicas e cuidados em saúde, atualmente marcados pela lógica da biomedicina. A fragmentação e a interpretação especializada dos fenômenos do corpo realizada pela biomedicina associada à descontextualização existencial da doença, vista a partir do órgão onde está localizada, vem gerando uma medicalização da máquina corporal e um cuidado submetidos às verdades de uma medicina que desconsidera a complexa interação existente entre os sistemas biológicos no sentido da sua auto-organização, com relação aos meios internos e externos em que existem, e os modos vivenciais dos sujeitos. Ao mesmo tempo, desconsidera as historicidades dos sujeitos em suas relações significantes existenciais como geradoras de sofrimentos e enfermidades. Tais questões moveram-me a olhar o passado procurando entender as condições histórico-sociais, políticas e econômicas implicadas tanto na produção da medicina contemporânea como também da sua posição coercitiva no reconhecimento de outros saberes médicos, em especial da medicina homeopática. Essa última, trata-se de uma prática médica, nomeada hoje de alternativa, que se utiliza de outras noções – corpo, adoecimento/doença, sujeito paciente e sua existência, olhar médico, cuidado – que talvez possam contribuir para se pensar de outro modo o olhar e cuidado do médico e do sujeito paciente.

Para a realização deste estudo foram realizados os seguintes percursos de investigação. Em um primeiro movimento, realizo uma revisão de conceitos e técnicas praticadas pela biomedicina no sentido de caracterizar como operam suas verdades na identificação das doenças e como subjetivam os sujeitos nesse contexto de maquinização do corpo. Busco caracterizar a biomedicina como um mecanismo que visa a disciplinarização da população através da construção de um corpo docilizado e normatizado através das práticas médicas, afim de que se mantenha útil às demandas do sistema econômico, político e social. Fonseca (2003) diz que, como consequência e diante da rede de relações de poder

que põe em funcionamento mecanismos e estratégias que disciplinam a população, há uma "constituição de uma individualidade específica (...) como resultado [de tais] estratégias disciplinares [que produzem um] indivíduo-objeto dócil-e-útil" (FONSECA, 2003, p. 142). Argumento que a biomedicina contribui para os sujeitos se subjetivarem a si próprios a respeito de seus corpos nos processos de normatividade estabelecidos nessas estratégias disciplinares. Nesse contexto é comum os doentes ficarem reféns de exames de laboratório ou de imagem (ecografia, tomografia, arteriografia, ressonância) e se entregarem às verdades médicas, vistas como as autoridades especializadas, sem que consigam inteirar-se de seus processos bio-histórico-patológicos, docilizando-se e submetendo-se aos tratamentos medicamentosos, procedimentos médicos esses em que "não há lugar para a liberdade" (FONSECA, 2003, p. 145).

Olhar para a possibilidade de outros modos na constituição de sujeitos no entendimento e tratamento das enfermidades é o que busco com o trabalho que apresento. Procuo olhar para um tipo de prática médica que se apresente como coconstitutiva entre sujeito doente e médico, onde as relações entre mente/corpo se configurem nas práticas existenciais de cada um. Para isso, me coloco ao lado de Foucault, pois ele "posiciona o homem de atualidade ante o problema de construir uma ética que possa vir a ser o fundamento de sua própria constituição"(FONSECA, 2003, p. 144). Como a medicina poderia contribuir para isso? Como propor uma medicina da existência para o cuidado de si que seja ético? Para tanto, analiso historicamente como se constituiu a Medicina Clínica para conhecer processos implicados na constituição atual da biomedicina. Além disso, utilizo estudos de autores, tais como Michel Foucault, Ortega e Zorzanelli, Gadamer, Feyerabend, Stengers, Touraine, Rose, Rabinow, Le Breton, Czeresnia.

Em um segundo momento, examino possibilidades de outra visão de corpo em que procuro apontar autores que o percebem como dinâmicas existenciais ou como dinâmicas auto-organizativas e que consideram o viver em relação com os outros e as características destas relações como aspectos significantes na conformação e estruturação do corpo e do sujeito. Para esta abordagem, utilizo autores como Deleuze, Maturana, Varela, Vaz, Von Foerster e Safatle na tentativa de pensar um biopoder vitalista.

Em seguida, revisito a história dos movimentos de constituição dos saberes médicos e, assim, procurei conhecer as condições e os embates que geraram tanto o aparecimento de

saberes, discursos, objetos e finalidades da Medicina Clínica e a posição hegemônica que esta adquiriu no Ocidente, quanto também conhecer a subjugação da Medicina Classificatória, assim como das vertentes médicas vitalistas, em um complexo e intricado processo. Assim, olhei os movimentos históricos não como evolução linear de descobertas científicas, mas como processos imbricados aos acontecimentos políticos, sociais, econômicos que foram gerando transformações, rupturas e algumas continuidades cujas marcas ainda estão atuando no campo da biomedicina.

Posteriormente, abordo historicamente o momento em que foram constituídas as teses da medicina homeopática e examino a obra original de Samuel Hahnemann, *O Organon da Arte de Curar*, visto que tal obra, além de conter os princípios doutrinários centrais da Homeopatia, vem sendo o guia principal das práticas homeopáticas no mundo. Considerada obra seminal de Samuel Hahnemann, nela exploro o conceito de *dynamis*, de enfermidade como manifestação de um modo existencial unitário entre mente e corpo nos processos de adoecimento; além disso, trabalho as ideias a respeito da importância do saber de si, sua operacionalidade médica na Homeopatia, os medicamentos ultra diluídos e o corpo como experiência de si. Para argumentar as ações biológicas com doses ultra diluídas, alicerço-me em argumentos trazidos pela medicina com Montagnier e com outros trazidos pela química das estruturas dissipativas de Prigogine.

Com tais discussões procuro chamar a atenção para outros sentidos e práticas para uma medicina alicerçada no sujeito existencial e num cuidado ético de si. Outrossim, traço algumas aproximações com a obra original *De Anima* de Aristóteles, pois a construção do vitalismo hahnemanniano não é obra da genialidade de um homem só, mas de condições históricas e de resistências ao método anátomo-clínico nascente no século XVIII, associadas ao conhecimento milenar de um tipo de saber sobre o corpo que não é mecânico. Tal percurso permitiu conhecer possíveis continuidades e descontinuidades com o vitalismo aristotélico.

Voltando o olhar para nosso país, traço uma breve revisão histórica da Homeopatia no Brasil, procurando mostrar os movimentos históricos que geraram a entrada da Homeopatia e os embates, as lutas e as alianças entre saberes, instâncias sociais e políticas, que foram ocorrendo no cenário brasileiro, posicionando, ainda hoje, a medicina

homeopática como uma prática médica “menor”, no mínimo “alternativa” com um reduzido acesso aos usuários do SUS.

O olhar e o modo de interpretar a história que utilizei não é linear ou evolutivo. Ao contrário, é o olhar da descontinuidade e da singularidade. Segundo Revel (2005), Foucault adota uma interpretação dos eventos históricos segundo três eixos que se complementam e se interpenetram: a descontinuidade e singularidade dos acontecimentos, a busca da formulação de um pensamento do acontecimento específico em sua gênese própria ao nível das narrativas históricas fragmentadas e consideradas “menores” - a Homeopatia e a medicina classificatória são tidas como narrativas médicas "menores" frente a imensa produção de saber biomédico - e a problematização da relação entre os eventos históricos assim enunciados com a filosofia. Segundo Foucault (2010), ao comentar sobre os historiadores tradicionais,

há toda uma tradição da história (teleológica ou racionalista) que tende a dissolver o acontecimento singular em uma continuidade ideal – movimento teleológico ou encadeamento natural. A história ‘efetiva’ faz ressurgir o acontecimento no que ele pode ter de único e agudo. É preciso entender por acontecimento não uma decisão, um tratado, um reino, ou uma batalha, mas uma relação de forças que se inverte, um poder confiscado, um vocabulário retomado e voltado contra seus utilizadores, uma dominação que se enfraquece, se distende, se envenena e uma outra que faz sua entrada, mascarada. As forças que se encontram em jogo na história não obedecem nem a uma destinação, nem a uma mecânica, mas ao acaso da luta. (FOUCAULT, 2010, p. 28)

Nas discussões que Foucault (2002) traz sobre Nietzsche acerca do conhecimento, ele afirma:

[que] o conhecimento foi, portanto, inventado. Dizer que foi inventado é dizer que ele não tem origem. É dizer, de maneira mais precisa, por mais paradoxal que seja, que o conhecimento não está em absoluto inscrito na natureza humana (...) o conhecimento é simplesmente resultado do jogo, do afrontamento, da junção, da luta e do compromisso entre os instintos. (FOUCAULT, 2002, p. 16).

Tal compreensão nos apresenta a possibilidade de conhecer os processos implicados na “fabricação” do conhecimento quanto do conhecer e do sujeito do conhecimento. Ou seja, não há um conhecimento que ocorra em um tipo de evolução linear de descobertas progressivas devido à natureza humana do conhecer e, sim, decorrente de lutas entre concepções de mundo. Foram tais entendimentos e parâmetros de interpretação que foram utilizados para argumentar minhas interpretações históricas e constitutivas dos embates e transformações da medicina científica e homeopática no ocidente.

Trata-se, portanto, de um estudo sobre os discursos proferidos tanto pela medicina clínica, que em sua evolução confirmou a construção biomédica, como pelos saberes médicos menosprezados e abandonados, como os da medicina classificatória, que, em meu ponto de vista, ao se associar ao vitalismo de Hahenmann, encontrou na Homeopatia sua expressão mais desenvolvida.

Assim, para a análise dos materiais utilizei ferramentas teórico-metodológicas em conexão com os estudos foucaultianos em seu arcabouço arqueo-genealógico. Dessa perspectiva, para a reflexão crítica das verdades praticadas pela biomedicina, quando postas em prática na sociedade, me amparei nos instrumentos de Foucault para a compreensão de como eles se capilarizam nos jogos de saber e de poder na sociedade, em particular nos sujeitos. Como já disse, os discursos não são meros dizeres atemporais: eles estão inseridos em contextos históricos e possuem efeitos de poder e saber nas relações entre as pessoas. São práticas discursivas e não meros discursos. Segundo Fischer (2001), ao citar Foucault, o discurso não se refere simplesmente ao

intrincamento entre um léxico e uma experiência[,] (...) analisando os próprios discursos vemos se desfazerem os laços aparentemente tão fortes entre as palavras e as coisas (...) [é necessário] não mais tratar os discursos como conjunto de signos (elementos significantes que remetem a conteúdos ou a representações), mas como práticas que formam sistematicamente os objetos que falam. (FISCHER, 2001, p. 199).

Nessa perspectiva, quando se utiliza um discurso de saberes, não se refere ele às coisas da qual fala e, sim, se refere a uma construção de

regularidades intrínsecas a si mesmo, através das quais é possível definir uma rede conceitual que lhe é própria (...) [e que] não residem na mentalidade nem na consciência dos indivíduos; pelo contrário, elas estão no próprio discurso e se impõem a todos aqueles que falam ou tentam falar dentro de um determinado campo discursivo” (FISCHER, 2001, p. 200)

Os elementos criados nas práticas discursivas, as coisas que se produzem, não são coisas em si, senão coisas que produzem efeitos sobre sujeitos que se subjetivam ao praticá-las e submetem outras subjetividades em suas práticas. Não se trata de mera expressão de ideias ou de coisas observadas. Trata-se de expor relações de saberes e de poderes na produção interna e nos efeitos externos dos discursos. É dessa perspectiva que analiso os discursos da biomedicina e seus efeitos sobre o corpo subjetivado dos sujeitos, tanto os que praticam medicina como aqueles que se submetem à suas práticas em relações de saber e poder, apontando a perspectiva de uma verdade entre parêntesis dos fatos médicos. A

doença, por exemplo, não é entendida enquanto verdade existencial, mas como uma produção sobre o corpo e sua subjetivação, na medida que se trata de

“(…) um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram, em uma dada época e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou lingüística, as condições de exercício da função enunciativa” (FISCHER, 2001, p 204).

Por fim, não há sujeito sem práticas de subjetivação. Os sujeitos são inscritos e subjetivados nos efeitos produzidos pelo seu viver em família, sociedade, trabalho. No caso da medicina, que sujeito é esse que prática e que se submete a ela? Por outro lado, que sujeito podemos produzir no curso de uma reflexão crítica dessa biomedicina? Como se poderia produzir um sujeito que adoeça em corpos que não sejam baseados em órgãos, mas que sejam enfermidades caracterizadas e produzidas em indivíduos subjetivados em processos existenciais? Que sujeito seria esse doente? Que tecnologias médicas seriam necessárias produzir para que se aproximassem de um cuidado de si ético consigo mesmo no falar a verdade sobre si? Os instrumentos foucaultianos que utilizo no estudo da biomedicina, relacionados ao estudo histórico tanto do nascimento da clínica como da sobrevivência da Homeopatia como ramo da medicina classificatória, me levam a investigação do sujeito e do cuidado de si. Será assim que pretendo terminar esse estudo, apontando outra possibilidade para um sujeito que possa assumir e se responsabilizar pelo cuidado de si mesmo, na construção de um uso de seu corpo e governo de si que seja ético e verdadeiro. Verdadeiro na medida em que o cuidado de si se constitua num processo permanente de mudanças a partir do conhecimento de si que emerge do pensar a sua própria existência, seus efeitos e necessidades. Este conhecer-se, como um ato de verdade sobre si, atua como uma forma de poder, em que o sujeito toma a si como objeto de seu pensamento, na construção de um outro tipo de objetividade em que é enunciada através do linguajar próprio do sujeito a um preço que põe em jogo o ser mesmo do sujeito em sua existência. Após problematizar as relações do paciente consigo mesmo ao investir em si as verdades biomédicas e investigar a Homeopatia como possibilidade alternativa para um outro tipo de cuidado médico, utilizo os estudos de Michel Foucault sobre o cuidado de si, em sua terceira fase, a Ética. Tais estudos atuaram como ferramentas para problematizar e trazer elementos para se pensar um cuidado médico e de si que, ao ser centrado na

existência do sujeito, faz com que o doente possa apoderar-se de si e de seus processos existenciais que o levaram a adoecer, que perceba seu corpo como constituído e constituinte de seus movimentos vitais, que o valor de falar de si possui tanta importância ou mais que qualquer exame laboratorial, que se conhecer inserido nas tramas existenciais é de tal importância para que se torne mais crítico, autônomo e livre. Em outras palavras, essa mudança de pensamento significa olhar para uma outra possibilidade de constituição de sujeitos corporificados em seus movimentos existenciais, nos quais a enfermidade é um momento, "essencialmente no domínio da ética entendida como relação consigo." (FONSECA, 2003, p. 143), a partir das práticas de si.

Ao final, penso que eu, como médico e investigador, sempre falarei da posição onde me encontro: um sujeito que, subjetivado pela biomedicina, ao questionar tal subjetivação, encontrou outras formas de ver o corpo e suas enfermidades que não se encontram de forma alguma encerradas em si mesmas, mas em formação permanente. Portanto, minha postura é a de um observador posicionado. Mais do que posicionado, é a de uma prática intelectual não universal, ou seja, não pretendo aqui carregar a totalidade da verdade para apontar a solução global dos problemas que apresento. Ao contrário, buscarei me posicionar como um sujeito ligado "ao problema da produção da verdade" (ADORNO, 2004, p. 42). Nesse âmbito, a tarefa do intelectual é de considerar "a verdade [como] um produto, o resultado de um jogo de forças." (ADORNO, 2004, p. 43). O papel seria então de problematizar um campo de eventos, de práticas e de conceitos que se configuram como verdades, entender seus contextos históricos de formação, que demandas foram satisfeitas e assim me posicionar nessa história em que se revelam as relações de poder que as geraram. É dessa perspectiva que realizo o estudo da medicina contemporânea como verdade médica. É também dessa perspectiva que procuro refletir sobre possíveis alternativas a esses campos do saber médico. Ainda, tal capacitação intelectual se traduz para além dos domínios da teoria; ou seja, tal avanço revela-se fundamental no sentido de uma prática experimental do intelectual em que a todo momento é confrontado pelo que diz e pensa através da prática de quem ele é. Desse modo, através de seus saberes específicos, alicerçado em práticas de vida e de produção de verdades, o intelectual poderá, talvez, construir saberes vinculados a seu viver, à vida que experimenta e, portanto, construir uma ética experimental para si e, conseqüentemente, para os outros.

4 SUJEITOS DESTITUÍDOS DE EXISTÊNCIAS SINGULARES: QUE TIPO DE CORPO PRODUZ A BIOMEDICINA?

4.1 Observações sobre a produção da disjunção entre mente e corpo

A construção histórica das práticas da medicina contemporânea produziu uma vasta gama de conhecimentos configurados em um regime de verdade sobre o corpo. Trata-se de um discurso sobre fatos objetivos e a-históricos, balizado por um método científico que não compreende o fenômeno do corpo como produção contextualizada, proporcionando um conhecimento que pouco ou nada leva em consideração as condições existenciais, sociais e culturais que o gerou. Nesse contexto de objetividade científica, parte-se do princípio de que a verdade médica provém de uma realidade corporal maquínica inquestionável. Como já vimos, trata-se de um modo de dominação do sujeito que vê seu corpo como máquina, um corpo que é projetado como mera estrutura orgânica, separada dos processos singulares da vida de cada um. Decorrente disso, tanto pelo sentido do controle de corpos populacionais como pela incapacidade de apresentar um modo explicativo dinâmico e existencial, a biomedicina produziu um saber que aprofunda um tipo de disjunção entre corpo e mente, que, por sua vez, possibilita uma fragmentação entre o biológico centrado em seus componentes e a condição existencial dos sujeitos que vivem em relações psíquicas dinâmicas e recíprocas.

Desse tipo de disjunção, produzem-se um conjunto de efeitos marcados pela vigilância (epidemiológica, por exemplo), pela submissão à hierarquias (no caso da medicina, da relação médico-paciente ou do conjunto dos saberes especializados da medicina) e pela servidão ao corpo (se a questão corporal é meramente técnica, nada há que se fazer com as experiências vitais). O corpo biológico, constituinte e constituído por um tipo de subjetividade caracterizada como objetiva e orgânica, submete-se, nos modos terapêuticos científicos, ao controle medicamentoso cotidiano de doenças definidas por alterações moleculares estudadas em laboratório, alterações em exames na bioquímica do corpo, nas suas relações microbiológicas ou em alterações de imagem em sua anatomia. Mais do que a saúde, a produção medicamentosa embasada nesses princípios visa o controle dos eventos patológicos nos corpos, por um lado, e do psiquismo, por outro; este último através de psicofármacos, agenciando dimensões contemporâneas na subjetividade dos efeitos do biopoder. Nesse contexto, o sujeito, naquilo em que se considera “normal”

ou “anormal”, é objeto de controle e submissão. O manejo objetivo, bioquímico e molecular, de sua subjetividade e o fato de não incorporar conceitualmente a enfermidade em seu processo existencial, são instrumentos cientificistas que levam a biomedicina a promover o aprofundamento da disjunção entre a doença e a pessoa que vive as relações de sofrimentos vividos na sua existência. Traz assim um tipo particular de conhecimento que termina por subjetivar tanto médicos quanto pacientes, no sentido de uma concepção de corpo basicamente estruturado em órgãos, um corpo biológico.

Para a biomedicina não há outro modo explicativo para as doenças que não seja um mecanismo fisiopatológico baseado em seus componentes, inclusive em nível molecular. A característica essencial, e condição expressa, é que possam ser mecanismos mapeáveis, quantificáveis e comprováveis anonimamente em todos os corpos. Assim, trata-se corpos populacionais e não pessoas com suas histórias. Todas as doenças têm nomes, definições e tratamentos enquanto tipo de abstrações produzidas pelo olhar médico objetivo e universal. Esses são os personagens principais da abordagem biomédica. Além de nomeadas, possuem comportamentos biologicamente descritos independente dos sujeitos que as abrigam: diabetes, asma, artrite, infarto, arteriosclerose e síndromes de diversas naturezas. Pela descrição biomédica, é como se possuíssem uma natureza própria e essencial. De fato, tal método reducionista ao mecanismo corporal da doença trouxe os conhecidos benefícios decorrentes dos desenvolvimentos científicos na medicina. No entanto, a incorporação cada vez mais necessária e urgente por parte da biomedicina de outros aspectos que envolvem o processo de adoecer, tais como modo e estilo de vida, alguns comportamentos e mesmo a necessidade de aplacar alguns mal estares perturbadores do existir do sujeito em sociedade (depressão, por exemplo, como um dos mais frequentes fatores de ausência do trabalho), têm demonstrado os limites da abordagem biomédica, pelo menos no que tange aos processos vitais.

O sujeito, afora algumas de suas atividades ou hábitos (dietas, exercícios ou vícios), não exerce função alguma na gênese da enfermidade, como se essa não participasse de uma gama de eventos de uma história pessoal e de relações nos agenciamentos da vida. A doença, objetivamente concebida, emerge como uma verdade enquanto fato positivo e desembaraçado da pessoa que vive o sofrer, decifrável nos diagramas da arquitetura do corpo, compreendida em termos de causa e efeito orgânico, racionalmente inteligível,

comprovável em todos os corpos, anônima e ao mesmo tempo necessariamente visível. Os eventos do corpo que não apresentarem tais critérios na mecânica dos órgãos tendem a não ser considerados e não apresentam relevância clínica para a investigação nestas práticas médicas. Esse corpo, considerado como objetivo e biológico, proporciona uma prática que

(...) despersonaliza a doença. Esta não é mais percebida como herança da aventura individual de uma pessoa situada e datada, mas como falha anônima de uma função ou de um órgão (...) a doença é colocada como intrusa nascida de uma série de causalidades mecânicas (...), um arquipélago de órgãos (...), uma visão instrumental do corpo (...) [e] essa visão da doença só pode conduzir o doente a depor-se passivamente entre as mãos do médico, e a esperar que o tratamento recebido faça seu efeito. (LE BRETON, 2011, p. 222-224).

Nesse particular, a concepção de doença como algo diferente ao corpo, em que o paciente não é encorajado a ver a si mesmo e questionar-se dos seus processos existenciais de adoecimento, ou seja, não inclusiva de um corpo com história de vida do sujeito corporificado que vive seu sofrer em contextos existenciais, acarreta características notáveis. Por exemplo, não são poucas as metáforas bélicas na biomedicina: arsenal terapêutico, matar bactérias, sistema imune de defesa, entre outras. Outro efeito significativo é a negação das interfaces do corpo (CZERESNIA, 2012) com relação ao que lhe é “externo”, deslocando a referência patológica não como fenômeno das relações do corpo com o meio e das subjetivações vividas nesse processo existencial do sujeito, mas instalando no inconsciente coletivo e individual a ideia de que a enfermidade é algo estranho, alienígena e estrangeiro aos processos vitais, que afetaria somente os órgãos e seu funcionamento. Segundo Czeresnia (2012), tais interfaces do corpo com o externo

"são elementos de interpretação central (...) [em que] a teoria de doença epidêmica contribuiu para a construção de representações corporais que levaram a um crescente 'fechamento' de suas interfaces, tornando o corpo uma estrutura primariamente defensiva" (CZERESNIA, 2012, p. 18).

Na perspectiva foucaultiana, tais "estratégias de prevenção de doenças [epidêmicas] são interpretadas como capazes de exercer uma função disciplinar de controle e regulação" (CZERESNIA, 2012, p. 19) nos cálculos de risco e de deveres da população para se manter pronta e produtiva. Por último, reforço o papel que tal anatomização do corpo cumpre em uma função política. Segundo Le Breton (2011) trata-se de "uma 'tecnologia política do corpo', bem analisada por Michel Foucault, que

prolonga a metáfora mecânica nos movimentos mesmos dos corpos e racionaliza a força de trabalho; ela coordena nas instituições (usinas, escolas, casernas, hospitais, prisões, etc) a justaposição dos corpos segundo um cálculo que deve culminar na docilidade e na eficácia que se espera [do] corpo [que] está submetido ao princípio de uma ordenação analítica. (LE BRETON, 2011, p. 96)

Nessa perspectiva, enfermidade para biomedicina não se configura como uma crise física e psíquica de um sujeito que não encontra mais capacidade de sua realização durante a vigência de seu processo de enfermidade. A concepção de enfermidade biomédica leva a uma construção de sujeitos cuja consciência de si se limita ao seu corpo objetivo. Tal abordagem acaba por negligenciar as histórias de vivência subjetivas, não mensuráveis ou comprováveis, de qualquer dos padecimentos constituídos no viver e sofrer nas relações pessoais a que se submetem os indivíduos, subjetivando-os continuamente nesse sentido. Em outras palavras, essa perspectiva não valoriza as relações de diferenças com os outros, as relações de poder no trabalho, as emoções que geram estados anímicos e comprometem seu próprio estado físico, seus desejos frustrados e até a questão da experiência de morte. Desdenha, enfim, de qualquer sentido para o sujeito que a enfermidade pode simbolizar no seu contexto existencial e histórico ou de possíveis efeitos que as relações vividas pelo sujeito podem produzir nesse sentir sua própria enfermidade. A biomedicina tende a considerar, somente, mecanismos mapeáveis dos componentes estruturais dos órgãos do corpo, além de menosprezar verdades médicas que utilizam a globalidade da experiência histórica do sujeito nos processos diagnósticos e terapêuticos, como a Homeopatia.

Ortega e Zorzaneli (2010) oferecem um exemplo:

Há um grupo particular de patologias contemporâneas que indica o quanto o acesso assombroso à objetividade das doenças não tem sido o suficiente para abordar certos tipos de doenças. É o caso das chamadas síndromes funcionais. Esse grupo de patologias resiste ao escrutínio das tecnologias médicas, seja de visualização, seja de mensuração fisiológica e química (...), cujos sintomas existem sem etiologias orgânicas [e] são um campo problemático para a medicina atual. (ORTEGA, ZORZANELLI, 2010, p. 130).

A característica fundamental dessas síndromes, além de sua invisibilidade orgânica, é se tratarem de processos globais em um mosaico de sensações e funções alteradas, cuja única manifestação ocorre na narrativa do sujeito que sofre. Ocorrem reações emocionais únicas, contextualizadas em histórias particulares em que relações de comando e submissão tornam-se extremamente relevantes, dores subjetivamente valiosas cuja descrição apresenta-se própria do ponto de vista de quem sente, sintomas transitórios e recorrentes,

distúrbios classificados como vagossimpáticos ou distonias vegetativas sem lesão presente e até doenças lesionais de forte conotação emocional como a doença péptica ou as colites inflamatórias não infecciosas. Os autores ainda salientam que "se partirmos do ponto de vista de que o adoecimento é um processo global, toda doença seria psicossomática, pois afetaria o organismo integralmente." (ORTEGA & ZORZANELLI, 2010, p. 130).

A experiência subjetiva e qualitativa dos sintomas da enfermidade e a subjetivação dos efeitos que as relações desiguais na experiência do viver que potencialmente geram sofrimento no indivíduo não fazem parte da semiologia nas práticas da biomedicina. Com esse tipo de argumentação visou chamar a atenção para o antagonismo existente entre a biomedicina e outras práticas médicas que incorporem o modo existencial do sujeito enfermo. Na proposta biomédica de sujeição do sujeito aos mecanismos corporais, ao uso de fármacos, às verdades do médico, etc., importa o órgão e as mensurações de sua bioquímica no estabelecimento do que é normal. A biomedicina normatiza o corpo. Essa condição produz uma relação de poder que submete e dociliza corpos e sujeitos no sentido e nos processos de subjetivação do que é "normal". Exterioriza a verdade do corpo para o saber do outro, especialista em medicina. O indivíduo se transforma em um organismo sem história, somente com os fatos objetivos concernentes à sua doença, e vive seu processo servil a uma verdade orgânica enquanto usa seus medicamentos de controle. Essa conduta pode afetar sua existência inteira, pois ao não se inteirar de sua própria história, ao não se ressubjetivar se apropriando de seus processos vivenciais no que tange às relações que forçam e que geram seu sofrer, talvez não consiga reorientar suas relações em um novo sentido. O saber biomédico estabelece, assim, uma relação que submete pessoas a uma perspectiva de objeto, conforma corpos, não oferece guarda, espaço e escuta para histórias humanas narradas do ponto de vista de quem as vive; volta-se somente para o que se vê enquanto patologia, esquece que toda enfermidade acontece em sujeitos que vivem em contextos emocionais, sociais, profissionais, familiares, com a historicidade vivida em particular pelo sujeito.

Exemplos desse manejo objetivo do corpo, em detrimento do encontro subjetivo, não faltam como efeitos de poder do saber biomédico. São eles os desenvolvimentos do tratamento oncológico associado à participação de imunoglobulinas para inibir o crescimento desordenado das neoplasias; a produção crescente de medicamentos

antirretrovirais e de novas gerações de antibióticos; as abordagens precoces dos eventos isquêmicos cardíacos ou encefálicos com trombolíticos; as terapias substitutivas como a hemodiálise; os procedimentos cirúrgicos minimamente invasivos como as vídeolaparotomias ou colocação de stents arteriais para revascularização; a imensa tecnologia de diagnóstico por imagem para “ver” a doença (ecografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética, tomografia por emissão de pósitrons) são amostras de práticas biomédicas contemporâneas que revelam esse tipo de verdade sobre o corpo em que lesões orgânicas prevalecem ao processo histórico-existencial. Para a biomedicina, enfim, uma semiologia existencial da enfermidade se apresenta como possibilidade praticamente inexistente.

Práticas biomédicas exercem, então, uma força de subjetivação do indivíduo a elas submetido. Nelas, o indivíduo observa-se preocupado com suas “pedras na vesícula”, com sua “sinusite”, com seu “colesterol ou seu diabete”, com sua “asma” e assim por diante. O saber sobre seu corpo, com e no qual realiza seu viver, torna-se fragmentado subjetivamente através das partes de seu corpo atemporal, como se seu corpo fosse igual aos dos outros, fracionado, abrindo a possibilidade de subjetividades desagregadas, docilizadas e submetidas ao poder de tais verdades. O sujeito assim constituído, não inteirado e “refém” dessa verdade médica que o desmembra em órgãos, fraciona a potência de seu movimento existencial, tornando-se submetido à força de uma verdade além de si que constitui a doença orgânica.

Tal rede discursiva vem gerando efeitos de controle de corpos e sujeitos ao semear condições para uma construção também parcial e fragmentada das subjetividades com relação tanto ao seu processo de adoecer como ao seu existir. A subjetividade passa a ser uma construção anônima. Favorece o desenvolvimento de um conhecimento de si proveniente de uma rede discursiva que torna o corpo como fato meramente objetivo, caracterizado em um conjunto de órgãos de funcionamentos potencialmente decifráveis em termos de causa e efeito. Estimula uma consciência que leva o sujeito a afirmar que “tem problema no coração” ou que “falta uma substância em meu cérebro e preciso de um remédio para depressão”, sem sequer se questionar acerca das relações vitais que podem ter proporcionado seus estados de sofrimento.

Diante desses modos discursivos, o doente nada pode fazer a não ser subjetivar-se, submeter-se e docilizar-se ao percorrer a *via crucis* em busca de um cuidado que “trate” ou “cure” sua doença que não emergiu de seu existir. Dificilmente encontrará um cuidado que oportunize uma possibilidade para apontar qualquer ressignificação de seu sofrer. Trata-se de um saber médico que produz relações de saber e poder imbricadas às práticas médicas, as quais produzem sujeitos, tanto médicos como pacientes, que, ao praticarem e viverem seus corpos como máquinas compostas de estruturas orgânicas, são passíveis de serem decompostos em partes para a análise das doenças. Assim, poderão favorecer um tipo de docilização e submissão de suas condutas perante a vida, uma vez que os sujeitos atribuem ao médico a verdade sobre si mesmo, de seus corpos orgânicos e de suas relações que contextualizaram seu adoecer.

Seria, então, inútil a biomedicina? De forma alguma. Mesmo que seja injustificável o abuso do uso de medicamentos (antibióticos, analgésicos, antidepressivos, indutores do sono, no controle da “hiperatividade infantil”, etc) há de fato condições clínicas que requerem medicações farmacológicas e manipulações mecânicas sobre o corpo, a exemplo das doenças neoplásicas e dos procedimentos de hemodiálise em renais crônicos, no sentido de minimizar a doença assim percebida e de aplacar o sofrimento. Contudo, reconhecer sua limitação na abordagem existencial do sujeito, na compreensão de uma existência em que mente/corpo se manifestam como um todo em unidade existencial, passa a ser cada vez mais uma fronteira que necessitará ser rompida.

Para Rabinow e Dreyfuss (1995, p. 123) o corpo é o “lugar onde as práticas sociais ínfimas e localizadas se relacionam com a grande organização do poder”. É no âmbito do corpo orgânico em que se estabelecem micro relações de sujeição entre os sujeitos adoecidos. Para vivências singulares e diferentes, a biomedicina estabelece a padronização de suas verdades objetivas. Dos saberes extraídos do corpo orgânico a partir de técnicas de exames e de medidas avalia-se e resume-se o indivíduo a um corpo biologicamente estragado, anormal. Trata-se de um saber/poder que exerce sua técnica de medicalização progressiva dos indivíduos, cujos critérios resumem-se às alterações fisiológicas e moleculares dos corpos.

O poder biomédico configura-se como um campo de saber cujas práticas sobre corpos subjetiva-os em uma biologia redutível aos seus componentes, na miniaturização

organicista do corpo e a consequente intervenção farmacológica e estrutural nas composições corporais. Essa subjetivação é feita normatizando os corpos, afirmando com cientificidade o que é normal e o que é patológico. Forja uma subjetividade compatível com esse saber. Assim, vidas são vividas em corpos objetivos, com metas objetivas de configurações e normatizações individuais e a-históricas do ponto de vista existencial. Produzem-se corpos em que intensidades do sujeito, modalidades singulares e qualidades afetivas são secundarizadas, o que proporciona também relações entre médico e pacientes que tendem a ser anônimas, além de uma compreensão sobre o sujeito enfermo que apresenta um tipo de disjunção entre mente e corpo na compreensão da atividade humana. Reduz o sujeito a um corpo orgânico. Produz uma indústria de medicamentos, de técnicas de intervenção e de tecnologia da imagética do corpo que visa, por um lado, a recauchutagem química e molecular dos órgãos, decorrente da produção experimental em corpos impessoais e, por outro lado, medicamentos de ação psíquica que interferem diretamente no comportamento de sujeitos, no controle químico de suas emoções, sem oferecer possibilidades de reorientação de seu sofrer. São verdades científicas que, enfim, produzem e exercem um saber/poder que opera em uma rede de relações entre diversos segmentos da produção científica, que, como vimos, acabam subjetivando médicos, pesquisadores, pacientes, cuidadores, mídia, instituições hospitalares e de saúde, programas assistenciais, planos de saúde e previdência, governando os corpos e a vida, no sentido da docilização e submissão dos sujeitos.

4.2 Corpos-máquinas e o biopoder

No que tange ao governo da vida, Rabinow e Dreyfuss (1995) referem dois pólos de manifestação do biopoder: um dizendo respeito à espécie humana e outro centrado no corpo como objeto manipulável. Direccionam-se e atuam sobre o corpo e a vida duas técnicas de poder concomitantes e articuladas: a disciplinar, dirigida ao corpo do indivíduo, no caso o paciente, tornando-o docilizado, e o biopoder direcionado às ocorrências populacionais, como é o caso de campanhas de combate a doenças, tornando o indivíduo o verdadeiro objetivo do controle do poder de Estado.

Articulam-se esses dois pólos em uma biopolítica, cujos mecanismos e conjunto de saberes, compreendem forças de transformação e controle da vida humana no âmbito de

populações. Contudo, no contexto do polo do corpo transformado em objeto dócil, segundo Rabinow e Dreyfuss (1995, p. 170), trata-se da “construção de um ‘micropoder’, começando pelo corpo como um objeto a ser manipulado [como] chave do poder disciplinar”. No caso da biomedicina trata-se de um conjunto de técnicas como exames, tecnologias de reparação química ou cirúrgica, normação de comportamentos, vigilância sanitária, consultas médicas voltadas às evidências clínicas e agrupadas em patologias, internações hospitalares com a pertinaz finalidade de restauração do corpo orgânico doente. É a patologia que conta e não o doente. Nesse contexto, a patologia transforma-se em objeto permanente de abordagem terapêutica independente dos sujeitos que vivem as doenças. A distanásia, a persistência terapêutica em pacientes com enfermidades graves e mortais, já praticamente sem relação vital, em que se considera vida como um sistema de órgãos funcionando e não uma experiência do sujeito, entra como fenômeno a ser compreendido no âmago dessa terapêutica obstinada da doença anônima.

A gestão do doente gera uma logística da doença cujas técnicas direcionam-se às populações com a finalidade de minimizar a ocorrência das doenças. Nessa dimensão de intervenção, atua a biopolítica de sujeição, onde o sujeito em sua singularidade desaparece na multidão de indivíduos e de doenças cada vez mais numerosas. No âmbito da saúde pública brasileira, o SUS, a crise da gestão dos doentes fundamentada nas patologias não encontra mais possibilidade, em curto ou médio prazo, de solução para as longas filas de espera e para a conseqüente superlotação das emergências, pois tal medicina de patologias tem fraco poder preventivo ao não abordar os sujeitos nas suas experiências vitais pré-mórbidas baseadas em sensações e funções alteradas não mensuráveis por exames complementares. Outrossim, a obstinação terapêutica continua a ser a experiência predominante nas UTI's, nas emergências, nas internações hospitalares. Configura-se, sobre esses corpos submetidos a essas verdades médicas, o poder de fazer viver (no controle de doenças orgânicas do corpo independente do sentir-se mal no seu modo existencial como sujeito) e o de não deixar morrer (em termos de sempre encontrar quase indefinidamente alguma terapêutica capaz de prolongar uma vida muitas vezes sem qualquer relação existencial) dos corpos objetivados. Enfim, penso que o controle dos fenômenos biológicos das populações através de um fazer científico, produz biopolíticas

que direcionam táticas de biopoder aos corpos e às populações alicerçadas em um saber que propõe verdades objetivas a partir de corpos vistos como anônimos e universais.

A coisificação dos corpos consolida, ao fim e ao cabo, um tipo de poder sobre um sujeito sem história, sem relações de afeto, sem uma história que foi compartilhada por outros. Sem o que há de mais humano entre nós. Toma como seu papel consertar organismos como compostos de peças quase avulsas ou em estrita relação biológica e molecular. Essa lógica não contribui para o conhecimento de si, não olha para seus processos de adoecimento nas relações históricas que manteve em seu viver, não considera as relações de poder estabelecidas no seu cotidiano no qual é ao mesmo tempo vítima e artífice. Enfim, as práticas biomédicas não tratam a doença como crises evolutivas de uma vida em desenvolvimento com uma história complexa de entrecruzamentos de vidas e suas interfaces corporais.

Assim, ampliam-se e universalizam-se estratégias atingindo cada indivíduo, como já observei anteriormente, e formando subjetividades miniaturizadas em indivíduos isolados e sem história de relações vitais, fragmentadas no seu alcance de resistência através do olhar fracionado que tem de si enquanto um corpo de segmentos orgânicos no campo exclusivo de uma objetividade científica. Ratifico que um dos fatores da potência desse saber está na incorporação e na subjetivação como fato dado do modo explicativo que considera a objetividade independente do observador, principalmente no que tange a observação de si mesmo. “A tecnologia disciplinar (...) impõe seu próprio padrão de normalização como único aceitável.” (RABINOW; DREYFUSS, 1995, p. 212).

Nesse caso, a própria subjetividade tem sido também objeto de materialização. Ao não valorizar a experiência vital e singular do sujeito, a biomedicina procura resolver os problemas da mente coisificando a atividade cerebral em sua estrutura e anatomia molecular. O comportamento é compreendido como decorrente dos mecanismos mapeáveis da estrutura mecânica e química do cérebro. O sujeito deixa de ser uma manifestação irreduzível de um viver contextualizado com experiências íntimas e pessoais inseridas na rede de disputas e de produção de saberes da sociedade e seu comportamento é explicado através de uma noção de um cérebro com deficiências químicas. O comportamento e as emoções são explicados como manifestações de uma natureza biológica manipulável. Interroga-se o corpo e a mente como uma biologia essencializada e não contextualizada em

um viver. Nesse modelo explicativo, não se interroga a pessoa e não se escuta suas narrativas historiográficas de seu viver: procura-se enxergar uma alteração do que se considera normal para que se possa novamente docilizá-lo em uma normatividade estabelecida e construída historicamente.

A noção biologicista, como não poderia ser diferente, vem alicerçando e fomentando a indústria farmacêutica, a qual produz medicamentos para os diversos diagnósticos das partes ou comportamentos do corpo considerados anormais. Produz um saber que proporciona o indivíduo a se tornar intolerante às condições do existir humano, um saber que alimenta uma sociedade que continuamente promete a felicidade e a saúde plenas com desejos que nunca são atingidos, ocasionando uma sociedade da decepção. Em outras palavras, “desejo e decepção caminham juntos.” (LIPOVETSKY, 2006, p. 5). Se estar triste não é concebível de acordo com as demandas de produtividade, diagnostica-se facilmente depressão, medica-se com fluoxetina, sertralina ou amitriptilina para que se cumpra com a imperiosidade de se continuar com os processos produtivos e as relações sociais de acordo com as demandas e com as considerações de normalidade. Nesse sentido, Le Breton (2018) afirma que vivemos em

uma sociedade onde se impõem a flexibilidade, a urgência, a agilidade, a concorrência, a eficácia etc., ser si mesmo já não é algo evidente visto que a todo instante urge expor-se ao mundo (...) Por isso a insuficiência é para a pessoa contemporânea o que o conflito era para a da primeira metade do século XX. (LE BRETON, 2018, p. 10)

O autor escancara, assim, a falta de meios simbólicos e sociais para o sujeito assumir qualquer tipo de liberdade. Há, para tanto, uma miríade de medicamentos bioquímicos para ansiedade, depressão, pânico, hiperatividade, falta de foco e concentração, etc. Para o controle da vida e a produção de subjetividades, vem sendo fabricada uma verdadeira máquina de controle de humanos através de um tipo de poder farmacológico que regula doenças e comportamentos humanos em nível global, disciplinando cada indivíduo.

Ortega e Zorzanelli (2010) apresentam a reflexão de que o panorama das relações de poder instituídas pelo paradigma biomédico tem mudado com velocidade. Hoje em dia há uma "reformulação biológica em nível molecular." (ORTEGA; ZORZANELLI, 2010, p. 74). Observam que esse fenômeno surge

no quadro das vertiginosas transformações operadas a partir da decifração do código genético humano e do desenvolvimento de biotecnologias, a crença em uma fonte renovável e inesgotável de saúde, a qual se deve procurar com afincos (...) um paradigma de saúde perfeita, baseado na crença de que é possível evitar e controlar ao máximo os danos que o corpo padece (...) [construindo-se] padrões corporais como parâmetro de medida e de valor para o homem pós-moderno. Criam-se modelos ideais de sujeitos baseados em performance física (...) cujas bases são regras higiênicas. (ORTEGA, ZORZANELLI, 2010, p. 74-75).

O aprofundamento dessa perspectiva é tão preocupante que a produção de medicamentos capazes de interferir em cada sensação e emoção humana, somados à pesquisa de medicamentos moleculares que poderão interferir na estrutura genômica, estão entre as principais vertentes da indústria. Se desde as primeiras estratégias da biopolítica o controle se orientava para a doença e a saúde da população, em termos coletivos e estatísticos pela medicina preventiva e ampla gama de medicamentos para patologias, a contemporânea medicina genômica tem produzido uma "nova [forma de] configuração qualitativamente diferente de conhecimento, poder e subjetividade." (RABINOW; ROSE, 2006, p. 49), com a promessa e finalidade de controle da vida em seu nível micro, mesmo antes do nascimento de um novo ser, e das condições geradoras de doenças e de morte, etc.. Pode-se atualmente observar nas políticas de mapeamento do sequenciamento do genoma humano o nascimento de novos modos de individualização e de autonomia do indivíduo com um conjunto de direitos associados à saúde, à vida, à liberdade e à posse de uma felicidade que é cada vez mais entendida em termos de dependência da genética. Conforme Rabinow e Rose (2006, p. 49), "ainda não está claro se as novas formas de conhecimento genômico e molecular são de fato capazes de gerar os tipos de diagnóstico e ferramentas terapêuticas que seus defensores esperam.". Mas a diretriz apontada pelo capital das indústrias farmacológicas está "engajada na reengenharia molecular da própria vida." (RABINOW; ROSE, 2006, p. 50). O estudo genômico promete desvendar um conjunto de produção proteica envolvida na gênese de doenças e, ao fazer isso, potencializa a produção de medicamentos que agiriam nesse nível molecular e genético. Há toda uma pressão industrial, grupos de pacientes já subjetivados nesta esperança terapêutica e companhias de biotecnologia que apostam nesse sentido (RABINOW; ROSE, 2006). "Portanto, uma racionalidade biopolítica modificada em relação à saúde está claramente se formando, na qual o conhecimento, o poder e a subjetividade estão entrando em novas configurações,

algumas visíveis, outras potenciais." (RABINOW; ROSE, 2006, p. 50). Modelos de pesquisa genética na compreensão de patologias humanas têm grande potencial para alterar, se as alternativas terapêuticas evoluírem, as "lógicas da medicina e a forma do campo biopolítico." (RABINOW; ROSE, p. 51). Associado a isso, a farmacogenômica, na produção de medicamentos de ação molecular cerebral no controle de sintomas depressivos e/ou psiquiátricos, tem ganhado peso nas prescrições médicas sem de fato ainda terem indicadores claros de escolha de dosagens e tipos de medicamento. Crêem que serão determinações genéticas que irão contribuir para a precisão terapêutica, como, por exemplo, a tendência "genética" à depressão e ao suicídio (RABINOW; ROSE, 2006). Em última análise, os autores defendem que essa tendência apresenta potencial para "remoldar a biopolítica da saúde mental, não apenas reescrevendo sua epistemologia com base em linhas biológicas, mas também reconfigurando as relações de conhecimento, poder e perícia que a governam." (RABINOW; ROSE, 2006, p. 53).

Os autores apontam três tópicos que parecem condensar a tendência de ação desta potencial biopolítica atual: raça, reprodução e medicina genômica. O mapeamento genômico tem sustentado uma transformação nos efeitos do biopoder. A descoberta dos Polimorfismos Nucleotídicos Únicos, por exemplo, conseguiu gerar um conjunto de verdades médicas sobre as diferenças de raças. Rabinow e Rose (2006) apontam que a Howard University gerou um banco de dados de sequências de DNA para ser usado a fim de explorar as bases genômicas de doenças entre negros norte-americanos. Tal programa, apesar de não ser utilizado literalmente no sentido de segregação racial dos negros, aponta para a saúde de grupos com identidades biossociais. Hoje em dia, há uma espécie modificada de eugenia subscrita em nome da qualidade de saúde de populações, alicerçadas na racionalidade de uma "verdade" objetiva e genética. Mesclam-se as estratégias de domínio que não se resumem mais a uma simples "purificação" de raças. A genômica contemporânea é principalmente dirigida às condições de doença que poderiam ser circunscritas geneticamente a tipos de raças ou sexo. Não é mais a raça que está puramente no objetivo do biopoder, senão o mapeamento de doenças onde a raça passa a ser somente um "fator de risco".

É nesse contexto da genômica que também se constrói e avança a retórica da reprodução que, afora os controles de natalidade forçados que ocorrem na China, se

dirigem para as prevenções de patologias como a Síndrome de Down ou de Tay Sachs. O controle de novas gerações através do planejamento genético é exercido hoje na seleção de um tipo de qualidade de vida.

Abre-se à população como um todo o entendimento genético da sua saúde, doenças e predisposições. Subjetivam-se as pessoas no sentido de que a sua saúde e doença definem-se como determinações genéticas independentes delas e de seu ambiente: o sujeito nada teria a fazer a não ser se submeter ao medicamento que controla a alteração do que se considera normal. Rabinow e Rose (2006) destacam que tais transformações na lógica do biopoder direciona nossa atenção a dois elementos chave que estão em jogo em uma possível transformação da biopolítica que incide sobre os sujeitos: o conhecimento de processos de vida orgânica molecularizada e baseada nos processos da genômica e, por consequência, os modos de subjetivação através dos quais os sujeitos atuam sobre si próprios como seres vivos meramente objetivados na decomposição de seu corpo (RABINOW; ROSE, 2006).

Na trama desse jogo, as concepções de biopoder produzem sujeitos cujos corpos não tem história, em que há espaço somente para patologias. Esquece que as enfermidades não são simplesmente patologias objetivas e anônimas, são vivências em contextos emocionais, sociais, profissionais, familiares, culturais com uma historicidade vivida por sujeitos cada um a seu modo e intensidade.

Para Alain Touraine (2005), a constituição de um sujeito para si “se forma na vontade de escapar às forças, às regras, aos poderes que nos impedem de sermos nós mesmos, que procuram reduzir-nos ao estado de componente do sistema e de seu controle sobre sua atividade, as intenções e as interações de todos.” (TOURAINÉ, 2005, p. 119). Fala-se aqui da possibilidade de dar as costas, de rejeitar os saberes hegemônicos, para poder criar a perspectiva de construção de subjetividades conscientes de si, da elaboração de um conjunto de agenciamentos sociais e científicos alternativos no sentido de romperem com aqueles que submetem a um mundo impessoal e anônimo enquanto simples estatísticas ou elementos de uma população. Ou seja, passar para a necessidade de se produzir sujeitos voltados para a construção de uma ética do cuidado de si, pleno nas condições em que vive, nas relações que estabelece, nos conflitos de força a que é submetido e que procura ressignificar. Enfim, "na resistência ao mundo impessoal" (TOURAINÉ, 2005, p. 120) para

a construção de outro sentido ao mundo que vive. Trata-se de buscar processos de subjetivação que representem uma resistência a uma versão de corpo cuja redução aos seus componentes orgânicos contribui para a restrição da consciência ética de si. Fala-se, portanto, da possibilidade de um sujeito corporificado que exerceria eticamente seu direito e dever consigo mesmo e, assim, legitimaria tal ação perante o semelhante na geração de um mundo que se produz em outro sentido, no sentido do compartilhamento e autenticação da diversidade representada pelo outro semelhante. Não um indivíduo cuja identidade com um “eu” essencializado faz valer sua vontade ao mundo no escrutínio incessante e coercitivo de uma realidade objetiva, mas um sujeito com um “eu relativizado”, sempre em processo de criação de si, configurado em suas relações continuamente mutantes e fluídas estabelecidas no convívio com os próximos e com a sociedade. Ou seja, um “eu relativizado” e consciente das relações de poder que se estabelecem no seio da convivência entre os indivíduos com os quais nos identificamos apenas temporariamente nos fluxos do viver. É nessa inversão cultural que se procura alicerçar a resistência ao poder biomédico que dociliza corpos e a construção de práticas médicas para o sujeito de si.

Nesse contexto, urge aprofundar a questão do sujeito e discutir o corpo para além da sua estrutura orgânica, caracterizado por processos e fluxos dinâmicos configurados em seu viver, modificados e reestruturados continuamente, nunca cristalizados ou essencializados, mas modalizados a cada momento por intensidades sensoriais.

5 BUSCANDO RESSUBJETIVAR O SUJEITO

Foucault procura mostrar os processos de constituição de sujeitos nos contextos de jogos de verdade e poder. Interroga a teoria que apresenta sujeitos como entidades estruturadas em componentes essenciais ou em estruturas psíquicas pré-formadas, apresentando-as como noções sobre o psiquismo produzidas em contextos históricos culturais e científicos e, não, enquanto observações de uma realidade inquestionável. Nas palavras do autor:

Procurei mostrar como o próprio sujeito se constituía, nessa ou naquela forma determinada, como sujeito louco ou são, como sujeito delinquente ou não, através de um certo número de práticas, que eram os jogos de verdade, práticas de poder etc. Era certamente necessário que eu recusasse uma certa teoria a priori do sujeito para poder fazer essa análise das relações possivelmente existentes entre

a constituição do sujeito ou das diferentes formas de sujeito e os jogos de verdade, as práticas de poder, etc. (FOUCAULT, 2004, p. 274-275).

Portanto, considerar que há uma essência prévia que constitui o sujeito, ou seja, que há uma estrutura prévia e naturalizada de corpo e sujeito e que essa deve ser sempre verificada, medida e renormalizada caso seja desviada de sua norma seria uma

função da ideologia médico-científica no sistema do poder e [uma forma de] uso crescente de pseudoconceitos científicos com fins de controle político[,] (...) maciça e cotidianamente realizada pelas representações pseudocientíficas do corpo, da doença e da saúde e da ‘medicalização’ de esferas cada vez mais amplas de vida e da imaginação individual. (AGAMBEM, 2017, p. 236).

Para os autores, não há sujeito essencializado, mas sim efeito de práticas sociais imbricadas ao biopoder. Neste capítulo e no próximo, procuro ressignificar o corpo como manifestação de sua atividade constante no meio em que vive e, nesse meio, se configurando como sujeito ao exercer seu viver. Nesse caso, sujeito não se comportaria como possuindo uma essência, mas, sim, enquanto forma e modo de ser enquanto manifestação do “eu”. Para Agambem (2017, p. 233), “uma vida, que não pode ser separada de sua forma, é uma vida para a qual, em seu modo de viver, está em questão o próprio viver e, em seu viver, está em jogo, sobretudo, seu modo de viver”. A medicina necessita rediscutir noções de corpo, necessita rediscutir sua posição na produção de saberes sobre o corpo e sobre a vida. "A tese de Foucault segundo a qual 'o que hoje está em jogo é a vida', e por isso a política se tornou biopolítica é, nesse sentido, substancialmente correta." (AGAMBEM, 2017, p. 236). Nesse âmbito, a discussão de sujeitos com uma autoidentificação de um "eu" como o princípio de si mesmo, é relevante.

5.1 O "eu" que cristalizamos ser versus o "eu" que se faz e se desfaz

Nikolas Rose (2011) apresenta um ponto de vista interessante quando estuda a corporeidade identificada com um “eu”. Ao iniciar seu artigo “Inventando nossos eus”, no livro traduzido por Tomaz Tadeu da Silva *Nunca fomos humanos – nos rastros do sujeito* (2001, p. 139-204) afirma que “a ideia de ‘eu’ entrou numa crise que pode ser muito bem irreversível.”(ROSE, 2011, p. 139). Nele, questiona a noção de um “eu individual” enquanto efeito que nos subjetiva cotidianamente e que é predominante nas vertentes majoritárias da psicologia. Em outras palavras, problematiza esse “eu” enquanto possa se constituir como uma entidade natural nascida junto ao corpo individual, mesmo que

passível de múltiplas transformações ao longo da vida, e que possua uma estrutura psíquica naturalizada como humana. Segundo o autor,

as disciplinas psi compreendem mais que uma forma historicamente contingente de representar a realidade subjetiva. As disciplinas psi, no sentido que lhes dou, têm feito parte de forma constitutiva das reflexões críticas sobre a problemática do governo das pessoas de acordo com, por um lado, sua natureza e verdade e, por outro, com as exigências da ordem social de harmonia, de tranquilidade, do bem estar. (ROSE, 2011, p. 146-147).

Essa articulação entra em sincronia com a ideia de que essas disciplinas também se tratam de “técnicas para moldar e reformar os ‘eus’[enquanto] regimes de pensamento por meio dos quais as pessoas podem dar importância a aspectos de si próprias e à sua experiência e regimes de práticas.” (ROSE, 2001, p. 147). Em outras palavras, ele chama a atenção para a importância de se perceber em que domínios ocorrem os processos psíquicos do “eu” e de que modo eles podem ser ressignificados em suas relações existenciais nos espaços psíquicos gerados em sua atividade mental de observação e comunicação que executam ao viver, para que se possa ir além das tecnologias psi que se fundamentam em um “eu” essencializado. Questiona a possibilidade de um “eu” que seja corporificado enquanto essencialidade estrutural da mente.

Rose apresenta, criticamente, algumas abordagens que rastreiam uma alternativa. Investiga uma técnica no âmbito psi que se refere aos elementos da linguagem como narrativas do eu na constituição dos sujeitos psicológicos. Diferencia-se dos processos analíticos onde há estruturas individuais e constitutivas do psiquismo (id, ego, superego, complexos edipianos, etc) para afirmar que as subjetivações são forjadas no processo da linguagem enquanto sintaxe socialmente elaborada e praticada. O “eu” seria uma permanente construção de uma experiência alicerçada nas ações de linguajar, não semântica, mas como realidades criadas nos processos enunciativos. Para Benveniste (BENVENISTE, 1971, *apud* ROSE, 2001, p. 148), “o eu, como sujeito de enunciação, forma um *locus* de subjetivação, criando uma ‘posição de sujeito’, um lugar no interior do qual um sujeito pode surgir”, ou seja, cria um espaço psíquico para que nele emerja a possibilidade de um "eu" na forma de uma unidade psíquica, produzindo a permanência da consciência como “propriedade fundamental da linguagem.” (ROSE, 2011, p. 149). Nesse ponto de vista, as circunstâncias de onde se está linguajando são capazes de moldar subjetividades. Assim, cada sujeito imerso em contextos sociais de linguagem estruturada

sintaticamente formaria uma subjetividade através daquilo que enuncia, sendo constituído e reconstituído em seu movimento discursivo.

Rose comenta e afirma que esse tipo de tecnologia do narrado de si

é tanto constitutivo das formas de autoconsciência e de autocompreensão que os seres humanos adquirem e exibem em suas próprias vidas quanto é [também] constitutivo das próprias práticas sociais, na medida em que essas práticas não podem ser levadas a efeito sem certas autocompreensões. (ROSE, 2001, p. 152).

Nessa abordagem, a subjetividade seria uma propriedade contingente à linguagem que se manifesta nos espaços de relação do sujeito com alteridades e não uma propriedade dos elementos estruturais do psiquismo. Portanto, o corpo pode também se inserir nessa perspectiva de configuração de suas formas-de-vida em uma ontologia modal e singular de sua atividade existencial em que sujeitos apresentam sua corporeidade⁵ fluída constituída na conservação de suas mudanças que se conservam, elas mesmas, em seus devires. Em outras palavras, cada sujeito produziria seu corpo nos modos em que vive, assim como cada sujeito adoeceria na forma-de-vida que produziu para si em seu corpo.

O autor salienta, ainda, que, nos processos linguajantes⁶, “a subjetivação nunca é um processo puramente gramatical; que ela surge de um ‘regime de signos e não a uma condição interna à linguagem’ e esse regime de signos está sempre preso a um agenciamento ou a uma organização de poder” (ROSE, 2001, p. 149). Ainda que em formas puramente narrativas de compreensão do sujeito, atribui-se a elas o poder de modalizar e de constituir verdades sobre a sua própria subjetividade. Rose destaca que, se de fato, em parte, a subjetivação depende de processos de linguagem, não o será de acordo com sua estrutura gramatical e, sim, deverá ser considerada enquanto um “regime de linguagem” (ROSE, 2001, p. 165).

Para caracterizar regime de linguagem, Nikolas Rose é claro:

deve-se conceber a construção discursiva do eu de uma forma bem diferente. Quem fala, de acordo com que critérios de verdade, de quais lugares, em quais relações, agindo sob quais formas, sustentado por quais hábitos e rotinas, autorizado sob quais formas, em quais espaços e lugares, e sob que formas de persuasão, sanção, mentiras e crueldades. (ROSE, 2001, p. 158).

⁵ Adjetivo utilizado para caracterizar o corpo com um processo em contínua transformação, ou seja, de como a mente percebe o corpo próprio em suas relações com o mundo.

⁶ Adjetivo utilizado por Humberto Maturana e Francisco Varela e adotado neste trabalho para caracterizar o modo existencial humano imerso no ato de linguagear (não da linguagem, pois não é sintática e gramatical, mas ato de falar e se expressar) que, associado às disposições emocionais no ato linguajante, emergem práticas de conversações.

Nesse contexto, falar de si é um processo de coragem que deve se orientar na caracterização do vir-a-ser do sujeito. Linguagem como fato linguajante e não como elemento sintático de uma estrutura linguística. A ênfase aqui é projetada nos efeitos de uma conduta linguajante e não na linguagem em si; ou seja, que níveis de relação e de poder gera e que efeito produz na constituição de subjetividades. “A subjetivação em questão não é um produto nem da psique nem da linguagem, mas de um agenciamento heterogêneo de corpos, vocabulários, julgamentos, técnicas, inscrições e práticas.” (ROSE, 2001, p. 166), uma combinação, um mosaico construído de vivências com os outros e consigo mesmo que é modalizado nos próprios vínculos estabelecidos nas relações sociais e nas relações de força e poder nas quais o sujeito é produzido e produz, se insere e é influenciado. Veremos no conjunto deste trabalho a importância que esse conceito de narrativa de si tem na configuração de uma medicina para sujeitos existenciais.

Rose sugere que a subjetivação é

mais em termos daquilo que os humanos estão capacitados a fazer por meio das formas pelas quais são maquinados e compostos (...) não é intrínseco à carne, ao corpo, à psique, à alma, [mas] está constantemente deslocando-se e mudando de lugar para lugar, época para época, com a ligação dos humanos a aparatos de pensamento e ação. (ROSE, 2001, p. 166-167).

Nessa perspectiva, o sujeito pouco tem a ver com a constituição de um “eu” e, sim, com o conjunto de interações e relações, forças e fluxos, conexões possíveis no seu existir, seja consigo mesmo ou em relação aos agenciamentos com os outros na configuração de suas capacitações e de sua ética na ação em relação a si e ao outro. Podem-se, nessa perspectiva de conformação de uma subjetividade corporificada, produzir relações aceitando que o corpo é “muito menos ‘material’ do que costumamos pensar (...) [que] deveríamos estar preocupados não com corpos, mas com as ligações estabelecidas entre as superfícies, forças e energias particulares (...)[,] um particular regime de corpo produzido.” (ROSE, 2001, p. 170).

Nessas subjetividades configuradas nos espaços de ações humanas, para dar conta da capacidade de agir, torna-se perceptível que nós não precisamos de nenhuma teoria do sujeito que seja anterior às condutas de ação observadas. Basta observar a atividade humana em termos dos agenciamentos que atravessam a existência que configurariam subjetividades corporificadas.

Contudo, a experiência de internalidade subjetiva e de coexistência com o corpo não pode ser negligenciada e necessita de um modo explicativo. Rose busca em Deleuze argumentos para descrever tal experiência, argumentando que a subjetivação “se deve às formas pelas quais relações particulares do exterior têm sido invaginadas, dobradas, para formar um lado de dentro ao qual um lado de fora deve fazer sempre uma referência.” (ROSE, 2001, p. 179). Adiante escreve: “o lado de dentro, o subjetivo, é, ele próprio, não mais que um momento ou uma série de momentos, por meio do qual uma ‘profundidade’ foi constituída no ser humano” (ROSE, 2001, p. 179). O sujeito seria, nessa relação consigo e com os outros, um dobramento de suas experiências que produziriam efeitos de subjetivação que não seriam efeitos passivos, mas efeitos de um contínuo fluxo na construção de si ao “se envolver com as técnicas de governo do corpo.” (ROSE, 2001, p. 181).

Mas o que seria *dobrado*? Rose responde:

“Tudo aquilo que é composto de qualquer coisa que possa adquirir o status de autoridade em um agenciamento particular. As maquinações de aprendizagem, da leitura, do querer, do confessar, do lutar, do andar, do vestir, do consumir, do curar.” (ROSE, 2001, p. 182).

Ou seja, conforme Rose, seria "dobrado" um conjunto heterogêneo de relações estabelecidas no viver dos sujeitos que se tornariam "verdades" de cada subjetividade, modalizadas por cada sujeito no seu viver. “O ‘eu’ é produzido no processo de praticá-lo, produzido, portanto, como uma interioridade que é complexa.” (ROSE, 2001, p. 189). É “delineado pela descrição das formas pelas quais a existência humana se torna inteligível e praticável.” (ROSE, 2001, p. 191), de como codificamos e experienciamos nós mesmos e nos distinguimos dos outros.

Somos “eus” que se fazem e se desfazem, em um fluxo contínuo de relações que se transformam, no modelamento de nossa subjetividade sujeita a agenciamentos e articulações e para que, na crítica ao modelo de subjetividades essencializadas, possamos "ao menos reforçar a questionabilidade das formas de ser que têm sido inventadas para nós e começar a inventar a nós mesmos de forma diferente.” (ROSE, 2001, p. 197-198).

Contudo, mesmo que saibamos que esse “eu”, proposto por Rose na constituição do sujeito, apresenta-se como efeito de subjetivação que ocorre em uma corporeidade sempre em formação, creio ser necessário um modo explicativo do corpo enquanto unidade discreta

e sensível. Ou seja, que seja biologicamente “delimitado” ou “distinguível” de um meio, do qual surge como entidade autônoma, ao mesmo tempo em que exista através dos diversos agenciamentos aos quais é submetido para constituir-se. Ou ainda em outras palavras, pergunto: seria possível uma outra biologia ao invés desta que se apresenta como objetiva e organicista? Como poderíamos contrapor ao corpo pensado como objetivo, enquanto instrumento de coerção dos corpos e subjetividades, uma outra proposição de corpo biológico? Como formular dimensões e modificações na dinâmica corporal, enquanto um outro efeito de subjetivação do biológico, no sentido de uma configuração de corpo que seja processo existencial do viver? Que hipótese de corpo pode, em sua dinâmica processual e constitutiva, manifestar eventos nos domínios dos fluxos corporais ao mesmo tempo em que vive subjetivações configuradas e praticadas nos espaços psíquicos interpessoais? Como apontar para uma possibilidade de corpo não redutível aos seus órgãos e que manifestaria sua corporalidade em redes de relações biológicas consigo e com o meio? Ou seja, como apresentar uma corporeidade dinâmica que possa ser caracterizada como atravessada por uma subjetividade em permanente constituição vivida e experimentada nas suas interfaces?

6 SERÃO POSSÍVEIS ESPAÇOS PSÍQUICOS CORPORIFICADOS EM INTENSIDADES? TRAÇANDO CAMINHOS PARA UMA BIOLOGIA DA COMPLEXIDADE

“Tudo o que é dito é dito por alguém. Toda a reflexão produz um mundo.” (MATURANA; VARELA, 1995, p. 69). Esse aforismo, oriundo da biologia conhecida como Autopoiese, carrega em si os efeitos da prática do conhecer e do constituir a realidade enquanto produção do agir humano. Na primeira frase nota-se que “tudo o que é dito” refere-se ao fato de que vivemos imersos numa prática do falar como forma humana e que gera, neste linguajar, constantes distinções do meio ambiente onde se vive. Não se trata de nenhuma semântica, sintaxe ou organização gramatical, mas de um ato, de uma ação de falar como expressão enunciada do que é visto ou pensado sobre si e sobre as coisas, uma vez que o pensado é visto ou percebido. Nada existe fora de uma prática que tenha origem no ato e na potência de se expressar sonoramente: mesmo o pensamento mais solitário ocorre em um ato linguajante interno e subjetivado. Importa que esse ato de linguajar,

inicialmente, não se trata de uma construção social culturalmente estruturada, mas, antes, de uma atividade que acontece nas relações entre sujeitos que produzem culturas e verdades no mesmo momento da ação linguajante. Se de fato acontece assim, ocorre que é fundamental analisar de que posição, nestas relações, falam os sujeitos, pois tais verdades são configuradas em contextos que são socialmente históricos, inseridos em relações de poder e saber e, além disso, possuem também uma historicidade ontológica que é do indivíduo agenciado nessas conjunturas.

Além disso, o aforismo afirma que “tudo o que é dito é dito por alguém”. Esse alguém é o sujeito. Não um sujeito hipotético e idealizado, mas um sujeito observador real e concreto que se situa colocado no âmago de relações que produz e que por elas é produzido. Confecciona, nesse ato, algum tipo de conhecimento contextualizado nas situações históricas em que é enunciado, acerca daquilo que vê e nomeia, do qual se vale para continuar sua relação com o meio e seguir vivendo. Produz historicamente um mundo. Esse é o significado de “Toda a reflexão produz um mundo”.

Como o sujeito observador, que possui um corpo, realiza isso? Que biologia permite esse tipo de enunciado? Para que se possa pensar essa questão, será necessário explorar um modo explicativo para a biologia, diferente do orgânico, para então refletir acerca de como e de onde, se no cérebro estrutural ou se nas relações existenciais entre sujeitos, ocorre o conjunto da atividade psíquica e sua produção de efeitos. É o que procurarei fazer na sequência do texto.

6.1 Complexidade dinâmica *co-constitutiva*: o corpo como rede molecular não-mapeável e o meio em que vive

Antes, será necessário explorar uma proposição de organização biológica de tal modo que se possa interpretar o corpo vivo e subjetivado diferente daquela que o descreve como constituído de órgãos. Na direção de pensar para além do corpo orgânico, seria interessante ponderar uma versão para a organização do corpo alicerçado em redes moleculares não localizadas e não mapeáveis, de complexidade crescente, cujas configurações e atividades seriam descritas como a interligação de efeitos das relações que produz em si e no meio ambiente onde se situam. Por exemplo, no caso da manifestação fenotípica de uma rede molecular intranuclear celular (genoma humano), além desta depender da rede de complexidade de suas relações internas ao código genético (não de

uma simples fórmula tipo um ou dois genes igual a um fenótipo), dependeria também de suas relações exteriores com o “meio ambiente” que seria a região citoplasmática celular, além da membrana do próprio núcleo. Ou seja, o genoma nada seria sem a existência da membrana celular e o conjunto da rede molecular citoplasmática. Não haveria como definir quem seria mais importante ou anterior na existência da célula. Conforme Rose (2010),

o paradigma ‘gene para’ – que buscou a ‘causa’ de uma doença em uma ou duas mutações em um ou dois genes – tem sido abandonado em favor de um modelo de complexidade, no qual ser propenso a uma doença é o resultado da interação de múltiplas variações em diversos locais do genoma, algumas sendo protetoras e outras, em certos ambientes e outras circunstâncias, podendo aumentar o risco de uma doença. (ROSE, 2010, p. 634)

A narrativa mecanicista, que postula a autossuficiência do código genético enquanto molécula da vida e capaz de gerar por si mesma as manifestações do vivo, começou a ser reavaliada no programa de clonagem, em que se evidenciou que o principal obstáculo para a reprodução do clone se encontrava na relação do “interno” nuclear genético com o “externo meio ambiente” citoplasmático. Para a realização de um ser vivo não haveria uma natureza genética essencial, senão uma vida de relações moleculares em diversos níveis internos e externos da vida celular.

Mas a problematização oferecida pela genética vai mais além. Estabelecer a diferença entre condições físicas (temperatura ou acidentes naturais, por exemplo) que podem interferir na especificação de alguns seres vivos e produzir um conceito de meio ambiente em constante mutação enquanto algo que interfere e envolve o organismo que nele vive e o configura em seu viver é crucial para a compreensão da questão. Torna-se cada vez mais importante estabelecer o entendimento de um meio ambiente como nicho onde convivem e se definem os seres vivos em seu existir. Nessa abordagem, o meio ambiente não pré existe ao ser vivo, em particular aos humanos, e nem nós humanos pré existimos ao conjunto da teia social que construímos. Pelo contrário, nascem juntas e se influenciam mutuamente, são *co-constitutivos*. Caracterizariam-se como construções dos próprios organismos (e dos humanos também) que manteriam um meio compatível com a vida em que vivem, produzido através de suas atividades incessantes de viver. E é esse meio, assim produzido, que se terminaria por contribuir na configuração dos modos de vida, seja na forma unicelular ou na complexidade multicelular. Nesse sentido podemos afirmar que o meio ambiente (seja natural ou social) é uma rede ontogenética que se

modifica e evolui com a história de relações do viver do organismos que nele habitam, é complementar à vida, e os elementos, assim como os produtos criados em qualquer nicho ambiental ou social, fazem parte e modulam o modo existencial e as atividades vitais de cada vivente.

A rigor, para sabermos qual é o meio ambiente de um organismo ou dos seres humanos, temos que perguntar a eles mesmos, ao invés de tentarmos defini-lo objetiva e independentemente dos seres que ali se realizam. Por outro lado, se quisermos saber qual ser humano habita naquele meio natural e/ou social, há que se perguntar que meio ele construiu e que tipo de relações estabelece para a configuração de seu viver. Em resumo, os seres vivos, e os humanos em particular, não só especificam os aspectos do mundo exterior que são relevantes para manutenção da vida, como também o constroem ativamente no ato contínuo de seu existir, ao mesmo tempo que sofrem profundas influências na produção de si daquilo que criam como modo existencial e social. Meio ambiente e ser vivo são uma unidade vital que requerem uma compreensão dinâmica e global.

Um genótipo não especifica um produto único de comportamento, mas padrões de resultados de evolução intrinsecamente relacionados ao meio onde se dá o viver do ser vivo. Ser vivo e ambiente se entrecruzam de um modo praticamente imprevisível no processo do desenvolvimento influenciando-se mutuamente, especificando o próprio desenvolvimento do meio e do ser. No caso de manifestações biológicas fenotípicas da qualidade de “esse menino herdou o nariz de seu avô”, estas seriam resultantes não da determinação de uma conservação da expressão gênica, mas de uma história biológica de conexões e interdependência de um conjunto de redes moleculares que se conservam transgeracionalmente no sentido de o descendente se assemelhar com o ascendente. Não se trata da conservação de genes, mas de relações de relações entre as redes moleculares. A reprodução celular, nesse caso, ao contrário de uma biologia de causa e efeito linear, seria a reprodução de um sistema de relações dinâmicas não mapeáveis e não lineares.

Essas relações dinâmicas poderiam ser descritas por um observador, que não fosse subjetivado por uma biologia objetiva e organicista, como comportamentos moleculares que poderiam levar a um tipo de movimento em relação ao meio de qualquer ser unicelular, por exemplo, em direção a alguma diferença de gradiente na concentração de açúcar ou algum gradiente térmico ou, no caso de seres multicelulares, a tipos de comportamento que

poderiam ser descritos como um modo de ser/agir daquele corpo, quando observadas do ponto de vista macroscópico.

Estamos aqui tentando definir o biológico descrito como um movimento, do ponto de vista do observador, de redes moleculares não mapeáveis em ação. Tais relações dinâmicas de atividade vital, poderiam ser classificadas, quando fossem observadas por alguém, como forma ou modo de agir e de ser, ou seja, como uma conduta ou comportamento. Seriam, nesse caso, manifestações de fenômenos móveis ao nível das relações entre corpo e meio que se revelariam a qualquer observador sob a forma de conduta na experiência do viver de cada animal em consideração: não um movimento secundário à estrutura orgânica, mas um viver biológico em redes de relação organismo-meio.

A própria observação do evento biológico por parte do pesquisador faz parte da construção deste saber sobre a biologia. Saber prévio, observação, fenômeno descrito, e construção de outro saber são uma rede inseparável na constituição do próprio saber. Nesse caso, o que faria com que a biologia do ser vivo fosse vital e contasse uma história de vínculos seria o conjunto de suas relações internas em rede, não mapeáveis, observadas somente pelo modo como se comporta, sempre modalizadas e *co-constitutivas* através de suas relações como o meio, ou seja, seu próprio viver e passíveis de serem observadas enquanto uma conduta viva em um meio ambiente. A descrição do sujeito observador, de sua posição e de seus saberes prévios faz parte da conformação desta realidade a ser descrita. Pode-se, então, nomear ou enunciar um corpo biologicamente vivo sem se referir exclusivamente a sua estrutura orgânica de órgãos propriamente ditos, somente à sua forma de manifestar vida para o observador, em como age para viver e como o pesquisador percebe seu viver.

Portanto, este observador que distingue tais corpos é, ele mesmo, um corpo, que, ao agir, modifica o meio em que vive, seu mundo, e este mundo influencia a manifestação de suas características neste próprio agir mundano. Tudo aquilo que produz gera efeitos em si mesmo através da história de seus vínculos de convivência. Como um corpo que pensa e observa, é influenciado pelo meio que ele mesmo produz. Trata-se, então, de inverter o problema clássico da objetividade científica em biologia para a perspectiva de “um mundo que inclua o observador.” (VON FOERSTER, 2006, p. 64) nas definições que se

estabelecem para a construção do seu modo de viver e de saberes que o orientam: seu pensamento ou sua consciência. Importante passo para a ressignificação da confluência entre corpo e mente.

Se o sujeito é submetido a relações de poder e saber ao mesmo tempo em que é o produtor destas verdades e destes agenciamentos, decorrentes das relações de poder em que está submetido e que fabrica em sua atividade social, há que se problematizar os produtos de sua atividade: que corpo é esse que produz efeitos de subjetividade? Ou ainda, em outros termos, podemos formular uma hipótese de corpo em que o psiquismo, substrato da subjetividade, não seja algo que o organismo possua ou incorpore, como representação em sua estrutura cerebral orgânica, de uma realidade que seja independente, mas sim seja produto e efeito de seu viver? Desejamos explorar possibilidades de um corpo cuja dinâmica biológica gere em seu viver o efeito psíquico que se observa em seres vivos (em especial humanos, nos quais chamamos de "efeitos mentais") emergindo em domínios diferentes daqueles que são enunciados pela biomedicina, ou seja, que possam se constituir como subjetividades nos espaços psíquicos interrelacionais, fruto das relações estabelecidas e da contextualização de forças e saberes que foram vividas pelo sujeito e tornadas significantes nesse viver. Ou, melhor dizendo, compreender o corpo como instrumento de produção de relações de poder subjetivantes, cujo efeito na constituição do sujeito em suas dinâmicas existenciais não exigiria um modo explicativo de corpo orgânico como propõe a biomedicina, quando localiza na estrutura do cérebro a fonte do conhecer e da subjetividade.

6.2 O cenário biológico auto-organizativo: reflexões de um modelo

Ainda é válido nos determos um pouco mais neste outro olhar para uma biologia não organicista. Já observei que Maturana e Varela (1995, p. 84) afirmam que “os seres vivos se caracterizam por, literalmente, produzirem-se continuamente a si mesmos” através de elementos moleculares discretos que estão “relacionados numa contínua rede de interações (...) [que] produz os componentes que integram a rede de transformações que os produzem.” (MATURANA; VARELA, 1995, p. 85). Trata-se de uma dinâmica de interações moleculares complexa na constituição de uma rede de produção de si que não

tem início nem fim e constitui-se na produção dos elementos que a produzem. Não se tratam de processos sequenciais, passíveis de descrição linear. Nem são os produtos dessa rede que interessam, como, por exemplo, os órgãos. São os fluxos de contínuas transformações, fluxos irredutíveis aos elementos que os constituem e os conservam em suas mudanças que importam. Nesse modo explicativo, o modo como a célula e, portanto, qualquer vivente, opera para se sustentar é tudo aquilo que ele é. Ser é fazer. O ser vivo é o que produz ser a si mesmo.

Nesse âmbito da dinâmica molecular, inexistente uma “separação entre produtor e produto.” (MATURANA; VARELA, 1995, p. 89). O “ser” vivo se manifesta no seu “fazer” de si mesmo na rede molecular operacional do seu viver. O ser e fazer dessa unidade viva são inseparáveis e tudo aquilo que ela executa e produz é aquilo que sua rede de relações moleculares é capaz de gerar para que se conserve viva. No entanto, ela não existe sozinha, idealmente sem as relações de seu viver. Ao mesmo tempo, é uma vida configurada através do tipo de relações que estabelece com o meio enquanto uma rede de relações existenciais. No caso de humanos, seus movimentos existenciais ocorrem em redes sociais onde se configuram relações de vigilância e poder e, também, de liberdade. Nada disso depende “da natureza de seus componentes” (MATURANA; VARELA, 1995, p. 92) orgânicos. Os componentes sejam eles moléculas ou, em organismos compostos, seus órgãos, não definem a natureza dos efeitos observáveis no seu existir.

É o viver que aponta um modo explicativo para que essas unidades vivas operantes continuem vivendo, em um domínio de sua rede molecular que atua de modo singular e único, ao mesmo tempo em que se ajustam em modos existenciais de seu viver agenciado no social que criam e produzem. Biologicamente, seriam sistemas de complexidades moleculares não mapeáveis em termos de seus componentes, em que os componentes (ou órgãos em sistemas vivos complexos) não ditariam sua natureza. Aliás, não haveria, nesse caso, uma natureza intrínseca, senão somente uma forma de operar que se produz no próprio fazer de viver.

Ao interagir com o meio, os seres vivos incorporariam quaisquer informações que os modificariam conforme suas capacidades produtivas de si. De acordo com Maturana e Varela,

se uma célula interage com uma molécula ‘X’, incorporando-a em seus processos, o que ocorre como consequência dessa interação é determinado não pelas

propriedades da molécula 'X', mas pelo modo com que essa molécula é 'vista' ou tomada pela célula quando essa a incorpora em sua dinâmica. (MATURANA, VARELA, 1995, p. 92).

Isso significa dizer que, no caso de sistemas complexos e multicelulares que entrarem em contato com bactérias, a presença desta bactéria não seria suficiente para definir um episódio de enfermidade infecciosa e, sim, seria o modo como o organismo é perturbado e costuma reagir aos eventos de acordo com sua historicidade funcional com o meio, no modo de como se mantém vivo, que caracterizaria o fenômeno da enfermidade. Os sintomas, se e quando ocorressem, seriam, nesse caso, modos reativos na atividade de reorganização parcial na dinâmica de viver de um ser vivo quando perturbado e variaria de cada ser para cada ser, a depender de suas histórias de relações com o meio.

Nessa abordagem de uma biologia da complexidade sistêmica, toda a atividade vital ocorreria através dos processos de transformação das redes que se produzem, singular para cada organismo e sua história de interações com o meio, e que resultaria num caminho também singular de mudanças em sua dinâmica de relações moleculares interna. Cada unidade do vivo evoluiria e viveria configurada de acordo com a história de suas interações nas quais nada é determinado pelas propriedades do exterior ou de seu interior em seus componentes, mas do conjunto da história de relações recursivas vividas em interconexão com o meio que modifica e produz no seu agir e pelo qual é perturbado no seu viver, constituindo uma historicidade do que se é. Esse fluxo de permanente interrelação e interface com o meio apresenta-se como uma atividade *co-constitutiva* entre meio e corpo vivo.

Outrossim, toda a conduta exibida por qualquer corpo vivo, que decorre desse vir-a-ser corporal, quando é objeto de observação do ser humano, é distinguido como uma ação física e corporal revelada por “mudanças de postura ou posição de um ser vivo que um observador descreve como movimentos ou ações em relação a um determinado meio” (MATURANA; VARELA, 1995, p. 167) e enunciadas em formas linguajantes de acordo com as posições de onde e de quem fala. Dito de outra forma, “a conduta não é algo que o ser vivo propriamente ‘faça’, já que nele só acontecem mudanças [nas relações] de sua estrutura interna e, sim, algo que nós [observadores] assinalamos.” (MATURANA; VARELA, 1995, p. 167). A conduta do corpo, como definição restrita a esse caso de descrição dos processos vitais, apresenta-se, conforme os autores, como simples atividade

viva, como mudanças ou movimentos executados pelo ser vivo enquanto vive num meio ambiente decorrente do fluxo incessante de suas funções moleculares, sempre fruto de uma observação que é enunciada por um observador contextualizado. Nesse caso, o sujeito observador distingue uma realidade de um ponto de vista que não é o orgânico e, sim, de um ponto de vista que apresenta o ser vivo como *co-constitutivo* com o meio em que vive e isso poderá ter consequências no modo explicativo de seu viver e na produção de seu mundo de relações.

O interessante é que o conjunto dessa atividade vital, ao ser distinguida e descrita por um observador humano que vive operando em suas descrições através de condutas linguajantes, pode ser nomeada como uma atividade que tenha um fim e um sentido. Todo sujeito observador humano atribui e constrói sentidos a partir do lugar que vê e enuncia seus conhecimentos. Portanto, nada tem um sentido em si, mas se identifica e se nomeia um sentido para o efeito que se distingue. E isso acontece, inclusive, na definição de fenômenos corporais. Por exemplo, para a biomedicina, a descrição da operação de linfócitos nos processos imunológicos do corpo como defesa realiza-se através da multiplicação oligoclonal linfocitária, característica das justificativas das vacinações. Este seria um tipo de enunciado dos fenômenos corporais como se oriundos de uma realidade independente, em si. Contudo, se enunciada de outro ponto de vista, essa abordagem de “defesa imunológica” vem sendo revisada por alguns grupos de imunologistas. Nelson Vaz (2009) afirma que “os imunologistas estão finalmente chegando à conclusão de que esta atividade imunológica depende mais da interação entre linfócitos próprios” (VAZ, 2009, p. 231-236) do que como se fossem tipos de resposta a uma agressão externa. Os linfócitos teriam como função primária, antes de qualquer multiplicação clonal, a manutenção de um tecido celular fluído na corrente sanguínea de contínuo reconhecimento de si e a resposta clonal seria como um tipo de “cicatriz” nesse tecido frente a uma perturbação em sua função cognitiva interna caracterizada por uma robusta estabilidade plural e multiconectada de si com o meio. Para esses imunologistas, do ponto de vista interno do corpo não existe outro sentido em sua atividade a não ser o de continuar sendo sua própria atividade. O sistema imune não seria uma estrutura voltada para o exterior e moldada em seus componentes por elementos “agressivos”. Ao contrário, seria um sistema dinâmico molecular e celular, não mapeável, de conservação de si.

Desejo salientar que na ótica do observador humano, pode haver diferentes sentidos produzidos para a explicação dessas atividades e as características dessa explicação decorrerão das posições de onde e de como falam esses observadores científicos, das escolhas que tomaram, de seus estados emocionais ao observar o evento a ser descrito, sempre do ponto de vista e do lugar de onde ele fala.

As atividades vitais, se observadas pelas lentes de uma biologia da complexidade, podem revelar comportamentos recursivos e coerentes no correr de uma história de interações. Quando assim descritas, pode-se afirmar então que ocorreu uma interação comunicativa entre os corpos. Tais comportamentos coerentes podem ser descritos através da atividade coordenada, como entre as formigas em um formigueiro ou numa colmeia entre abelhas, em movimentos de cardumes, em voos coletivos de pássaros migratórios, ou na própria dança de interações faciais e corporais na relação mãe e filho. Esses eventos são comunicativos e suas consequências acontecem como efeito das atividades coletivas configuradas "socialmente" e exibidas entre os participantes, incluindo o observador. Pode-se concluir que ali existiu um estado psíquico interrelacional demonstrado pela intensa e mútua conexão coerente advinda da ação dos participantes, inclusive daquele que produz um olhar. Esse evento psíquico é constituído na intersecção dos espaços relacionais entre os vivos e não por um cérebro. Poderíamos concluir, por exemplo, que há "subjetividades etológicas" em curso no conjunto dos movimentos coletivos desses animais. Essas ações, ao se desenvolverem recursivamente transformando e se vinculando à ação prévia, produzem um tipo de conversação ininterrupta que se revela ao observador (que pode ser de si mesmos) como condutas comunicativas. No caso dos humanos, tais atividades recursivas e condutuais seriam caracterizadas como atividades linguajantes. Apresentariam, tais atividades linguajantes hegemônicas entre humanos, uma coerência histórica e evolutiva de sua própria ação e historicidade, e assim por diante, em um processo complexo e permanente de interações produzindo um mundo explicativo e seus efeitos.

Apesar de existir em nós humanos uma estrutura neural complexa que oferece uma base material para a realização linguajante e abstrata, o fenômeno da atividade mental não ocorre na estrutura primordialmente e, sim, ocorre sempre nestas interfaces dos seres vivos. Somos sempre observadores de si e dos outros, mesmo que só em pensamento ou em sonho. O evento de nossa atividade psíquica não é propriedade de uma estrutura neural,

somente facilitado e ampliado por esta, a depender da complexidade das nuvens de relações neurais. É, na prática, um fenômeno do viver, configurado através de relações e de contatos entre os seres vivos, observado como contínuas mudanças no fluxo de posturas e sonoridades coerentes e recursivas entre diversos seres que participam de uma conversação, independente das estruturas sintáticas ou gramaticais envolvidas. O fenômeno mental, não custa reafirmar, ocorre como efeito da interrelação entre os seres e não como propriedade puramente orgânica com origem em seus cérebros.

Nesse modo explicativo, conhecer é uma atitude do sujeito, um tipo de conduta que é observada (por si mesmo ou pelo outro) nessa permanente interação que estabelece com o meio natural ou social ao conservar seu viver. Tais interações ocorrem em interações sonoras, gestuais, expressivas através dos efeitos da sensorialidade do corpo, recursivas em sua evolução temporal. Todas essas distinções realizadas pelo sujeito observador gerariam saberes, conexões entre indivíduos que levariam a comparações, vigilâncias, controles e diferenças de poderes entre si, constituindo verdades que se consolidariam nas relações sociais. Seriam sistematizadas e objetivadas através dos efeitos produzidos pelo fazer sonoro coordenado e recorrente de nossa atividade histórica nos espaços interpessoais. O ser, o fazer e o acontecer humano poderiam ser considerados como eventos de uma dinâmica corporal única de nossa espécie que produziria significado na exata medida em que o observador participasse *co-constitutivamente* do conjunto da atividade fazendo emergir realidades e verdades produzidas, criando discursos sobre o que observa, através da própria atividade de viver. Nesse contexto, a realidade não possuiria uma existência própria e independente. Passaria a se configurar enquanto eventos de possibilidade flexíveis e maleáveis, em mútua relação constitutiva entre sujeito e meio: uma realidade entre aspas. O fazer humano participaria da construção de um mundo e nele seria constituído. À pergunta se existiria, então, realidade, eu responderia: sim, coisas existem e humanos existem. Contudo, são todos efeitos da atividade de observação ao serem formuladas em qualquer circunstância enunciativa.

Nesse âmbito, a união corpo e mente se traduz nos processos em que, mesmo em domínios diferentes, a rede molecular e a atividade comportamental enquanto conduta coexistem, gerando-se mutuamente em um fluxo ininterrupto de um vir-a-ser onde o que importa são as dinâmicas existenciais dos sujeitos. É nesse terreno que seria gerada a

enfermidade. O que interessaria para a existência humana, nesse caso, seriam os efeitos produzidos nas relações, que tipo de influência decorre delas na constituição de sujeitos, toda essa atividade na qual estamos imersos, acostumados como verdades inerentes de uma estrutura corporal naturalizada em uma biologia de órgãos.

A mente e suas funções psíquicas são, na verdade, configurações e constituições de espaços psíquicos da atividade humana nos quais um dos efeitos é a observação de si e a permanente distinção de um “eu”, sempre em transformação nas histórias de relações em que se subjetivam as pessoas. Tratam-se de distinções realizadas na atividade observacional de espaços psíquicos intersubjetivos onde o próprio sujeito se insere e produz um efeito de autoidentidade gerado em relações entre humanos. As subjetividades surgiriam como efeitos de relações heterogêneas ao constituírem sujeitos como efeitos destas relações, daquilo que falam e produzem, das dinâmicas que exercem em seu fazer, configurando uma ontologia existencial, processual e histórica e não como resultado de uma mente cuja atividade seria redutível aos seus componentes cerebrais.

Tal perspectiva pode contribuir para a compreensão de um corpo que não seja redutível aos seus órgãos. Este poderia ser considerado, então, enquanto um complexo sistema não mapeável e não redutível aos seus componentes, que fabricaria processos e transformações de si mesmo, cujo viver é sua própria operação vital. Quando observado, distinguem-se movimentos coordenados que chamamos de comportamento. Nesse modo explicativo, a atividade psíquica pertence aos domínios intersubjetivos onde sujeitos agem e se configuram ao configurar seus próprios espaços onde se subjetivam e produzem suas identidades. Por este ângulo, o ser humano passa a viver sua existência enquanto potência e intensidade de movimentos vitais, enquanto emoções e vontades, em qualidades geradas no e pelo seu fazer perceptivo. Há mais do que órgãos envolvidos. Há dinâmicas, fluxos, influência, forças e poderes. Sentimos, olhamos, falamos, cheiramos e palpamos. Vive-se a sensorialidade no percurso existencial, modalizados pela história de relações decorrentes daquilo que produzimos e somos influenciados culturalmente. A complexidade dessa existência não se reduz meramente ao nível dos órgãos: há potência, intensidade e vontade. Nesse caso, tudo gira em torno da atividade vital expressa pelas condutas adotadas pelos seres vivos ao viver.

Mesmo ao adoecer, processo no qual a biomedicina enxerga órgãos doentes, esse entendimento do corpo deveria salientar o vigor, o fluxo das sensações, sua historicidade e suas relações, como são modalizadas na experiência específica da história do sujeito, como ele a subjetivou, com que emoções, com que funções ou percepções alteradas vivenciou o adoecimento. Veremos adiante como se poderia trabalhar nesse sentido.

6.3 Deleuze e o Corpo sem Órgãos

No entanto, mesmo reconhecendo possibilidades nessa concepção de uma biologia sistêmica, é através de outro referencial teórico alicerçado na corrente da desconstrução do corpo biológico que Deleuze irá problematizar, partindo de um diferente ponto de vista, a noção do corpo composto de órgãos. Ele argumenta que o corpo “é um exercício, uma experimentação inevitável, já feita no momento em que você a empreende (...) não é uma noção, um conceito, mas antes uma prática, um conjunto de práticas.” (DELEUZE, 2012, p. 9). Na inversão da biomedicina que se fundamenta nos órgãos ele pergunta “Será tão triste e perigoso não mais suportar os olhos para ver, os pulmões para respirar, a boca para engolir, a língua para falar, o cérebro para pensar, o ânus, a laringe, a cabeça e as pernas?” (DELEUZE, 2012, p. 11). Desse modo, ele preconiza o fato de que quando vemos e respiramos o fazemos em pura intensidade do viver sem discernir órgãos em funcionamento. Afirma, nesse sentido, que órgãos são “significâncias e subjetivações” (DELEUZE, 2012, p. 12), ou seja, verdades construídas no exercício de saberes que anatomizaram e repartiram o corpo atravessando as subjetividades nas relações de saber e poder. Sustenta que o corpo sem órgãos

só pode ser ocupado, povoado por intensidades. Somente passam e circulam (...), se define por eixos e vetores, gradientes e limiares, tendências dinâmicas com mutações de energia, movimentos cinemáticos (...), tudo isso independente das ‘formas acessórias’, pois os órgãos somente aparecem e funcionam aqui como intensidades puras. (DELEUZE, 2012, vol. 3, p. 14).

Deleuze também pondera que o corpo sem órgãos “não se opõe aos órgãos, mas a essa organização dos órgãos que se chama organismo” (DELEUZE, 2012, p. 21). Mesmo que os órgãos possibilitem a existência de corpos, a experimentação corporificada do viver em suas “maneiras de ser ou modalidades como intensidades produzidas, vibrações, sopros” (DELEUZE, 2012, p. 20) caracterizariam o corpo como um processo, um vir-a-ser

de experiências e de qualidades e que esse organismo estruturado em órgãos seria, então, “um estrato sobre o corpo sem órgãos.” (DELEUZE, 2012, p. 21). Para Deleuze, o corpo é um campo permeado por vetores existenciais e sensações que, ao ser abordado por verdades que o objetivam pela anatomia, acaba se estruturando em componentes organizados. As visões de corpo terminam por oscilar “entre dois pólos: de um lado as superfícies de estratificação (...) e por outro o plano de consistência no qual ele se desenrola e se abre à experimentação” (DELEUZE, 2012, p. 21), ou ainda, “o CsO [corpo sem órgãos] não para de oscilar entre as superfícies que o estratificam e o plano que o libera.” (DELEUZE, 2012, p. 23).

Deleuze refere três estratos de coagulação ou materialização do corpo: o organismo, a significância e a subjetivação. No seu ponto de vista, seriam estratos de materialização aqueles em que o corpo será articulado no sentido do enquadramento às verdades produzidas pela biomedicina em que a subjetivação será reduzida ao orgânico. Ele contrapõe essa interpretação a uma perspectiva de um corpo que se abre “a conexões que supõem todo um agenciamento, circuitos, conjunções, superposições e limiares, passagens e distribuições de intensidades, territórios e desterritorializações” (DELEUZE, 2012, p. 22) que permeiam o corpo sem órgãos praticado na experiência do viver. Deleuze reafirma que o corpo sem órgãos

experimenta (...) [a] busca [de] eventuais movimentos de desterritorialização (...) [para] vivenciá-las, assegurar aqui e ali conjunções de fluxos, experimentar (...) contínuos de intensidades (...) conectar, conjugar, continuar (...) o CsO se revela pelo que ele é, conexão de desejos, conjunção de fluxos, *continuum* de intensidades. (DELEUZE, 2012, p. 24).

O corpo é concebido, portanto, como experimentação da vida, das relações que estabelece, dos jogos e dos agenciamentos que produz e aos quais é submetido. Em outras palavras, um corpo que “não para de se fazer.”(DELEUZE, 2012, p.27).

Tais observações têm me movido a pensar o corpo e a subjetivação como efeitos que ocorrem no agenciamento e na contextualização dos corpos, assim como nas forças dos espaços intersubjetivos, e na sustentação de práticas falantes não redutíveis às estruturas cerebrais. Configurar-se-ia, também nessa circunstância, a constituição de um “eu” que não seria produto de uma psique pré-estruturada; em outras palavras, que a subjetivação seria efeito de práticas geradas nos espaços psíquicos constitutivos da intersubjetividade no observar a si e aos outros, um corpo cuja realidade seria um padrão de configurações que

emergiriam como efeito de um saber no fazer cognitivo humano e, portanto, não se constituiriam como realidade objetiva e invariante. Tratar-se-ia de uma realidade entre aspas onde as verdades produzidas fariam parte de jogos dos agenciamentos de saberes, em contínuo movimento e transformação. Que os corpos, se concebidos como redes moleculares flexíveis que se transformariam continuamente a si mesmos e poderiam ser considerados como corpos que vivem na experiência do viver: corpos sem órgãos.

Enfim, proponho uma construção de novas e diferentes hipóteses sobre o corpo, a mente e a subjetivação que rompa e desterritorialize a objetividade, que reterritorialize a noção de corpo e volte para um tipo que seja produzido num permanente devir de suas relações com o meio, vivido na experiência e relatado nela, em uma prática de vida que se realiza e que se sujeita. Aponto para a compreensão de que tais práticas exercidas pelo sujeito corporificado na experiência de um corpo sem órgãos em conjunto com o observador possam, enfim, exercer um tipo de cuidado, uma ética e, talvez, uma prática de liberdade sobre si mesmo, no sentido de uma prática de resistência frente ao corpo orgânico como forma de poder/saber. Busco a construção de outro saber em medicina para que haja o “acesso do sujeito a um certo modo de ser e às transformações que o sujeito deve operar em si mesmo para atingir” (FOUCAULT, 2004, p. 279) um outro viver ético consigo e com os outros, na conservação de movimentos e fluxos vitais saudáveis. Ou seja, configurar uma produção de práticas médicas de respeito e legitimidade à diversidade das relações humanas, uma produção de um tipo de cuidado que inclua a mente e o corpo como unidade existencial e na constituição de outras relações de saber/poder que atravessariam o conjunto das atividades sociais e que poderia definir outros conceitos de enfermidade para além dos órgãos, no sentido de que possam ser exercidas práticas terapêuticas e médicas com responsabilidade ética e consciente nas regras de produção de verdades sobre si.

7 A HOMEOPATIA COMO POSSIBILIDADE

Nesta seção, após a discussão realizada sobre as limitações da biomedicina no que tange aos conceitos e às ações que pratica na abordagem do corpo enquanto sujeito histórico e existencial e após a discussão acerca de uma proposição de um corpo sem órgãos alicerçado em dinâmicas vitais, irei nos próximos segmentos abordar a Homeopatia

como possibilidade de prática terapêutica no terreno de saber da medicina para o sujeito. De início, realizarei uma aproximação do momento histórico em que surgiram as raízes da biomedicina nas práticas criadas com o surgimento da anatomoclínica, contextualizando a Homeopatia como vertente médica contemporânea desta, mas em outra perspectiva. Enquanto racionalidade médica (LUZ, 2012), veremos que a Homeopatia se origina no mesmo contexto histórico em que se gestou a biomedicina nos seus primórdios da anatomoclínica. Depois deste estudo histórico e com base nele, mesmo sem pretender esgotar o assunto, empreenderei um estudo acerca da introdução da Homeopatia no Brasil e do debate histórico que se desenvolveu desde 1840 em nosso país entre a Homeopatia e a biomedicina, enquanto propostas vitalistas e mecanicistas, respectivamente (NASCIMENTO; NOGUEIRA; BARROS; LUZ, 2013; ROSENBAUM, 1996). Veremos que esse debate, apesar de válido na consolidação histórica da homeopatia no Brasil (LUZ, 2014), termina por ser limitante para a compreensão do valor, não só histórico, mas também contemporâneo, da Homeopatia como proposta de prática médica legítima e autônoma.

Para sustentar as hipóteses vitalistas de Homeopatia e sua conversão histórica em uma prática médica autônoma e legítima, inicialmente recorrerei à obra seminal de Samuel Hahnemann, o *Organon da Arte de Curar*⁷ em sua 6ª edição e reeditada em 1996, que fundamenta-se em princípios hipocráticos e aristotélicos em três diretrizes básicas: a) o uso da *vix medicatrix naturae* hipocrática; b) a manifestação da alma conforme Aristóteles argumenta em seu *Peri Psyches* (De Anima) como unidade com o corpo e c) na concepção aristotélica de uso do corpo (*chrestai, chresis*), segundo o entendimento de Giorgio Agambem.

A primeira diretriz aponta a capacidade do corpo de expressar

⁷ Cristian Friedrich Samuel Hahnemann publicou a primeira edição do *Organon da arte de curar* em 1810. Nasceu em 10 de abril de 1755 em Meissen, Alemanha, e morreu em 2 de julho de 1843 em Paris. Filho de Johanna Christiana Spiess e de Christian Gottfried Hahnemann, levou a efeito uma vida de intensa produção intelectual com diversas traduções de matérias médicas, tratados de química e produção escrita dos livros de sua teoria médica. Praticou uma existência nômade sempre acompanhado de sua numerosa família, com mudanças frequentes de endereço e de cidades, sob constante atrito com seus pares na medicina que não aceitavam sua tese *similia similibus curantur*, semelhante cura semelhante, além da incompreensão da ação medicamentosa das doses infinitesimais. Após o falecimento de sua primeira esposa, conheceu e casou-se com Marie Melanie para então ter residência definitiva em Paris com seus quase oitenta anos. Foi lá que morreu e exerceu seus últimos momentos de prática médica, com algum reconhecimento advindo de suas curas na epidemia de tifo e cólera em 1831 nos sobreviventes ao ataque de Napoleão em Leipzig. (FRANÇOIS-FLORES, 2014)

um poder autorregenerador, onde preservação e manutenção são privilegiadas; [em que] a possibilidade de cura é imanente e entendida como uma recuperação, e depende de decisões a se tomar sobre o regime de vida, de modo a melhor manter a ordem natural. Desta perspectiva, saúde é também um exercício de virtude e, para a medicina nascente, ambas – saúde e virtude – procedem de dentro. (NASCIMENTO; NOGUEIRA, 2014, p. 82)

A segunda diretriz refere-se à concepção de que corpo e alma se manifestam em sua atividade na unidade da ação corporificada do ser vivo existencial. Por fim, a terceira diretriz aborda o uso do próprio corpo enquanto laboratório da vida de cada um na saúde ou na doença, ou seja, no uso que se faz do próprio corpo como um dispositivo para se construir um movimento existencial ético do cuidado de si. Claro está que esta separação é aparente e didática, uma vez que os processos são amalgamados e são vividos enquanto experiências existenciais.

A escolha dessa obra de Hahnemann deve-se à sua importância nos meios das práticas homeopáticas enquanto instrumento de orientação ao trabalho médico e alicerce filosófico à prática homeopática. O livro é composto de uma longa introdução, na qual discorre o autor uma severa crítica ao método alopático (*allos* – diferente, outro; *pathos* – doença, sofrimento) em oposição à defesa do método homeopático (*homoios* – semelhante). Para ilustrar, cito alguns excertos de sua introdução, na qual Hahnemann argumenta contra a medicina baseada no materialismo da doença e em defesa do vitalismo:

Isso tudo, porém, sonhos vãos, suposições e hipóteses infundadas, habilmente engendradas para a comodidade da terapia, que esperava desincumbir-se de modo muito fácil do tratamento através da remoção morbífica material [da doença]. Porém, a essência das doenças e sua cura não podem guiar-se por tais sonhos ou pela comodidade dos médicos; as doenças não podem, para agradar àquelas tolas hipóteses alicerçadas sobre o nada, deixar de constituir **desarranjos dinâmicos** (não materiais) **de nossa vida de tipo não material nas sensações e funções, isto é, desarranjos imateriais de nosso estado de saúde.** (HAHNEMANN, 1996, p. 33). (*grifos do autor*).

Em outra passagem, Hahnemann afirma, sobre o que ele chama de antiga escola - a escola materialista - que não adianta procurar

extinguir doenças através da **remoção das** [supostas] **causas morbíficas materiais**, pois para a escola médica comum era quase impossível, pelo aspecto e julgamento de uma doença (...) desfazer-se dessa ideia material e reconhecer a natureza físico-mental do organismo (...) [em que] as modificações vitais nas sensações e funções, as quais são chamadas doenças, pudessem principal e quase exclusivamente ser causadas e provocadas através da influência dinâmica (não material). (HAHNEMANN, 1996, p. 27). (*grifos do autor*).

Nesse excerto, observa-se não só sua defesa do vitalismo que alimentou sua doutrina, como também seria possível afirmar, conforme veremos adiante, que ele se utilizou de procedimentos analíticos da enfermidade relacionados a alguns métodos da medicina classificatória da época, no sentido de se opor à anatomoclínica, pois para a medicina classificatória os sintomas se manifestariam nas concomitâncias e contigências dos sintomas nas diversas regiões corporais, enfatizando assim um olhar qualitativo da enfermidade. Mesmo que Hahnemann discordasse frontalmente da materialidade defendida pela medicina classificatória, em termos de causa morbífica material, utilizou dela algumas características no entendimento de como a enfermidade se manifestaria na singularidade dos indivíduos, como veremos adiante. A construção da obra hahnemanniana é complexa e heterogênea e procuraremos observar essa singularidade histórica.

Hahnemann desenvolve sua doutrina em um livro organizado em 291 parágrafos numerados que abordam os princípios norteadores da prática homeopática. Para fins desse estudo, serão apresentados e discutidos os parágrafos relativos às concepções hahnemannianas de Força Vital, de enfermidade e suas abordagens, a importância das manifestações psíquicas, a experimentação em Homeopatia e, por fim, o uso das doses infinitesimais. Vou trazer aqueles parágrafos que julgo representantes de seu pensamento e que proporcionam uma reflexão acerca da Homeopatia enquanto uma possibilidade para se repensar as práticas médicas assentadas na biomedicina. Além disso, considero que esse estudo pode possibilitar a compreensão de uma presumível resistência aos saberes baseados na estrutura de corpo orgânico, que são, como vimos, um dos alicerces para a prática do controle e submissão de corpos, característicos dos efeitos do biopoder, no sentido da constituição de novas e diferentes relações de poder nas práticas médicas que sejam alicerçadas na concepção de corpos dinâmicos vivenciados através de sensações e intensidades, vividas na historicidade e nos contextos em que vivem os sujeitos.

7.1 Uma época de transformações

A Homeopatia se configurou e se transformou em uma vertente do saber médico no mesmo contexto histórico e social em que se firmou a ruptura do saber médico anterior capitaneada pela anatomoclínica. Veremos adiante que ela já “nasceu”, naquele contexto, marginalizada em relação ao saber médico anatomoclínico que se tornou historicamente

hegemônico e assim se mantém, ainda hoje, através do desenvolvimento contemporâneo da biomedicina.

O século XVIII foi uma época de grandes transformações e embates relativos às práticas e aos saberes médicos que vigoravam no período. Travavam-se debates entre duas correntes doutrinárias na medicina ligadas ao Iluminismo, o vitalismo e o mecanicismo, e ambas declaravam suas origens hipocráticas e pleiteavam ser a verdade teórica acerca da doença e da saúde.

O vitalismo defendia que o organismo não poderia ser considerado como uma soma de seus órgãos que se relacionariam mecanicamente, mas que haveria um agente vital, ou alma racional, a manter a integridade do organismo e de suas funções vitais. Não sendo uma força material, na dinâmica vital as leis da mecânica não poderiam explicar as manifestações do organismo. Já para os seguidores da corrente mecanicista, o corpo seria uma estrutura física e material bem organizada e regulada de acordo com a filosofia cartesiana. Essas clássicas posições antagônicas oriundas das medicinas praticadas na Grécia antiga - os vitalistas de inspiração aristotélica e os atomistas de Demócrito junto com os anatomistas de Galeno - poderiam ser vistas como referenciais históricos das diferenças entre os saberes entre Homeopatia e a anatomoclínica. No entanto, o debate se mostrava mais complexo que a simples oposição entre vitalistas e mecanicistas. Bichat, por exemplo, que se considerava vitalista, foi um dos principais defensores da anatomoclínica. Além disso, outros vitalistas na época, além de Bichat, tiveram papéis importantes na defesa e produção dos discursos que fundamentaram a anatomoclínica; para evidenciar isso, basta citar a importância dos vitalistas na pesquisa da embriogênese em observações microscópicas do desenvolvimento do ovo fecundado. De mais a mais, além de demonstrar a complexidade da produção do saber médico no esfumaçamento das fronteiras das disputas entre vitalistas e mecanicistas, tal tipo de pesquisa atestaria, ainda, a prática dos vitalistas na busca das fronteiras do conhecimento à época (CANGUILHEM, 2012). Pesquisadores como G.F. Wolf (1733-1794) e Driesch (1867-1941), entre outros, foram vitalistas autênticos e contribuíram sobre maneira para a embriologia moderna (CANGUILHEM, 2012).

Por outro lado, nesse contexto histórico efervescente e contraditório, havia alguns médicos mecanicistas e materialistas que, por defender métodos derivativos e metastáticos

da enfermidade e, por isso, de certa forma, avessos à anatomoclínica, eram ainda praticantes de uma medicina baseada na classificação e concomitância dos sintomas do doente ao invés do estudo anatomoclínico. Esses eram médicos ditos mecanicistas e praticantes da medicina classificatória. Por mais que tais médicos materialistas discordassem desta nascente anatomoclínica, Hahnemann (1996) não poupava críticas a essas práticas e se referia assim a eles:

Mas os novos adeptos da antiga escola não mais querem ser vistos como praticantes da expulsão das substâncias morbíficas materiais em seus tratamentos. Eles explicam as numerosas e diversas evacuações como um método **derivativo** pela qual a natureza do organismo doente, empenhando-se em ajudar-se, dá seu exemplo ao eliminar a febre pela transpiração e pela urina, ao suprimir a pleurisia pelo sangramento do nariz, os suores e escarros mucosos pelo vômito, diarréias e hemorragias; doenças articulares pelas ulcerações nas pernas, as inflamações de garganta pela salivação, etc., ou por meio de metástases ou abscessos que a natureza faz surgir em partes do corpo distantes daquela que está afetada. (HAHNEMANN, 1996, p. 38). (*grifo do autor*).

Para Canguilhem (2012, p. 100), o vitalismo dessa época pecou "paradoxalmente, por excesso de modéstia [e] por sua reticência a universalizar sua concepção de experiência". No entanto, veremos na seção da auto-experimentação enquanto método experimental singular em sujeitos, mas universalizável para se descobrir os efeitos terapêuticos dos medicamentos em Homeopatia, que esta não é a verdade absoluta. Defendo a visão de que o método experimental da medicina vitalista hahnemanniana entrou na mesma condição histórica de segregação que a Homeopatia como um todo sofreu enquanto um saber médico, por não se adequar às necessidades históricas e demandas socio-políticas de uma medicina para populações.

Mas, por enquanto, basta saber que tal época se caracterizava por intensos debates acerca da medicina, nem sempre claros e definidos, como vimos acima, em que as divisões entre mecanicistas e vitalistas muitas vezes se diferenciavam e/ou se mesclavam, tornando o momento ebulitivo em conceitos e teses. Nesse contexto de disputas e discussões, de indefinições teóricas e defesas de alternativas conceituais na medicina, de demandas sociais e políticas que delineavam os saberes médicos é que vou problematizar que o vitalismo de Hahnemann não era de qualquer espécie, pois se diferenciava daquelas discussões e se firmava enquanto uma vertente de um saber: possuía um evidente fundamento no aristotelismo, nas observações hipocráticas da *vix medicatrix naturae* e se utilizava de alguns princípios oriundos da medicina classificatória que pré existia ao nascimento da

anatomoclínica. Por este motivo, creio ser possível analisar a Homeopatia em seu contexto histórico e em seus princípios doutrinários para além do simples antagonismo entre vitalistas e mecanicistas.

Para empreender esse estudo, iniciarei com uma abordagem do contexto em que surgiu, no século XVII, a produção dos discursos de verdades médicas, tanto da anatomoclínica como do vitalismo Hahnemanniano, não como evoluções lógicas de condições prévias, mas como rupturas e descontinuidades dos saberes que deram fundamento às principais correntes médicas no ocidente.

Historicamente, Foucault afirma que “a clínica é, ao mesmo tempo, um novo recorte das coisas e o princípio de sua articulação em (...) uma ‘ciência positiva’.” (FOUCAULT, 2004, p. XV). Por ciência positiva ou conhecimento positivo, nesse contexto, entendo como um saber médico afirmativo, que se estrutura na objetividade comprovável, mensurável e possível de ser escrutinada em sua essencialidade interna, e da qual se originariam o conjunto dos fenômenos da enfermidade. Segundo o filósofo, em seu estudo arqueológico da clínica, a transformação ocorrida na prática médica e no conjunto dos saberes médicos, no fim do século XVIII e início do século XIX, na configuração do que se denominou de anatomoclínica, não foi decorrente de progressivas descobertas científicas acerca de uma realidade objetiva, senão devido a uma mudança no olhar e na valorização de alguns enunciados sobre os processos de enfermidade para que se pudesse adaptar e produzir um saber médico compatível com as demandas sociais e políticas da época. Foi um novo recorte no vislumbre da doença: de uma classificação empírica para um olhar na estrutura orgânica. Mas nada disso era muito novo. Já de muito tempo se conhecia a anatomia corporal. Vesalius e Harvey já haviam descrito a circulação sanguínea em oposição a uma concepção de "irrigação".

Não se tratou de um conjunto evolutivo de descobertas sequenciais, senão de uma possibilidade de uma nova utilização do saber médico que já se tinha parcialmente coadunado a uma nova situação histórica. Havia uma demanda socioeconômica urgente para a construção de práticas médicas compatíveis com o controle de endemias decorrentes de migrações e para populações que transitavam entre portos, cidades, nações, continentes, mistura de povos e raças. Nesse contexto de dinâmica comercial e social, não se poderia mais praticar uma medicina eminentemente individual, à beira do leito nas casas dos

pacientes, para o controle de doenças populacionais cada vez mais incidentes nessas circunstâncias. O crescimento e a concentração populacional originados dos processos de urbanização crescente sem controle sanitário mínimo, as enfermidades incidindo cada vez mais em grupos populacionais de profissões (marinheiros, operários) e sua decorrente disseminação demandaram atenção para a construção de um tipo de medicina que respondesse a essas necessidades.

A anatomoclínica foi o saber médico que cumpriu com tais exigências do sistema. Com ela foi possível categorizar patologias em amplos grupos populacionais e dirigir a atenção médica não mais ao indivíduo, mas a corpos objetivos que pudessem ser generalizados em doenças. Nesse sentido, foi necessária a transformação das instituições de saúde para que pudessem acolher os doentes, classificá-los, e agir com práticas e saberes médicos para a recuperação de sua saúde em uma cientificidade positiva. Os sanatórios foram transformados em hospitais, onde passou a ocorrer a observação sistemática e organizada de conjuntos de pessoas catalogadas, agora cada vez mais, em doenças.

Tais saberes que constituíam a anatomoclínica não eram propriamente novidade. Já eram praticados desde os anos *cinquecento* com a anatomia corporal de Vesalius e a anatomia patológica observada por Malpighi e Morgagni cerca de 40 anos antes de Marie François Bichat. Não eram exatamente uma descoberta médica neste final da década de 1800. As cronologias não são lineares. Já havia diversas evidências da construção destes saberes e discursos sobre o corpo. Harvey (1578-1657) é um exemplo claro: ele verificou, nos estudos que praticava sobre o que se compreendia à época como irrigação sanguínea, que “em uma hora, o ventrículo esquerdo do coração envia para o corpo, por meio da aorta, um peso de sangue o triplo do peso corporal.” (CANGUILHEM, 2012, p.13). “Eu me perguntei se tudo não se explicaria por um movimento circular do sangue.” (HARVEY, citado em *apud*. CANGUILEM, 2012, p. 13). Foi assim que Harvey atribuiu coerência explicativa ao que foi observado por ele e terminou por substituir uma concepção de irrigação do sangue ao longo do corpo para a hipótese de circulação sanguínea fechada em um sistema circulatório, cerca de 100 anos antes da ascensão dos saberes da anatomoclínica e mais de 150 anos antes da fisiologia de Claude Bernard.

No entanto, a possibilidade de se estabelecer uma coerência de práticas discursivas que sedimentassem o saber médico na anatomoclínica somente sobreveio após a publicação

de *Traité des Membranes* e de *Anatomie Générale* de François Bichat. Segundo Foucault (2004), configurou-se a partir de então uma nova figura do saber médico, em que uma "medicina dos sintomas pouco a pouco, entrará em regressão, para se dissipar, diante da medicina dos órgãos, do foco e das causas, diante de uma clínica inteiramente ordenada pela anatomia patológica" (FOUCAULT, 2004, p. 135), ou ainda uma "leitura diagonal do corpo, que se faz segundo camadas de semelhanças anatômicas que atravessam órgãos, os envolvem, dividem, compõem e decompõem, analisam e, ao mesmo tempo, ligam." (FOUCAULT, 2004, p. 141). Desvelou-se um espaço objetivo do corpo, um domínio diferente do saber médico capaz de ser verificado positivamente em todos os doentes. Um tipo de saber médico que, como já observamos, tinha como potencial a possibilidade de controle populacional de epidemias e de identificação de doenças que se manifestavam no corpo independente dos sujeitos, aplicável em regimes hospitalares e com técnicas terapêuticas facilmente reproduzíveis. O corpo humano transformou-se em objeto do saber positivo. Portanto, nesse contexto, é desses saberes sobre o corpo alicerçados na anatomoclínica que provém os primórdios da prática médica sistematizada com uma linguagem específica e tornada científica como discurso de verdade médica.

Este vigiar dos corpos doentes, inicialmente como mero ordenamento na medicina anatomoclínica, evoluiu, do modo como vejo, por caminhos nem sempre retilíneos, acompanhado de pequenas rupturas em seus saberes nos últimos 150 anos até os dias atuais; mas, de um modo geral, sem nunca cessar de afirmar e produzir a objetividade orgânica do corpo e o controle das manifestações das doenças nos corpos cada vez mais subjetivados em órgãos e tecidos orgânicos. Nesse novo olhar que surgiu no século XVIII, para que se pudesse organizar e praticar uma medicina para populações na qual se controlasse corpos compilados em grupos de doenças,

a clínica aparece para a experiência do médico como um novo perfil do perceptível e do enunciável: nova distribuição dos elementos discretos do espaço corporal (...), reorganização dos elementos que constituem o fenômeno patológico (...), definição das séries lineares de acontecimentos mórbidos (...), articulação da doença com o organismo. (FOUCAULT, 2004, p. XV).

Anos mais tarde, Laënnec (1781-1826) acrescentou uma pequena novidade, proporcionando uma ruptura parcial no saber anatomoclínico, na medida que estimulou novas percepções médicas ao estabelecer um novo olhar nas relações entre a anatomia, a

patologia e o sintoma clínico, criando as "sementes" ainda imaturas para uma fisiopatologia. Foucault (2004), ao discutir Laënnec, argumenta que

a anatomia patológica é uma ciência que tem por objetivo o conhecimento das alterações visíveis que o estado de doença produz nos órgãos do corpo humano. A abertura de cadáveres é o meio de adquirir esse conhecimento; mas para que ele adquira uma utilidade direta (...) é preciso acrescentar-lhe a observação dos sintomas ou das alterações das funções que coincidem com cada espécie de alteração de órgãos. (FOUCAULT, 2004, p. 149).

Em poucos anos durante o século XVIII, a proposta anatomoclínica enquanto resultado de uma construção diferente na construção de saberes, transformou a prática e o discurso médico em um saber científico do corpo como estrutura biológica. A noção objetiva do corpo estruturado em órgãos não parou por aí. Logo em seguida, no século XIX, outra pequena ruptura na construção discursiva para essa transformação do olhar médico aconteceu com o desenvolvimento de um método experimental objetivo correspondente à observação de uma dinâmica fisiológica corporal.

Cerca de oitenta anos depois das publicações de Bichat, Claude Bernard (1813-1878) empreendeu o experimentalismo em biologia para a compreensão dos processos fisiológicos. O método de Bernard, que consistia de observação-hipótese-experiência-resultado-interpretação-conclusão, constituiu-se historicamente como outro fundamental alicerce da biomedicina, apresentando uma ruptura na então estática anatomoclínica, para uma forma dinâmica de se observar os fenômenos da atividade dos órgãos. Pode-se afirmar que Bernard, em sua obra experimental, considera a medicina como ciência das doenças e a fisiologia como ciência da vida. Canguilhem (2012) discute Bernard:

o fisiologista e o médico, portanto, não devem nunca esquecer que o ser vivo forma um organismo e uma individualidade (...) É preciso, então, saber que, se decomposmos o organismo vivo isolando suas diversas partes, é tão somente para facilidade de análise experimental e não para concebê-las separadamente. Com efeito, quando se quer dar uma propriedade fisiológica seu valor e sua verdadeira significação, é preciso sempre reportá-la ao conjunto, é só tirar a conclusão definitiva relativamente a seus efeitos nesse conjunto. (BERNARD, 1945, p187-188, citado em *apud* CANGUILHEM, 2012, p. 19).

Canguilhem (2012) afirma que, apesar dessa visão de unidade que Bernard defendia em sua proposta fisiológica experimental, ele sentia "claramente, de um lado, a inadequação do pensamento analítico para todo objeto biológico e permanece, por outro, fascinado pelo prestígio das ciência físico-químicas." (CANGUILHEM, 2012, p. 5).

Bernard defendia o conceito de que há uma função do organismo que se considera normal e que a doença seria a mensuração da expansão perturbada, exagerada, aumentada ou diminuída e anulada dessa normalidade. É o estudo da fisiologia que define o organismo normal. Haveria uma fisiologia que mantém o organismo em equilíbrio de suas funções orgânicas e a doença é a alteração destas funções. E, para sustentar seu princípio geral, ele ofereceu argumentos e experimentações controladas, protocolos, mensurações e quantificações de constantes biológicas.

Experimentalmente e de modo original, demonstrou a possibilidade de um novo olhar perante o corpo físico em que a glicose no organismo não seria somente decorrente de ingesta alimentar, como também oriunda de uma produção interna a partir do que se chama hoje em dia de gliconeogênese hepática. Ou seja, demonstrou, experimentalmente em animais, que há um equilíbrio constante nas medições da glicose sanguínea, equilíbrio que chamou de fisiologia, e que o aumento da glicose gera o aumento de sua excreção urinária no sentido de normalizar os valores sanguíneos (somente um pouco mais tarde, em 1889, Minkowski e Mehring descobriram a insulina no pâncreas canino). Claude Bernard então formulou a hipótese de que a glicemia é uma constante em um organismo normal e que fora desse contexto há doença. Um dos efeitos mais importantes das pesquisas do fisiologista francês refere-se à configuração da doença no organismo que se mostrou mais do que somente um achado anatomoclínico: passou a ser um processo em que há uma fisiologia alterada, uma fisiopatologia. Tratou-se, ao meu ver, do início da normação disciplinar dos corpos orgânicos em padrões mensuráveis. Esse conceito perdura até os dias atuais na biomedicina e atualmente alcança o nível molecular e genético (ROSE; RABINOW, 2006).

Construiu-se, então, historicamente, um arcabouço de saberes articulados sobre o corpo enquanto alteração visível e mensurável da estrutura corporal. A experiência do adoecer, na história existencial do sujeito, foi perdendo paulatinamente seu status na caracterização da enfermidade. À pergunta “O que você sente?” que iniciava qualquer entrevista médica sobre o adoecer até então, foi substituída por algo parecido como “O que você tem e onde dói?”. A doença passou a ser algo que o corpo possuía, um tipo de natureza corporal com escassa referência à existência do sujeito em sua história pessoal e emocional transcorrida nas suas relações vivenciais. Como coloca Foucault, “[a] partir daí,

toda a relação do significante com o significado se redistribui, e isso em todos os níveis da experiência médica.” (FOUCAULT, 2004, p. XVI). O sintoma passou a ter relação com o órgão doente e não com as práticas subjetivadas nas relações do doente no sentir a experiência própria do seu adoecer. Tratou-se de “uma reorganização em profundidade não só dos conhecimentos médicos, mas da própria possibilidade de um discurso sobre a doença” (FOUCAULT, 2004, p. XVI), impossibilitando a emergência de outros possíveis discursos médicos; o que, como veremos adiante, ocorreu com a Homeopatia.

Além disso, durante o período do século XVIII, quando foram gerados os primeiros discursos médicos sobre um corpo cada vez mais anatomizado, deu-se lugar também a um processo de reorganização, regulamentação e controle do saber médico, principalmente na formação de profissionais:

aos estudos médicos ordinários, deverão ser sancionados por um exame composto de uma prova escrita, uma oral e ‘exercícios de anatomia, medicina operatória e medicina clínica’ (...) toda pessoa que exerça a medicina sem haver feito os exames das escolas ou sem ter passado perante júris especiais, será condenado à uma multa e à prisão, em caso de reincidência. (CABANIS, 1956, p.12 *apud* FOUCAULT, 2004, p. 86).

O saber médico passou a ser controlado pelos seus pares praticantes da anatomoclínica e aqueles que não exerciam tais práticas corriam riscos de sanções. Observa-se que, desde o início, a anatomoclínica se revelou como dispositivo de controle do saber médico, da prática e dos efeitos que produzia enquanto tratamento dos corpos anatomizados. Conforme Foucault (2004), esta proposta literal de Cabanis, embora não tenha sido adotada, serviu de base para o estatuto da medicina como profissão liberal até o século XX na França, configurando um instrumento de coerção da prática médica tanto para os profissionais como para os pacientes, uma vez que socialmente eram induzidos a procurar uma medicina científica e institucionalizada para o tratamento de suas moléstias, em detrimento de outras práticas médicas.

Segundo Foucault, a compreensão de tais processos históricos na construção de verdades médicas abre a possibilidade para um entendimento das relações de saber/poder que controlam e manipulam o corpo, ou seja, de que posições se construíram os diferentes saberes médicos. Hoje em dia, as transformações produzidas nesse campo de saber estão levando a intervenções na especificidade molecular do organismo. Por outro lado, a

Homeopatia, como veremos adiante, se desenvolveu na contramão da construção desse discurso de verdades médicas.

Foram correlações de forças sociais e econômicas que forjaram as condições para a produção dos saberes na anatomoclínica e geraram o corpo orgânico como objeto investigativo da medicina em contraposição à medicina classificatória que se praticava na época. Argumenta Foucault que “[e]ssa ordem do corpo sólido e visível é, entretanto, apenas uma das maneiras da medicina espacializar a doença (...) [e que] a coincidência exata do ‘corpo’ da doença com o corpo do homem doente é um dado histórico” (FOUCAULT, 2004, p. 1), e não um fato científico sobre uma realidade incontestável. Desse ponto de vista, o entendimento biomédico se apresenta como decorrente de elementos históricos definidos e não exatamente como puras descobertas científicas evolutivas de descobertas sequenciais, em um “crescimento” do conhecimento. Claro que houve um acúmulo de elementos conhecidos na construção da medicina moderna; no entanto, a medicina tal como a conhecemos se mostra como dado histórico e tende a possuir um papel na historicidade das relações sociais e médicas e é a isso que me refiro quando defendo a importância da biomedicina no controle de populações e de indivíduos.

A anatomoclínica não foi o único saber médico que emergiu naquele contexto histórico. Iremos, então, investigar a proveniência de outro espaço de configuração da enfermidade e do corpo no saber médico que historicamente torna-se relegado a segundo plano devido às urgências políticas e sociais nas relações de saber/poder que geraram a necessidade do controle das doenças e dos corpos enquanto entidades objetivas e anônimas. Um saber médico que encontra algumas raízes na medicina classificatória que antecedeu a anatomoclínica e que se consolidou numa perspectiva vitalista, pois saberes médicos não são nada mais que construções históricas e possuem cada um suas verdades e seus métodos. A objetividade de um não desmerece as verdades da abordagem do vitalismo de outro. Trata-se de um estudo da Homeopatia como representante desse outro saber sobre os sujeitos, manifestos em corpos existenciais que adoecem inseridos em seu viver.

7.2 A medicina classificatória e o vitalismo de Hahnemann

7.2.1 Hahnemann e a medicina classificatória

Nesta seção procuro estabelecer correlações entre alguns elementos da medicina classificatória com princípios da Homeopatia no sentido de apontar algumas características da escola classificatória presentes no vitalismo Hahnemanniano, no modo de como Hahnemann a utilizou para a observação da enfermidade. Em tal abordagem não pretendo afirmar que Hahnemann seguiu a escola classificatória, o que sua introdução no *Organon da arte de curar* deixa claro ao delimitar suas diferenças com essa escola como discutido anteriormente. Ao contrário, permanece importante o conjunto dessas diferenciações. No entanto, pretendo incluir aspectos históricos e filosóficos que poderão contribuir para um entendimento mais amplo da complexidade do contexto histórico de como a Homeopatia surgiu e de suas características que poderão, no curso da argumentação deste trabalho, apontar alguns papéis que a Homeopatia poderá eventualmente cumprir para uma alteração nas relações de saber/poder que existem nos discursos e práticas médicas.

Ao contrário da nascente clínica baseada na anatomia patológica em que os enunciados configuraram o espaço de localização da doença no corpo orgânico, para a medicina classificatória a característica da abordagem médica era outra. Segundo Foucault (2004, p. 2), “Nunca o espaço de configuração da doença foi mais livre, mais independente do seu espaço de localização”. Para a medicina classificatória, que precedeu de perto e em muitas circunstâncias conviveu com o método anatomoclínico, “antes de ser tomada na espessura do corpo, a doença recebia uma organização hierárquica em famílias, gêneros e espécies” (FOUCAULT, 2004, p. 2); ou seja, a partir da conformação de um quadro ou um gênero de adoecimento, uma imagem de enfermidade em que o que importava eram as condições do sujeito enfermo em suas manifestações sintomáticas concomitantes e independentes de referências aos órgãos. Essa abordagem implicava uma descrição e um olhar diferente sobre os eventos sintomatológicos que caracterizam o adoecer. Percebia-se a doença não em órgãos, mas em espaços de manifestação enunciáveis pela experiência dos sujeitos doentes caracterizados pela simultaneidade do evento sintomático. Assim, o que importava era a observação de cada detalhe das sensações e funções alteradas, percebidas por quem experimentava o adoecer, associada ao conjunto dos eventos distinguidos vividos como sofrimento do enfermar-se, independente de seu espaço de localização corporal.

Esses seriam, conforme a medicina classificatória, a manifestação única e individual da doença; em outras palavras, “[a] estrutura principal que a medicina classificatória se atribui é o espaço plano do perpétuo simultâneo.” (FOUCAULT, 2004, p.5).

As distâncias anatômicas que separam os sintomas do sujeito sem órgãos de acordo com os princípios da anatomoclínica eram agrupadas na técnica classificatória pela analogia entre os sintomas que o próprio doente percebia em si do porquê se encontrava no estado adoecido e pela unidade dos eventos clínicos simultâneos, na montagem de uma imagem de processo de adoecimento. Utilizavam-se analogias de formas, manifestações e conteúdos atribuídos pelo sujeito adoecido como significativos de como vivia seu adoecer, transcendendo os espaços de configuração anatômica. O estudo de cada caso seria efetuado com base na manifestação espontânea dos sintomas na ordem da experiência do sujeito enquanto "um decalque do mundo da vida (...) reconhece-se a vida na doença, visto que é a lei de vida que, além disso, funda o conhecimento da doença" (FOUCAULT, 2004, p. 6).

Foucault acrescenta que, na técnica da medicina classificatória,

a principal perturbação é trazida pelo próprio doente (...) [que] acrescenta como perturbação sua disposição, sua idade, seu modo de vida e toda uma série de acontecimentos que figuram como acidentes em relação ao núcleo essencial, [em que] não é o patológico que funciona com relação à vida, como uma *contranatureza*, mas o doente com relação à própria doença. (FOUCAULT, 2004, p. 7).

Nesse sentido, a medicina classificatória apresentava características de seguidora dos termos hipocráticos da *vix medicatrix naturae*⁸, em que a observação pura e simples do fenômeno do adoecimento, manifestada na totalidade narrada do estar doente, necessitaria ser fundamentada no acompanhamento de sua evolução e no “seguir passo a passo os caminhos que toma a natureza (...); [ou seja] a doença nele só existe na medida em que ele a constitui como natureza”. (FOUCAULT, 2004, p. 8). Veremos adiante de que modo essa técnica será apresentada na configuração das teses homeopáticas de Samuel Hahnemann.

Outra característica do olhar da medicina classificatória para os processos de enfermidade vem a ser que “o fato de atingir um órgão não é absolutamente necessário para

⁸ Nascimento e Nogueira (2014) definem assim esse conceito hipocrático: "o poder de cada ser se reconstituir ou se manter íntegro, em uma relação de harmonia no convívio com outros seres" A *vix medicatrix naturae* expressa, assim, um poder autorregenerador, onde preservação e manutenção são privilegiadas; a possibilidade de cura depende de decisões a se tomar sobre o regime de vida, de modo a manter a ordem natural. Desta perspectiva, saúde é também um exercício da virtude que decorre do sujeito.

definir uma doença, esta pode ir de um ponto a outro de localização, ganhar outras superfícies corporais, permanecendo idêntica em sua natureza.” (FOUCAULT, 2004, p. 9). Nesse caso, importa a sincronicidade dos eventos experimentados pelo sujeito como doença, os fluxos de sua manifestação, a experiência do adoecer, a imbricação dos múltiplos sintomas e o amalgamento e interfaces da experiência percebida pelo sujeito nas relações com o meio em que vive. Além disso, pode-se inferir da primeira assertiva de Foucault acima descrita que a definição de doença também pode, ao não ser imprescindível sua localização em um órgão, encontrar espaço enunciativo e de validação em alterações consideradas do espectro psicossomático, ou seja, enfermidades percebidas pelo doente sem que haja exames físicos, laboratoriais ou de imagem alterados. Em outras palavras,

O que faz o ‘corpo’ essencial da doença [na medicina classificatória] não são, portanto, os pontos de localização (...) é antes de tudo a qualidade [dos sintomas vivos] (...) a doença e o corpo só se comunicam por intermédio do elemento não especial da qualidade [dos sintomas]. (FOUCAULT, 2004, p. 12)

A característica semiológica e investigativa da medicina classificatória é a abordagem de intensidades dos corpos doentes e suas vivências e não de sua estrutura orgânica essencializada. Intensidades como “secura, ardor, excitação, onde há umidade, ingurgitamento, debilidades” (FOUCAULT, 2004, p. 13) se apresentam à percepção médica como sutilezas, qualidades discretas, finas percepções que configuram uma identidade viva e existencial da doença. Trata-se de um olhar qualitativo e não quantitativo ou material sobre o objeto da doença.

Tal compreensão do doente com sua enfermidade caracteriza um saber em que

o olhar médico, aberto a essas qualidades tênues, torna-se, por necessidade, atento a todas suas modulações; a decifração da doença em suas características específicas repousa em uma forma matizada de percepção que deve apreciar cada equilíbrio singular. (FOUCAULT, 2004, p. 14).

Em outras palavras,

o doente é a doença que adquiriu traços singulares; dada com sombra e relevo, modulações, matizes, profundidade; e a tarefa ao médico será restituir essa espessura viva: é preciso exprimir as enfermidades do doente, seus sofrimentos, com seus gestos, sua atitude, seus termos e suas queixas. (FOUCAULT, 2004, p. 15).

Dessa forma, poderíamos caracterizar tal medicina classificatória como uma tentativa aguda de percepção do singular de cada indivíduo que adoecer, impossibilitando, assim, seu aproveitamento em populações anônimas, demanda cada vez mais premente no

contexto histórico. Essa dificuldade de se aplicar a populações foi um dos principais motivos, nos fundamentos da medicina classificatória, para que a mesma não fosse aceita pelos médicos e políticos na época, pelo crescente processo de urbanização e necessidade de governo da população comerciante: as demandas sociais e políticas eram por uma medicina em que coubesse o anonimato e a abordagem de corpos sem individualidades.

Nesse contexto, a medicina classificatória não oferecia o estatuto da positividade na estrutura orgânica exigida pela demanda sócio-política. Tal característica era propiciada pela anatomoclínica. Para essa positividade era necessário a construção de um regime de verdades sobre o corpo que não fosse singular e individualizante na abordagem dos diagnósticos e terapias. Segundo Foucault,

havia um fenômeno de convergência entre as exigências de *ideologia política* e as da *tecnologia médica*. Médicos e homens de Estado reclamavam em um mesmo movimento e em um vocabulário às vezes semelhante, mesmo que por motivos diferentes, a supressão de tudo o que pode ser obstáculo para a constituição deste novo espaço. (FOUCAULT, 2004, p. 41). (*grifos do autor*),

Dessa forma, referindo-se à expansão da anatomoclínica em detrimento da medicina classificatória, o autor argumenta que, pela singularidade exigida para o diagnóstico qualitativo característico e exigido pela medicina classificatória, esta por sua vez entrou para o regime de supressão de suas verdades dando lugar a afirmação e domínio de um único saber médico objetivado e reestruturado como campo de verdades alicerçado em um corpo organizado em órgãos.

Entendo, portanto, que Hahnemann articulou tais características da medicina classificatória, rejeitando seus aspectos materialistas e acrescentando um princípio conceitual vitalista em um conjunto de saberes médicos que incluíram uma semiologia, um diagnóstico, uma terapêutica e um método experimental. Na abordagem de uma história clínica, do ponto de vista do médico homeopata, ele sublinha no parágrafo 82 do *Organon* (1996) que, para a aproximação tanto das doenças agudas quanto das doenças crônicas, se deve executar *uma interpretação cuidadosa dos sintomas característicos que possam ser averiguados, pois é impossível nestas doenças, como em todas as outras, realizar uma verdadeira cura sem um estrito tratamento particular (individualização) de cada caso de doença* (HAHNEMANN, 1996, p. 133). Essa é uma característica fundamental da Homeopatia, talvez herdada da medicina classificatória, que se conserva até os dias atuais: a necessária individualização da enfermidade para que os efeitos do tratamento aconteçam e

sejam percebidos. Nesse âmbito de singularização do doente que adoece, traço uma primeira intersecção entre a medicina classificatória e a Homeopatia, pois para ambas é crucial, na aproximação do entendimento da doença, o processo de individualização da história de adoecimento.

Para Hahnemann, essa singularização é registrada na entrevista com o doente, na caracterização pormenorizada dos sintomas percebidos. Então, nos parágrafos 83 à 103 (HAHNEMANN, 1996, p. 134-143), ele especifica uma série de instruções para a semiologia e tomada do caso clínico a ser investigado que inclui ouvir e relatar a queixa do doente na linguagem em que foi enunciada, a realização de perguntas abertas e não indutoras de respostas para estimular o autorelato, a investigação dos aspectos mentais do doente, o relato das condições socio-ambientais do processo em que se desenvolveu sua enfermidade, o exame físico do corpo, o levantamento das medicações em uso, a investigação de fatos da vida do doente que concorrem para o desenvolvimento da enfermidade, seus hábitos, modo de vida e temperamento⁹. Hahnemann, por fim, observa e resume as orientações dos parágrafos anteriores:

Uma vez registrada de modo preciso a totalidade dos sintomas que caracterizam e distinguem especialmente o caso de doença, (...) está concluída a parte mais difícil do trabalho. O artista da cura tem, então, a imagem da doença sempre diante de si durante o tratamento. (HAHNEMANN, 1996, p. 144).

No entanto, antes, no parágrafo de número 18, discute:

não há, de modo algum, nas doenças, salvo a totalidade dos sintomas e suas modalidades, nada que possa ser encontrado e que expresse a necessidade de intervenção do auxílio à doença, [e] depreende-se, inegavelmente, que a essência de todos os sintomas percebidos e das circunstâncias em cada caso individual de doença é a **única indicação**, o único denotador do meio de cura a ser escolhido. (HAHNEMANN, 1996, p. 80). (*grifo do autor*).

Aqui se entende a totalidade sintomática como o conjunto de manifestações do sofrer a enfermidade, independentemente de sua localização corporal ou de haver algum tipo de alteração orgânica. Enfim, trata-se de um conjunto sintomático entendido como um mosaico ou uma cartografia¹⁰ de sintomas presentes na experiência de viver a enfermidade

⁹ Não trarei os parágrafos para a escrita do texto por fugir do propósito deste trabalho a explicitação técnica da anamnese homeopática desenvolvida por Hahnemann.

¹⁰ Tomo o termo emprestado de Deleuze e Guattari no sentido de caracterizar a tomada de sintomas do paciente como um "mapa" de leitura de sua corporeidade no próprio viver, para além do sentido dos órgãos, como efeito de enfrentamentos vitais, intensidade de experiência da enfermidade e da percepção corporal, percepção histórica e singular de seu sofrer, não na procura de uma verdade absoluta e objetiva da enfermidade, mas singular e existencial.

pelo sujeito. Aqui encontramos outra intersecção com a medicina classificatória: conforme vimos acima nos estudos de Foucault (2004) para a medicina classificatória, a Homeopatia também reconhece a enfermidade como uma gama de sensações e funções alteradas que não dependem de sua localização orgânica, senão de suas intensidades de como é sentida em sua totalidade, em uma imagem de enfermidade, independente do provável órgão adoecido.

Procuró argumentar que seja possível dizer que a medicina de Hahnemann apresentava historicamente intersecções importantes nos conceitos acerca da enfermidade compartilhadas com medicina classificatória na contracorrente do pensamento da anatomoclínica, mesmo sendo uma materialista e a outra vitalista. Em ambas, a enfermidade seria um quadro que se definiria exclusivamente nos sintomas e suas qualidades vividas por cada sujeito no adoecer. Nem todas as dores são iguais para o mesmo órgão acometido e nem todas as sensações alteradas tem as mesmas modalidades e intensidades para indivíduos diferentes: dependerão de suas vivências e percepções de si. Ao invés de olhar o tecido, o órgão e a localização da doença, a Homeopatia, assim como acontecia na medicina classificatória, tende a observar o doente inserido em seu meio de experiências, em sua sintomatologia percebida, seus contextos individuais, em que sua historicidade individual irá definir o quadro na caracterização de uma imagem de doença que é delineada pelo linguajar do sujeito sobre si mesmo, na forma de um mosaico de sintomas concomitantes e sincrônicos que sejam de significância para o doente e, somente por isso, significativos ao médico.

Assim, inserida em um momento histórico de transformação na configuração do olhar médico, a Homeopatia não se encaixou no “tema ideológico que orienta todas as reformas das estruturas médicas (...) [que] abole o reinado obscuro dos saberes privilegiados e instaura o império sem limites do olhar [na medicina].” (FOUCAULT, 2004, p. 41).

7.2.2 Hahnemann e Aristóteles

Nesta seção pretendo chamar atenção para as possíveis intersecções que a Homeopatia apresenta com o vitalismo aristotélico, no sentido de mostrar mais um aspecto de sua gênese histórica, não como simples ato de um médico, não é suficiente para

compreendermos a potencialidade deste contra-movimento à anatomoclínica. Para tanto, irei debater as bases filosóficas nas quais Hahnemann possa ter apoiado seu vitalismo para a produção de seus conceitos semiológicos e terapêuticos, em especial na comparação e estudo do *De Anima* de Aristóteles.

Iniciaremos observando como Hahnemann descreve em seu *Organon da Arte de Curar* (1996) a manifestação da Força Vital (FV):

[§9] No estado de saúde do indivíduo reina, de modo absoluto, a força vital de tipo não material, que anima o corpo material como ‘Dynamis’, mantendo todas suas partes em processo vital admiravelmente harmônico nas suas sensações e funções, de maneira que nosso espírito racional que nele habita, possa servir-se livremente deste instrumento vivo e sadio para o mais elevado objetivo de nossa existência (HAHNEMANN, 1996, p.73)

[§10] O organismo material, pensado sem a força vital, não é capaz de qualquer sensação, qualquer atividade, nem de auto conservação; somente o ser imaterial que anima o organismo no estado saudável ou doente lhe confere toda a sensação e estimula suas funções vitais (HAHNEMANN, 1996, p.73-74)

[§11] Quando o homem adoece é somente porque, originalmente, esta força de tipo não material presente em todo organismo, essa força vital de atividade própria foi afetada através da influência dinâmica de um agente morbífico, hostil à vida; somente o princípio vital afetado em tal anormalidade pode conferir ao organismo as sensações adversas, levando-o a funções irregulares a que damos o nome de doença, pois este ser dinâmico, invisível por si mesmo e somente reconhecível nos seus efeitos no organismo... [como] sintomas da doença, não havendo outra forma de torná-lo conhecido”(HAHNEMANN, 1996, p. 74)

[§12] Somente a força vital afetada produz as doenças, de modo que ela se exprime no fenômeno mórbido perceptível aos nossos sentidos, simultaneamente, toda a alteração interna, toda a distonia mórbida da ‘Dynamis’ interna, revelando toda a doença” (HAHNEMANN, 1996, p. 77)

[§13] Por conseguinte, a doença (que não compete ao processo mecânico da cirurgia) não ocorre de forma alguma segundo consideram os alopatas: como algo separado do conjunto vivo do organismo e da ‘Dynamis’ que o anima” (HAHNEMANN, 1996, p. 77)

[§15] O sofrimento da ‘Dynamis’ de tipo não material, animadora de nosso corpo, afetada morbidamente no interior invisível e o conjunto dos sintomas exteriormente observáveis e por ela dispostos no organismo e representando o mal existente constituem um todo, são uma única e mesma realidade. Sendo, porém, o organismo o instrumento material da vida, ele é tampouco concebível sem a animação pela ‘Dynamis’ instintiva... ambos constituem uma unidade.” (HAHNEMANN, 1996, p. 78).

Hahnemann nomeia, no parágrafo 9, a força vital de *dynamis*. Esta anima o corpo material mantendo suas partes em processo vital harmônico, de maneira que o espírito racional que nele habita possa se realizar livremente no mais elevado sentido de nossa existência. Nos parágrafos 10 e 11 ele argumenta que somente tal força imaterial poderia

conferir a possibilidade de sensações que, quando afetadas por fatores de desequilíbrio, seriam os sintomas da enfermidade. A enfermidade, então, ocorreria na dinâmica das sensações do sujeito, de como as vivencia e de como surgiram em seu viver, nas relações que estabeleceu em vida e de como sofreu, e não somente nos órgãos como enunciava a anatomoclínica. Conforme Hahnemann, nada do que ocorre nas dinâmicas da força vital seria separado do corpo vivo. Seriam uma única e mesma realidade, conforme defende nos parágrafos 13 e 15. Ainda considerando o parágrafo 9, o autor refere como objetivo terapêutico a realização do ser no servir-se de seu instrumento corporal, através do espírito racional que o habita, e assim possa utilizar-se deste instrumento vivo e sadio para sua realização existencial. Hahnemann afirma na introdução de seu *Organon da Arte de curar* (1996) que *a verdadeira arte de curar é uma atividade reflexiva que conduz à grandeza do espírito humano, à reflexão livre e ao raciocínio* (HAHNEMANN, 1996, p. 50) em um método de cura suave e seguro *tornando-se, com isso, livre e apto a retornar ao estado normal de saúde e à sua própria disposição* (HAHNEMANN, 1996, p. 50), abrindo a possibilidade de reflexões acerca de uma terapêutica na qual se busque caminhos para a realização existencial dos sujeitos para que sejam capazes, no processo "da arte de curar", de colocar à disposição de si o fazer de sua própria liberdade.

Dessa forma, abre-se a possibilidade para um entendimento da doença e seu processo terapêutico como parte do movimento existencial do sujeito. A investigação da enfermidade enquanto movimento vital e individual, contextualizado na história de relações do sujeito na vida, se procederia em uma aproximação do sofrer como uma unidade existencial não recortada em órgãos, na qual os sintomas que aparecessem em diversas topologias orgânicas fossem manifestações de um único e mesmo processo de adoecimento. Um sujeito que padece de dores de cabeça, má digestão com distensão abdominal, tristeza e melancolia associada a uma profunda insegurança, que piora em climas frios quando tem acessos de inflamação de garganta é aquele que precisaria ser investigado em sua totalidade e não em cada órgão através de uma especialidade. Esse é o sentido prático de totalidade em Hahnemann através da qual se manifestaria a Força Vital.

Tal entendimento de Força Vital em Hahnemann não foi construído através de sua "genialidade". Além de ter sido construído em um determinado contexto histórico de intensos debates acerca da medicina, Hahnemann, estudioso como era, deve ter buscado em

conceitos e princípios doutrinários acerca do vivo de outras épocas, inspiração para suas teses. Assim, o vitalismo hahnemanniano guarda relação íntima com o vitalismo aristotélico no uso do corpo por parte de uma força não material, como procurarei discutir adiante.

Início com uma aproximação do pensamento aristotélico sobre a alma. Em sua obra *Peri Psyches* (De Anima/Sobre a Alma, 2010), Aristóteles desenvolve seu estudo sobre a alma – a *psyche* – no sentido de identificá-la, atribuir suas faculdades e refletir sobre sua natureza e relação com o corpo. Inicia seu estudo com uma abordagem do que teria sido pensado até então sobre o tema, particularmente em Demócrito, Pitágoras, Anaxágoras, Platão e Heráclito. Conforme Filgueiras de Araújo (2010, p. 5)

após expor as opiniões dos predecessores, Aristóteles começa a confrontá-las e a perceber que estas geram algumas posições contrapostas (...) [e] chega à conclusão de que há três modos de definição da alma: um que diz que a alma é o que mais pode mover porque move a si mesma, outro que ela é composta de muitas partes mais sutis (conceito materialista de Demócrito) e o último que ela é o mais incorpóreo dos elementos. (ARAÚJO, 2010, p. 5)

Na contestação de seus predecessores, Aristóteles procura definir uma visão própria acerca da unidade entre *soma* e *psyche*. De início, o filósofo afirma que não há como definir alma enquanto princípio vital incorpóreo que anima o corpo e que seja independente dele. Argumenta da seguinte forma: “A alma não parece ser afetada nem pode produzir qualquer afecção sem o corpo” (ARISTÓTELES, 2010, p. 403 a5). Aristóteles não hesita em afirmar uma interdependência entre os dois domínios existenciais do corpo e da psiquê, mesmo podendo ser, ambos, distinguidos como separados, a modo que, ao fim e ao cabo, seus eventos observados seriam uma única e mesma manifestação. Ao especificar como ocorre esta relação, Aristóteles afirma que “a matéria é, por sua vez, potência, ao passo que sua forma é ato” (ARISTÓTELES, 2010, p. 412 a10), buscando correlacionar alma à atividade/ação, ou ainda, “a alma é uma substância de acordo com uma definição, e isso é o que é ser para um corpo” (ARISTÓTELES, 2010, p. 421 b10). Ser, ato e forma seriam, para Aristóteles, atribuições da alma. O corpo aparece aqui como potência para manifestação da alma na forma de atitudes, conduta, movimento corpóreo. Seria então o movimento, a conduta observada como ato impulsionado pelo princípio vital. Mesmo assim, didaticamente distinguidos, segundo Araújo (2010), Aristóteles defende que:

Tal correlação forma uma unidade entre estes. Em outras palavras (...) são duas dimensões que se completam e trabalham juntas (...) onde um necessita do outro e

nenhum é maior que o outro. Uma ação só pode ser tal se antes há uma potência que o permite ser. (ARAÚJO, 2010, p.7).

Aristóteles (2010) segue seu estudo sobre a alma no Livro II, em que descreve as faculdades dos sentidos humanos (o olfato, o tato, a audição, o paladar e a visão) e no Livro III trata da sensibilidade ao dizer que “a atividade do sensível e da faculdade perceptiva são uma mesma, embora seu ser seja diferente” (ARISTÓTELES, 2010, p. 425 b25) ao distinguir que a visão da cor enquanto atividade sensível do ser é diferente em natureza constitutiva da percepção da cor propriamente dita, do mesmo modo que o olfato é diferente do cheiro e o paladar é diferente do gosto. Aristóteles irá demonstrar a importância dessa distinção mais adiante ao estudar a relação do pensamento com o percebido pela sensorialidade: “imaginar será, com efeito, formar opinião a respeito do que se percebe” (ARISTÓTELES, 2010, p. 428 a30). Aqui, parece que Aristóteles afirma que a manifestação da alma como pensamento acontece nas ações de uma corporeidade sensível que incorpora a experiência formando opinião na subjetividade. Aristóteles parece enfatizar que o olfato somente traz sentido quando percebido como cheiro, trazendo a experiência de cheirar e tudo que com ela emerge (lembranças, sensações, prazeres, aversões); apesar de suas atividades serem praticamente as mesmas, seu "ser" é diferente. Assim, visão não se compara a ver, tato não é igual a tocar e nem audição percebe a música como quando a ouvimos. Em outras palavras, se audição, visão, olfato e tato se referem ao corpo, ver, ouvir, cheirar e tocar se referem à experiência, ao agir e, portanto, à alma. No entanto, não haveria diferença, pois agiriam sempre em uníssono, segundo Aristóteles. Segundo o filósofo grego, diferenciar-se-ia o evento externo perceptível daquilo que seria efetivamente percebido, sem que se estabelecesse uma dicotomia entre os fenômenos:

A alma comporta-se desta maneira, como a mão: a mão é um instrumento dos instrumentos, o entendimento é a forma das formas e o sentido é a forma dos sensíveis. Mas ao que parece, nenhuma coisa existe separadamente e, para além das grandezas sensíveis, é nas formas sensíveis que os objetos entendíveis existem. (ARISTÓTELES, 2010, 429 a25).

Em outras palavras, as formas e objetos como grandezas só se tornam o que são quando passíveis de serem percebidos/sentidos pelo sensorio enquanto ação da alma em movimento de encontro ao mundo e que, por sua vez, acontece na unidade da corporeidade ativa e animada pela própria vitalidade.

Tal unidade, ao meu ver, é tão fundamental para Aristóteles como também o é para Hahnemann (1996), pois este afirma em seus parágrafos 10, 11, 12 e 13, já citados anteriormente, que o organismo material sem a força vital não seria capaz de sensações ou funções. Tais sensações e funções seriam enunciadas pelos doentes enquanto movimentos existenciais, atos em um movimento corpóreo perceptivo através da atividade sensorial do sujeito, de como este sente e percebe, de que posição e lugar expressa suas sensações; ou seja, tudo o que é observado em suas manifestações corporais exteriores seriam uma unidade com as dinâmicas da FV. Para Hahnemann (1996) seriam esses movimentos corporais e subjetivos uma expressão da Força Vital em atividade.

7.2.3 Hahnemann, Aristóteles e a unidade da mente e do corpo

A importância desse resgate aristotélico em Hahnemann se orienta no sentido de uma afirmação daquilo que a anatomoclínica, mesmo na época de seu nascimento, apresenta dificuldades em oferecer respostas: a questão da unidade mente e corpo. Ou seja, procuro pensar a possibilidade de as práticas médicas homeopáticas oferecerem outra lógica e, talvez, outra ética no cuidado em saúde, pois incorporam a experiência emocional e psíquica no desvendar dos processos de enfermidade clínica.

No que tange à intenção de se praticar uma medicina que seja do corpo e da mente enquanto unidade ontológica, histórica e existencial decorrente do viver de cada um, Hahnemann (1996) explora e indica sua prática ao afirmar, no parágrafo 210, que as manifestações da doença individual são sempre eventos que emergem de uma totalidade e tendem a se comportar como eventos parciais dessa latência mórbida do conjunto. Assim seriam as doenças crônicas e suas manifestações de agudização, como a maioria das chamadas doenças infecciosas, escapando desse critério somente as enfermidades epidêmicas. Nesse âmbito, segundo o autor, estariam

as chamadas doenças psíquicas e mentais. Elas não constituem, porém, uma classe nitidamente isolada de todas as outras, pois em todas as demais, as assim chamadas doenças físicas, a disposição psíquica e mental está **sempre** se modificando e, em todos os casos de doença que devem ser curados, o estado psíquico deve concorrer como um dos mais notáveis no conjunto característico dos sintomas. (HAHNEMANN, 1996, p. 194-195). (*grifo do autor*).

Ademais, no parágrafo 211 afirma:

isso possui um tamanho alcance que o estado psíquico do doente, muitas vezes e principalmente, determina a escolha do medicamento homeopático, na qualidade de sinal possuidor de uma característica determinada: entre todos é o que menos pode

permanecer oculto ao médico observador criterioso. (HAHNEMANN, 1996, p. 195).

E no § 213 complementa:

por conseguinte, jamais se poderá curar de acordo com a natureza, isto é homeopaticamente, se não se observar, simultaneamente, em cada caso individual de doença, mesmo nos casos de doenças agudas, o sintoma das alterações mentais e psíquicas e se não escolher, para alívio do doente, entre os medicamentos, uma tal potência medicamentosa que, a par da semelhança de seus outros sintomas com os da doença, também seja capaz de produzir, por si, um estado mental ou psíquico semelhante. (HAHNEMANN, 1996, p. 196).

Se para Aristóteles a alma é movimento, em Hahnemann o movimento da enfermidade, como se apresenta e se modifica no devir existencial, é a alteração da FV em constante atividade, na qual os eventos psíquicos são manifestações fundamentais e características do processo de enfermidade.

Nessa perspectiva, Hahnemann reforça recomendações no parágrafo 217 para a entrevista no caso de enfermidade singular e individual: além de identificar os sinais relativos aos sintomas físicos, observar *o peculiar estado mental e psíquico predominante da cada caso* (HAHNEMANN, 1996, p. 197) como essencial para o tratamento da enfermidade individual. Somado a isso, também aconselha ao médico, no parágrafo 220, o relato do estado psíquico observado pelos acompanhantes e pelo médico do doente para a definição completa do quadro mental que orientará a prescrição medicamentosa. Assim, completa Hahnemann,

teremos montado o quadro completo da doença para a qual, portanto, afim de efetuar a cura homeopática, deve-se procurar entre os medicamentos, um medicamento capaz de produzir sintomas exatamente semelhantes, notadamente um distúrbio mental semelhante (HAHNEMANN, 1996, p. 198).

A proposta de Hahnemann considera a enfermidade enquanto um evento singular e individual do sujeito, em quem os sintomas da mente e do corpo configuram uma unidade existencial.

A enfermidade seria, desse modo, um evento que perturba a totalidade existencial do indivíduo no modo como ele conhece e subjetiva seu adoecer, como enuncia seu sofrer, não importando a localização orgânica da patologia. Não há como adoecer do corpo sem que sejam registrados os sofrimentos emocionais concomitantes.

O cerne da questão se localiza nessas ideias, ou seja, na maioria dos processos de adoecer, por estarmos subjetivados de que a doença é do corpo e que somente isso interessa

ao médico, passa despercebido um conjunto de acontecimentos vividos através das emoções e situações decorrentes das relações estabelecidas pelos sujeitos. Estas podem representar, no particular de cada um, relações de opressão, domínio, impotência, medo, inveja ou ciúmes, ganância e até impressões subjetivadas sem que haja efetiva correspondência aos fatos vividos (como, por exemplo, sensações consideradas como ilusões) que produzem ou são coexistentes às suscetibilidades de desequilíbrio anímico. Tais situações podem contribuir para a emergência de quadros de enfermidade ou, se não, simplesmente estarem presentes na concomitância do quadro de enfermidade, caracterizando uma totalidade vivida da doença. Não importa, na prática homeopática, se causariam ou se seriam simples concomitâncias. O que importa é a percepção de uma dinâmica alterada e experimentada pelo sujeito que expressa seu sofrer no jeito que viveu. Na prática clínica, não são poucos os momentos, como veremos em exemplos adiante, em que o sujeito percebe um universo muito mais extenso de sua enfermidade, passível de ser ressubjetivado, sendo esse o movimento de resgate proposto pela Homeopatia. O tratamento homeopático, a medicação escolhida de acordo com um mosaico de sintomas psicofísicos, pode proporcionar a possibilidade de se reexperimentar outra realidade e outras relações de vivências.

Como o medicamento poderia proporcionar essa experiência? Veremos no capítulo seguinte sobre a auto-experimentação a técnica experimental homeopática e seu significado sobre o corpo e a existência do sujeito. O que importa saber, no momento, é que, no processo terapêutico homeopático, dependerá do próprio sujeito sua virada existencial despertada pelo movimento psíquico e físico que a medicação pode gerar nos indivíduos. Será o sujeito que, nessa porta que se abre, poderá reconfigurar sua existência, estabelecer novas relações no seu viver, agenciando diferentes relações de poder na família ou no trabalho, resistir ao que lhe gerou adoecer, para trazer um novo equilíbrio à sua suscetibilidade que se modificou no processo. Pode proporcionar, assim, a chance de se conscientizar do processo que o adoeceu, sempre num movimento que tende a representar o estar em construção de si, um cuidado de si com outro modo do uso de si.

Saliento que Hahnemann não afirma que a origem da enfermidade ocorre no âmbito psíquico ou mental com decorrências físicas posteriores e nem vice-e-versa, mas afirma que os eventos ocorrem concomitantemente e que ambos seriam a tradução e manifestação de

uma alteração da FV, esta sim abalada dinamicamente. Para Hahnemann, no psíquico se manifestaria o mais característico e singular representante da suscetibilidade individualizada, diferentemente dos eventos físicos que podem ser comuns a diversos indivíduos.

Não só o evento psíquico em si, mas o próprio valor dos sintomas físicos do doente, em Hahnemann, relaciona-se com a experiência vivencial do doente, ou seja, com o modo como o doente percebe seu padecimento e o modo como ele descreve; em outras palavras, com a maneira com que o sujeito doente subjetivou seu sofrimento. Assim a dor é sempre modalizada na experiência do sentir a dor, nas formas com que o sujeito singular percebe a dor em sua corporeidade.

Ao mesmo tempo, não se pode esquecer que há um conjunto de interferências possíveis na percepção da história do doente por parte do médico, pois o estado psíquico do médico pode oferecer facilidades ou obstáculos na escuta da história contada. Essa relação intersubjetiva, coexistencial, matiza o processo terapêutico e abre a possibilidade de uma relação ética de cuidado entre médico e paciente, no cuidado de si como ouvinte por parte do médico, no cuidado de si como falante por parte do paciente. Dentro desse contexto, poderia se dizer que o sintoma físico recebe, assim, um estatuto de subjetivação da experiência. O detalhamento da entrevista homeopática visa a escuta sincera do doente, sensibilizando-se sobre como sente e enuncia o adoecer, na legitimação de seu linguajar na descrição de suas dores, das sensações de calor ou frio, das formas com que vive seus desejos alimentares e aversões, do modo como dorme e sonha; enfim um conjunto de peculiaridades acerca de como o sujeito consegue perceber e expressar seu sofrimento.

O médico homeopata necessita estar atento a essas diferenças e não se contentar com o sintoma meramente orgânico, ao mesmo tempo em que se mostra ser crucial a consciência desse encontro por parte do "artista da cura" para que as interferências sejam minimizadas. Assim, uma dor de cabeça pulsátil é diferente de uma explosiva que, por sua vez, é diferente de uma que ocorre na região do occipício ou frontal, ou que se irradiam para atrás dos olhos, ou que melhoram ou pioram com aplicações frias ou se relacionadas a alimentos gordurosos; essa prática, como coloca Hahnemann, é *[t]ão certo quanto ouvir principalmente o próprio doente acerca de seus males e sensações e dar crédito às suas*

próprias expressões com as quais procura esclarecer seus próprios padecimentos (...) (HAHNEMANN, 1996, p.141).

Depois do relato espontâneo do doente, o médico, sugere Hahnemann nas notas dos parágrafos 89 e 90, deve investigar com perguntas amplas e abertas, não indutivas, o detalhamento dos sintomas qualificando, então, as sensações percebidas pelo doente:

Qual a frequência de suas evacuações?, Qual a consistência exata da fezes? Era esbranquiçada? Constituída de catarro? Sentia dores ao evacuar? Em que local e tipo? O que vomitou? O mau gosto é pútrido, amargo ou ácido? Antes ou depois de comer? Em qual horário do dia era pior? E as eructações, como são? (...) Como o doente se comporta na visita: mal humorado. Birrento, apressado, choroso, ansioso, desesperado ou triste, confiante, tranquilo, sonolento, como fala... o estado da língua, se manchada, com hálito ou não, se desenhada...[entre outras recomendações]. (HAHNEMANN, 1996, p. 136-137).

A esse procedimento chama-se *modalizar sintomas*, ao ressaltar sua singularidade. O sintoma físico percebido pelo doente, e investigado pelo médico, ganha importância na medida em que ele apresenta seus diversos graus de subjetivação e particularização. Um sintoma dispéptico (sintoma relacionado às doenças gástricas tipo "gastrite" ou "úlceras de estômago"), que para o alopata se resume a sintomas relativos ao órgão do estômago, para o homeopata o valor incidirá no fato de melhorar ou piorar com a ingestão de bebidas quentes ou frias, principalmente se há um quadro de irritabilidade associado ou medo ou ainda tristeza silenciosa. Portanto, o sintoma físico emerge na Homeopatia como individualizado na experiência subjetiva do viver e sentir seus padecimentos.

No processo de individualização do caso de enfermidade, já observamos que Hahnemann propõe uma técnica de entrevista para se estudar a *disposição psíquica e as condições psíquicas e mentais do doente* (HAHNEMANN, 1996, p. 135-136); se houveram fatos que perturbaram o sujeito tais como *amores infelizes, ciúme, infelicidade, preocupações, tristeza, maus tratos, vingança, frustração, orgulho ferido, problemas econômicos, medos, fome* (HAHNEMANN, 1996, p.139) e suas *habituais ocupações, modo de vida, dieta, situação doméstica* (HAHNEMANN, 1996, p.139). É possível ver que, desta perspectiva, tais situações emocionais configuram-se na experiência do indivíduo como condições subjetivadas no viver, implicadas a situações e relações presentes na vida social e familiar.

Do ponto de vista de uma descrição contemporânea, poderíamos dizer que Hahnemann acabou por constituir um conjunto de verdades e enunciados articulados que

possibilitam ao médico identificar e executar uma prática médica em um corpo subjetivado no processo de adoecer, ou seja, na ação corporal e mental patológica percebida pelo doente como consequência de um agir sobre si e sobre o meio no uso de seu corpo enquanto exerce os domínios do viver. Os sofrimentos psíquicos seriam movimentos de subjetivação do sujeito, tanto aqueles aos que ele se submete ativamente como os que ele produz ao longo de sua história. Seria na sutileza da suscetibilidade mental que se mostraria o adoecimento como processo existencial vivido, sentido em sua intimidade e subjetivado no processo histórico e ontogênico do vir-a-ser de cada um: em que situação existencial o sujeito adoce, de que posição ele consegue enunciar seu sofrimento e de que modo o enuncia. Somente assim seria possível realmente considerar a enfermidade como evento individual e assim contribuir para a saúde enquanto realização ética e existencial de si.

Destarte, ratifico minha argumentação de que Hahnemann, na construção das verdades médicas homeopáticas, se fundamenta no aristotelismo para afirmar a unidade inseparável do corpo e da mente e estabelece uma semiologia específica de investigação individualizadora, baseada nas narrativas próprias do doente e que não é aplicável às necessidades de uma medicina de populações.

7.2.4 Hahnemann e as enfermidades crônicas

Nesse contexto de compreensão de totalidades sintomáticas de um vir-a-ser histórico do sujeito no processo de adoecimento individual, em que os fenômenos psíquicos e físicos se inter-relacionam, formando uma imagem global da enfermidade e na investigação pormenorizada das qualidades do sentir-se doente, Hahnemann produziu um entendimento diferente do que seriam enfermidades crônicas.

Na sua descrição das enfermidades crônicas, Hahnemann argumenta que após anos e décadas de tratamentos inadequados e parciais (não homeopáticos) realizados pela alopatia da época, a imagem inicial e primeira da enfermidade teria ficado algo desfigurada, deixando permanecer uma imagem parcial e crônica de um mal inicial. Isso aconteceria não só no histórico dos processos de adoecimento de cada indivíduo como também numa predisposição de suscetibilidade que teria ascendência transpessoal e transgeracional. No parágrafo 205, diz que *o médico homeopata lamentavelmente já encontra a maioria dos sintomas externamente destruídos pelos médicos que o precederam* (Hahnemann, 1996, p.

191). O entendimento das características das enfermidades crônicas que julgou conhecer ao longo de sua vida médica o levou a considerar que tais males haviam sido originados em um contágio primordial que deixariam o indivíduo, e talvez o ser humano enquanto espécie, suscetível às enfermidades crônicas, todas compostas de múltiplos sintomas, todos eles jamais aparecendo no mesmo indivíduo e ao mesmo tempo num único sujeito, mas no conjunto dos indivíduos em gerações de adoecimentos humanos que se comunicaram ao longo das gerações, formando uma imagem transpessoal de um padrão de adoecer. Ele escreve no parágrafo 81:

Em virtude desta centelha contagiosa muitíssimo antiga ter passado, gradativamente, através de milhões de organismos humanos, por centenas de gerações, havendo atingido assim incrível desenvolvimento, de certa forma se compreende como pode até agora desdobrar-se em tantas formas mórbidas na vasta espécie humana... [através da] indescritível diversidade de pessoas... [em] uma incontável variedade de falhas, desvios, alterações e padecimentos que até hoje tem sido apresentados... sob alguns nomes específicos como doenças de caráter independente. (HAHENAMNN, 1996, p. 131).

Para ele, tal “independência” na forma de "doenças", a multiplicidade e diferença de "doenças" seriam meras ilusões. Afirma que estas diversas "doenças", que aparentemente seriam múltiplas e diferentes, fariam parte de uns poucos movimentos de adoecimento da espécie humana, um número restrito de padrões de enfermidade, e seria esse processo que necessitaria ser escutado em cada consulta homeopática em que o procedimento de individualização procuraria caracterizar.

A enfermidade crônica seria sempre individual. Para identificar e qualificar o que seria a doença crônica individual, lança um conceito para denominar esses processos que é frequentemente mal entendido em sua obra: os **miasmas** das doenças crônicas de Hahnemann. A confusão se origina no conceito medieval de miasma que considera as emanções pútridas e contagiosas dos charcos ou de terrenos pantanosos. Do conceito medieval, Hahnemann preserva somente a ideia do contágio, uma vez que ele irá afirmar que sempre haverá um primeiro contágio, um contágio primitivo que, nas sucessivas supressões alopáticas ao longo dos anos e gerações, a imagem primitiva da enfermidade já não seria mais reconhecida, senão de suas formas latentes e parciais. Segundo ele, as doenças agudizadas individuais seriam, em sua maioria e se não fossem claramente sazonais e epidêmicas, manifestações momentâneas de um processo crônico de adoecimento ao qual estaríamos sempre mais ou menos suscetíveis. No curso de um

tratamento homeopático, o médico deveria então *primeiro descobrir tanto quanto possível a extensão total de todos os acidentes e sintomas que pertençam à moléstia primitiva.* (HAHNEMANN, 1984, p. 38). Nesse contexto é que se pode compreender também a necessidade de averiguação pormenorizada da totalidade dos sintomas do doente: para a descrição da percepção histórica global do modo de adoecimento.

Haveria então uma espécie de suscetibilidade especial, historicamente datada e definida pelo sujeito, para se sentir perturbado por fatores que poderiam, em cada caso individual, gerar o adoecer singular. No entanto, tal suscetibilidade não seria algo inato ou essencial, senão algo que se configura no viver de uma corporeidade. Cada um teria uma situação particular que dependeria de sua historicidade pessoal e sensibilidade a diversos tipos de relações que estabeleceu na vida e que foram paulatinamente subjetivadas/corporificadas.

Portanto, essa condição crônica miasmática descrita por Hahnemann guarda muito mais relação com o conceito de *diathesis* de Aristóteles, cujo significado etimológico seria estar disposto de determinado modo, suscetível. Essa condição, que é individual, seria a inscrição no corpo de sensações e sintomas decorrentes das múltiplas relações estabelecidas na vida do sujeito, nos processos de subjetivação que procedeu e constituiu-se a si mesmo, provocando uma disposição a algum tipo de sensibilidade a algumas intensidades provenientes do exterior que o perturbam e potencialmente poderiam adoecê-lo. Hahnemann é claro no parágrafo 31 do *Organon* (1996):

De fato, as forças hostis da vida na Terra, em parte psíquicas, em parte físicas, que são chamadas de agentes nocivos mórbidos, não possuem o poder absoluto de alterar a saúde humana, pois somente adoecemos quando nosso organismo está predisposto a isso e suficientemente suscetível às (...) perturbações em seu estado de saúde (...) Eis porque nem sempre e nem todas as pessoas se tornam doentes em virtude de tais forças. (HAHNEMANN, 1996, p. 87)

Tal compreensão criaria condições para considerar que para a percepção de toda a extensão da enfermidade se deveria investigar o esquadramento processual e contínuo da totalidade do viver existencial, consulta após consulta, na conformação de estados que se modificam e se conservam em processos complexos e diferentes, contextualizados na historicidade individual, sempre baseado na escuta e observação dos enunciados do próprio doente e no que se deve também investigar nos achados corporais manifestos. Ou seja, de como o doente viveu e usou de si mesmo nas dinâmicas relacionais e de como estas o

perturbaram e como sentiu tal perturbação em suas funções e sensações e de como as narra. Novamente não custa ressaltar: é dessa totalidade singular e individual do sujeito a que se refere Hahnemann ao querer lidar com a enfermidade enquanto desarranjo vital, pois como escreve no parágrafo 82, *é impossível, nestas doenças, como em todas as outras, realizar uma verdadeira cura sem um estrito tratamento particular (individualização) de cada caso de doença* (HAHNEMANN, 1996, p. 133). E assim seria nos processos dos sujeitos que adoeceram inseridos cada um em seus contextos históricos e de relações com o meio social e ambiental.

7.3 A experimentação homeopática: o uso de si e do corpo

As intersecções que procuro estabelecer entre Hahnemann e Aristóteles não se limitam ao entendimento das relações entre mente e corpo e em como se subjetivariam os processos de adoecimento corporal nas experiências que os sujeitos vivem. Procuro iniciar aqui uma discussão sobre o uso do próprio corpo no sentido da construção de uma subjetivação ética no cuidado de si. Para entender essas outras implicações do pensamento aristotélico em Hahnemann sobre o corpo e sua vitalidade, trago os estudos de Giorgio Agambem (2017) sobre o uso dos corpos no *corpus* filosófico do pensador grego.

Em seu último volume do estudo sobre *Homo sacer*, no que tange à relação corpo e alma em Aristóteles, Agambem (2017) argumenta que:

a relação entre ser e ter [entre alma e corpo] é, na verdade, mais íntima e complexa. A *hexis*, a potência enquanto hábito é, segundo Aristóteles, um dos modos em que o ser-se-diz. Em outras palavras, indica o estado do ser como atribuído a um sujeito. O que se tem na *hexis* é certo modo de ser, uma ‘diathesis’, um ser disposto de determinado modo. Esse ser-que-se-tem é chamado por Aristóteles de *dynamis*, potência e *dynatos*, potente, é quem tem aquele determinado estado e aquele determinado ser... é ‘ter um ser’. (AGAMBEM, 2017, p. 83-84).

Aqui é possível observar várias relações com Hahnemann. A potência de ser é hábito de ser sujeito, uma atribuição que emerge do próprio hábito como modo ou predisposição de ser (diathesis). A “diathesis” como predisposição ou suscetibilidade (à enfermidade), em Hahnemann, como já vimos, tem relação com a noção recém estudada das doenças crônicas que emerge como potencialidade ao apresentar a forma transgeracional ou transpessoal. Já *dynamis*, como potência interna, se apresenta como força vital, a potência de ser enquanto *dynamis* se manifesta no modo de ser do sujeito, uma *hexis*. Nesse caso, “ter” um estado, como a enfermidade, por exemplo, é “ser” uma

enfermidade unicamente no sentido de sua experiência vivencial do processo do “hábito” do viver.

Para o entendimento de Agambem (2017), “Ter” um corpo e “ser” sujeito de alma livre era uma questão importante para Aristóteles, e, para este, o que tornou o uso do corpo em um sentido para ser sujeito passou a ser objeto de reflexão. Segundo Agambem (2017), o filósofo grego em sua *Metafísica* desenvolve toda uma conceituação do uso do corpo para ser sujeito através da polissemia do verbo *chrestai* na relação do senhor e do escravo.¹¹

Neste trabalho, interessa observar o significado do verbo *chrestai* na relação do sujeito (alma/psique/força vital) e o corpo (soma/objeto/coisa) enquanto uso do corpo. Segundo Agambem (2017), *chrestai* é uma ação que o sujeito “realiza algo que se realiza nele” (AGAMBEM, 2017, p. 46), ou ainda, “o sujeito que realiza a ação, pelo fato mesmo de a realizar, não age transitivamente sobre um objeto, mas implica e afeta sobretudo a si mesmo no processo (...) na qual o sujeito não ultrapassa a ação, mas é ele mesmo o lugar de seu acontecer” (AGAMBEM, 2017 p. 47). Trata-se de um movimento ativo de recursão onde a ação se faz sobre a ação anterior que a gerou, no próprio sujeito. Esse conceito leva à reflexão dos processos de adoecimento nos quais o sujeito e seu viver encontram em si mesmos, em seus corpos, o lugar de seu acontecer enquanto vivem sua enfermidade. Adoecer seria, então, viver de algum modo em que se pode, ao constituir hábitos e estar predisposto (*diathesis*) conforme as relações que vive, seja inserido em situações de submissão ou mando, ou ser atravessado por agenciamentos no meio onde vive, para então tornar-se subjetivado por sua própria prática que gera sua percepção de como se sente doente. Essa seria a complexidade do movimento recursivo do adoecer. O agente da ação e o próprio objeto e lugar da ação modificam o sujeito para, assim modificado, agir sobre a

¹¹ Nessa particular relação, importa para nosso trabalho apenas o registro dela: “em sentido subjetivo, no homem escravo, o corpo está em uso assim como no homem livre a alma está em obra segundo a razão. A estratégia que leva Aristóteles a definir o escravo [objeto - corpo] como parte integrante do senhor [homem livre – alma] mostra sua sutileza. Colocando em uso o próprio corpo, o escravo é, por isso mesmo, usado pelo senhor, e, ao usar o corpo do escravo [na exata medida que este é o prolongamento da corporeidade do senhor, isto é, o escravo faz parte das representações corporais do senhor], o senhor [ao usar o corpo do escravo] na realidade usa o próprio corpo” (AGAMBEM, 2017, p32). Em outras palavras, o escravo, ao ser parte do universo corporal do senhor, não pode ser vendido e nem trabalhar para outro ou para a cidade, pois ao fazer isso seria como se o próprio senhor o fizesse. O escravo existe como uso corporal do senhor para que o senhor possa dispender de seu tempo para os deleites da alma e da razão.

ação anterior, recursivamente. Para Agambem (2017), esta experiência do viver “é antes de tudo o uso de si: para entrar em relação de uso com algo, eu devo ser afetado, constituir a mim mesmo como aquele que faz uso de si” (AGAMBEM, 2017, p. 49). Argumenta, ainda que “assim como para Foucault, o sujeito não é substância, mas processo, também a dimensão ética – o cuidado de si – não tem substância autônoma: não tem outro lugar nem outra consistência senão a relação de uso entre o homem e o mundo. O cuidado de si pressupõe a ‘chresis’” (AGAMBEM, 2017, p. 53), ou seja, o uso de si, ou ainda em outras palavras, fazendo de si e de seu corpo o lugar de acontecimento de seu devir, seja em saúde ou em enfermidade.

Nessa condição, o sujeito que se apresenta em seu ser é usado por si no ser-aí no mundo. No uso de seu corpo no mundo que o circunda, o sujeito faz a experiência de si e constitui a si mesmo como usuário de si e do mundo. Agambem afirma que esse sujeito “deve governar e conduzir suas ações numa forma de vida, (...) numa prática de si que nada mais é do que essa mesma constituição e essa forma de vida.” (AGAMBEM, 2017, p. 130). Trata-se, outrossim, da relação uso do corpo e da obra da alma:

A relação consigo mesmo tem, portanto, constitutivamente a forma de uma criação de si, e não há outro sujeito senão nesse processo (...) [no qual] não é possível fazer distinção entre sujeito constituinte e sujeito constituído; só existe um sujeito, que nunca é dado previamente, e a obra a construir é o próprio que constrói (...) o sujeito é essa relação e não um dos termos dela (...) existe só um processo de subjetivação. (AGAMBEM, 2017, p. 127).

Portanto, esse sujeito capaz de compreender o processo de constituir-se no adoecer ao ver e falar de si mesmo no sentido de perceber seu corpo como lugar onde se inscreve seu devir e das relações implicadas nesse processo, é um indivíduo que pode ter condições de constituir-se como sujeito corporificado no sentido de um modo de cuidar de si. Portanto, cuidar de si não é algo simples, senão uma forma de viver que busca ser ética na medida que preocupar-se consigo é preocupar-se com o mundo que se faz. Em comparação, pode-se fazer paralelos entre esses pensamentos de Agambem (2017) e o parágrafo 9 de Hahnemann (1996, p. 74), quando afirma: *de maneira de nosso espírito racional que nele [corpo] habita, possa servir-se livremente deste instrumento vivo e sadio para o mais elevado objetivo de nossa existência*. Por este ponto de vista, penso que Hahnemann, apesar de não ter mencionado em seu livro nada a respeito, deixa intrínseco em sua obra a possibilidade de uma reflexão ética do cuidado de si na medida da

compreensão de que participamos de algum modo na configuração da doença que vivemos, na subjetivação de como se vive e sofre e como sentimos o sofrer em nossas próprias experiências distinguidas em termos de linguajares. Portanto, encontra-se em nós mesmos a possibilidade de ressubjetivar nossa existência no sentido de vivermos sem sofrer.

Mas o conceito de uso de si e de uso do corpo não se restringe às analogias de uma concepção de adoecimento. Proponho que, em Hahnemann (1996), o entendimento do verbo *chrestai* (AGAMBEM, 2017) pode guardar relação com o método da experimentação em si preconizado por ele. Foi na autoexperimentação homeopática, fundamento da indicação terapêutica, que Hahnemann mostrou o que considero como uma estratégia do uso de si e do corpo. Configura-se em um tipo de experiência que, hoje em dia, poderíamos classificar como de formação e transformação do próprio pesquisador/experimentador, de acordo com alguns posicionamentos de Jorge Larrosa (2002). Na autoexperimentação homeopática, atribui-se valor exclusivo para o linguajar do experimentador, no modo de como ele enuncia seu sentir durante a emergência de sensações e funções alteradas no processo experimental. Para tanto, antes da descrição do método experimental, iniciarei com uma discussão acerca do linguajar e das palavras.

Larrosa (2002) apresenta uma reflexão em *Notas sobre a experiência e o saber da experiência* sobre as narrativas. Primeiramente ele afirma que as palavras

produzem sentido, criam realidades e, às vezes, funcionam como potentes mecanismos de subjetivação (...) [oferecendo] sentido ao que somos e ao que nos acontece (...) [e portanto tem relação com] o modo como nos colocamos diante de nós mesmos, diante dos outros e diante do mundo que vivemos. (LARROSA, 2002, p. 21).

Afirma logo em seguida:

não significa que o homem tenha a palavra ou a linguagem como uma coisa, ou uma faculdade, ou uma ferramenta, mas que o homem é palavra, que o homem é enquanto palavra, que todo humano tem a ver com palavra, se dá em palavra, está tecido de palavras, que o modo de viver próprio desse vivente, que é o homem, se dá na palavra e como palavra. (LARROSA, 2002, p. 21).

Nota-se a importância que ele atribui à palavra como modo de ser humano, não enquanto algo da estrutura de um corpo ou de um cérebro, mas como elemento que emerge das relações entre sujeitos na conformação do mundo e de suas vidas. Com as palavras, afirma Larrosa, “damos sentido ao que somos e ao que nos acontece, de como correlacionamos as palavras e as coisas, de como nomeamos o que vemos ou o que sentimos e de como vemos ou sentimos o que nomeamos.” (LARROSA, 2001, p. 21). Com

isso pode-se entender o porquê da luta pelas palavras, pelo seu domínio, pelas relações de poder que delas podem emergir, pelo silenciamento de algumas palavras e pela afirmação de outras.

Para Larrosa, é a partir das palavras que poderá se compreender uma ideia de experiência que transcenda a concepção da mesma enquanto técnica/ciência/teoria/prática. Uma visão de experiência que não se relacione a um mero acúmulo de informações acerca de uma realidade objetiva e que se volte para o experimentar humano em seu viver como “a possibilidade de que algo nos aconteça ou nos toque.” (LARROSA, 2002, p. 24). Ele cita Heidegger:

(...) fazer uma experiência com algo significa que algo nos acontece, nos alcança; que se apodera de nós, que nos tomba e nos transforma. Quando falamos em ‘fazer’ uma experiência, isso não significa precisamente que nós a façamos acontecer, ‘fazer’ significa aqui: sofrer, padecer, tomar o que nos alcança receptivamente, aceitar, à medida que nos submetemos a algo. Fazer uma experiência quer dizer, portanto, deixar-nos abordar em nós próprios pelo que nos interpela, entrando e submetendo-nos a isso, podemos ser assim transformados por tais experiências, de um dia para o outro ou no transcurso do tempo. (HEIDEGGER, (1987), p. 143 *apud* LARROSA, 2002, p 25).

Ou ainda, “experiência é a passagem da existência, a passagem de um ser que não tem essência ou razão ou fundamento, mas que simplesmente existe de uma forma sempre singular.” (LARROSA, 2002, p. 25). Fazer uma experiência é permitir "ser afetado" (FAVRET-SAADA, 2005), permitir e ativamente produzir um uso de si e do corpo. O sujeito dessa experiência é aquele que se coloca para ela, que vive a experiência a ser explicada e que se valida na própria narrativa que a descreve como um processo vivido. Não há possibilidade de universalização: em sua capacidade de transformação, a experiência se configura na ação/reflexão do sujeito sobre si mesmo.

Mais adiante ainda, Larrosa comenta sobre o saber advindo desse tipo de experiência: “se trata de um saber distinto do saber científico e do saber da informação, e de uma *práxis* distinta daquela da técnica e do trabalho. O saber de experiência se dá na relação entre o conhecimento e a vida humana.” (LARROSA, 2002, p. 26). Na distinção do saber científico, afirma:

no saber da experiência não se trata da verdade do que são as coisas, mas do sentido ou do sem-sentido do que nos acontece (...) o sentido ou sem-sentido de sua própria existência, de sua própria finitude. Por isso o saber da experiência é um saber particular, subjetivo, relativo, contingente, pessoal. (LARROSA, 2002, p. 27).

Esse saber advindo da experiência não é, contudo, menos legítimo do que a ciência faz parecer ser por não ser reproduzível ou por incluir os processos de subjetivação em seus resultados. Ele ainda ressalta que esse tipo de experiência “somente tem sentido no modo como configura uma personalidade, um caráter, uma sensibilidade ou, em definitivo, uma forma humana singular de estar no mundo, que é por sua vez ética (um modo de conduzir-se) e uma estética (um estilo).” (LARROSA, 2002, p. 27). Trata-se de um tipo de experiência qualitativa e existencial.

Esse tipo de experiência é que irei buscar correlacionar com a experimentação homeopática. Se as reflexões de Larrosa são pertinentes para os processos experimentais no campo pedagógico, como se poderia pensar uma experiência dessa qualidade em medicina? Em meu ponto de vista, é possível e desejável estabelecer paralelos significantes entre o que Larrosa escreve e a experiência homeopática patogenética que descreveremos logo em seguida. No entanto, antes irei contar o modo de como ela se estabeleceu historicamente entre os homeopatas como prova medicamentosa.

Ao traduzir a *Matéria Médica*¹² de William Cullen (1789), Hahnemann deparou-se com um modo explicativo do médico inglês sobre a ação da infusão da casca de *Cinchona officinalis* no tratamento da febre intermitente malárica, doença prevalente naquela época e trazida para a Europa das explorações na América do Sul. Soube-se que os indígenas sul-americanos costumavam utilizar a casca da árvore com sucesso no tratamento de febres terçãs. Cullen, em seu livro, atribuía o poder curativo da *Cinchona* aos efeitos digestivos da solução. Ao discordar desta explicação, por não haver nenhuma base experimental que a sustentasse, Hahnemann resolveu provar em si mesmo uma infusão de *Cinchona officinalis*. Sua surpresa foi que, ao realizar a experiência, percebeu em si a emergência de sintomas de febre intermitente. Concluiu que tal evidência experimental demonstrou a substância ingerida despertando sintomas no provador e esta seria, então, capaz de curar os mesmos sintomas nos doentes da enfermidade natural. A partir de então empreendeu experimentações sucessivas em si mesmo, anotando escrupulosamente os sintomas despertados, e estimulou seus correligionários a fazerem o mesmo. Ele afirma no parágrafo 108 de seu *Organon*:

¹² *Matéria médica*, refere-se a compêndios ou tratados sobre ação medicamentosa, muito comuns nos séculos XVII e XIX.

[n]ão existe, pois, nenhum outro caminho pelo qual se possam verificar fielmente os efeitos peculiares dos medicamentos sobre o estado de saúde do Homem (...) [além de] administrar experimentalmente os diversos medicamentos em doses moderadas a pessoas sadias a fim de descobrir quais são as alterações e sinais da influência que cada um produz no estado de saúde físico e mental (HAHNEMANN, 1996, p. 146).

À medida que as experimentações foram ocorrendo com as infusões e soluções, os sintomas muitas vezes exacerbados e toxicológicos das substâncias levaram Hahnemann a diluir progressivamente as substâncias que usavam nas experimentações. Ele observou que tal diluição não só mantinha os sintomas que emergiram nas primeiras ingestões medicamentosas, somente deixando-os imensamente mais sutis, como também observou outros sintomas, também sutis e que antes não se mostravam mesclados com a toxicologia, revelando uma totalidade alterada da percepção de si, tanto no corpo como no psiquismo. Hahnemann observou um fenômeno nunca antes descrito: que as substâncias além de produzirem sintomas que são semelhantes aos da enfermidade, sua diluição desperta novos sintomas não percebidos antes, tanto físicos como psíquicos, exatamente por estarem "borrados" pela intensidade toxicológica. Afirma no parágrafo 128:

as experimentações mais recentes ensinaram que quando as substâncias medicamentosas são ingeridas em estado bruto pelo experimentador com o propósito de mostrar seus efeitos peculiares, não manifestam toda a riqueza de seus poderes que estão nelas ocultos como quando são ingeridas com o mesmo objetivo em altas diluições. (HAHNEMANN, 1996, p. 156)

Tais efeitos levaram Hahnemann a estimular mais ainda o processo experimental, construindo um imenso catálogo de sintomas físicos e psíquicos, medicamento por medicamento, nomeado por ele de *Matéria Médica Pura*, e publicado pela primeira vez em 1805.

Os elementos essenciais para uma boa experimentação, segundo Hahnemann, são o conhecimento de si e a percepção das alterações em si a partir dos efeitos medicamentosos, seja na modificação das sensações e funções prévias (exacerbação, diminuição, intensidades), no surgimento de sensações e funções nunca antes sentidas ou no desaparecimento de alguma função ou sensação que o experimentador já percebia em si. Essa necessária auto-observação me remete a relacionar ao pensamento de Larrosa (2002) para que se demande um tipo de “receptividade, por sua disponibilidade, por sua abertura” (LARROSA, 2002, p. 24) no sentido que se perceba os efeitos mais sutis da intervenção medicamentosa. Para a percepção de si, Larrosa (2002) refere ainda que tal observação:

requer um gesto de interrupção, um gesto que é quase impossível nos tempos [contemporâneos] que correm: requer parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar, pensar mais devagar, olhar mais devagar, escutar mais devagar; parar para sentir, sentir mais devagar, demorar-se nos detalhes, suspender a opinião, suspender o juízo, suspender a vontade, suspender o automatismo da ação, cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos e ouvidos, falar sobre o que nos acontece, aprender a lentidão, escutar os outros, cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço. (LARROSA, 2002, p. 24).

É importante salientar o papel central que tem a palavra e o linguajar na experimentação homeopática. Todo o processo de auto-observação prévio do experimentador que definirá seu modo de perceber a si mesmo sem interferência medicamentosa e o processo de auto-observação posterior no qual incidirão os efeitos medicamentosos são descritos exclusivamente através das palavras do experimentador, no modo como sente e fala seu sentir, seu linguajar singular do que percebe de alterado em suas sensações e funções no seu viver cotidiano. É a palavra e o ato linguajante do experimentador que será a baliza dos efeitos medicamentosos como potência e intensidades manifestas no corpo subjetivado. Não são os órgãos, mas a experiência do sentir expressa através do linguajar sobre si.

Essa condição de falar de si relaciona-se com os escritos de Orellana (2004) ao discutir os jogos de verdade que aparecem nos últimos escritos de Foucault, através dos quais o ser se constitui historicamente como experiência e trata a respeito da temática da *parrhesia*. Ele afirma:

parrhesia significa ‘decirlo todo’. ‘hablar libremente’, ejercer una ‘libertad de palabra’. Esta capacidad involucra una mezcla de destreza, virtud, obligación y técnica que el individuo pone en practica con el propósito de orientar el trabajo del *cuidado de si* que otro compañero desarrolla... La *parrhesia* se presenta, entonces como un procedimiento original y único en el campo de los modos de vivir verdadero... existe una completa concordancia entre su palabra y su acción... en la construcción artística de la propia vida. (ORELLANA, 2004, p. 337).

Penso que a experimentação homeopática e a tomada de cada caso clínico individual nas formas narradas pelo próprio doente, enquanto experiência existencial do adoecer, podem se manifestar como formas de verdades do corpo capturadas pelo sentir e manifestadas pelo linguajar do experimentador. Para tanto, Hahnemann (1996) sugere uma série de recomendações para a realização de uma experimentação homeopática: desde a escolha do medicamento, o modo de experimentar, a importância da auto-observação, o grau de diluição do medicamento, a escrupulosidade para a anotação das funções e sensações alteradas pela ingestão do medicamento. A título de exemplo, no parágrafo 130

recomenda que *o experimentador tome conhecimento da ordem de sucessão dos sintomas e possa anotar com precisão a época em que cada um ocorreu* (HAHNEMANN, 1996, p. 157) e no parágrafo 133, com relação aos sintomas despertados:

é útil e até necessário mobilizar-se em diversas condições e observar se o fenômeno se agrava, diminui, cessa ou retorna ao voltar-se a posição primitiva, ao mover-se a parte afetada, ao caminhar pelo aposento ou ao ar livre, ao levantar-se ou ao deitar-se, ou se ele se altera ao comer, beber ou mediante outra circunstância ou ao falar, tossir, espirrar ou mediante outra função do organismo, bem como observar a que horas do dia ou da noite, principalmente, ele costuma aparecer. (HAHNEMANN, 1996, p. 158).

Isso configura um estado em que o experimentador precisa parar e refletir sobre si, abrir um espaço em sua vida para auto-observação, fazer aquietar os diversos estímulos do cotidiano para enfim ver a si mesmo e poder relatar em sua própria linguagem.

Ao mesmo tempo, Hahnemann percebe que um mesmo medicamento pode despertar sintomas diferentes em experimentadores diferentes, mesmo que compartilhem da mesma ou de outra potência medicamentosa experimentada, mostrando-se, o medicamento, na ação de modificar o corpo, como um potencial de configuração de um padrão ou campo de ação terapêutica associado às variadas suscetibilidades individuais. Tudo isso comportaria, então, um padrão de probabilidades curativas que o medicamento proporciona. No parágrafo 134 escreve e esclarece que *nem todos os sintomas peculiares de um medicamento se manifestam em uma única pessoa e nem todos ao mesmo tempo ou no mesmo experimento* (HAHNEMANN, 1996, p. 159), apresentando a noção de processos experimentais semelhantes aos processos existenciais. Em outras palavras, o processo experimental é singular e individual, assim como é também o processo de adoecimento natural. Mesmo que cada experimentador perceba alterações diferentes entre si de um mesmo medicamento, devido à singularidade e suscetibilidade individual, essa experimentação leva a uma definição de uma potencialidade terapêutica, uma intensidade medicamentosa capaz de alterar a saúde do experimentador e, por semelhança, aliviar o sofrimento de quem percebe em si os mesmos sintomas despertados na experimentação. Hahnemann propõe o uso de si e o uso do corpo para conhecer as propriedades medicamentosas dinâmicas dos medicamentos homeopáticos.

No parágrafo 141 lê-se:

os melhores experimentos dos efeitos puros de medicamentos simples, na alteração do estado de saúde humana e dos estados mórbidos e sintomas artificiais [medicamentosos] que podem ser produzidos no indivíduo sadio são aqueles que o

próprio médico sadio, sem preconceitos, criterioso e sensível, realizar em si mesmo, com toda a prudência e cuidados que aqui foram ensinados. Ele sabe com toda a certeza o que percebeu em si mesmo. (HAHNEMANN, 1996, p. 162)

Ainda na nota deste mesmo parágrafo, afirma:

essas auto experimentações feitas pelo médico também possuem para ele outras vantagens inestimáveis. Em primeiro lugar, torna-se para ele um fato indiscutível a grande verdade de que o efeito medicamentoso (...) reside nas alterações de saúde que sofreu em virtude da experimentação (...) além disso, através dessas observações realizadas em si mesmo ele se torna, de um lado, apto a compreender suas próprias sensações, seu modo de pensar, seu tipo de psiquismo; por outro lado (...) aprende a ser um observador (...) aquele que as realiza em si mesmo [experimentações] sabe com certeza o que sentiu e cada experimento é um novo estímulo à investigação da força de outros medicamentos. Assim torna-se mais hábil na arte de observar (...) a experiência ensina que o organismo do experimentador (...) torna-se ainda mais apto a repelir todas as influências hostis externas à sua constituição física (...) tornando-o mais resistente e sua saúde mais robusta. (HAHNEMANN, 1996, p. 162)

O corpo, para Hahnemann, além de passagem da experiência, poderia ser considerado também como uma “casa”, o *oikos* grego, o laboratório vivo das experiências corporais subjetivadas em sensações e funções; o melhor local e a melhor maneira para a apropriação do saber acerca do adoecimento como uma experiência vital e dinâmica e da terapêutica alicerçada nesse mesmo experimentar, ou seja, uma apropriação de si no experimentar.

Agambem aproxima-se dessa questão em Aristóteles por outras vias em seu estudo do significado grego mais amplo de palavra *oikeiosis* (*oikos* – casa, família) no sentido de uma “apropriação ou familiarização de si para consigo” (AGAMBEM, 2017, p. 71). Argumenta o autor que “[o] *proton oikeion*, aquilo que desde o início é familiar a cada ser vivo é (...) sua própria constituição e a sensação que ele tem dele” (AGAMBEM, 2017, p. 72). Mais adiante, Agambem coloca:

a familiaridade, a *oikeiosis* do ser vivo consigo mesmo, consiste em resíduos em sua percepção de si, e esta coincide, por sua vez, com a capacidade do ser vivo de fazer uso dos próprios membros e da própria constituição. É por isso que precisa ser esclarecido o nexa constitutivo entre *oikeiosis* uso de si (AGAMBEM, 2017, p. 73)

Nesse sentido, demonstra que há em Sêneca “o nexa constitutivo entre o uso de si e o conhecimento de si” (AGAMBEM, 2017, p. 75.). Agambem situa assim a questão: “O ser vivo faz uso de si no sentido de que, no seu viver e em seu entrar em relação com o outro de si, está em jogo seu próprio si, sente a si e se familiariza consigo mesmo. O si nada mais é que o uso de si.” (AGAMBEM, 2017, p. 76).

Nessa perspectiva seria possível estabelecer algumas aproximações entre a autoexperimentação hahnemanniana e o uso de si. De fato, o processo preconizado no Organon é literalmente o uso de si, vivendo sensações e funções para descoberta de potencialidades terapêuticas que se propõe. Como já observei, é fundamental antes da experimentação uma intensa familiarização consigo mesmo, uma quebra do cotidiano para que se observe como se experimenta a vida, uma vez que, geralmente, nosso viver se apresenta marcado pelo imediatismo não reflexivo, no qual “tudo o atravessa, tudo o excita, tudo o agita, tudo o choca, mas nada lhe acontece.” (LARROSA, 2002, p. 23). Não se trata do uso do corpo como substância orgânica, mas do uso de suas intensidades e potencialidades como configurações construídas e subjetivadas no viver histórico individual, no uso que cada um faz de si em sua corporeidade psíquica e somática.

Mais ainda, ao se executar uma autoexperimentação, não se deseja provar nada, nenhum efeito, não se deseja combater doenças ou estabelecer mecanismos de ação medicamentosa. Portanto, o processo experimental não possui um fim teleológico e, sim, propício para que o experimentador atue como Larrosa argumenta:

[o] sujeito da experiência (...) não o sujeito do saber, do julgar, do fazer, do poder (...) o sujeito da experiência seria algo como um território de passagem, algo como uma superfície sensível que aquilo que acontece afeta de algum modo, produz alguns afetos, inscreve algumas marcas, deixa alguns vestígios, alguns efeitos (...) é um ponto de chegada [não predeterminado], o sujeito da experiência é sobretudo um espaço onde tem lugar os acontecimentos. (LARROSA, 2002, p. 24)

Trata-se somente de fazer despertar possibilidades para a prática de novos agenciamentos corporais e subjetivos consigo mesmo e com os outros através da observação de si e conhecimento a partir do surgimento em si de sensações e funções diferentes e alteradas, sejam quais forem, a serem catalogadas. Os eventos que emergem nas experimentações são sempre inusitados, nem sempre reproduzíveis, provavelmente diferentes em cada experimentador, mas no seu conjunto, ao catalogar o mosaico de sintomas novos e alterados, será fornecida uma imagem medicamentosa, um padrão de adoecimento que se configura nesses mesmos agenciamentos de forças vividas de onde vieram. Atribuo a esse tipo de evento o que Larrosa (2002, p. 23) chama de “conexão significativa entre acontecimentos”.

Hahnemann orienta no parágrafo 108:

Não existe, pois, nenhum outro caminho pelo qual se possa verificar fielmente os efeitos peculiares dos medicamentos sobre o estado de saúde do homem (...) [além

de] administrar experimentalmente os diversos medicamentos em doses moderadas a pessoas sadias a fim de descobrir quais são as alterações, sintomas e sinais da influência que cada um produz no estado de saúde físico e mental. (HAHNEMANN, 1996, p. 146).

Mais adiante refere no parágrafo 120:

portanto, os medicamentos, dos quais dependem a vida e a morte, a saúde e a doença, devem ser distinguidos dos outros de maneira precisa e por isso devem ser testados em seu poder e verdadeiros efeitos por meio de experimentos puros e cuidadosos no organismo sadio, com a finalidade de conhecê-los perfeitamente e evitar qualquer erro em seu emprego terapêutico, pois somente a escolha acertada pode restabelecer, de maneira rápida e duradoura, o maior dos bens da Terra: a saúde do corpo e da alma. (HAHNEMANN, 1996, p. 153).

Assim, a experimentação não deve ser utilizada como objetivo de conhecer uma doença, órgão ou mecanismo fisiológico ou qualquer outro além o de produzir eventos que o sujeito percebe em si e os subjetiva singularmente e que deverão ser registrados conforme a observação de si. O experimentador usa de seu corpo e de sua experiência de subjetivação que já traz em seu viver para conformar uma nova experiência de sentir e para revelar o potencial terapêutico de um medicamento. Ele oferece seu corpo subjetivado para transformações que poderão, por sua vez, levar a ressubjetivações de si no próprio processo de experimentar.

Nesse sentido, penso que as experimentações medicamentosas em si criam a possibilidade para uma dimensão ética em que o uso de si proporcione um espaço para pensar em si mesmo, alicerçado na experiência de si para cuidar de si. Uma experiência baseada na qualidade existencial não normativa, uma vez que se baseia em jogos de verdades nos domínios singulares e existenciais do indivíduo, na possível construção de uma outra ética do cuidado. Orellana (2004) afirma nesse sentido:

la estética de la existencia, entonces, pretende oponerse a toda moral normativa (...) [e que a] acción individual no tiene contenido normalizante, ni tampoco aspira constituirse en una regla universal (...) la ética solamente puede ser una realización de la libertad, otorgándole un contenido estético al *cuidado de si* (ORELLANA, 2004, p. 310).

Já Agambem refere que, para Foucault, o cuidado de si como produto do uso de si, não é outro problema senão o ético, na exata medida da “elaboração de sua própria vida como obra de arte pessoal” (AGAMBEM, 2017, p. 122) e que “a relação consigo mesmo tem, portanto, constitutivamente a forma de uma criação de si, e não há outro sujeito senão nesse processo de subjetivação (...) [em que] a obra a construir é o próprio que constrói.” (AGAMBEM, 2017, p. 125). Além disso, afirma que “[c]uidar de si não é uma simples

preparação momentânea para a vida; é uma forma de vida” (AGAMBEM, 2017, p. 127).

Ou ainda, segundo Foucault, o cuidado de si enquanto preocupação ética

não deve ser entendida simplesmente como consciência de si, mas como a ‘constituição de si como sujeito moral. É a relação consigo que se trata de instaurar, a relação consigo que determina o modo como o indivíduo deve se constituir como sujeito moral das próprias ações. (FOUCAULT, (1954-1988), p.410 *apud* AGAMBEM, 2017, p. 126)

No caso de experimentadores médicos, Hahnemann destaca a importância da autoexperimentação como exercício de si na compreensão da dor alheia e, mesmo que não percebesse o alcance ético de suas proposições, defende o respeito pelo enunciado legítimo e livre do doente/experimentador como única forma e método de se conhecer o que necessita ser tratado. No meu entender, a autoexperimentação homeopática, ao proporcionar o conjunto de alterações no sentir e viver, pode abrir um campo de debates acerca da compassividade entre sujeitos e da complexidade histórico-ontológica da transformação em sujeito de si mesmo, possibilitando outra compreensão das relações de conflito em que vive como geradoras de sofrimento: um sujeito de si mesmo, existencial e cultural na relação com o semelhante, em um processo de vir-a-ser sempre inacabado e ressubjetivado. Trata-se de uma prática experimental alicerçada em outra ética que seja gerada pelos sujeitos a serviço deles mesmos e para seus semelhantes, uma ética constituída enquanto valores existenciais e morais em indivíduos que se subjetivam na construção que toma sua existência de modo crítico, em relação a si e aos outros, nos vínculos e posições que tomam ao exercer seu viver, enunciando verdades e gerando efeitos a partir das verdades construídas na sua existência. De tal postura ética pode emergir certa autonomia na diversidade de cada um, na contramão da constituição de sujeitos anônimos submetidos às verdades que lhe são externas, portanto capacitando-o para a construção de um bem-estar subjetivo que emerge nas relações que vai estabelecendo em sua existência.

Finalmente, são tais os entendimentos sobre a experiência que me levaram a pensar em uma possível reflexão visando revisitar e rever aquilo que se chama de método científico experimental em medicina, que tradicionalmente ocorre em laboratórios ou em condições estritamente controladas, para uma concepção de método experimental que denomino de científico-cultural-antropológico. Nesse sentido, uma prática científico-cultural-antropológica em medicina seria uma espécie de experimentação em que a descrição do fenômeno a ser explicado é tudo aquilo que o experimentador/pesquisador

deveria fazer para ele mesmo **viver** em si a experiência a ser explicada e demonstrada, validada na sua própria narrativa, baseada no que percebeu de alterado em si. Ou seja, trata-se de construir uma tecnologia científico-cultural que fosse capaz de deduzir coerências de determinadas intensidades, relacionadas a diferentes atividades corporais e subjetivas nos domínios existenciais do sujeito experimentador para a possível validação, através do linguajar próprio do experimentador, dos fenômenos percebidos na autoexperimentação.

7.4 Doses infinitesimais e a improvável ação medicamentosa sem substância

Diante dos tratamentos medicamentosos biomédicos em suas doses farmacológicas ponderais, de um modo geral todas positivamente testadas em seus efeitos nos laboratórios, o conceito de *improvável*, adjetivo de dois gêneros, refere-se ao que não tem probabilidade de acontecer ou a eventos que não se podem provar. Neste segmento do trabalho irei refletir sobre a probabilidade de efeitos biológicos acontecerem com doses infinitesimais com medicamentos dinamizados¹³, mesmo que tais efeitos não possam ser provados no âmbito de mecanismos orgânicos enquanto causa e efeito comprováveis pela farmacologia contemporânea. Minha intenção não é a de juntar elementos no sentido de provar estatisticamente a possibilidade desta ação. Trato de apontar reflexões acerca de construções científicas que, em seus discursos, facultam o debate sobre essa possibilidade. Não haveria estudo sobre a obra Hahnemanniana sem a abordagem desta característica terapêutica do uso de tais substâncias dinamizadas. Em cima disso, não deixo de continuar a abordagem que venho realizando ao longo desta dissertação sobre uma concepção de corpo que não é somente estruturado em órgãos, mas vivido em dinâmicas existenciais de intensidades e modalidades na construção de sentidos para o próprio viver.

7.4.1 A explicação hahnemanniana dos efeitos de substâncias dinamizadas

Começo este segmento com uma breve aproximação histórica do processo de diluição em Homeopatia. Como já observei, mesmo não havendo registros históricos definidos, o processo de diluição e dinamização progressiva das medicações homeopáticas

¹³ Por dinamizados entende-se uma técnica de manipulação e confecção do medicamento homeopático em que, além de se diluir progressivamente a substância matriz, também há a necessidade de um número de sucussões, processo manual de bater a solução a cada diluição realizada em um anteparo parcialmente elástico por 100 vezes. (HAHNEMANN, 1996)

pode ter tido início nas autoexperimentações no sentido de suavizar alguns efeitos medicamentosos, chamados por Hahnemann de *enfermidades artificiais temporárias*. Dinamização chama-se o procedimento de succussionar (agitar batendo contra uma superfície) a solução em suas diluições progressivas, impregnando-a, em uma explicação contemporânea, de alguma energia cinética para potencializar a ação medicamentosa e dotá-la de efeitos dinâmicos e imateriais. Hahnemann (1996) no parágrafo 269 escreve:

A arte de curar homeopática, mediante um procedimento que lhe é próprio e nunca antes tentado, desenvolve, para seus fins específicos, os poderes medicamentosos internos e não materiais das substâncias em estado cru, em um grau até então jamais observado, pelo qual todas elas se tornam incomensuravelmente – ‘penetrantemente’ – eficazes e benéficas, **mesmo aquelas que, no estado cru, não demonstram a menos ação medicamentosa sobre o organismo humano**. Essa notável mudança nas qualidades dos corpos naturais, mediante ação mecânica em suas menores partes por atrito e succussão (**partes estas que, por sua vez, são separadas umas das outras, através de uma substância indiferente seca ou líquida**), desenvolve os poderes **dinâmicos** latentes e, até então, despercebidos, ocultos, como que adormecidos, que afetam especialmente o princípio vital, influenciando o bem estar da vida animal. Esse preparo, por conseguinte, é chamado **dinamizar, potencializar** (desenvolvimento do poder medicamentoso) e os produtos são dinamizações ou potências em diferentes graus. (HAHNEMANN, 1996, p. 227-228) (*grifos do autor*)

Em nota de rodapé, ainda afirma:

“ouvimos chamar as potencias medicamentosas homeopáticas de **meras diluições**, quando ocorre o contrário, isto é, um verdadeiro aumento de substâncias naturais que trazem à luz e revelam poderes medicamentosos ocultos, por meio da fricção e da succussão” (HAHNEMANN, 1996, p. 229, *grifo do autor*),

processos esses em que

a parte material do medicamento é minimizada com cada grau de dinamização 50.000 vezes e ainda incrivelmente aumentada em poder, de maneira que a dinamização subsequente dos cardinais elevados ao cubo 125.000.000.000.000.000 (50.000) alcança apenas o terceiro grau de dinamização, quando se continuam multiplicando os últimos números por eles mesmos em tal progressão contínua até o 30º grau de dinamização, atingindo uma fração tão grande que é quase impossível ser expressa em números. (HAHNEMANN, 1996, p. 233).

Como podemos observar, para Hahnemann o medicamento homeopático tinha amplo grau de imaterialidade, e sua ação terapêutica confirmaria sua hipótese vitalista de processos de adoecimento e de ação medicamentosa no princípio vital. Nos parágrafos seguintes, 270 a 272, oferece instruções técnicas de como manipular esse tipo de medicamento, o que não concerne a este texto especificar.

Contudo, não foi fácil a aceitação por parte dos médicos da época, como até os dias atuais, desse mecanismo de ação medicamentosa altamente diluído, uma vez que a

anatomoclínica havia angariado espaços na construção e validação de um saber médico baseado na materialidade dos tecidos humanos. Hahnemann (1996) elaborou, então, um modo explicativo para o mecanismo da ação dos medicamentos dinamizados, baseado em considerações sobre a substituição de enfermidades com sintomas semelhantes e dessemelhantes em um organismo, sempre de acordo com sua tese homeopática de *similia similibus curentur*, "semelhante cura semelhante".

Em seus estudos, no caso da coexistência de enfermidades classificadas com sintomas dessemelhantes, conclui que, nessas situações o corpo manifestaria somente aqueles que são mais fortes, enquanto que a enfermidade com sintomas mais fracos permaneceria latente e suprimida. No momento em que aquela, mais forte, é extinta por algum tipo de tratamento, a antiga, suprimida por ser mais fraca, reaparece. A característica observada por Hahnemann é que, por mais que elas interajam em movimentos supressivos temporários, não há "cura", ou seja, não há desaparecimento dos sintomas da enfermidade mais "fraca", pois esta voltaria a se manifestar. Cita como exemplo no parágrafo 38:

A sarna desapareceu com a ocorrência do escorbuto, mas, após a cura do mesmo, novamente se manifestou. Assim também a tuberculose pulmonar permaneceu estacionária quando o paciente foi atacado por um tipo violento de tifo, prosseguindo, porém, seu curso após o término do mesmo. Quando em um paciente com tuberculose pulmonar ocorre mania, aquela é removida por esta, juntamente com todos os seus sintomas; cessando, porém, a loucura, a tuberculose logo volta. Quando o sarampo e a varíola dominam ao mesmo tempo e ambas atacam a mesma criança, as marcas do sarampo que haviam irrompido são detidas pela varíola até que a varíola seja curada (...) **e assim acontece com todas as doenças dessemelhantes em que a mais forte detém a mais fraca** (quando uma não complica a outra, o que raramente ocorre com doenças agudas). Todavia elas não se curam mutuamente. (HAHNEMANN, 1996, p. 90-91). (*grifo do autor*)

Outra possibilidade de evolução seria a associação mais permanente de duas ou mais enfermidades que tenham tais sintomas dessemelhantes, devido ao tempo de interação entre elas, não resolvidos por nenhum modo terapêutico, formando o que ele denomina de *doença complexa* o que geralmente ocorreria com doenças crônicas. Descreve assim no parágrafo 40:

(...) a nova doença, após ter agido por muito tempo no organismo, se alia finalmente à antiga doença dessemelhante, formando com ela uma doença complexa (...) assim um portador de doença venérea pode tornar-se também portador de sarna (...) [processo no qual] duas doenças, sendo dessemelhantes entre si, não podem destruir-se ou curar-se mutuamente. (HAHNEMANN, 1996, p. 94).

O mais importante nas teses hahnemannianas, contudo, refere-se à semelhança dos sintomas de duas ou mais enfermidades entre si na perturbação da FV e que seria a base

explicativa para o critério de escolha do medicamento homeopático. Ele afirma que as ações medicamentosas *não poderiam curar doenças de modo algum se não possuísem a força de alterar o estado de saúde do homem, baseado em sensações e funções e mais: unicamente nesta sua força de alterar o estado de saúde é que deve se basear seu poder de cura.* (HAHNEMANN, 1996, p. 80). E, no parágrafo 26, coloca que *[u]ma afecção dinâmica mais fraca é extinta de maneira duradoura no organismo vivo por outra mais forte quando esta (de espécie diferente [artificial]) seja muito semelhante àquela em sua manifestação* (HAHNEMANN, 1996, p. 84).

Hahnemann compreende que a técnica da experimentação em si acarreta no experimentador um conjunto de sintomas que ele denominou de uma enfermidade artificial. Tal "enfermidade artificial", por sua vez, quando administrada em um sujeito com sintomas semelhantes aos que ela despertou na experimentação, agiria, através de sua influência dinâmica na FV, no sentido de:

essa nova potência morbífica semelhante, porém mais forte, toma conta das sensações do paciente, e o princípio vital, em virtude de sua unidade, não pode mais sentir a potência semelhante, mais fraca [a doença]; ela está extinta (...) O princípio vital é afetado, então, somente pela potência morbífica nova, porém mais forte, o medicamento, mas apenas temporariamente. (HAHNEMANN, 1996, p. 98).

Hahnemann (1996) oferece, dentre outros, alguns exemplos de influência dinâmica por semelhança, seja por doença natural ou artificial, no parágrafo 46:

Entre elas se destaca a varíola, tão temida em virtude do grande número de seus graves sintomas e que removeu e curou numerosas doenças com sintomas semelhantes. Como são comuns inflamações violentas dos olhos causadas pela varíola, podendo até mesmo causar cegueira. E vejam: pela sua inoculação curou radicalmente uma inflamação crônica dos olhos. Uma cegueira de dois anos proveniente de uma 'tinha' [sarna] já suprimida, cedeu-lhe o lugar após a varíola. Como são freqüentes a surdez e a dispnéia produzidas pela varíola! E ela removeu estas duas doenças crônicas quando atingiu seu clímax (...) O intumescimento dos testículos também é sintoma da varíola e ela conseguiu curar, através da semelhança, um duro e grande edema do testículo esquerdo (...) (HAHNEMANN, 1996, p. 99-102).

Portanto, a fim de explicar seu método terapêutico e as formas que os medicamentos dinamizados operam em corpos enfermos, Hahnemann (1996) recorre a essa explicação substitutiva pela semelhança, assim como define no parágrafo 34:

A força maior das doenças artificiais a serem produzidas pelos medicamentos [experimentados] não é, contudo, a única condição para sua capacidade de curar doenças naturais. Para a cura é necessário, sobretudo, **que ela seja uma doença artificial tão semelhante quanto possível à doença a ser curada. Tal doença artificial, com uma força um pouco maior, transforma o princípio vital (...) a**

fim de, não somente de obscurecer nele a sensação da perturbação mórbida natural, como também extingui-la completamente, de modo a aniquila-la. (HAHNEMANN, 1996, p. 88). (*grifo do autor*).

Assim, a partir desse modo explicativo das ações terapêuticas dos medicamentos como substitutivos temporários e semelhantes nas condições dinâmicas de uma FV alterada, deve-se compreender, segundo Hahnemann, o uso das doses mínimas e dinamizadas. O poder da semelhança, sutil, mas discretamente superior ao da enfermidade, que substituiria e que apresentaria os mesmos sintomas do medicamento dinamizado, seria o mecanismo de ação da terapêutica. Hahnemann propõe a técnica de dinamização e potencialização do medicamento em diluições progressivas para a ativação de potencialidades terapêuticas dos medicamentos. Nesse âmbito, não só substâncias tóxicas poderiam ser manipuladas e utilizadas (arsênico, estricnina, mercúrio, venenos animais) como também haveriam medicamentos feitos a partir de substâncias "inertes" (sílica ou alguns temperos alimentares como a pimenta ou a noz moscada), todas elas podendo ser estimuladas pelo processo de dinamização, excitando poderes de interferência na saúde humana que estariam potencialmente contidos na substância e não seriam normalmente observados por não terem sido ainda "ativados", no caso das substâncias "inertes".

7.4.2 Introduzindo aspectos para uma discussão contemporânea

Atualmente, o desenvolvimento da indústria farmacológica no mundo, através da produção de uma imensa miríade de substâncias com ação biológica em mecanismos da função de órgãos corporais, associada a uma vertiginosa produção de verdades médicas em revistas especializadas, tem exigido, por parte dos homeopatas, a demonstração de algum tipo de mecanismo, suscetível de ser reproduzido, na ação das potências ultradiluídas e dinamizadas em seus prováveis efeitos biológicos. Assim, vem se construindo como tendência, em artigos de periódicos científicos, a exemplo de um publicado no periódico científico *Lancet* em 2006, comparações entre usos de fármacos de substâncias dinamizadas ou de industrializadas. O artigo discute a meta análise de 110 ensaios homeopáticos pareados com 110 casos alopáticos com as mesmas doenças classificadas de acordo com os critérios da alopatia. O estudo demonstrou, apesar de seu viés de análise *post hoc* que tende a invalidar suas conclusões (EIZAYAGA, 2013), que o tratamento homeopático não seria superior ao placebo nos estudos; importante pontuar que essa discussão é feita dentro de

uma linha editorial pouco suscetível à aceitação do uso farmacológico de substâncias dinamizadas. O mesmo ocorre na mídia com uma série de artigos detratores da Homeopatia, a exemplo de entrevistas com o médico Drauzio Varela e com o médico geneticista gaúcho Renato Zamora Flores, entre outros.

Considero que o âmbito de construção da proposta homeopática situa-se em um paradigma médico-antropológico-cultural, diferindo do paradigma científico. Não obstante, no esforço de responder aos questionamentos de representantes da biomedicina acerca da validação da Homeopatia como prática médica, médicos homeopatas, em algumas parcerias com experimentos de pesquisadores da chamada Ciência Normal, vêm procurando uma explicação para a ação das substâncias ultra diluídas. Apesar da importância de tais pesquisas, defendo que não será desse modo, encontrando um modo explicativo que caiba na cientificidade, que se legitimará a prática homeopática.

Todavia, esse foi o caso da pesquisa do químico naturalizado belga Ilya Prigogine (2000), Nobel em química em 1977, acerca da descrição das estruturas dissipativas e do virologista e médico francês Luc Montagnier (2009), ganhador do prêmio Nobel em Medicina em 2008, pela descoberta do vírus da imunodeficiência adquirida. Cada um, em sua área, contribuiu para uma possibilidade de entendimento da natureza do remédio homeopático, por um lado, e de um possível mecanismo de ação dinâmica, não descritível em termos de um mecanismo de causa e efeito, para a ação biológica de substâncias ultra diluídas, por outro.

Prigogine (2000) provocou reflexões quando de sua discussão sobre as estruturas dissipativas. Estas se configuram como uma rede de interações moleculares, composta de bilhões de moléculas em ação concomitante, múltiplas e simultâneas em permanente mutação, mas que se mantém no tempo. Elas surgem, nesse contexto de rede de interações entre bilhões de moléculas, como “fenômenos irreversíveis, fluxos de calor ou reações químicas que levam a formação de estruturas espacio-temporais impossíveis de se realizar em situações de equilíbrio térmico. O caos molecular organiza-se quebrando a simetria temporal e espacial” (PRIGOGINE, 2000, p. 22 e 23). Como resultado evolutivo no tempo, emergem estruturas dissipativas que somente existem em situações de não-equilíbrio entrópico. Chama-se de *não-equilíbrio* por essas estruturas se apresentarem com uma organização estável alicerçada em uma alimentação energética, organizada no fluxo e no

movimento de seus componentes, longe do equilíbrio termodinâmico entrópico clássico e que se organizam em sua estrutura por e através de suas correlações. Ou seja, sua forma observável é devida a como se organizou através do fluxo contínuo de interrelações que mantém entre seus componentes, emergindo uma estrutura diferente daquela daqueles componentes que o "compõem". Por exemplo, colunas de fluxo molecular podem ascender um líquido em movimentos organizados de convecção, apresentando forma e persistência interativa entre bilhões de moléculas, impossível de se descrever de modo linear devido as suas interações múltiplas e simultâneas em constante mutação que se mantêm no tempo. Surgem, então, tais fenômenos irreversíveis em que os fenômenos químico-físicos, que, numa outra concepção, indicariam um caos molecular, terminam quebrando a simetria temporal e espacial no sentido de uma auto-organização (PRIGOGINE, 2000). Essas estruturas espaciotemporais que se apresentam com uma organização estável alicerçada em uma alimentação energética, como, por exemplo, uma agitação cinética, organizando o fluxo e o movimento de seus componentes, longe do equilíbrio termodinâmico entrópico clássico, comportam-se em uma dinâmica evolutiva permanente, espontânea, auto-organizada e fruto de uma alimentação energética.

Hoje em dia, encontram-se registrados incontáveis exemplos destas estruturas na natureza. No entanto, destaco um exemplo destas estruturas pela analogia que possui com o medicamento altamente diluído manipulado pela técnica homeopática de sucussão e dinamização. Assim, considerando que o procedimento de dinamização por sucussão seria capaz de reter informações do soluto no solvente, sendo daí decorrente seu poder terapêutico. Esse exemplo, apesar de não ter correlação direta com o medicamento homeopático, pode fornecer elementos para uma reflexão e pesquisas posteriores sobre qual a natureza físico-química do medicamento homeopático. Assim escreve Prigogine (2002) sobre este exemplo de estrutura dissipativa:

Refiro-me a um estudo recente de Kondepudi e colaboradores, intitulado *Chiral Symmetry Breaking in Sodium Chlorate Crystallization* (Science, v.250, p. 975, 1990). As moléculas de clorato de Na (NaClO_3), ao contrário dos cristais da mesma substância, são opticamente inativas, ou seja, não fazem girar o plano de polarização da luz. Existem, pois, duas formas: uma forma levogira e uma forma dextrogira. Se resfriar uma solução de NaClO_3 forma-se a mesma quantidade de cristais levogiros e dextrogiros, salvo algumas flutuações estatísticas. Suponhamos que se coloque na solução em curso de esfriamento um instrumento que, ao agitá-la, torne a misturá-la completamente. Neste caso, constataremos que as moléculas levam a cristais todos levogiros ou todos dextrogiros. Como é possível? A escolha entre um cristal dextrogiro ou levogiro pode ser considerada em razão de uma

bifurcação. No ambiente em repouso, estas bifurcações são independentes: a metade composta de um modo e a outra metade de outro. Num sistema agitado, a primeira bifurcação dá origem a uma forma levogira ou dextrógira. Por causa da agitação, como fonte de energia, os germes dos primeiros cristais difundem-se pelo seu meio e, portanto, encontraremos só cristais levogiros ou só cristais dextrógiros (PRIGOGINE, 2002, p. 24).

Ou seja, em outras palavras, o sistema todo se auto-organiza. Mais ainda, esse exemplo demonstra uma característica notável de como nós humanos podemos construir um conhecimento acerca da natureza. Tal estrutura dissipativa, ao ser “energizada”, apresenta um tipo de evolução histórica que transcorre no tempo a partir de uma ruptura com seu estado anterior. Ou seja, “confere um caráter histórico à evolução de um sistema: a história se introduz, portanto, já nos sistemas mais simples da química e da hidrodinâmica” (PRIGOGINE, 2002, p. 24), mesmo que seja para fenômenos “não vivos”. Tal é a construção de um saber que “deve corresponder ao desenvolvimento dos fenômenos que observamos. Eis aí uma exigência evidente no plano humano” (PRIGOGINE, 2002, p. 75), corroborando a noção de que não há uma natureza objetiva à espera de ser descoberta, mas uma construção de um saber sobre ela.

A importância deste exemplo na comparação da manufatura do medicamento homeopático diluído e dinamizado em sucussões sucessivas se revela ao pensar que a natureza do medicamento homeopático pode ser assemelhada a uma estrutura dissipativa e, esta, passível de ação biológica a ser comprovada. Não se trata de dizer como funciona o medicamento, mas de oferecer uma hipótese sobre algum tipo de princípio de ação a ser considerado.

Em 2009, Montagnier publicou um artigo no *Journal of Interdisciplinary Sciences: Computational Life Sciences* sobre a descoberta por sua equipe de sinais eletromagnéticos em nanoestruturas da água derivados de uma solução mãe que continha sequências bacterianas de *DNA*. No artigo, Montagnier inicia afirmando que “procedimentos de filtração com a finalidade de esterilizar fluídos biológicos podem produzir, em algumas condições definidas, fenômenos infecciosos que têm origem no microorganismo presente antes do processo de filtração” (MONTAGNIER, 2009, p. 81). Acrescenta:

na natureza dessas formas infecciosas filtradas, nós achamos outras propriedades dos filtrados, que podem ou não estar relacionadas aos microorganismos: a capacidade de produzirem ondas eletromagnéticas de baixa frequência, reproduzíveis após a diluição apropriada em água. (MONTAGNIER, 2009, p. 81).

Dessa forma, o autor representa um possível fenômeno de ressonância “[associado] à presença de diluições aquosas de polímeros nanoestruturais de tamanho definido” (MONTAGNIER, 2009, p. 81). Montagnier apresenta sua cuidadosa metodologia, que incluiu um conjunto de procedimentos de ultra diluição até a esterilização total da água. “Cada diluição é realizada em tubos plásticos de Eppendorf de 1,5ml que foram hermeticamente fechados e fortemente agitados em aparelho Vortex por 15 segundos. Esse passo tem sido crítico para gerar sinais [eletromagnéticos].” (MONTAGNIER, 2009, p. 82). Constata que “sinais positivos foram frequentemente obtidos em diluições variando de 10 na menos 5 a 10 na menos 8 ou até 10 na menos 12” (MONTAGNIER, 2009, p. 82), enquanto que a suspensão original não filtrada foi negativa em todas as diluições na produção de tais ondas eletromagnéticas.

Ele salienta que todos os filtrados estudados eram estéreis, sem qualquer soluto, e que “em um experimento, algumas diluições muito altas, variando de 10 na menos 9 a 10 na menos 18 foram positivas” (MONTAGNIER, 2009, p. 84) quando utilizadas suspensões de *E. coli* na solução original. Já quando foram utilizadas suspensões de *Mycobacterium pirum*, foram outras diluições as mais ativas, sugerindo que, mesmo na ausência de soluto, as diluições guardam um tipo de informação derivada das formas iniciais e que suas manifestações não são lineares. “Surpreendentemente, o alcance de diluições positivas não era estritamente dependente da concentração inicial [de unidades bacterianas] (...), paradoxalmente 10 células oferecem o mesmo sinal que milhões de células [da mesma espécie].” (MONTAGNIER, 2009, p. 86). Assim, para cada tipo celular bacteriano que deixaria sua informação na solução ultra diluída haveria um tipo específico e uma modulação específica de emissão de ondas.

Tanto a filtração como a agitação das soluções filtradas são passos essenciais para a geração desses pulsos eletromagnéticos de baixa frequência, sem os quais “nenhum sinal pode ser detectado em qualquer diluição” (MONTAGNIER, 2009, p. 87) e que “nas diluições de 10 na menos 13, cálculos indicam que não há molécula de DNA, indicando ser improvável que as ondas eletromagnéticas fossem produzidas diretamente pelo próprio DNA, mas por nanoestruturas autosustentadas induzidas pelo DNA” (MONTAGNIER, 2009, p. 88) da solução mãe. A experiência foi realizada com *Mycobacterium pirum*, *E. coli*, *Streptococco B hemolítico*, *Staphylococco aureus*, *Bacillus subtilis*, *Salmonella*,

Clostridium perfringens, sugerindo que “a maioria das bactérias patogênicas para os seres humanos são desta categoria” (MONTAGNIER, 2009, p. 88) inclusive para RNA viral como “*HIV, influenza* tipo A, Hepatite C” (MONTAGNIER, 2009, p. 89). O autor conclui o artigo perguntando: “Qual seria o papel destas emissões eletromagnéticas de baixa frequência na patogenicidade, particularmente na gênese das doenças crônicas?” (MONTAGNIER, 2009, p. 89).

Do mesmo modo que se apresenta como importante a experiência de Montagnier, o estudo das estruturas dissipativas de Prigogine (2000) poderia apontar reflexões acerca da ação medicamentosa ultradiluída em sistemas biológicos. No entanto, não seria nem com uma ou nem com outra que haveria uma explicação desses efeitos das substâncias dinamizadas. Esses exemplos, resultados de experiências e discussões, somente oferecem considerações acerca da possibilidade de ação biológica não material através de sistemas organizados em meios que conservam informação, muito mais do que através de substâncias materiais. Existe a hipótese de que a água (ou qualquer meio que possua estrutura molecular com hidroxila) possa alterar o ângulo de ligação com o átomo principal de oxigênio e, ao se perpetuar nessa condição por alimentação de energia cinética, pode conservar informação oriunda do soluto original, tal qual uma estrutura dissipativa, fornecendo um modo explicativo para ação biológica em corpos vivos que contenham, em sua composição, alto percentual de volume de água. Essa água corporal seria, então, reestruturada dentro das perspectivas da influência dinâmica da estrutura dissipativa ingerida. Claro que são meras hipóteses, mas a observação empírica desses fenômenos anima a perspectiva de que algum dia sejam construídas explicações sobre a ação de medicamentos dinamizados.

No entanto, o objetivo a ser alcançado nesta dissertação é outro e diz respeito à possibilidade de uma incorporação de uma perspectiva de interpretação de ações terapêuticas de medicamentos dinamizados em fluxos e atividades biológicas não materiais, ou seja, de ação terapêutica medicamentosa que inclua a experimentação da vida como o próprio viver do sujeito, ou, ainda, um conjunto de práticas médicas que possibilitam a produção de um processo terapêutico a partir da compreensão do corpo em seu modo dinâmico e existencial, caracterizado por passagens, intensidades e circulação de processos vivenciais, preenchido por dores e sensações que ocupam sua vida de relações e não

meramente através do conserto bioquímico molecular do funcionamento de órgãos corporais.

Essa discussão ganha importância no sentido de sensibilizar pesquisadores para a possibilidade da ação biológica de substâncias altamente diluídas, mesmo que não possam ser mapeadas enquanto causa e efeito linear nos eventos corporais. O objetivo não é o de propor uma ação concreta dessas substâncias dinamizadas da Homeopatia, senão propor uma reflexão sobre o possível efeito biológico de intensidades e não de quantidades.

7.4.3 Medicamentos dinamizados para corpos de intensidades

Segundo Deleuze, ao abordar a noção de Corpo sem Órgãos (CsO), as experiências do corpo em seu modo dinâmico poderiam se caracterizar por:

eixos e vetores, gradientes e limiares, tendências dinâmicas com mutação de energia, movimentos cinemáticos, com deslocamentos de grupos, migrações, tudo isso independentemente das formas acessórias, pois os órgãos somente aparecem e funcionam aqui como intensidades puras. (DELEUZE, 2012, p. 14).

Nesse sentido, o autor ainda adiciona: “O CsO não se opõe aos órgãos, mas a essa organização dos órgãos que se chama organismo.” (DELEUZE, 2012, p. 21). Para Hahnemann o corpo é animado pela FV. Sendo assim, na concepção de doença que defende, não interessa a localização das causas morbíficas e, sim, os sintomas e suas intensidades em cada movimento de vida subjetivado pelo indivíduo. Tampouco pretendo confirmar, com tais discussões, uma possível essencialidade da FV, como se o corpo possuísse alguma materialidade de Força Vital já no momento de sua concepção biológica. No entanto, utilizando essa discussão, argumentarei nos capítulos finais uma proposta de vitalismo que se assente no ato do linguajar, na palavra enquanto *parresia*. Por enquanto, desejo sublinhar que é na experiência que decorre do viver, como vitalidade e intensidade, desde a constituição de subjetividades até o processo de adoecimento dos sujeitos, nos linguajares enunciados acerca de si, que se constrói um campo fundamental da imaterialidade deste próprio viver e dos agenciamentos constituídos nas relações de força pelas quais passa cada sujeito em sua vida. Ninguém possui uma energia vital, ela é estabelecida e sentida no viver dos sujeitos e nos espaços interpessoais que configuram. É nesse tipo de imaterialidade que se concebe o corpo vital e seus processos de subjetivação de si, ao serem submetidos ao jogo de poder durante a prática de suas relações vitais, podendo, assim, adoecer nesses domínios da experiência. É nesse âmbito que se pretende

abordar os efeitos imateriais dos medicamentos homeopáticos sem substância detectável em suas soluções diluídas e dinamizadas: no âmbito do existir e do vir-a-ser como intensidade da experiência.

Os medicamentos dinâmicos e imateriais, que na experiência homeopática em si mesma despertam alterações nas intensidades das sensações e funções do corpo durante o viver de tal experimentação, se apresentam como produtores de “conexões de desejos, conjunção de fluxos, um *continuum* de intensidades” (DELEUZE, 2012, p. 24) que o sujeito percebe e vive em si mesmo. O que o médico homeopata busca saber em uma consulta é exatamente que alterações são essas que o doente percebe em si em seu processo de enfermar-se para que, por semelhança, possa prescrever um tratamento que leve em consideração cada singularidade do movimento existencial do sujeito. E, enquanto medicamentos terapêuticos, quais seriam as interferências em um corpo dinamicamente adoecido nas próprias dinâmicas e intensidades sentidas como alteradas pela experiência de viver a doença. Seriam essas doses infinitesimais, tão desacreditadas pela materialidade científica, que poderiam carregar um conjunto de "informação" imaterial, armazenada talvez em sua nanoestrutura potencializada e organizada através da energia cinética que a sucussão proporciona à solução? Elas despertariam atividades biológicas em nosso corpo mutante que conserva processos de vir-a-ser, em um corpo aquoso e fluído, organizado em redes de processos biológicos não-mapeáveis, "sem órgãos", como a possibilidade de outros fluxos, outros movimentos da experiência do viver, outras sensações que, por fim, facultariam ao sujeito um outro uso de si e um outro cuidado de si?

O estudo aqui efetuado sobre a obra de Samuel Hahnemann, *O Organon da Arte de Curar* (1996), buscou situá-la no período histórico em que a vertente da anatomoclínica nascia, tornando-se hegemônica através de saberes e práticas médicas constituídas, criando condições para a consolidação de um cuidado de corpos anônimos e atendendo às necessidades de um governo voltado para o controle das populações. A Homeopatia, que também nasceu naquela mesma época, veio na contramão dessa história, com outra proposta de corpo e de enfermidade. Nela, o sujeito, que é corpo e mente, que vive sua subjetividade corporificada em relações existenciais, é o eixo de suas práticas diagnósticas e terapêuticas. Com tais entendimentos e discussões procuro pensar e chamar a atenção para outras possibilidades no fazer médico e nos seus efeitos sobre o sujeito da

enfermidade, ao trazer uma outra prática médica. A Homeopatia, apesar dos seus limites e dificuldades de se firmar historicamente, desenvolveu suas verdades médicas em outro sentido: tentou resgatar e experiência do sofrer como dado histórico e construtivo do sujeito que fala de si, capacitá-lo a demonstrar como sua individualidade se subjetivou ao sofrer e mobilizar toda sua vitalidade no sentido de outro cuidado de si em práticas de liberdade e de governo de si. No entanto, antes de seguir nessa reflexão, é importante procurar discutir os eventos históricos que caracterizaram os movimentos de inserção da Homeopatia no Brasil.

8 UMA BREVE HISTÓRIA DA HOMEOPATIA NO BRASIL

Nesta seção, pretendo compreender a história da Homeopatia no Brasil a partir de uma perspectiva que aborde sua trajetória como produto de um complexo de forças e condições históricas. Para caracterizar tal movimento histórico, antes, explico os conceitos, ferramentas que serão utilizadas para pensar os embates entre campos de saber da medicina, tais como verdade e jogos de verdades.

Orellana (2004) comenta o perigo da verdade enquanto proposição de um conhecimento universalizante, pois assim obscureceria a capacidade do conhecimento em esculpir as relações de saber e poder. Segundo o autor, a concepção foucaultiana

no equivale a una negociación de la verdad. Por el contrario, se trata de una nueva concepción de la misma, en la que esta aparece como aquello que nos conmina a pensar de determinada manera, no desde la universalidad sino desde la particularidad que promueven diversos regimenes de verdad (ORELLANA, 2004, p. 334).

Mais adiante, ele afirma:

cada época se caracteriza por un específico régimen de producción de la verdad, que opera como un sistema de reglas en cuyo contexto se despliegan modos de decir verdadero y técnicas políticas de elaboración de la verdad. De esta forma, la verdad se constituye como un efecto de las relaciones de poder que existen en cada sociedad. (ORELLANA, 2004, p. 334).

Nesse sentido, evidencia-se que a verdade é uma produção histórica dos seres humanos atravessados por relações de poder e que depende de quem a produz, de onde produzem e para que produzem. A ideia de que a verdade se relacionaria a um fato inequívoco da objetividade, já é, em si, um elemento de poder contido no âmago dessa assertiva no sentido de disciplinar os saberes produzidos ao subjugar qualquer outro

conhecimento que se produza a respeito. Em outras palavras, "[e]n efecto, no hay una verdad única y universal, pero eso no excluye la presencia material de una verdad plural y local."(ORELLANA, 2004, p. 334). Portanto, o que se chama de verdade possui contextos, historicidades, descontinuidades, relatividades, sempre do ponto de vista de quem as enuncia e da posição de onde se manifesta.

Desse ponto de vista, trata-se de pesquisar a verdade dos fatos não como uma referência que nos conduza a uma autoridade ou lei que nos modela ou normatiza e, sim, de construir verdades como produtos de uma relação ativa do encontro do sujeito com a objetividade, ambos atravessados por relações de saber e poder. Possibilita-se, assim, a concepção de um saber decorrente da experiência *co-constitutiva* entre sujeito, realidade e agenciamentos decorrentes das relações de poder envolvidas, nas quais se promovam práticas transformadoras em uma "actitud critica [que] actúa como un distanciamiento en relación a una verdad em vigor... como una ruptura con un sistema de reglas imperante y como una dinámica que abre el espacio para una nueva relación con la verdad."(ORELLANA, 2004, p. 335).

Nesse contexto, emerge como importante o conceito de "jogos de verdade" enquanto um conjunto de regras de produção de saberes na constituição de sujeitos. Foucault (2004) ao ser questionado se seu procedimento filosófico é determinado pelo polo da subjetividade e da verdade, afirma que é necessário "verificar de que modo, nos discursos científicos, o sujeito humano vai se definir como indivíduo falante, vivo, trabalhador" (FOUCAULT, 2004, p. 264) e de que maneira, nesse contexto, a construção de uma verdade pode ser "um exercício de si sobre si mesmo através do qual se procura se elaborar, se transformar e atingir um certo modo de ser" (FOUCAULT, 2004, p. 265). Tal trabalho sobre si, para se apresentar no sentido transformador de si, não se daria sobre uma essência do sujeito, uma essência humana represada e aprisionada, senão trata-se de uma prática de liberdade de si sobre si. Foucault (2004) não considera uma simples liberação de um "eu" interior: "insisto sobretudo nas práticas de liberdade, mais do que nos processos de liberação (...) [pois] não me parecem poder, por eles próprios, definir todas as práticas de liberdade." (FOUCAULT, 2004, p. 266).

Nesse trabalho, reitero a discussão sobre como a medicina pode se transformar em uma prática de liberdade para sujeitos doentes, em termos de consciência não só da noção

de dominação quando são submetidos à verdade do médico, como também das condições que geram relações de poder entre indivíduos e sobre si, nas quais tais relações "em vez de serem móveis e permitirem diferentes parceiros em uma estratégia que os modifique, se encontram bloqueadas e cristalizadas (...) diante do que se pode chamar de um estado de dominação."(FOUCAULT, 2004, p. 266). Ou seja, jogos de verdade se constituem nas dinâmicas de subjetivação do que se produz como saber e poder. Essas dinâmicas podem se cristalizar em formas de subjugação ou podem se transformar em movimentos de liberdade como um tipo de cuidado de si, na medida em que "não é possível cuidar de si sem se conhecer. O cuidado de si é certamente o conhecimento de si." (FOUCAULT, 2004, p. 269). Com essa argumentação, procuro discutir jogos de verdade em contextos de construção da identidade subjetiva do indivíduo doente, como ele adoece e que significados atribui à doença. Essa perspectiva trata daquilo que ele mesmo produz como saber, decorrente dos conhecimentos difundidos na sociedade e da forma como o médico participa deste processo.

Nesse âmbito, a verdade é uma produção e construção de conhecimentos atravessada por relações de poder socialmente vividas por quem as produz. Os sujeitos, no caso da medicina, tanto o médico como o doente, subjetivam-se no processo de incorporação das verdades médicas proferidas. Tais verdades não são meras descobertas científicas. O método que possibilita à ciência e ao pesquisador científico o procedimento que chama de descoberta científica é uma produção humana inserida nos cenários históricos em que se enuncia: serve para o enredo e coerência dos processos de subjetivação dos indivíduos nas disputas das múltiplas verdades, que cumprem perspectivas diferentes nos jogos de poder/saber. É com essa articulação entre jogos de verdades e processo de subjetivação dos indivíduos, ao se submeterem às práticas médicas, que me preocupo neste trabalho. O intuito é que se possa estimular uma prática alternativa ao cuidado normatizador e disciplinador professado pela biomedicina, para que se possa seguir no sentido de uma prática de resistência e de liberdade do sujeito.

Na ambivalência desse contexto, entre a verdade considerada como objetiva pela biomedicina, e o cuidado em saúde que oferece, e a verdade enquanto produção de um tipo de saber médico para o cuidado de si, questiono-me no mesmo sentido de Orellana (2004): "por qué nuestra civilización ha llegado a realizar una experiencia del cuidado de la verdad,

de su búsqueda e su uso infinito, que incluso ensombrece la experiencia de un cuidado de si?"(ORELLANA, 2004, p. 336). É nessa perspectiva, de embates das diferentes verdades médicas na história de nosso país, abordadas mais adiante, que procurarei compreender a construção histórica da Homeopatia no Brasil enquanto outra verdade médica e apontar quais relações de poder se engendraram nesse processo.

Em 1840, Benoît Mure chegou ao Brasil e, mediante a licença do governo imperial, colonizou, junto à 100 famílias, a Península do Sahy, na divisa entre Paraná e Santa Catarina, , onde fundou o Instituto Homeopatico do Sahy. Desde então, até o início do século XXI, muitos eventos marcaram a evolução da Homeopatia em nosso país. De acordo com Madel Luz ,

[a homeopatia,] de saber médico marginalizado, passou à especialidade médica. De 'medicina de nossos avós', passou à terapêutica atualizada, pois integral, 'holística', respeitadora de ética das relações médico-paciente, próxima da natureza, etc. Enfim, é vista agora como uma racionalidade médica afinada com as mudanças culturais do fim do milênio passado - e início deste - e buscando ocupar seu lugar no debate atual sobre a medicina como arte de curar. (LUZ, 2014, p. 12).

De fato, a resolução nº1000/80, reafirmada pela resolução nº1295 de 09 de junho de 1989, do Conselho Federal de Medicina (BRASIL, 1980) reconheceu desde 1980 a Homeopatia como especialidade médica e, em 2006, através da Portaria Interministerial 971/2006 (BRASIL, 2006), o Ministério da Saúde apresenta a Política Nacional de Prática Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS), que atende à necessidade de se incorporar e implementar experiências esparsas já existentes na rede pública. No entanto, de acordo com Madel Luz,

as corporações ligadas à biomedicina mantêm uma hegemonia institucional fortemente embasada em argumentos 'técnicos' ou 'científicos' (...), impondo um método único de investigação para 'comprovar a cientificidade' de saberes e práticas dentro do padrão biomecânico. (LUZ, 2014, p. 13-14).

Dessa forma, permaneceram marginalizadas outras práticas médicas, entre elas a Homeopatia, apesar dos movimentos que buscaram sua institucionalização. Nesse contexto, o movimento de legitimação da prática homeopática como arte médica é constante desde 1840. Nossa análise histórica inicia com o período de implantação da Homeopatia no Brasil, nos anos de Benoît Mure, que é caracterizado pela

predominância, como estratégia, da propaganda homeopática em todos os níveis (...), com a provocação de grandes debates e polêmicas pelos homeopatas na imprensa, na Academia de Medicina, nas escolas médicas existentes (Rio e Bahia), nos poderes públicos e na sociedade civil. (LUZ, 2014, p. 39).

Foi um período inicial definido por esse tipo de atividade na tentativa de legitimar-se na sociedade enquanto prática médica válida, na contramão da medicina oficial então exercida. Os homeopatas procuravam caracterizar, como modo de buscar adesão popular, a medicina clássica praticada nos hospitais da época "como 'tradicional', 'superada', 'ineficaz', 'cruel' e 'sem princípios'... [e que a Homeopatia mostraria] na prática mais eficácia que a medicina clássica, saindo vitoriosa em qualquer confronto clínico, desde que lhe seja dada a oportunidade deste confronto."(LUZ, 2014, p. 41). O discurso provocativo e a autopropaganda temperaram o discurso homeopático no sentido das tentativas de sua legitimação social, pois sua legitimação institucional ainda estava longe de ser conquistada. Houve uma repercussão considerável dessa propaganda entre classes populares e também entre certos segmentos das classes altas esclarecidas.

Esses debates acionaram fortes mecanismos de defesa por parte dos partidários da chamada medicina clássica. Tais mecanismos, ainda esboçados naquela época, vieram a se conservar longevos e, como coloca Luz,

se manterão essencialmente os mesmos ao longo de um século e meio de história (...) [são eles] a) o bloqueio às tentativas de oficialização do ensino institucional da Homeopatia no ensino médico; b) o impedimento sempre que possível da prática homeopática através da criação de leis e restrições que garantam o monopólio da prática médica aos diplomados pela Faculdade de medicina. (LUZ, 2014, p. 41).

Portanto, aqueles que não seguissem as regras prescritas à prática médica eram censurados como charlatães, correndo os riscos que disso advinham. Nesse cenário, mesmo com tais impedimentos e dificuldades, através de institutos autônomos e não oficializados de ensino e prática, a Homeopatia avança na sociedade civil e, se não se legaliza, legitima-se perante segmentos sociais, em crescentes usuários e partidários. Tal legitimação popular será um traço permanente de sua história que, de certa maneira, irá forçar sua institucionalização, ainda que parcial, no futuro da prática homeopática no Brasil.

No entanto, foi com silêncio que a corporação médica propriamente dita enfrentou tal provocação inicial dos homeopatas em meados do século XIX, pois responder a ela seria reconhecer o poder de uma verdade médica não legítima. Todavia, a medicina tradicional ancorou-se nos poderes do Estado. Foi "através de aplicação de leis, pareceres acadêmicos, de procedimentos de exclusão institucional, de contestação judiciária ou de repressão policial, conforme o tipo e o grau de desvio das normas institucionais médicas" (LUZ, 2014, p. 43) que a vertente tradicional da medicina fomentou seu combate à Homeopatia.

O período seguinte, denominado por Madel Luz (2014) como período de expansão, caracterizou-se pelas tentativas de institucionalização da Homeopatia, não mais pelo tipo de propaganda que havia feito nos seus anos precursores ou buscando a construção de escolas homeopáticas independentes, mas por uma nova estratégia de legitimação: a introdução de cadeiras de Homeopatia nas faculdades de Medicina. Os homeopatas que àquela época já praticavam sua arte, formados em uma realidade nacional e provindos muitas vezes das classes mais abastadas da sociedade, defendiam a Homeopatia como parte da razão médica. Para estes, a Homeopatia seria somente um modo de abordagem diferente, mas a Medicina, uma só. Era esse seu argumento. Ao mesmo tempo, "os consultórios gratuitos para a população pobre, neste período, são também uma estratégia de existência positiva, garantindo a captação de imensa clientela urbana desassistida, que passa a legitimar a atenção médica homeopática." (LUZ, 2014, p. 46). Assim, é possível observar dois movimentos imbricados: o institucional e o popular. Pelo lado institucional, o de lutar pelo valor científico da Homeopatia reconhecido na autorização de ministrar seus conhecimentos nas salas de aula das faculdades de medicina - tal movimento será "fragorosamente derrotado em 1882 pelo parecer negativo que lhes impõe a Congregação da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro." (LUZ, 2014, p. 47). Por outro lado, no sentido do apoio popular, surge neste período "o espiritismo como umas das forças ideológicas (religiosa no caso) que se associaram à história da Homeopatia" (LUZ, 2014, p. 46), reforçando sua penetração nas camadas urbanas e rurais mais pobres. O espiritismo se configurou em um dos alicerces da sua sustentação histórica, sendo praticada essa associação Homeopatia-espiritismo até os dias atuais. Nota-se que no processo histórico se firma, paulatinamente, uma disputa de poder/saber entre duas verdades médicas, em que uma se legitima perante o povo e a outra garante sua hegemonia institucional no âmbito do Estado e Ensino Médico.

Com a penetração popular mediada pelo espiritismo nos centros urbanos e após um declínio prolongado por cerca de 20 anos de suas lutas institucionais (LUZ, 2014), acontece um inesperado renascimento: "a almejada oficialização do ensino médico homeopático, obtida através da criação de duas faculdades de Homeopatia no Rio de Janeiro e no Rio grande do Sul" (LUZ, 2014, p. 49), além da criação de várias Ligas Homeopáticas independentes em diversos estados brasileiros. No caso do estado do Rio Grande do Sul, há

a Liga Homeopática do Rio Grande do Sul (LHRGS) que funciona até os dias atuais, no número 169 da avenida Getúlio Vargas, no bairro Menino Deus em Porto Alegre.

Contudo, nada aparentava que a vida dos homeopatas seria fácil. A defesa de interesses corporativos, a importância no monopólio do mercado dos clientes e a manutenção da influência e hegemonia nas instituições do Estado foram elementos essenciais na manutenção do poder da verdade médica oficial. Às estratégias de desqualificação das práticas homeopáticas, baseadas na alcunha de charlatanismo, somavam-se às acusações de empirismo, ineficácia e pouca aplicabilidade em controle de doenças populacionais. Um dos efeitos de tal discurso da medicina oficial, que historicamente se transforma na biomedicina contemporânea altamente tecnologizada, tem sido a exclusão da diversidade de outros saberes médicos igualmente estruturados.

Mesmo assim, foi nesse período, entre 1900 e 1930, que a Homeopatia vivenciou seu primeiro período áureo. Além das faculdades recém-criadas e da formação de Institutos Homeopáticos, realizam-se congressos como o I Congresso Nacional de Homeopatia ocorrido no Rio de Janeiro em 1926.

Este congresso exprime, nas suas teses, uma seriedade de produção acadêmica inegável. O tom polêmico das sessões e a discussão das teses apresentadas, precedidas de pareceres rigorosos, reunidas no livro do I Congresso Brasileiro de Homeopatia (IHB, RJ, 1928), atesta esta seriedade produtiva. (LUZ, 2014, p.54).

Formam-se homeopatas médicos, sanitaristas e farmacêuticos. Consolida-se definitivamente, naquele período, a penetração popular da Homeopatia através do espiritismo e da umbanda.

Após 1930 e até 1970,

assinala-se uma fase de grande descenso do saber homeopático, devido ao progresso tecnológico realizado pela medicina, por um lado, e devido também à queda da dinamicidade acadêmica do Instituto Hahnemanniano [e] com a perda de controle dos homeopatas sobre a faculdade e o hospital homeopático. (LUZ, 2014, p. 55-56).

É nessa fase expansionista da biomedicina que se consolida a percepção da Homeopatia enquanto uma medicina ultrapassada, utilizada pelos avós, curandeiros e religiosos, cujas verdades médicas serão avaliadas pelos parâmetros da biomedicina em ascensão. É nesse momento que se reforça o processo de exclusão das práticas

homeopáticas, como consequência das relações de poder: os jogos de verdades da biomedicina cumprem seu papel de dominação, produzindo um efeito de submissão dos saberes médicos não institucionalizados.

Por fim, entre os anos 1970 e início dos anos 2000, ocorre uma retomada social e institucional vigorosa da Homeopatia. Um período no qual se debruçaram novos olhares sobre as terapêuticas homeopáticas, visões subjetivadas pela perspectiva holística, que valorizaram terapias alternativas, uma vez que saturadas as terapêuticas químicas e intervencionistas da biomedicina. Estes novos olhares estavam coadunados com os movimentos da contracultura do pós-guerra e com os diversos movimentos de desconstrução dos saberes, que caracterizaram boa parte do pensamento filosófico contemporâneo. Somados a isso, há fatores intrínsecos dos saberes biomédicos que proporcionaram questionamentos cada vez mais disseminados na sociedade: a especialização excessiva dos saberes, desvinculando quase por completo o sujeito dos processos existenciais das enfermidades, e a medicalização crescente dos indivíduos, alimentada por uma indústria farmacêutica poderosa e internacional, marcando aspectos do debate sobre uma eventual crise do modelo biomédico. Nestes anos, foram registrados

grandes avanços da Homeopatia, primeiramente entre estudantes de medicina, na segunda metade dos anos 70; em seguida entre os setores urbanos da classe média, universitários ou não; nos anos 80 entre os políticos da saúde, que a implantam nos serviços públicos de saúde na segunda metade dos anos 80. (LUZ, 2014, p. 59).

No início dos anos 1980, a Homeopatia foi reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina, através da resolução CFM 1000/80, como uma especialidade médica.

Apesar do reconhecimento conquistado, esta nomenclatura configurava um contrassenso, pois a Homeopatia é exatamente o avesso de uma especialidade. Isso porque a prática homeopática relaciona-se aos saberes sobre o sujeito e seu movimento existencial no processo de adoecimento, ao invés de uma prática médica cujos saberes são subdivididos em faixas etárias ou sexo (pediatria, ginecologia, geriatria) e abarcam patologias e/ou sistemas corporais orgânicos (otorrinolaringologia, endocrinologia, nefrologia, ortopedia, cirurgias especializadas etc). A Homeopatia é uma forma diversa de se praticar a arte da medicina, cujos processos semióticos, experimentais e terapêuticos são de outra ordem do que os da biomedicina. Todavia, entre os homeopatas, tal

reconhecimento pelo CFM é considerado uma conquista perante os demais colegas médicos, marcando um golpe histórico, ainda que não inteiramente assimilado ao discurso e às verdades biomédicas. Segundo Madel Luz, a

maioria dos médicos alopatas, sobretudo os ligados à academia, isto é, às instituições de ensino e pesquisa médica, continuam mantendo contra a Homeopatia os mesmos argumentos de há 150 anos atrás... no sentido de demonstrar ou provar que a Homeopatia é uma forma de teoria e/ou terapêutica médica anacrônica... porque seus conceitos não acompanham o progresso científico da medicina. (LUZ, 2014, p.61).

Fica evidente o esforço destes setores da biomedicina em fazer valer sua posição hegemônica e manter os saberes médicos como discurso dominante. Isso se efetiva no uso das verdades que são enunciadas para justificar a exclusão de saberes diversos acerca da doença e do ato terapêutico, mesmo sendo estas outras práticas tão centenárias quanto aquela que se consolidou desde a anatomoclínica de Bichat.

Foi nesta retomada da Homeopatia, no final do século XX e início do século XXI, que houve um número crescente “de pesquisas, reuniões, congressos, promovidos pelos homeopatas, instituições acadêmicas, serviços públicos de saúde, sobretudo a partir de 1985 quando há a oficialização da Homeopatia na antiga rede do INAMPS.” (LUZ, 2014, p. 60). Ocorreu também a consolidação de organizações nacionais, a proliferação de cursos de formação promovidos por sociedades homeopáticas estaduais e, ainda, estudos socioculturais desenvolvidos em linhas de pesquisa de Programas de Pós-Graduação. Além da multiplicação dos cursos de formação, todos filiados à Associação Médica Homeopática Brasileira, estabelecem-se, nestes cursos, projetos de autoexperimentação medicamentosa. Chamada pelos homeopatas de patogenesis, trata-se da experimentação de novas substâncias para ampliar as possibilidades terapêuticas da Homeopatia na contemporaneidade. Na Sociedade Gaúcha de Homeopatia, por exemplo, é experimentado Dioxina, *Brosimum gaudichaudii*, *Baccharis articulata*, Pelargônio, entre outros.

Recentemente, em 2006, através da Portaria Interministerial 971/2006, outro avanço institucional se evidencia no momento que o Ministério da Saúde instituiu a PNPIC, no SUS, que visa estabelecer diretrizes específicas na rede pública para a prática de Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa, Fitoterapia, Medicina Antroposófica e Termalismo, seguindo as deliberações prévias da Conferência Nacional de Saúde.

Para que se consiga ter uma ideia geral das intervenções da prática médica homeopática no país, o quadro 1 resume o conjunto da atividade homeopática em hospitais, enfermarias e ambulatórios no Brasil entre 1840 e 2007. Acrescento ao quadro proposto por Rosenbaum (2008, p. 115-124) algumas modificações e acréscimos advindos da prática realizada em Porto Alegre.

Hospitais, enfermarias e ambulatórios homeopáticos no Brasil (1840-2007)	Período e Origem Institucional	Atividade Clínica e de Pesquisa	Nomes Contextos e Conjunturas
Escola Suplementar de Medicina	1842-1843 (Santa Catarina)	Atendimento ambulatorial	Benoit Mure (Doutrina da Escola do Rio de Janeiro)
Instituto Homeopático do Sahy (Colônia do Sahy)	Union Industrielle	Dispensários-Farmácia Central “Comissão de Correspondência e Redação” (Nos estatutos estava prevista a instalação de um hospital)	
Instituto Homeopático do Brasil	Rio de Janeiro (1843-1848)	Ambulatórios Patogenesias	Benoit Mure e João Vicente Martins
Escola Livre de Medicina Homeopática	São Paulo Bahia Maranhão Pernambuco	Traduções Revista Sciencia	Alexandre José de Mello Moraes Sabino Olegário Ludgero Pinho Carlos Chidloe
Escola Homeopática do Brasil			(epidemia de cólera e febre amarela 1850-1853)
Ambulatórios Populares	Rio de Janeiro (1843) Escola Homeopática do Brasil	Ambulatórios	Benoit Mure (Ambulatórios populares da Academia Imperial de Medicina – 1848)
Academia Médica Homeopática do	Rio de Janeiro (1847)		Domingos de Azevedo Coutinho Duque-Estrada,

Brasil	(dissidência do Instituto homeopático do Brasil)		Antonio Ildefonso Gomes, Vicente Jose Lisboa, Thomaz Cochrane e Maximiano Marques de Carvalho
Enfermaria Homeopathica do Santíssimo Sacramento	Rio de Janeiro Instituto Hahnemanniano (1859)	Ambulatórios	F. Madel Luz Epidemia de febre amarela de 1873
1º Instituto Hahnemanniano do Brasil Congregação Médico-Homeopática Fluminense Insituto Hahnemanniano Fluminense Hospital Homeopático	Rio de Janeiro (1859) (1878)	Sem dados	F- Duque Estrada Duque Estrada
Hospital Hahnemanniano do Brasil	Instituto Hahnemanniano do Brasil (1859) (1916)	Enfermarias Patogenesias Dispensário Wenceslau Braz Revistas “Annaes de Medicina Homeopática” e a “A Homeopatia”	Jacinto Rodrigues Pereira Reis Saturnino Soares de Meireles José E. Galhardo Licínio Cardoso Felix Pacheco
Santas Casas de Misericórdia	São Paulo Rio de Janeiro	?	Leopoldo Ramos (SP) (1890)
Hospital Central do Exército e da Marinha		Enfermarias	
Consultório Homeopático do Desterro	Florianópolis (1860)	Ambulatório	Vicente José Lisboa
			1882 (Torres Homem parecer contrario da Faculdade de Medicina e Cirurgia do Rio

			de Janeiro para a criação de suas cadeiras no ensino médico oficial)
Dispensários Homeopáticos	São Paulo, Maranhão, Pernambuco e Pará		
Dispensário Homeopático Infantil de Curitiba”	Curitiba (1911)	?	Nilo Cairo
Instituto Hahnemanniano do Brasil foi fundado em 1876 Faculdade Hahnemanniana do Rio de Janeiro (1912) Escola de Medicina e Cirurgia do Instituto Hahnemanniano do Brasil (1924) Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro (1948) Federação das Escolas Federais Isoladas do Estado da Guanabara (1969) Unirio (1979)	Rio de Janeiro		
Faculdade Hahnemanniana do Rio de Janeiro Hospital Hahnemanniano do Brasil	Rio de Janeiro (1912) Rio de Janeiro (1916)	Ambulatórios e Enfermarias Homeopáticas	Licínio Cardoso
Congresso Brasileiro de Homeopatia	Rio de Janeiro		Primeiro Congresso Brasileiro de Homeopatia (1926) Dias da Cruz
Associação Paulista de Homeopatia	São Paulo (1936-2007) Pesquisas Clínicas Revista Científica da	Ambulatórios (1936-2007)	Alfredo di Vernieri, Rezende Filho Antonio Murтинho Nobre Carlos Armando de Moura Ribeiro

Escola Paulista de Homeopatia Instituto de Cultura Homeopática	APH Revista Cultura Homeopática	Ambulatórios (2001-2007)	
Liga Homeopática do Rio Grande do Sul Sociedade Gaúcha de Homeopatia	Porto Alegre (1940) Homeopatia Solidária	Ambulatórios Dispensários	David Castro
Hospital da Beneficência Portuguesa (enfermaria homeopática em hospital alopático)	São Paulo (1937)	Ambulatório (?) Enfermarias (?)	Abrahão Brickmann (Fonte bibliográfica – Galhardo)
Posto de Saúde Modelo Ambulatório de Homeopatia no Hospital Nossa Senhora Conceição (GHC - Grupo Hospitalar Conceição)	Porto Alegre (?) Porto Alegre	(?) Ambulatórios	Fcp-Lívia Kümmel: Fonte - comunicação pessoal Fonte: Gerência de Pacientes Externos do GHC (Grupo Hospitalar Conceição)
Santa Casa de São Paulo (ambulatório homeopático didático em Serviços de Saúde Pública) Centro de Saúde Escola da Barra Funda (ambulatório homeopático didáticos em Serviços de Saúde Pública)	São Paulo (1988-1993)	Ambulatórios de Clínica Médica e Ginecologia (medicamentos não fornecidos) 120 mês	FCP- Mario Sposati (Fonte de informação: comunicação pessoal)
			Declínio acadêmico da Homeopatia (1930-1970) 2° CBH – 1950

			3º CBH – 1968 150 médicos homeopatas
Hospital do Servidor Público Municipal (ambulatório homeopático didático em Serviço de Saúde Pública)	Ibeh- ABRAH	Farmácia Homeopática do SUS/SP 10.000 pacientes até hoje Pesquisa clínica Homeopatia eclética	Marcelo Pustiglione Romeu Carillo Júnior (funciona desde 1983 até hoje)
Centro de Saúde Escola Geraldo Paula Souza –Faculdade de Saúde Pública – USP- (Instituto de Cultura Homeopática) (ambulatório homeopático didáticos em Serviço de Saúde Pública)	Pesquisa Clínica Pesquisa Qualidade de Vida em Saúde Revista Científica	Ambulatórios Dispensários (medicamentos fornecidos e atendimento social) (100 mês) Farmácia Homeopática do SUS/SP	Gil Moreira (Residência Médica - Estagiários I e II) Paulo Rosenbaum José Luiz Roizembruch
Faculdade de Medicina da USP – Centro de Saúde Butantã. (em processo)	2006 -	Ambulatórios	
			Todos citados fazem a assistência farmacêutica com os medicamentos fornecidos pela Farmácia Homeopática do SUS/SP
Hospital Dr. Arnaldo P. Cavalcanti Mogi das Cruzes		Mogi Cruzes Farmácia Homeopática do SUS/SP	
Hospital Regional Sul e Hospital Universitário		Farmácia Homeopática do SUS/SP	?
Hospital Vila Cachoeirinha		Farmácia Homeopática do SUS/SP	Renato Sbrighi

Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos		Farmácia Homeopática do SUS/SP	
Hospital Darcy Vargas (estadual) (ambulatório homeopático didático em Serviço de Saúde Pública)	ICEH 1999-2007	Ambulatório Clínica pediátrica Pronto Socorro e Enfermarias (eventuais) Pacientes atendidos até hoje: cerca de mil (medicamentos não fornecidos e atendimento social)	Corrado G. Bruno Selma Silva
ISI	Brasília	Ambulatórios	César Nascimento
Hospital Universitário Grafee e Guinle (1966) Escola de Medicina e Cirurgia (Unirio desde 1979)	Rio de Janeiro (2003-2007) (Faculdade de Medicina do Instituto Hahemanniano) Pesquisas Clínicas (em informatização)	Ambulatório e enfermarias de clínica médica e obstetrícia (300 pacientes/mês)	Jose de Freitas – Chefe do serviço de Homeopatia Jorge Kede Jorge Luiz Antolini Denise Silva Medrado Residência Médica (desde 2004- 4ª turma)
Santa Casa do Rio de Janeiro	Rio de Janeiro (1880) (Instituto Hahnemanniano do Brasil)	Ambulatório Sexta enfermaria (ensino prático)	José Ildefonso de Souza Ramos (1880) Saturnino Soares de Meirelles (1880) Eduardo Barbosa (2007)
Serviços em Curitiba ligados a Secretaria Municipal de Saúde - Atenção Primária à Saúde Hosp. Esp. Psiq. Bom Retiro	SMS-Curitiba/PR SMS-Colombo/PR (2004-1007) FEMHPR IEHL – Londrina/PR.		Eneas Anunciação Helvo Slomp Junior Francis Mourão Rosana Nechar
*Hospital Espírita André Luiz (Particular)	Belo Horizonte 1999-2001	Atendimento na ala psiquiátrica	Fonte - Gilberto Vieira

(enfermaria homeopática em hospital alopático) Hospital Luxemburgo		Dispensário (600 pacientes)	
Hospital São Paulo (Federal) (ambulatório homeopático em Serviço de Saúde Pública)	Unifesp 2004-2007	Ambulatório Geriatria-Clínica Médica 8/mês e (Instituto do Sono) 16/mês Pesquisa associada - Qualidade de Vida em Saúde	- Rubens Dolci Filho (Fonte de informação: comunicação pessoal) Alzira Steves
Hospital (ex-INAMPS) localizado na Zona Sul da cidade	1996	Ambulatório de Clínica Médica – Endocrinologia	Fonte bibliográfica – Walcymar Estrela

Quadro 1: resume o conjunto da atividade homeopática em hospitais, enfermarias e ambulatórios no Brasil entre 1840 e 2007. Rosenbaum (2008, p. 115-124), acrescido de dados do RS.

Apesar do evidente avanço na consolidação institucional da Homeopatia, assim como em sua legitimação social e política entre os médicos, a biomedicina se mantém hegemônica; sustenta-se na produção de verdades científicas, cujos efeitos operam em um sistema de regras e normas de um saber dominante e excludente, controlador de corpos “fragmentados” em sua anatomia e docilizados quando submetidos às verdades médicas. A hegemonia desta visão biomédica do corpo e do sujeito caracteriza uma política de verdades, que manipula corporeidades e individualidades como máquinas. Então, mesmo que a Homeopatia tenha conquistado espaços importantes até a primeira década do século XXI, o saber biomédico ainda sustenta sua hegemonia e tenta esmagar a possibilidade de emergência de outras verdades médicas. Claro está que as verdades biomédicas não são obsoletas e, certamente, contribuíram para transformações positivas no estado de saúde da população. No entanto, este saber biomédico não é o único a dizer verdades sobre o corpo: são somente verdades biológicas produzidas como saber historicamente contextualizado, que tendem a submeter os sujeitos às dinâmicas e efeitos do biopoder. Penso que a Homeopatia, enquanto vertente médica vitalista, pode contribuir para ampliar uma visão

sobre o corpo para além dos órgãos, propondo outra compreensão dos processos de subjetivação e adoecimento, que possam ser atravessados por uma prática ética do cuidado de si no governo de si.

9 PROBLEMATIZANDO UMA MEDICINA PARA O GOVERNO DE SI

Conforme Portocarrero, a partir dos anos 1970, Foucault

elabora uma genealogia da ética que é uma estética da existência, uma pesquisa da maneira pela qual os indivíduos buscam formar, pelo meio de escolhas pessoais, modos de vida, ‘*ethos* de liberdade’, em que a própria vida humana é um trabalho, uma obra de arte... [através] de uma análise do modo pelo qual os homens se governam a si mesmos e aos outros através da produção da verdade. (PORTOCARRERO, 2009, p. 227).

Chama atenção nesse excerto a perspectiva de escolha pessoal, enquanto um movimento singular e único do sujeito para sua transformação no sentido de si e, por extensão, também dos outros, através de suas práticas sociais diárias. Além disso, não custa reafirmar que não se tratariam de verdades sobre a materialidade do mundo, senão verdades de si na produção de saberes enquanto sujeito de ação sobre o mundo, de suas posições, suficientemente consciente das relações de poder que o atravessam. Tampouco seriam verdades acerca de um “eu” na busca de uma “essência” individual ou subjetiva. Pelo contrário, seriam verdades construídas em torno de processos de subjetivação, em constante movimento de produção e conservação de si, ao constituir-se sujeito de si no viver, sempre inacabado, ao mesmo tempo em que suas dinâmicas vivenciais são conservadas. Não se tratariam de movimentos meramente subjetivos ou psíquicos, mas fluxos corporais de si no cuidado e no governo de si, possibilitando, assim, um horizonte de identificação no fluxo de constituir-se sujeito corporificado. Tal consciência de si, enquanto ente corporificado atravessado por jogos de verdade e efeitos de poder, é um processo contínuo do vir-a-ser, um fluxo de contingências subjetivadas/corporificadas.

É nesse contexto que irei abordar a enfermidade do sujeito, não como uma questão de órgãos ou de molecularização miniaturizada da doença, mas como processos do sujeito, visando um olhar e um cuidar que busca o governo de si e que seja gerado por “uma ética que diz respeito a uma estética da existência, uma arte de viver como governo da própria vida, cuja finalidade é dar-lhe a forma mais bela possível.”(PORTOCARRERO, 2009, p.

230). Procurarei apontar elementos, nesse sentido, para uma prática médica que se aproxime do sujeito comprometido consigo e com suas relações, na construção de um convívio franco e direto, que se sinta saudável antes por suas próprias percepções e atividades existenciais do que por medições de sua fisiologia. Para tanto, irei problematizar tais condições existenciais singulares às quais esse sujeito está submetido.

9.1 Pensando um biopoder orientado por práticas vitalistas - uma medicina do governo de si

Governo de si pode ser “definido com o conjunto de experiências modificadoras do sujeito para ter acesso à verdade com a finalidade de transformar o ser mesmo do sujeito [enquanto um] cuidado de si.” (PORTOCARRERO, 2009, p.235). Trata-se da elaboração de técnicas de si ou de artes existenciais que, entre outras, devem envolver a auto-observação rigorosa das contingências que atravessam o sujeito em seu viver. Trata-se da coragem de enunciar e de praticar verdades para si mesmo, assim como estimular que o semelhante também o faça no conjunto de suas experiências vitais, no estrito respeito às diversidades que, por ventura, possam se apresentar no viver. Toda a vida merece uma ética de convivência em mútua legitimação.

Em sua fase tardia, Foucault voltou-se à crítica de determinadas verdades que subjetivam o sujeito no sentido de sua docilização e padronização, propondo a retomada das relações de si para consigo, nos contextos dos jogos de poder em que se insere, como fonte de resistência e possível transformação, problematizando “a autoformação do sujeito... [centralizada] na ideia de constituição de si mesmo como experiência.” (PORTOCARRERO, 2009, p. 237). Por esse prisma, trago uma reflexão sobre uma hipótese de medicina, que sustenta sua prática e sua epistemologia em um tipo de vitalismo da percepção de si enunciada através do discurso de si e dos relatos dos movimentos existenciais dos indivíduos. Nesses movimentos, a doutrina e certas práticas homeopáticas podem contribuir problematizando o sujeito em sua corporeidade subjetivada ao compreender a enfermidade em torno de seus fluxos existenciais, inserida em ontologias modais de suas práticas vitais diárias, gerada e contextualizada nos desafios impostos pelos

efeitos de poder/saber, nas relações entre médico e paciente, nas relações familiares e nas relações que o sujeito tem consigo mesmo, atravessado por suas experiências existenciais.

Para desviar um instante da discussão teórica, esta discussão me traz à mente um esboço de exemplo. Um sujeito, apresentando uma severa crise alérgica em ambos membros inferiores, diagnosticada pelo dermatologista como eczema exudativo e descamante de provável etiologia autoimune, procura o consultório do médico homeopata. Desde que o paciente se levanta da sala de espera, já se percebe o odor pútrido de suas eliminações exudativas, oriundas das lesões de pele em suas pernas e pés. O local de onde sai deixa um rastro de umidade que transuda de sua pele. Veste chinelos, pois não consegue usar sapatos. Nas mãos, apresenta diversas lesões vesiculosas, que às vezes coalescem formando bolhas maiores e que também exudam a mesma serosidade fétida, mas em menor volume. Veio encaminhado para tratamento homeopático. Após o relato da doença, perguntou-se ao sujeito de como ele se sente. Refere que está deprimido, que não consegue mais trabalhar, que anda mais irritado que o normal. Ainda indagando sobre seu estado anímico e por que ele acha que está nesse estado, o paciente relata que talvez tudo tenha iniciado quando da morte recente de sua mãe. Interessado nessa livre associação de seu relato, o médico homeopata pergunta como ele se sentiu nessa situação. O relato que vem é inusitado para o próprio paciente: quando do falecimento de sua mãe, o paciente, apesar de tê-la acompanhado durante toda a enfermidade, não conseguiu estar presente na hora de seu falecimento. A consequência que sente é a de que ele foi negligente com seu dever de filho, de estar ao lado de sua mãe quando falecesse. Esse sentimento, essa perturbação afetiva e emocional, o acompanha desde então. Ele acha que tudo decorre disso. O medicamento escolhido foi Aurum, um metal pesado da tabela periódica dos elementos, confeccionado nas técnicas de diluição e sucussão da farmacotécnica homeopática. Na patogenesia de Aurum, o que o diferencia de outros medicamentos é sua profunda tristeza decorrente da sensação de que falhou em seu dever. É acometido, então, de intensa culpa e autoreprovações. A prescrição, apesar de ter sido alicerçada em uma manifestação psíquica, exatamente por ser singular do sujeito na sua expressão de como sentia suas relações familiares, de como não conseguia viver com tal auto-restrição moral e afetiva acerca de seus atravessamentos nas relações familiares, não representa que a sua enfermidade seja de origem psíquica ou emocional. Trata-se de um tipo de abordagem em que o médico olha a

enfermidade do sujeito como manifestação de sua existência, para além de uma hipótese construída pela biomedicina de patologia eczematosa autoimune. Formula-se uma outra hipótese de emergência de sintomas que não se pensa em termos de "inflamação", mas se pensa em termos de processos de sofrimentos decorrentes dos atravessamentos e contingências pelos quais passa o sujeito em seu existir. O resultado, surpreendente para o próprio doente, foi o desaparecimento dos sintomas em um curso de 10 dias, reepitelização completa da pele e um alívio de sua percepção de si como um sujeito culpado. A consequência foi uma sensação de paz e liberdade interior que possibilitou sua retomada em seu trabalho e em suas relações familiares.

Discuto a construção de um biopoder vitalista (SAFATLE, 2016), que, por sua característica singular, fosse voltado ao sujeito e praticado através dos movimentos existenciais do paciente, na averiguação das dinâmicas cristalizadas de suas experiências singulares que obstaculizam o sujeito no governo de sua vida, nas potencialidades de seu vir-a-ser. Este biopoder vitalista seria voltado a abrir espaço para a discussão de uma "biologia que nos forneça fundamentos renovados para a negatividade própria à processualidade da contingência." (SAFATLE, 2016, p. 283). Quer dizer, uma biologia alicerçada em processos e incertezas do movimento desse vir-a-ser do sujeito. Assimilar a incerteza enquanto fator intrínseco de qualquer atividade vital, em que as intervenções terapêuticas colocariam em movimento possibilidades de transformação dependentes do próprio sujeito, de como governará sua vida em sua estética singular de viver. Uma biologia não essencializada na matéria orgânica objetiva e mensurável, compreendida enquanto um processo vivido e relatado pelo sujeito, na conservação de seus fluxos existenciais que o identificam.

Enfim, trata-se de voltar as costas ao esvaziamento ontológico existencial característico das práticas biomédicas, que usam o corpo no sentido de sua disciplinarização e ordenamento, em patologias praticamente autônomas e impessoais, para lutar por uma ontologia modal da subjetividade corporificada, singular e percebida nas contingências da potência vital de cada um. Vladimir Safatle cita Canguilhem para afirmar que "não é porque sou um ser pensante, não é porque sou sujeito, no sentido transcendental do termo, é porque sou vivente que devo procurar na vida a referência da vida." (CANGUILHEM (1993) p. 48 *apud* SAFATLE, 2016, p. 288).

Uma prática vitalista transformadora, embasada numa biologia de processos dinâmicos em rede, irreduzível aos seus componentes materiais, atravessada pelos efeitos de poder e pela atividade prática linguajante do viver a vida, em que “a descrição de um movimento processual imanente (...) encontra-se no próprio processo” (SAFATLE, 2016, p. 289), alicerçada nas contingências e incertezas do viver. Um vitalismo fundamentado em uma “‘capacidade transitiva’, ou seja, uma capacidade de entrar em movimento, passando de uma situação para outra, recusando limitações... Canguilhem dirá que a norma da vida é exatamente sua capacidade de mudar continuamente de norma.” (SAFATLE, 2016, p.291). Uma biologia dinâmica e processual onde o que importa é como se realiza o movimento do vir-a-ser. Safatle cita Henri Atlan acerca desta nova biologia em que corpos vivos são capazes de uma

desorganização permanente seguida de reorganização com aparição de propriedades novas se a desorganização pode ser suportada e não matou o sistema... como parte intrínseca de seu funcionamento e evolução: sem perturbação ou acaso, sem desorganização, não há reorganização adaptadora ao novo; sem processo de morte controlada não há processo de vida. (ATLAN (1992) p. 280 *apud* SAFATLE, 2016, p. 304).

São processos auto-organizativos vitais, capaz de viver desestruturações e desordens sem que haja a morte do sistema para, então, poder produzir novos procedimentos vitais em outros e diferentes patamares de existência, seja ao nível do corpo como também da subjetividade, no processo de realizar a si mesmo.

A proposição deste trabalho é reforçar o argumento de que há cristalização da flexibilidade e fluxo da capacidade vital quando esta se enfraquece, podendo ocorrer modificações globais, concomitantes e contingentes no sujeito, ao nível de sua corporeidade e de como compreende sua existência, suas relações, suas fraquezas e sua suscetibilidade aos efeitos das forças que o molestam. Emerge, assim, a

a doença [como] indissociável da restrição da capacidade de ação... de uma impossibilidade interna ao organismo de atualizar suas possíveis [potencialidades], obrigando-se assim a ‘viver em contrariedade’. Por isso Canguilhem fala da doença como ‘abismo da impotência’. (SAFATLE, 2016, p. 295).

Nesse caso, o sujeito não mais seria capaz de conservar a si mesmo em fluxo e movimento flexível, mas conservar-se-ia em formas cristalizadas, submetidas ao controle e disciplinarização de si mesmo.

9.2 Apontamentos acerca de uma contribuição da Homeopatia

Há dois elementos básicos para a construção do pensamento Hahnemanniano: a incorporação metodológica do sistema vitalista e a construção do método terapêutico-experimental. O primeiro, a incorporação metodológica - em termos de semiologia e terapêutica - do sistema vitalista para a medicina, ocasionou fraturas em campos de saber: nem era mais a mesma medicina classificatória e nem era o mesmo vitalismo aristotélico. Na verdade, produziu um novo olhar sobre os dois tipos de conhecimento. Hahnemann propõe que a enfermidade se constitui de *desarranjos dinâmicos (não materiais) de nossa vida não material nas sensações e funções, isto é, desarranjos imateriais de nosso estado de saúde* (HAHNEMANN, 1996, p.33). Na introdução de seu *Organon da arte de Curar* (1996), escreve uma crítica à medicina de sua época que buscava *extinguir a doença através da remoção das (supostas) causas morbíficas materiais* (HAHNEMANN, 1996, p.27).

Nos conceitos desenvolvidos por Hahnemann, as enfermidades se manifestavam na expressão do conjunto sintomático do doente, através dos enunciados do que sente e observa em si, independente de onde estaria localizada a patologia e, nesse sentido, de certa forma, tributária de inspirações da medicina classificatória, assim chamada por Foucault (2004). Entendo que, para Hahnemann, o único guia seguro para conhecer uma enfermidade era ouvir o doente relatar sua verdade de adoecimento, sua historicidade singular, as contingências das condições físicas e psíquicas do sofrer, no âmbito do viver a enfermidade, a percepção de si na concomitância dos eventos que o levaram ao sofrimento, sem se preocupar em causas e efeitos lineares dos fenômenos. Por exemplo, para Hahnemann não importa se havia sintonia ou modo explicativo em termos de causa e efeito entre um transtorno emocional e um sintoma físico. Bastava ouvir a experiência vital do doente afirmando simplesmente a coexistência e contingência dos eventos na percepção do sujeito para atribuir significado potencial, singular e individual em sua historicidade. Nesse entendimento, observa-se que os fatores psíquicos, apesar de não serem de ordem causal, são elementos fundamentais na observação da singularidade do sujeito, ao perceber seu sofrimento e possíveis alavancas para a reorganização em suas relações vitais. Desse modo, Hahnemann apresentou uma transformação singular em termos históricos das abordagens clássicas tanto da medicina classificatória como dos vitalistas da época: conseguiu

evidenciar clinicamente e terapêuticamente o deslocamento da enfermidade para a totalidade percebida pelo doente em seu existir, no conjunto de sintomas perceptíveis enquanto experiência existencial, nas formas e modos de viver singular do indivíduo, de como se percebe nos atravessamentos dos efeitos das relações que estabelece no vir-a-ser, fonte não só de seu adoecer, mas sobretudo potência de sua capacidade de libertação para a realização do que chama de *o mais elevado objetivo de nossa existência* (HAHNEMANN, 1996, p.73-74).

Por exemplo, podemos considerar uma hipotética consulta de um paciente por crises sequenciais de sinusite, ora crônica e ora agudizada, associada a eventuais crises de broncoespasmo. Para a biomedicina, o tratamento instituído baseia-se em corticóides, antialérgicos e eventualmente antibióticos, além de afastar uns poucos fatores de risco, como o tabagismo. Diferentemente, no caso da abordagem homeopática, seria crucial, para o diagnóstico dinâmico, investigar o conjunto da condição existencial do sujeito que coexiste ao sofrimento físico, independente da causa e efeito. Para algum caso concreto, suponhamos que, para uma paciente mulher, em uma entrevista com perguntas abertas e não indutivas, no sentido único de deixar o doente falar de si como quiser e como acha que viveu seu adoecer, a investigação permite verificar que o momento da exacerbação de sua suscetibilidade individual iniciou-se indiretamente após o nascimento de seu primogênito filho. Para ela, as exigências de uma maternidade, subjetivadas por ela mais como obrigação social do que laço afetivo, podem determinar, inicialmente, uma sensação de antagonismo consigo mesma. Para esta paciente em especial, esta condição pode ter se transformada em motivo de muita angústia e tristeza. Irritabilidade e choro podem acompanhar o sofrer ao longo dos meses. A sensação de que não ama o suficiente seu próprio filho pode ser algo difícil de reconhecer perante os termos do que se considera maternidade na nossa sociedade. No decorrer dos meses, iniciam os processos de repetição nas infecções de vias aéreas superiores. Para o homeopata, não importa perseguir causas e efeitos, senão reconhecer concomitâncias e contingências no sofrer. Discernir essa condição em si mesmo depende da realização de um trabalho profundo de si sobre si e se dispor a uma transformação.

Contudo, o mais surpreendente em Hahnemann, é a construção do seu método terapêutico-experimental. A experimentação em si de um medicamento derivado da tinta da

lula, Sepia, que em sua patogenesia despertou sintomas semelhantes em seus experimentadores - certa dificuldade de expressar ou sentir afeto associado a sintomas de manifestações respiratórias, dentre outros - o médico, em seus estudos da matéria médica experimental, ou ao experimentar o medicamento e ao viver a experiência decorrente da perturbação experimental, vive o *insight* de que o medicamento, quando administrado a partir da semelhança dos sintomas, possui potencial de promover o alívio do doente.

Para a proposta que trago aqui, aponto para a possibilidade de se conhecer o sujeito doente e que o doente possa conhecer-se sujeito. Junto ao processo da anamnese realizado, abrir uma chance para que o paciente possa compreender de modo diferente seu processo de adoecimento, propor uma possibilidade de ressignificação deste, no sentido da construção de um novo modo de se governar em suas relações. Claro que nem tudo depende do medicamento ou do método homeopático em si. Torna-se importante, ao mesmo tempo, o diálogo e esclarecimento mútuo do processo terapêutico como um todo, realizado pelo médico e pelo paciente para possibilitar esse movimento. Seria na perspectiva de oportunizar uma significativa sensação de bem-estar, de conhecimento de si e de apontar uma transformação das práticas de si até então adotadas pelo sujeito, no sentido de uma possibilidade para o governo de si, para sua independência singular, construindo uma ética nova em suas relações pessoais e afetivas. Isso se faria possível se, no curso da terapêutica, as relações entre médico e paciente fossem construídas em uma lógica *co-constitutiva* do processo do tratamento, onde a verdade do tratamento estivesse no próprio processo e não incrustada no médico como fonte de poder/saber. Poderia se dizer que há a chance de que, assim, o sujeito possa conservar os fluxos e movimentos de seu estado de saúde, na medida em que permite viver seus processos existenciais, apropriando-se da verdade de si.

Por outro lado, para retomar nosso exemplo, suponhamos que esta paciente apresente o mesmo quadro clínico, que para a biomedicina não haveria muita transformação na abordagem terapêutica, mas na entrevista homeopática encontramos outro estado anímico. Mesmo na presença de secreção amarelada e espessa sendo eliminada pelas narinas, o que sugeriria quadro infeccioso, eventualmente a sensação materna fosse outra: a de estar negligenciando seu dever materno, sofrendo com solidão a carência afetiva. Nesse caso, apesar da mesma patologia, o medicamento homeopático seria outro, provavelmente

Pulsatilla, pois, na experimentação deste medicamento, o experimentador alterou sua experiência vital no sentido de subjetivar sensações de abandono, ao mesmo tempo em que, também, pode ter apresentado eliminação de muco amarelado pela narina. No conjunto, Pulsatilla tem o potencial de alterar a saúde do experimentador nesse sentido. O que para a biomedicina mostra-se como a mesma doença, para o médico homeopata, são doentes diferentes. E se fosse outro paciente ainda, que vivesse tal situação de modo irritadiço, contrariado e inseguro, poderia, talvez, receber Lycopodium, segundo o mesmo método de aplicação que regulou as outras prescrições. Em vista disso, o importante é que, para o homeopata, a enfermidade está sempre nos contextos existenciais. A oportunidade que se abre para o sujeito que adoece, tanto pela abordagem semiótica como pela medicação na Homeopatia, é de um processo de auto-observação nas relações que o perturbaram em seu devir existencial, possibilitando um resignificar do viver nos termos de um autogoverno ético de si para si mesmo.

O segundo fator que sustenta o saber homeopático é a experimentação em si propriamente dita. Já observei a importância que Hahnemann atribui a ela e estabeleci uma possível relação desta prática experimental com o uso dos corpos, conforme já discuti e está em Agambem (2017). Em resumo, trata-se primeiramente da capacidade do experimentador de parar seu viver automático e diário para realizar um processo de observação de si, como vive, sente, percebe o universo que o rodeia, como se relaciona com ele, que efeitos produz e a que efeitos de poder está submetido, que papel cumpre nas relações que estabelece, o que fala e de que posição fala. Para este trabalho, é importante ressaltar o valor do que é observado enquanto registro das verdades de si, como em estreita correlação às práticas de *parresia* helenísticas. É significativo observar que, em cada experimentador que experimenta o mesmo medicamento, podem emergir diferentes alterações nas sensações e funções registradas, mas que o conjunto de todos os sintomas revelados pelos experimentadores demonstram a potencialidade do medicamento, um campo qualitativo de manifestações discretas e singulares para a ação terapêutica do remédio experimentado. Como um todo, constrói-se uma imagem medicamentosa variável, mas com presença de uma identidade medicamentosa perceptível em sua capacidade de alterar a saúde humana. Será através dessa imagem, dessa unidade variável, mas significativa - desde que assim seja também para o doente que se apresenta -, que se baseará o médico homeopata para a

prescrição medicamentosa. Esta condição permite que cada medicamento possa ser utilizado para diferentes condições clínicas e patológicas (do ponto de vista biomédico), uma vez que se resguarde, para a prescrição homeopática, a semelhança entre o que o experimentador sentiu no viver a experimentação e o que o doente sente no viver sua enfermidade.

No contexto da prática médica, importa a fidelidade do relato de si, seja no campo das manifestações físicas, como no das psíquicas (pensamentos, opiniões, crenças, sentimentos, emoções). Tais relatos, necessitam ser contextualizados no âmbito das relações vividas e no papel que o sujeito exerce nelas, para que o processo de aproximação à dinâmica vital ocorra progressivamente no curso do tratamento. Penso que tanto a escuta do caso de enfermidade, como o método experimental hanemanniano, associados ao princípio da semelhança, podem compor alguns dos alicerces para uma biopolítica vitalista. Voltada para o corpo existencial que se manifesta por intensidades e potencialidades, para além de seus órgãos, essa biopolítica vitalista possibilita algumas aproximações para o cuidado e governo de si no sentido da construção de corpos subjetivados, éticos consigo e com os outros.

9.3 O papel das emoções

O afeto, quando enunciado pelo sujeito na tradução emocional sobre o modo de enfrentar a realidade percebida como desfavorável ao seu existir, quer dizer, quando significam fonte de sofrimento ou quando representam um tipo de "cristalização" das flexibilidades ou fluxos do viver, tende a cumprir papel relevante nas definições da prática homeopática, desde que identificadas pelo médico. Em concomitância ao adoecer, tais emoções se associam às vivências significativas do processo existencial do doente, de sua história de vida e relações subjetivas e corporificadas. Quando devidamente identificadas, tendem a tornar-se essenciais na escolha terapêutica, como procurarei demonstrar em alguns exemplos adiante. Mais ainda, podem trazer aspectos significantes no gerar do sofrimento, podem ser fatores essenciais na singularização de dores ou de eventos corporais da enfermidade. Não se trata de estabelecer uma relação de causa e efeito entre emoções e doença. Ao contrário, trata-se de simplesmente oferecer vazão à experiência afetiva do

sujeito, para incorporar em seu relato aquilo que sente de um modo mais completo, ou seja, o conjunto de sua percepção de si ao sofrer.

Não só as emoções em geral que podem caracterizar o modo como o sujeito se relaciona com o mundo, como também aqueles sentimentos que acompanham o quadro clínico, como por exemplo, medos, contradições, irritabilidades, sensações a respeito de suas dores, sensações físicas sem evidência mensurável laboratorialmente ou visível em exames de imagem. Tais procedimentos, além de esclarecer ao médico homeopata uma possível escolha medicamentosa, poderão conjuntamente contribuir aos movimentos de ressubjetivação do sujeito no conhecer e cuidar de si.

Todavia, as certezas advindas do conhecimento científico e materialista influenciam certa disposição de pensar os afetos e as emoções, como elementos que não colaboram para o conhecimento de certa "objetividade" vivida pelo paciente. Enunciados sobre a realidade, se "perturbados" pelas emoções, não nos aproximariam da verdade "objetiva". Isto seria devido à percepção de que os afetos e as emoções nos levariam a sistemas de crenças ou fantasias, à parcialidade subjetiva das conclusões, à falta de objetividade e à deturpação da razão, esta sim, compreendida como a única capaz de enunciar a verdade. Safatle (2016) afirma que "normalmente acreditamos que uma teoria dos afetos não contribui para o esclarecimento da natureza dos impasses dos vínculos sociopolíticos."(SAFATLE, 2016, p.37). Eu acrescentaria aos vínculos sociopolíticos, referidos por Safatle (2016), que uma teoria dos afetos, na hipótese médica que trabalha com relação mente/corpo, pode ir além das condições sociais. Poderia gerar teorias e práticas médicas acerca do sujeito corporificado, enquanto uma relação de processos e contingências do seu viver atravessado por agenciamentos sociais e familiares que, ao sofrer, manifestaria sintomas em sua unidade subjetiva corporificada, a unidade mente/corpo.

Ao incluir os aspectos emocionais na semiologia, no diagnóstico e no tratamento, a Homeopatia busca ultrapassar as dicotomias emoção/razão e mente/corpo, numa perspectiva da configuração de um corpo como efeito de relações psíquicas corporificadas, que atravessam o sujeito em sua historicidade singular. Como já salientei, mas em outras palavras, não seriam emoções puras ou essencializadas oriundas de um "eu", senão emoções inseridas e influenciadas por efeitos de relações sociais e familiares que afetam, marcam e subjetivam a singularidade de cada um: "Como sente? Quais emoções sente? Que

posição toma quando sente? Em que tipo de relação? Como reage e como intervém? Que forças identifica?" são questionamentos importantes para situar o sujeito em sua rede emocional. Seriam, portanto, registros de emoções de um sujeito concreto, atravessado por ações e efeitos de poder, sujeição e luta, ou seja, de toda uma complexidade existencial no campo da percepção de si como sujeito corporificado.

Por exemplo, considerando o momento em que o sujeito inicia a adoecer repetidamente, uma situação que seria caracterizada pela biomedicina como sinusites recorrentes, no diagnóstico da terapêutica homeopática, seria essencial o médico buscar conhecer como o sujeito percebe a cor, o odor e o paladar da sua secreção (seja "verdade" ou não), em que momentos percebe melhora ou piora dos seus sintomas ou que outros sintomas existem na concomitância (tendo relação com o quadro patológico ou não), que sensações acompanham (tipos de dor: se em pontada, queimação, pulsátil, etc), que tipo de alteração notou no desejo alimentar e no modo como dorme, como percebem a modificação no humor enquanto vive suas relações durante a vigência dos sintomas e que tipo de percepção tem de si como elemento vivencial. Essas percepções são importantes, principalmente, no que concerne às emoções, à percepção de si, uma vez que estas costumam singularizar os sujeitos, e podem contribuir para que se viva um estado de recorrência. Ou seja, para o médico e o próprio paciente que busca conhecer a si mesmo, toda entrevista visa conhecer o que recorrentemente tem contribuído para que este não se perceba em seu viver como um ser vivente feliz e que acompanhe de modo flexível o fluxo vital de si, abrindo possibilidade de adoecimento.

Trata-se da "necessidade de desenvolver uma reflexão social que parta da perspectiva dos indivíduos."(SAFATLE, 2016, p.37). Amplio essa reflexão para indicar a construção de uma prática médica orientada para o sujeito enquanto indivíduo no sentido do conhecer a si, através daquilo que enuncia e da transformação de si; no momento em que o sujeito pode colocar em ação tais atitudes, é capaz de modificar a rede de relações em que se encontra. Para desenvolver uma diretriz de pensamento sobre a gênese e tratamento da enfermidade a partir do sujeito corporificado e seus afetos, das emoções que vive, de como sofre as pressões que o docilizam nos aspectos emocionais ou que o revoltam e magoam, enfim, que fazem sofrer a mente e o corpo. Para compreender que os sujeitos tendem em suas vidas a produzir

crenças, desejos e interesses a partir de certos circuitos dos afetos... pois tanto a superação dos conflitos psíquicos quanto a possibilidade de experiências... de emancipação pedem a consolidação de um impulso em direção da mutação dos afetos, impulso em direção à capacidade de ser afetado de outra forma. Nossa sujeição é afetivamente construída. (SAFATLE, 2016, p. 38).

Em outras palavras, penso que não há como compreendermos qualquer estado de sujeição ou de adoecimento, enquanto uma "sujeição corporificada", na forma de sintomas que acorrentam indivíduos em tramas existenciais e corporais, se não compreendermos que essa sujeição é afetivamente construída.

Didi-Huberman (2016), em seu livro *Que emoção! Que emoção?*, ao responder a uma pergunta sobre as emoções serem como uma linguagem universal inata e não adquirida, refere que

[...] As coisas são mais complicadas do que isso. Um chinês chora, mas ele não chora pelas mesmas coisas, nem nos mesmos momentos; as diferenças culturais são consideráveis. Chorar, tudo bem, mas quando, como, onde e diante de quem? De repente, isso se torna uma história cultural.(DIDI-HUBERMAN, 2016, p.59).

Dessa perspectiva, as emoções seriam sensações construídas culturalmente e, além disso, estendendo o conceito, moldadas nas vivências experimentadas pelos sujeitos ao viver suas relações singulares. Haveriam construções emocionais peculiares experimentadas por cada indivíduo, e seriam o modo de como vivem e usam tais emoções que poderiam modalizar os estados de sujeição e de liberdade, nos quais o sujeito concretamente experimenta em sua vida. Didi-Huberman (2016) afirma que "um problema bem melhor seria dizer que existem maus usos da emoção. A questão toda está no controle, uma questão política e social considerável. Vivemos em sociedades de controle."(DIDI-HUBERMAN, 2016, p.58). Acrescento, para além de uma história cultural em geral, a consideração de que há emoções experimentadas em cada viver dos sujeitos, efeitos de afetamentos, controle e submissão individual, que podem contribuir para gerar sofrimento. Nesse caso, a construção de uma prática médica que em seu modo de ver a enfermidade, leve em consideração a unidade existencial do doente, no diagnóstico e na terapêutica, passa a ser importante para práticas de liberdade em medicina. Pois o uso das emoções em que as subjetivações singulares de cada um o docilizam e se transformam em emoções estagnadas, revividas, ressentidas, podem paralisar o fluxo do vir-a-ser do sujeito e o trabalho recursivo sobre estas questões abrem espaço para ressignificações de si e para a construção de outras sensações no sentido do bem-estar consigo e com os outros.

Emoções são linguagens de tipo diferente: não verbais, mas enunciáveis e essenciais para que se possa reconhecer a verdade sobre si nas relações estabelecidas com o mundo e os outros. Pois, se assim for estimulado a falar de si numa consulta médica, o sujeito abre a possibilidade de uma revisão ampla e profunda de si, de uma ressignificação de seu viver emocionalmente corporificado. “As emoções têm um poder - ou são um poder - de transformação.”(DIDI-HUBERMAN, 2016, p.44). Se por um lado, são um poder de transformação, por outro também podem se manifestar como um poder de cristalização afetiva do sujeito, de estagnação e queda de seu fluxo do vir-a-ser, contribuindo, dessa forma, para as possibilidades de adoecimento do sujeito.

Portanto, emoções não podem ser caracterizadas como boas ou ruins. Somente são avaliáveis no modo como as usamos para viver, na forma de vida. São inseparáveis de nosso constituir-se sujeito corporificado. Revelam-se potência e intensidade de vida em um corpo cuja matriz organizativa não está nos órgãos, e sim, encontra-se nos processos existenciais

Uma vez que são moções, movimentos, comoções, são também transformações daqueles e daquelas que se emocionam. Transformar-se é passar de um estado para outro... inclusive, é por meio das emoções que podemos, eventualmente, transformar nosso mundo, desde que, é claro, elas mesmo se transformem em pensamentos e ações. (DIDI-HUBERMAN, 2016, p.38).

Em outras palavras, transformam-se em linguajar, em enunciados de si, em *parresia*, em cuidado e governo de si.

É nesse sentido que defendo o posicionamento de uma prática homeopática que seja ética: a saúde do paciente se constrói no processo em que o sujeito de si se capacita para modular, de modo diferente do que vinha fazendo em suas relações, os afetos e as emoções que emergem em suas relações e, assim, podendo alcançar o bem-estar físico e emocional. Se assim não o fizer, conserva a chance de qualquer enfermidade consumir sua subjetividade corporificada, conserva a doença em seu corpo como é vivido e psiquicamente percebido por si mesmo, atravessado por determinadas relações emocionais e de sujeição. Não só uma ética social, de experiências que a sociedade proporciona como a política, mas de uma ética que seja da experiência do sujeito consigo mesmo, em sua vida prática, em sua forma-de-viver, modalizada pelas cores emocionais que tingem o viver de cada um.

As emoções e os afetos, o modo como cristalizam atitudes corporificadas dos sujeitos em suas relações e o potencial que carregam para uma ressignificação do viver de cada um, são elementos essenciais na configuração da doença e no diagnóstico clínico/dinâmico que a Homeopatia propõe. Seria necessário, para que esse movimento alcançasse magnitudes de transformação do sujeito, que tanto o médico como o paciente compreendessem, em si mesmos, as modalidades de circulação e/ou conservação dos afetos que compõem suas vidas; a que efeitos de poder estão submetidos, o que produzem em termos de mudanças corporais, seja para o sofrimento ou para o bem-estar e liberdade, quer dizer, seja para a configuração de um processo de enfermidade, seja para a configuração de um movimento do vir-a-ser no cuidado e no governo de si. Desse ponto de vista, pode-se compreender enfermidades como efeitos personalizados de relações de saber de si mesmo e de atravessamentos de relações onde se produzem corpos estancados, docilizados, reprimidos, em que o fluxo de seu existir afetivo e corporal não produzem efeitos de liberdade sobre suas próprias corporeidades.

10 UMA PRÁTICA POSSÍVEL

Nessa seção, viso discutir exemplos de uma prática possível em Homeopatia. Não é do escopo desse trabalho abordar as diferentes visões e possibilidades da prática homeopática. Em outra direção, busco apresentar uma visão de como uma abordagem dinâmica da enfermidade do sujeito - utilizando a Homeopatia como instrumento de diagnóstico e tratamento de enfermidades - pode ser realizada no sentido de um tipo de ressignificação de si na relação do sujeito consigo mesmo e com os outros.

Antes de comentar alguma possibilidade de uma prática médica para o sujeito, no sentido de uma maior compreensão do manejo homeopático, considero importante a revisão e sistematização de alguns critérios a serem observados para a abordagem da enfermidade na prática clínica, alicerçados no estudo do livro de Samuel Hahnemann, *O Organon da Arte de Curar*. Para tanto, destaco aqueles que considero mais significantes:

- a importância de ouvir, olhar, cheirar, sentir o paciente no exato modo como o distinguimos sensorialmente. Em especial o ouvir, para registro exato do relato dele em suas palavras, sem qualquer mudança naquilo que foi enunciado.

- o sentido dessa recomendação é devido à expressão própria utilizada pelo experimentador do potencial terapêutico do medicamento ao enunciar as alterações que percebeu em si mesmo, para, na possível medida, poder estabelecer a semelhança dos sintomas vividos e informados pelo doente e estabelecer os critérios de semelhança, sem os quais nada poderia ser feito nessa perspectiva.

- a escolha dos sintomas recai na articulação variável de três fatores preponderantes que concorrem para a individualização do caso clínico: i) manifestações psíquicas e emocionais significativas no âmbito do doente e que sejam modalizadas; ii) disposições gerais modalizadas como, por exemplo, sensibilidades a certos tipos de clima, alimentos, líquidos, horários de melhora e agravação; iii) e manifestações somáticas locais modalizadas como dores, queixas respiratórias, urinárias, entre outras.

- para a melhor percepção dos sintomas acima apontados, o médico deve investigar as condições existenciais do doente com perguntas abertas, não dirigidas e que alcancem a historicidade do sujeito, chamada em Homeopatia como biopatografia, não importando qualquer tipo de relação causal com a patologia específica, mas, diferentemente, por ser significativa ao sujeito doente em sua história de padecimentos e suscetibilidades.

- quanto mais raro, singular e idiossincrásico em sua modalização é o sintoma, mais potencial significativo se apresenta para a prescrição.

- modalizar o sintoma significa investigar os fluxos, movimentos, percepções singulares do doente sobre si. Intensidades, frequência no tempo, antagonismos, paradoxos, enfim um conjunto de qualidades percebidas pelo doente em si mesmo devem ser valorizadas na espontaneidade de seu enunciado.

- a terapêutica homeopática é processual, sempre em construção em aproximações sucessivas de uma dinâmica individual que não cessa de se modificar e se manifestar em movimento de vir-a-ser na percepção de seu adoecer.

- nesse sentido é rara a prescrição homeopática que esteja completamente errada e não existem efeitos colaterais. Tudo faz parte do processo de construção de um movimento para transformar as relações de subjetivação de si com os outros, como também para o alívio dos sintomas ao mesmo tempo em que os sintomas que surgem no movimento terapêutico são o despertar de potencialidades do sujeito. Como tais, devem ser redimensionadas dinamicamente no ajuste do tratamento.

- o fato de o médico homeopata estar atento às dinâmicas existenciais e às intensidades modalizadoras dos sintomas percebidos nas falas do doente, para então poder prescrever por similitude, não significa que ele não saiba da existência de órgãos e de patologias orgânicas subjacentes. Pelo contrário, tais patologias dos órgãos são substratos físicos e objetivos de uma dinâmica vital. Esta última, essencial para a apreensão de uma corporeidade ontológica existencial.

- o uso, o cuidado e a percepção de si são tão importantes para o tratamento quanto é a consciência do médico em abordar cada caso com atenção e diligência. Um procedimento que visa não deturpar o falado ou usar suas próprias palavras no lugar das do doente. Uma constante vigilância de si mesmo, para conseguir resgatar toda a experiência do sofrer tal como historicamente vivido pelo sujeito e assim conseguir encontrar alguma semelhança medicamentosa e reconhecer os seus próprios limites e outros que método apresenta.

Ao destacar esses aspectos a serem possivelmente considerados em uma prática médica homeopática, não estou propondo nenhum método a ser seguido, senão construir um norte para que se possa procurar uma medicina que seja processual, demarcando campo com a biomedicina, contingente aos movimentos existenciais do sujeito e, assim contribuir para que ele possa em algum momento do caminho terapêutico, encontrar a possibilidade de um conhecer-se para um governo de si.

Muitas vezes, pode ser difícil entender de que maneira as práticas homeopáticas podem contribuir no sentido de construção da saúde por meio da possibilidade de governar a si mesmo. Não se trata da construção de uma consciência idealizada de transformação de si. Também não se trata de uma "cura" nos moldes de uma doença orgânica, se bem que elas ocorrem. Trata-se da ressignificação das relações que o sujeito corporificado estabelece com seu meio de vida permitindo que seja livre e consciente de si, na exata medida de seu potencial vital, como também na construção de novas relações diferentes daquelas então cristalizadas, nas quais vivia.

Esta reflexão me recorda a história de um menino com cerca de dez anos, que chegou acompanhado de sua mãe pelo fato de comer e, logo em seguida, vomitar o alimento, além de aceitar comer apenas massa Nissin Miojo. Segundo o relato da sua mãe, estava na escola desde os cinco anos e sempre foi bem. Naquele ano, sua irmã menor entrou

na mesma escola e, desde então, chora e vomita diariamente o alimento, com exceção da massa. Isso piora antes de ir ao colégio. Parece que sofre antes de ir ao colégio. Fica extremamente ansioso. Não aceita comida, vomita todos os dias, caso se ofereça outra comida ou se ofereça algo para comer na hora de ir ao colégio. Tem que levar sua marmitinha com massa ao colégio para comer. Em casa come apenas massa e, nos avós, também. Quer ir visitar colegas, mas fica ansioso, pergunta se lá tem massa ou pede que eu faça sua massa para levar. A mãe refere que as professoras dizem que se comporta bem na escola e pede para ser observado pelos pais, através das câmeras da escola, para comprovar que se comporta bem e que esse problema da comida não é um grande problema. Também parece ansioso quando viajando conosco, pois pede para parar o carro porque quer urinar toda hora, temos que parar o carro a todo o momento para ele urinar. Acho que é tudo nervoso, um vômito nervoso, ansioso. Quando está para vomitar parece que não tem posição para ficar, senta e levanta. Quando está nauseado, força o vômito, mesmo que não saia nada. Está sempre preocupado em agradar os pais, não a qualquer um, mas a nós. Sente que nós podemos amar menos ele se ele não agradar ou se comportar e vive dizendo “esse problema da comida não é nada demais, né?”

Medicado com *Metallum album* 30CH doses diárias.

A escolha desta medicação partiu de um entendimento de que o sofrer era vivido com ansiedade pelo menino, constatado nas afirmações maternas de vômitos ansiosos, de não conseguir controlar o desejo mictório em viagens, assim como de não ter posição para ficar no curso da náusea. O afeto vivido como substrato à experiência de adoecer foi compreendido como sensação de que os pais o amavam menos (relato da mãe) e que, portanto, era repetida sempre a mesma questão de se comportar bem e de querer agradar os pais. *Metallum album* é uma substância da tabela periódica dos elementos, o Arsênico, que, em sua experimentação patogenética, produziu extrema ansiedade nos experimentadores, como também a sensação de que não é amado pelos seus pais ou parentes. Não só ansiedade, como também inquietude, a ponto de o experimentador não conseguir ficar parado e precisar se colocar em movimento, nem que seja para arrumar algo que ele considera fora do lugar. Mesmo que a *Matéria Médica* de Arsênico seja extensa e contenha inúmeros sintomas nas mais diversas situações corporais e psíquicas, observa-se que a escolha medicamentosa se baseia em representações sutis de uma experiência subjetiva da

enfermidade (a ansiedade, a inquietude, o sentir-se não amado), condição essa suscetível de interferências múltiplas, inclusive por parte da própria entrevista médica, no sentido da percepção da verdade enunciada pelo doente ou pelo seu familiar. No entanto, percebe-se essa incerteza como intrínseca ao processo de aproximações sucessivas que caracteriza tal método homeopático. Lidar com ela faz parte das relações de incerteza que caracterizam a conservação e a descontinuidade das vidas humanas. O que acontece depois da ingesta medicamentosa se apresenta imprevisível. Os movimentos existenciais pelos quais irá passar o sujeito em que a percepção de si na enfermidade se transforma definirão a si mesmo e às condutas do médico. Nada há de preconcebido, tudo depende dos fluxos contingentes e movimentos do sujeito assim como de suas percepções de si. No caso de crianças, a contribuição dos pais é fundamental, em especial da mãe, por conta do papel que lhe é atribuído em nossa sociedade de cuidado dos filhos e da intensa ligação afetiva que existe nas relações maternas com o filho, o que potencialmente permite uma aproximação do sofrer da criança.

Trinta dias após a consulta, a criança acompanhada novamente de sua mãe, reconsulta com “pequena melhora”. Menos ansioso, ainda come apenas massa e segue vomitando todos os dias. Experimentou nuggets uma vez (costumava comer bastante nuggets antigamente). Sempre dizendo que não quer desagradar os pais, pergunta “você me amam, né?”. Pensa não ter amigos por causa da comida e que desse modo não conseguirá fazer amigos. Quer nossa aprovação.

Mantida doses diárias de *Metallum album*.

A decisão de manutenção terapêutica se baseia na melhora observada pelos pais, apesar de não ter sido observada uma melhora significativa nos motivos essenciais da consulta ainda só come massa e a pergunta sempre repetida de que "você me amam, né?", se de fato se mostra significativa de uma sensação de não ser amado, mesmo que ainda não ressignificada pela criança, faz parte da patogenesia de Arsênico.

Trinta dias depois, nova reconsulta: ainda muito seletivo na comida, diz que “dá uma ansiedade que vomita” (palavras dele). Se sua classe planeja viagem da turma com os professores, ele já começa a vomitar um ou dois dias antes. Muito inseguro, essa sensação parece ser nova, continua perguntando se a mãe fará sua marmita para poder viajar. Não sabe se vai ser bom. A ansiedade parece que diminuiu e foi substituída por uma certa

insegurança. Segue perguntando se a mãe o ama. A mãe relata: “sempre digo que sim e nada fazemos para ele pensar o contrário. Mas é uma sensação que ele tem.”

Troca de medicação: *Lycopodium* 200CH dose única

A mudança terapêutica nessa altura se justifica por três aspectos a serem considerados: no estancamento do movimento de melhora, na manutenção do sintoma fundamental que o levou ao tratamento e no surgimento de um elemento novo: a insegurança. *Lycopodium* é um líquen que, em sua patogenesia, desenvolve um profundo estado de insegurança, uma perda de autoestima, uma sensação de incapacidade em si mesmo de poder realizar algo.

Ocorreram três consultas sequenciais cada 30 dias com uso de *Lycopodium* em potências progressivas, cuja evolução se mostrou parcial. Houve algumas melhoras alimentares, aceitação de salsicha, contudo sempre misturado com massa Nissin Miojo. Diminuiu a frequência das crises de vômitos. No entanto houve piora do sono, não querendo dormir em seu quarto, não sabendo se por medo ou por qual outro motivo, dizendo agora que não se acha bom. Segue querendo agradar os pais e ser perfeito.

Na quarta consulta sequencial, ainda em uso de *Lycopodium*: voltou a vomitar e parou de provar comidas. Não que tivesse provado muitas, mas parecia melhor. Sono até melhorou, voltou a dormir em seu quarto, mas ainda difícil para comer. Os sintomas parece que voltaram, ou ainda, parece que haviam melhorado de forma tangencial. Acrescente-se que andava mais choroso. Nos dias em que não come e quer comer, pergunta “sou filho de verdade ou sou problema?”. A mãe relata que esse é um problema, pois ele quer comer, fica com medo, não come e pergunta se nós gostamos dele. Diz para nós que “só quero fazer o que vocês gostam”.

Nova medicação: *Palladium* 200CH dose única.

Palladium é um metal pesado pertencente também a tabela periódica dos elementos. Não é uma substância com larga experimentação, como acontece com Arsênico e com *Lycopodium*, ambas com patogenesias extensas e bem documentadas na *Matéria Médica Homeopática*. No entanto, há um sintoma predominante em *Palladium* e que norteia sua rara prescrição: o desejo de ser querido e de agradar a todos pelo medo da opinião alheia. Note-se que, desde o início, esse era o sintoma que gritava em sua manifestação. A criança já desde a primeira consulta dizia, pelas palavras da mãe, que queria agradar aos pais. No

entanto, foi somente no processo terapêutico, nos processos de contingências e incertezas que o fluxo vital requer para ser reconhecido nos movimentos de percepção das dinâmicas de relação do sujeito, que se elucidam no viver o próprio processo, é que o valor do sintoma foi reconhecido e que *Palladium* se revelou a todos, como veremos a seguir.

Reconsulta, em 40 dias: cresceu a diversidade de comida. Até arroz que tinha medo de engasgar e vomitar está comendo. Voltou a comer quase de tudo. Parece que perdeu o medo. Mais seguro. Não chora mais. Dorme bem e sozinho em seu quarto. Fala “como isto está bom” referindo-se a comida que reexperimentou. Comendo prato de comida normal. Não fiz mais marmita. Não pergunta mais se os pais o amam ou se está agradando.

Observa-se que o paciente resolve, a seu modo, o conflito existencial que o impedia de se alimentar com tranquilidade e diversidade. O tratamento lhe permitiu voltar a um tipo de domínio sobre si mesmo que não gerou mais sofrimento. Passou a comer com satisfação crescente e sem a ansiedade que o levava às náuseas. A expressão de seu sofrer singular, e que levou a prescrição de *Palladium*, é aquela que, na experimentação, emergiu no experimentador: o medo da opinião alheia e a necessidade incondicional de querer agradar. Quando a escolha do medicamento recaí no sintoma significativo para o sujeito que adoeceu, percebem-se efeitos no conjunto das dificuldades do paciente. Ele tende a se reorganizar no sentido de seu viver. É importante ressaltar que, para a prescrição medicamentosa, vale somente o que é enunciado pelo paciente. Pela sua mãe, no caso relatado, assim como por algumas frases recorrentes faladas pelo menino, como quando relatou sua extrema necessidade de agradar os pais, em um tipo especial de *parresia*, na ousadia de falar de si. O médico precisa sempre estar atento e buscar na matéria médica o medicamento que desperta tal sintoma na experimentação. O processo pode ser demorado e frequentemente percorre tal movimento de aproximações sucessivas. Importa é a atenção do doente consigo mesmo (ou no caso a observação criteriosa dos familiares) e a mutação do processo terapêutico que tende a revelar os movimentos do sujeito corporificado.

As análises e conclusões posteriores sobre os possíveis motivos que levaram ao estado de enfermidade tem valor somente na compreensão da dinâmica histórica do paciente. Os motivos para consulta, frequentemente problemas clínicos evidentes - sinusites, alergias, enxaquecas, hipertensão artrites, problemas digestivos, etc - que trazem o doente, são epifenômenos de uma dinâmica existencial que revela uma suscetibilidade

individual. Esta, por sua vez, se enunciada e examinada com delicadeza e coragem pelo sujeito, permite uma reorientação do viver. Nem sempre tal reorientação torna-se completamente consciente, mas se evidencia em uma prática de viver com mais liberdade de ação.

Quando o paciente retorna em uma consulta e refere que se sente mais fortalecido, mais capaz ou que parece que foi retirado um véu de sua visão e de seu pensamento e, ainda, que seus sintomas já não lhe incomodam mais, me leva a pensar, na prática médica e clínica, nas relações com o cuidado de si para uma construção de outra estética de existência para o sujeito existencial que se encontra em minha frente, em como reestrutura sua existência para poder viver sem medo e, no caso da senhora, também sem hipertensão. Ou seja, que sua própria vida se transforme em um trabalho, em uma obra de arte de si mesma, potencializando-a a viver mais plenamente. Tal trabalho passou pela enunciação das verdades de si, de como elas ocorrem em seu viver concreto e existencial.

No ponto de vista que defendo, é importante, senão crucial que, nos diálogos travados durante o processo terapêutico entre médico e paciente, toda uma abordagem, buscando a conscientização dos processos de enfermidade individual seja praticada, visando a construção de uma ética nova, de relações de si para consigo e com os outros. Não há fórmula pronta. Há processos em permanente construção. As histórias pessoais de subjetivação do sofrer emergem na prática de enunciação de si, visando outro cuidado de si, em relação ao que tem praticado até então o sujeito.

São inúmeras as dificuldades iniciais deste tipo de tratamento homeopático. A principal decorre de como os sujeitos enfermos já se encontram subjetivados em suas doenças corporais e orgânicas, sem que necessitem refletir sobre si. Já se encontram subjetivados por um tipo de cuidado que visa um corpo objetivo, sem participação de seu viver, desconhecendo como a enfermidade pode ser essencial para uma resignificação de suas dinâmicas existenciais, como uma experiência psíquica do viver. Outro tipo de obstáculo é a construção de uma relação entre médico e paciente em que não haja a hierarquia normalmente presente de saber/poder, na qual se deposita no médico o saber da doença e pela qual o paciente se subjetiva na relação terapêutica, tendo como efeito a docilização de si. Na verdade, quem sabe da enfermidade é o doente, que a vive e pela qual deve estimular sua verdade ao escutar os enunciados que revelam a experiência mesma da

enfermidade. O médico deve se transformar em instrumento e veículo para a reorganização do doente em seu processo singular de "cura", mediando-o com medicamentos que estimulem tais novas práticas de si.

A "cura" também acontece nesse patamar de construção de novas relações de si para consigo e para com o meio no qual vive o sujeito. Há pacientes que, ao consultar por erupções rosáceas na face, por exemplo, acabam, no transcurso do tratamento, por se reorientar em suas relações vitais que o envergonhavam ou o incomodavam por apresentar tal erupção facial, mesmo no caso de ainda apresentem erupções significativamente menos intensas. Não é uma "cura" absoluta, objetiva ou meramente do corpo. É uma cura do sujeito e de como ele constrói seu viver.

Nesse sentido, proponho a reflexão sobre a possibilidade da inserção da Homeopatia como elemento de construção de uma prática médica alternativa para o sujeito, uma prática vitalista na medida em que é existencial e fundamentada no ato linguajante de si. Uma prática que leve a uma articulação de uma capacidade de gestão de si, ao perceber a enfermidade como construção histórica de si nas relações estabelecidas ao viver na presença de elementos que agenciaram seu sofrer. Que possa participar da construção de um saber médico inserido na composição de uma biopolítica vitalista, nos dizeres de Safatle (2016). Sobressai a valorização dos elementos de intensidade dos corpos subjetivados em processo de sofrimento, agenciados nas relações de seu viver, seja em família e em sociedade, mas sempre incorporando em seus corpos concepções de si subjetivadas, que a Homeopatia chama de sintomas modalizados. Tais elementos de intensidade se inserem, também, nas experiências emocionais do sujeito. A enfermidade faz parte da potência do existir, emerge em uma vitalidade estagnada e cristalizada do vir-a-ser, que não se produz na vitalidade dos fluxos nos quais o paciente sente-se normal. Nesse caso, o acometimento do órgão é um evento focal de uma dinâmica global. Adoecer se relacionaria à existência histórica e relacional do sujeito, de como ele se configurou ontologicamente a si mesmo. São histórias pessoais de subjetivação do sofrer no curso de suas vidas. Na definição do medicamento homeopático, deve-se observar características de como o corpo subjetivado se configurou em suas suscetibilidades ou em suas respostas idiossincrásicas frente às perturbações. São distinções de si enunciadas no palavrear do doente que se mostram

definidoras na proposição do tratamento, assim como foram os sintomas despertados nas experimentações.

A prática homeopática deve ser capaz de mobilizar uma sensação de bem-estar subjetivo, que não é conceitual ou essencial, mas vivida e revivida, demonstrando outra forma de apropriação de si. No processo terapêutico, cada sensação da experiência de sentir-se bem ou sentir-se mal é o que orienta as diretrizes próximas a serem ponderadas no tratamento cujo fim é definido pelo sentir-se bem do doente, estabelecido no conversar sobre si e sobre sua enfermidade, independente do conceito de doença conhecido pelo médico.

As condutas terapêuticas homeopáticas se mostram sempre processuais. Os caminhos percorridos pelo doente na autopercepção de si, e todas as mudanças que o sujeito observa no próprio movimento terapêutico são os elementos que guiam os próximos passos, possibilitando o doente a se apropriar de si e de suas dinâmicas de vida. As melhoras sempre tendem a ser globais nas redes de relação integradas de seu viver a enfermidade ou não se configurariam como "melhoras" nas práticas da Homeopatia. Nesse sentido, não há como haver melhora local ou melhora de um órgão ou sintoma isolado. Nunca é demais afirmar que voltar os olhos para o processo existencial do adoecer se torna elemento chave para a aproximação terapêutica. Não há medicamentos específicos para doenças. Tampouco há um único medicamento específico para sujeitos. Há uma progressão indefinível, indeterminada e cercada de incertezas de uma experiência terapêutica em progressão. Um método de aproximações sucessivas, guiado e definido na experiência da relação médico-paciente, enunciado pelas sensações vividas pelo enfermo enquanto ato de vida e sempre contextualizado no modo existencial do paciente.

As prescrições homeopáticas potentes, através da semelhança dos sintomas eleitos, podem proporcionar uma experiência de bem-estar subjetivo e corporal, possibilitando ao sujeito que adoce apropriar-se de sua existência real e concreta. Esse se torna capaz, assim, de conceber, um momento que poderia ser chamado de cuidado no uso e no governo de si. Estas são as possibilidades que a Homeopatia apresenta no sentido de uma medicina que contenha práticas de si, voltadas ao autoconhecimento e a uma vida ética consigo e com os outros. Seja para os médicos, que como pesquisadores/experimentadores percebem o sintoma da enfermidade como processos existenciais e, assim, capacitam-se para o

melhor de si no cuidado do seu paciente, escolhendo os sintomas mais singulares para a prescrição do medicamento e, assim, contribuindo para o processo terapêutico do doente. Seja, no mesmo sentido, para o doente, já que tal abordagem de seu movimento de adoecer possibilita a ele que ressignifique este adoecer no contexto de sua existência e, assim, exerça uma prática de cuidado de si fundamentado no dizer e sentir a verdade sobre si.

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento médico construído ao longo dos anos até os tempos contemporâneos é produto de relações de poder desenhadas desde o século XVIII, respondendo a demandas sociopolíticas geradas nos primórdios do capitalismo. Tanto as produções iniciais da anatomoclínica como as evoluções tecnológicas atualmente atingidas não ocorreram como evoluções e descobertas científicas acerca de uma realidade corporal objetiva, mesmo que assim possa ser compreendida, mas enquanto uma mudança de olhar sobre o corpo. Desse modo, discuti, nesse trabalho, que a biomedicina tende a cumprir papel decisivo na produção e conservação de uma biopolítica de controle de corpos populacionais e através da construção de verdades médicas para o sujeito, voltadas a uma perspectiva de sujeição ao biopoder na concepção de um corpo objetivo, anônimo e maquinizado.

No percurso histórico, a biomedicina tem buscado construir-se no estabelecimento de constantes biológicas objetivas e, assim, aproximando a medicina àquilo que se concebe como ciência: um conjunto de saberes estruturados no objeto material, tornados inteligíveis através da medição dos fenômenos corporais. Trata-se de um saber já historicamente consolidado na ampla gama de diagnósticos, métodos e tratamentos praticados pela biomedicina e que se apresenta como um tipo de cuidado de um corpo cuja subjetividade se submete às verdades do outro, no caso o médico especialista.

Todavia, esse outro olhar que propus utilizar para o entendimento da produção do saber médico é essencial para que se possa abrir a possibilidade de outra compreensão da prática médica centrada no cuidado ético do sujeito orientada para uma prática do governo

de si. Nesse caminho, pretendi apontar possibilidades para uma abordagem contemporânea para a Homeopatia coadunada com os princípios apresentados neste trabalho.

Para tanto, creio ter proposto uma visão de corpo subjetivado para a medicina no sentido da compreensão de enfermidades como eventos singularidades em processos históricos produzidos nos viveres dos indivíduos. Buscar elementos para compreender a verdade *parresiasica*¹⁴ do “si” passa a ser importante. O corpo subjetivado, quando manifestado pelo sujeito através da experiência *parresiasica* de si, é o viés que produz a singularidade existencial capaz de transformar sujeitos.

A Homeopatia, que emerge historicamente através de movimentos complexos, envolvendo o vitalismo aristotélico associado a uma perspectiva de análise "horizontal" do doente, pois considera as concomitâncias sintomáticas da enfermidade, elaborado de modo singular e inusitado por Samuel Hahnemann, revela-se uma prática médica que se capacita para a compreensão do sujeito histórico e ontológico que adoece. O estudo de sua obra *Organon da Arte de Curar*, em que pese sua visão vitalista essencializada – como se o corpo possuísse tal energia em sua estrutura – pode abrir caminho para uma visão de um vitalismo alicerçado na palavra e na verdade do sujeito que vive sua enfermidade. Uma visão de enfermidade existencial e ontológica, de um corpo em que os órgãos são um mero momento cristalizado de um processo existencial e vital. Assim, a compreensão do *Organon* nos capacita a dizer que há, sim, outras práticas médicas legítimas e que contém em sua terapêutica a possibilidade de outra visão para abordar as doenças produzindo um efeito de liberdade e, portanto, de um cuidado ético de si. Foi esse o contexto em que procuramos caracterizar a Homeopatia como um método de diagnóstico e de cuidado de si em suas identidades impermanentes. Uma visão de medicina processual, caracterizada por aproximações sucessivas aos movimentos de enfermar-se na experiência de viver.

¹⁴ Utilizo a verdade *parrhesiasica* no sentido de significar "decirlo todo". 'hablar libremente', ejercer una 'libertad de palabra'. Esta capacidad involucra una mezcla de destreza, virtud, obligación y técnica que el individuo pone en practica con el propósito de orientar el trabajo del *cuidado de si* que otro compañero desarrolla... La *parrhesia* se presenta, entonces como un procedimiento original y único en el campo de los modos de vivir verdadero.. existe una completa concordancia entre su palabra y su acción... en la construcción artística de la propia vida". (ORELLANA, 2004, p. 337), ou ainda, como prática de liberdade em "um exercício de si sobre si mesmo através do qual se procura se elaborar, se transformar e atingir um certo modo de ser" (FOUCAULT, 2004, p. 265)

Assim, propus outro olhar sobre a enfermidade: movimento de corpos subjetivados vivendo seu viver, sentindo seus processos existenciais e experimentando seus fluxos, seja permitindo-os ou cristalizando-os, proporcionando bem-estar ou mal-estar. O corpo vivido pelo sujeito, que incorpora seu existir corporificado, não cessa de se transformar e de se conservar em um processo de reflexão e deliberação de si, nas suas relações consigo e com o mundo. Nesse movimento, em que se cristalizam ou coagulam movimentos vitais e existenciais produzindo sofrimento, é que adocece o sujeito. Não se trata de um simples organismo, senão de modos de formas de viver a vida em constante mutação, "em uma sucessão de papéis diferentes segundo os públicos e os movimentos, mas sempre preservando uma unidade."(AGAMBEM, 2018, p.196). Se as histórias contadas e vividas pelos sujeitos se conservam na contínua transformação de si nas relações que vive, tende a se viver em saúde, pois os sujeitos corporificados se configuram em espaços psíquicos vividos no interior das relações que estabelecem. As configurações corporais e subjetivas de cada um são sempre históricas, múltiplas e processuais, estabelecidas nos espaços de interação das pessoas, em que elas experimentam a vida, imersas em modos e formas linguajantes. O sujeito em sua corporeidade muda permanentemente para permanecer si mesmo. O indivíduo corporificado "nunca cessa de nascer."(AGAMBEM, 2018, p. 200). Suas histórias de vida são sempre "uma leitura e uma releitura ao longo do tempo. Ela nunca é uma verdade, apenas a última versão que um indivíduo oferece de si mesmo"(AGAMBEM, 2018, p.202). Não há doença estabelecida, simplesmente, há processos de adoecimento.

A Homeopatia pode ser vista como uma concepção de uma medicina centrada no falante, onde o dizer a verdade profunda de seu sofrer traduz a verdade própria do doente. Conforme Rosenbaum (2008), "a Homeopatia é uma técnica dotada de uma tecnologia que privilegia e elege o sujeito como seu objeto mais importante." (p.163). Trata-se do sujeito que subjetiva a si mesmo e fala de si como sua verdade singular. Um sujeito que se forja em sua corporeidade na trajetória existencial singular, na interconexão de todas as experiências históricas, emocionais, existenciais e relacionais, na família ou no trabalho, produtos de efeitos de relações em que se subjetivou e reagiu.

"A recuperação da narrativa como acesso ao sofrimento transformou-se, então, em um elemento vital" (ROSENBAUM, 2008, p.174) para uma prática homeopática que vise

uma ressignificação de si nas relações existenciais praticadas pelo sujeito, produzindo outros efeitos de liberdade e de ética. Esse olhar para o "vitalismo é medido por palavras e demanda autocompreensão e diálogos permanentes."(ROSENBAUM, 2008, p. 183). Em cada consulta homeopática, o médico e o paciente vivem uma história de interconexões linguajantes e significativas, que permitiriam a prescrição de um medicamento.

A enfermidade, assim considerada, emerge contingente ao viver, momentânea, mutante na sutileza dos processos e experiências do viver, representante do fluxo existencial do sujeito que adoece; reconhecida, tanto pelo sujeito doente como pelo médico, através dos enunciados praticados. Apesar de poder ser confundida com uma prática confessional, neste trabalho proponho a ideia de que tal prática seja relativa à construção de outra estratégia de poder nas relações mais imediatas do sujeito e também na capacitação de exercer relações éticas com os outros, ou seja, na vida social. Isso quer dizer que o sujeito se habilitaria a transformar a característica das relações que estabeleceu, ressignificando-as para si no seio das suas experiências vitais. Ou seja, seria a construção de outras relações de saber/poder, de um biopoder vitalista que trabalhasse com os circuitos dos afetos gerados em seu viver (SAFATLE, 2016), buscando a construção da autonomia ética e afetiva do sujeito, pois "cada adoecimento segue um curso de vida" (ROSENBAUM, 2008, p.73). Rosenbaum (2008) argumenta que o "adoecimento pode[ria] ser a incapacidade de acompanhar os movimentos da vida" (p. 73), associado à percepção de que adoecer pode se confundir com o processo em si do viver a vida do sujeito. Na concepção da enfermidade *co-constitutiva*, o viver os sintomas faria parte dos movimentos vitais de cada um e no processo curativo o movimento terapêutico seria de ressignificação dos viveres existenciais. "Ser agente de si próprio é imediatamente recobrar o horizonte do autocuidado e aumentar a acuidade da atenção à vida."(ROSENBAUM, 2008, p.73).

A "cura", no contexto apresentado, poderia ser considerada como a possibilidade oferecida pelo próprio sujeito de retomar a si mesmo, no protagonismo ético de sua existência e, portanto, com os outros, ininterruptamente em movimentos de fluxo e refluxo do existir. O médico seria um facilitador desse movimento existencial corporificado. É o processo que importa; é como se caminha, é como se chega e não onde se chega. "Não podemos... idealizar a cura. Centremo-nos em cuidados [pois] quando finalmente o ocupar-

se de si mesmo ganha corpo em uma pessoa, ele traz à vida significado(s) em permanente exame e resignificação." (ROSENBAUM, 2008, p. 76).

Saúde apresenta-se como a flexibilidade de um processo vital e existencial em permanente mutação de si em si mesmo atravessado por circuitos de afetos e efeitos de poder vividos nos modos existenciais de cada um, permitindo um cuidado e governo de si enquanto que a enfermidade pode ser a quebra ou ruptura, parcial ou total, desse movimento. Quando vivemos e adoecemos, o existir em nossos múltiplos papéis, fazemos no viver enquanto modificações corporais e emocionais conjuntas, em vivências auto reflexivas e narradas como experiência vital e não somente como alterações orgânicas. Não há saúde idealizada ou enfermidade separada do corpo existencial.

Para a compreensão desse processo de relação existencial da saúde e da enfermidade, o conhecimento das emoções e sensações experimentadas podem cumprir um papel importante na modalização do sofrimento vivido pelo sujeito. Necessitam de estímulo para serem observadas, enunciadas, animadas, colocadas em movimento consciente e experimental do viver. Necessitam ser legitimadas como alicerces dos movimentos existenciais do sujeito. São circunstâncias legítimas do movimento descontínuo de ser enquanto se conserva, ao mesmo tempo, um tipo de identidade ou continuidade histórica no movimento existencial. Não se trata de interpretá-las, senão de simplesmente perguntar, observar e registrar suas contingências ao processo do viver e de adoecer do sujeito, identificá-las, nomeá-las, estimular o sujeito a fazê-las emergir como são em sua experiência, sem qualquer outro significado oculto. Trata-se de uma prática "confessional" que não visa a docilização, pois as derradeiras verdades não são declaradas pelo médico e, sim, enunciadas na *parresia* do próprio sujeito. Uma prática que se orientaria, provavelmente, em um sentido da construção de um biopoder vitalista. (SAFATLE, 2016).

Nesse sentido, a "cura" também seria um processo de vir-a-ser. A "cura", enquanto um desejo mítico da biomedicina quando idealizada como ausência de sintomas e ausência de doença, poderia, no caso de um outro olhar, ser entendida como um processo do cuidado de si em busca da resignificação de seu viver, nunca estanque, nunca alcançável, mas sempre presente no dia-a-dia nos movimentos narrativos e emocionais do viver do sujeito. "Falar é uma forma de 'curar' sujeitos."(ROSENBAUM, 2008, p.78). E "curar" seria resgatar o sujeito para si mesmo no sentido de recuperar seu domínio e sua competência na

produção de sua saúde. O sujeito nunca sai igual de um processo de enfermidade e de ressignificação de si. Vivenciar toda a intensidade e potência da enfermidade seria passo essencial para conhecer e enunciá-la como verdade de si, para então possibilitar outro cuidado de si.

Capacitar o sujeito da prática médica, assim como capacitar também o paciente, da percepção da enfermidade para uma prática terapêutica característica de um saber médico alicerçado na incerteza dos processos vitais contingentes, é um desafio da contemporaneidade que necessita, antes, de uma ruptura com a verdade objetiva enunciada pela verdade biomédica.

Desse modo, pode-se construir uma ética médica diferente para o sujeito na enfermidade, legitimada - antropológicamente, cientificamente e experimentalmente - nas práticas enunciativas do viver e na criação de um banco de informações da experiência humana narrada, subjetiva e emocional do experimentar substâncias que alterem o estado de saúde do experimentador e do próprio adoecer e não somente nos laboratórios da indústria farmacêutica.

Trata-se, portanto, da constituição de uma ética da complexidade ontológica do sujeito histórico e cultural, sempre inacabada, em processo de construção e de resistência ao biopoder da materialidade objetiva dos corpos e na proposição de construir outra lógica de biopoder no âmbito vitalista. De propor uma concepção de saúde que seja ética com a autopercepção e com o autoconhecimento, vivida entre os homens em sociedade, gerada nela e a serviço dos seres humanos, constituída enquanto valores existenciais ligados aos sujeitos que a vivenciam conforme seus parâmetros narrativos. Uma concepção de saúde que se torna significativa quando abre possibilidades de ações existenciais possíveis de gerar, para o sujeito, diferenças sensíveis em seu devir que se movimenta no sentido de respeitar a autonomia subjetiva e ecológica do sujeito com relação à comunidade no sentido da conservação do bem-estar mútuo, capacitando-o para a construção do bem-estar subjetivo nas relações que estabelece. Uma ética ecológica que é uma ética do sujeito, no sentido de reconfigurar sua relação com o mundo. Um mundo que nós moldamos como objeto, um mundo no qual constantemente intervimos, promovendo efeitos de poder com relação à Natureza. Em decorrência de tais efeitos de poder é que hoje nos perguntamos

acerca do futuro de nossa espécie humana, caso permaneça essa conduta frente aos recursos naturais e frente ao cuidado que mantemos com relação à "Biogéia"(SERRES, 2017).

Pretendo ter contribuído para a reflexão de um vitalismo da atividade linguajante, no estímulo a falar a verdade sobre si quando doente, atravessado por um conjunto de relações que o tornam sujeito e servil. Um vitalismo em que o uso de si no sentido de sua capacidade de mobilização e cuidado de si ao nível das atitudes, palavras, ações, reflexões, emoções e mudanças de comportamento, alicerçadas na sua própria verdade, são elementos chave para um outro governo de si, mais ético consigo e com os outros, onde a Homeopatia, enquanto prática médica, pode, enfim, ter um papel a cumprir na construção de uma medicina onde seja possível um cuidado de si em saúde que considera o modo existencial do paciente.

Por fim, o conjunto de reflexões que as leituras e a confecção dessa dissertação me proporcionaram problematizar as relações de poder produzidas na construção dos saberes no âmbito semiótico da linguagem, portanto, no âmbito dos significantes possíveis dentro de determinadas culturas ou em condições sociais, políticas e econômicas. Contudo, as subjetividades produzidas nos espaços psíquicos inter-relacionais não afetam o indivíduo somente ao nível cognitivo linguajante, senão também a nível de seu universo pré-pessoal, simbólico e assignificante (LAZZARATO, 2014), como são as emoções.

Há, por conseguinte, um aspecto final que foi pouco explorado na dissertação, qual seja, a questão da importância do circuito dos afetos produzido no sistema capitalista no que tange à produção de desejos e emoções enquanto meios semióticos de subjetivação e servidão dos sujeitos perante as necessidades e demandas do capital. Que papel teria a medicina nesse sentido do esquarteramento do corpo em órgãos e de sua fragmentação ao separar a corporeidade de suas emoções? Ou ainda, que função teriam as disciplinas “psi” e a moderna psicofarmacologia no controle dos sujeitos corporificados? De outro modo, como se poderia problematizar a medicina do cuidado ético de si para instrumentalizar outro olhar e produzir uma perspectiva diferente nos meios semióticos de servidão caracterizados por interferências na produção de sujeitos a nível infrapessoal e assignificante? Atente-se ao fato que essa perspectiva de uma transformação no âmbito assignificante, simbólico e emocional ocorreu comigo ao me defrontar com a experiência clínica de ouvir sujeitos adoecidos, referida por mim no primeiro capítulo desse trabalho.

Essas seriam questões que levanto, problematizando meu próprio trabalho para uma exploração futura sobre a constituição de corpos subjetivados “sem forma e sem órgãos” que se produzem nos múltiplos e heterogêneos modos existenciais dos sujeitos.

REFERÊNCIAS

- ADORNO, Francesco Paolo. *A tarefa do intelectual. O modelo socrático*. In: *Foucault: a coragem da verdade*. Org. Frédéric Gros. Trad. de Marcos Marcionilo. São Paulo, Parábola Editorial, 2004.
- AGAMBEM, Giorgio. *O uso dos corpos [Homo sacer, IV, 2]*, São Paulo: Boitempo, 2017
- _____. *Desaparecer de si*, Petrópolis RJ: Vozes, 2018
- ARAÚJO, Hugo Filgueiras de. *Relação corpo e alma no De Anima de Aristóteles*, Revista da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Cajazeiras, 1ª ed, Ano 1, vol. 1, 2010
- ARISTÓTELES. *Sobre a alma*, Imprensa Nacional – Casa da Moeda, 2010.
- ATLAN, H. *Entre le cristal et la fumée: essais sur l'organisation du vivant*. Paris: Seuil, 1979 [ed. Bras.: *Entre o cristal e a fumaça: ensaio sobre a organização do ser vivo*. Rio de Janeiro: Joerge Zahar, 1992]
- BERNARD, C. *Introducción à l'étude de la Médecine expérimentale*, 1865. Genebra: Éditions du Cheval Ailé, Bourquin, 1945.
- BRASIL, Conselho Federal de Medicina. *Resolução CFM nº1000/1980*. Diário Oficial da União. 21 de julho de 1980, seção I, parte II
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria 971 de 03 de maio 2006 Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde*. Gabinete do Ministro – Diário Oficial da União. 03 de maio de 2006
- CABANIS, P.-J.-G., *Oeuvres*, Paris, 1956, 2 vols.
- CANGUILHEM, Georges. *O conhecimento da vida*, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012
- _____. *Philosophe, historien des sciences*. Paris: PUF, 1993
- CZERESNIA, Dina. *Categoria vida – reflexões para uma nova biologia*, Rio de Janeiro: Fiocruz e São Paulo: UNESP, 2012
- DELEUZE, Gilles & GUATTARI, Félix. *Mil Platôs, vol.3*, São Paulo: Editora 34, 2012
- DIDI-HUBERMAN, Georges. *Que emoção! Que emoção?*, São Paulo: Editora 34, 2016
- EIZAYAGA, José. *The Lancet e o proclamado fim da Homeopatia: revisão crítica da publicação de Shang et AL (2005) e dos artigos relacionados subsequentes*, São Paulo: Revista de Homeopatia; 76 (1/2): 17-38, 2013

FAVRET-SAADA, Jeane. *Ser afetado*, São Paulo, rev Cadernos de Campo n.13: 155-161, 2005

FEYERABEND, Paul. *Contra o método*, São Paulo: UNESP, 2003.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. *Foucault e a análise do discurso em educação*, Cadernos de Pesquisa, n114, pp197-223, 2001

FONSECA, Marcio Alves da. *Michel foucault e a constituição do sujeito*, São Paulo: EDUC - Editora da PUCSP, 2003

FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004

_____. *Microfísica do poder*, São Paulo: Graal, 2010

_____. *Ditos e escritos V - A Ética do cuidado de si como prática da liberdade*, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004

_____. *O sujeito e o poder*. In RABINOW & DREYFUS, *Michel Foucault: uma trajetória para além do estruturalismo e da hermenêutica*, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

_____. *Em Defesa da Sociedade*, São Paulo: Martins Fontes, 2000

_____. *A verdade e as formas jurídicas*, Rio de Janeiro: NAU Editora, 2002

_____. *O Governo de si e dos outros*, São Paulo: WMF Martins Fontes, 2013

FRANÇOIS-FLORES, Fernando Darío. *El prodigio de Meissen*, México-DS: Ed autônoma - 1000 exemplares, 2014

GADAMER, Hans-Georg. *O caráter oculto da saúde*, Petrópolis RJ: Vozes, 2006

HAHNEMANN, Samuel. *Organon da arte de curar*, São Paulo: Robe Editorial, 1996

_____. *Organon da arte de curar*, São Paulo: GEHSP "Benoit Mure", 2013

_____. *Doenças crônicas*, São Paulo: GEHSP Benoit Mure, 1984

LARROSA BONDIA, Jorge. *Notas sobre a experiência e o saber de experiência*, Revista Brasileira de Educação n°19, pp 20-28, 2002

LAZZARATO, Maurizio. *Signos, máquinas e subjetividades*, São Paulo, SESC, 2014

LE BRETON, David. *Antropologia do corpo*, Petrópolis RJ: Vozes, 2011

_____. *Desaparecer de si – uma tentação contemporânea*, Petrópolis RJ: Vozes, 2018

- LIPOVETSKY, Gilles. *A sociedade da decepção*, Barueri: Ed Manole, 2007
- LUZ, Madel Theresinha. *A arte de curar versus a ciência das doenças – a história social da homeopatia no Brasil*, Porto Alegre: Rede Unida, 2014
- _____. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*, São Paulo: Hucitec, 2012.
- MACHADO, Roberto. *Por uma genealogia do poder*. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*, São Paulo: Graal, 2010
- MATURANA, Humberto & VARELA, Francisco. *A árvore do conhecimento*, Campinas: Psy, 1995
- MONTAIGNER, Luc et al. *Electromagnetic signals are produced by aqueous nanostructures derived from bacterial DNA sequences*, Rev. Interdiscip Sci Comput Life Sci, 1: 81-90, 2009
- NASCIMENTO, Marilene; NOGUEIRA, Maria Ines; BARROS, Nelson; LUZ, Madel. *A categoria racinalidade médicae uma nova epistemologia em saúde*, Rev. Ciência e Saúde Coletiva, vol 18, nº 12, Rio de Janeiro, 2013.
- ORELLANA, Rodrigo Castro. *Ética para un rostro de arena: Michel Foucault y el cuidado de la libertad*, Madrid: Universidad Complutense de Madrid - Facultad de Filosofía - Tese de doutorado, 2004
- ORTEGA, Francisco & ZORZANELLI, Rafaela. *Corpo em evidência – a ciência e a redefinição do humano*, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010
- PORTOCARRERO, Vera. *As ciências da vida – de Canguilem a Foucault*, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.
- PRIGOGINE, Ilya. *As leis do caos*, São Paulo: UNESP, 2002
- RABINOW, Paul & ROSE, Nikolas. *O conceito de biopoder hoje*, POLITICA E TRABALHO - Revista de Ciências Sociais, nº24, pp 27-57, 2006
- RABINOW, Paul & DREYFUS, Hubert. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica*, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995
- REVEL, Judith. *Foucault conceitos essenciais*. São Carlos, São Paulo: Clara Luz, 2005
- ROSE, Nikolas. *A biomedicina transformará a sociedade? O impacto político, econômico, social e pessoal dos avanços médicos no século XXI*, Rev. Psicologia e Sociedade, 22(3), pp 628-638, 2010 (trad. E.R.P. Martins)
- _____. *Inventando nossos eus*, In. *Nunca fomos humanos - nos rastros do sujeito*, Trad. Tomaz Tadeu da Silva, Belo Horizonte: Autêntica, 2001

ROSENBAUM, Paulo. *Homeopatia e vitalismo, um ensaio acerca da animação da vida*, São Paulo: Robe Editorial, 1996

_____. *Novíssima medicina {ethos do cuidado}*, São Paulo: Organon

SAFATLE, Vladimir. *O circuito dos afetos – corpos políticos, desamparo e o fim do indivíduo*, Belo Horizonte: Autêntica, 2016

SERRES, Michel. *Tempo de crise*, Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2017

STENGERS, Isabelle. *A invenção das ciências modernas*, São Paulo: Editora 34, 2002

TOURAINÉ, Alain. *Um novo paradigma – para compreender o mundo de hoje*, Petrópolis RJ, Vozes, 2006

VAZ, Nelson Monteiro. *Fisiopatologia da atividade imunológica*, Rev. Neurociências, vol.5, nº4, pp 231-236

VON FOERSTER, Heinz. *Las semillas de la cibernética*, Barcelona: Gedisa, 2006