



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais
Diversidades e (Des)igualdades
Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.
Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II
Campus de Ondina

Corpo e subjetividade em situações de sofrimento psíquico

Litza Andrade Cunha¹

Introdução

Na Grécia Antiga, os médicos costumavam prescrever aos pacientes, além das poções, a ida ao teatro (STOKLOS, 2001, p.13). Partiam do pressuposto de que os remédios só se processariam quimicamente no corpo quando no espírito se operasse também uma transformação. Alguns tipos de psicoterapia e terapias religiosas muitas vezes proporcionam uma imersão semelhante à do teatro. Trata-se de situações produtoras de uma poderosa experiência transformadora que faz emergir emoções, via um processo em que a dimensão orgânica, dificilmente, pode ser dissociada da simbólica. No entanto, a fratura que divide o trabalho acadêmico e situa, de um lado, as disciplinas que lidam com a cultura e, do outro, os campos do conhecimento que se voltam para o mundo das estruturas materiais, dificulta a compreensão de vivências desse tipo. Pretendo refletir acerca dessa dicotomia nas ciências sociais voltadas para o campo da saúde, a partir do relato da trajetória de uma pessoa em situação de sofrimento emocional, que passarei aqui a chamar de Alice.

O sofrimento de Alice

Diagnosticada como esquizofrênica ainda na adolescência, em um de seus relatos, Alice revela:

[...] comecei a sofrer muito, a vida parecia um pesadelo, sabe? Parecia que quando eu dormia era vida e quando tava acordada era pesadelo. Eu chorava, chorava tanto, vivia chorando. Só tinha vontade de morrer,

¹ Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal da Bahia, Bolsista da FAPESB, Pesquisadora do Núcleo de Ciências Sociais em Saúde da UFBA, Estrada de São Lázaro, nº 197, Federação, Salvador-BA. litzacunha@gmail.com

queria morrer mesmo, porque era muito sofrimento, muita dor. Uma vez, eu cheguei a colocar uma faca no meu peito, mas não consegui enfiar. Mas eu desejava muito ter uma doença grave que me matasse rápido, sabe? Queria ter um câncer desses que matam a pessoa em pouco tempo, eu só pensava no que eu podia fazer pra morrer. Eu agia feito uma louca mesmo: não falava coisa com coisa, gritava, chorava muito, às vezes, na escola, eu saía e ficava sentada na calçada chorando, chorando. (Alice)

O desejo de se libertar dessa condição por meio da morte enfrenta a severa desaprovação do espiritismo, religião que passa a ter forte presença em sua vida. Alice sempre fez uso de medicação psiquiátrica, porque acredita que isso pode oferecer uma certa segurança na prevenção das crises. Porém os remédios que toma provocam muita sonolência, dificultando o desempenho das atividades cotidianas. São tensões internas a exigir um enfrentamento permanente. O medo de ter uma crise faz com que ela nem leve em consideração a possibilidade de deixar de tomar essa medicação que traz efeitos colaterais danosos, que precisam ser controlados com o uso de outros remédios. O mais difícil para Alice, no entanto, é conviver com a sonolência, pois se constitui um obstáculo à realização de um projeto central na sua vida: trabalhar. Sempre está envolvida com novos planos profissionais que não consegue realizar e que terminam sendo substituídos por outros. Habitualmente, ela se queixa da falta de dinheiro para o lazer e para o pagamento do transporte. Filha de pais assalariados e moradora de um bairro de classe média, Alice sempre estudou em escolas particulares.

Às vezes, Alice é tomada por uma tristeza profunda e chega a chorar o dia inteiro. Diz que nesses momentos:

[...] a vida fica sem cor, fica tudo negro, nas trevas, nada tem sentido. Eu fico jogada na cama sem vontade de fazer nada. Eu tenho transtorno bipolar. Isso acontece de repente, sem mais nem menos, não tem uma razão específica. E eu não sei ainda lidar com isso... às vezes eu reajo, tomo um banho, saio de casa um pouco, vou ao centro espírita, mas às vezes eu me jogo na cama e fico paralisada, sem vontade de fazer nada. (Alice)

São escolhas que dividem a pessoa entre desistir de viver e decidir permanecer lutando para se manter viva.

Quando se refere à mãe e à irmã, sempre se queixa de não receber delas nenhum incentivo para melhorar. Sente-se sempre tratada por ambas como louca, doente e incapaz, e isso lhe provoca muita raiva. Por essa razão, tem evitado ao máximo ficar em casa e termina se envolvendo com uma série de atividades fora: participa de um coral numa universidade pública e tem se apresentado em

vários lugares, vai com frequência às atividades de dois centros espíritas, e também atua no movimento de luta antimanicomial.

Ela vivencia a experiência da presença dos espíritos obsessores, mas acredita também que há uma dimensão física de seu problema que deve ser enfrentada com o tratamento psiquiátrico. O cotidiano de Alice oscila entre momentos de depressão, medo de voltar a ter uma crise e a tentativa de articular e combinar as diversas práticas, com vistas a garantir uma normalidade que lhe permita realizar o que planeja.

Muitas vezes, chego no centro me sentindo muito mal e saio de lá ótima, animada, transformada mesmo, sabe? Mas o centro espírita não vende cura pra ninguém, cada um é responsável pelo seu tratamento, a melhora só depende da própria pessoa. Quando eu fico sem vontade de ir no centro, isso é um sinal de uma crise se aproximando. (Alice).

Por isso diz que se esforça para ir mesmo sem vontade. Faz tratamento também em instituições psiquiátricas e, em uma delas, recebe um atendimento psicológico que considera muito importante. A articulação e a concordância entre essas diversas práticas nem sempre se fazem de forma fácil e exigem um esforço permanente por parte de Alice.

Uma vez um espírito se manifestou em mim quando eu tava com o psiquiatra, era um espírito agressivo, ele disse um monte de coisa grosseira pra o médico, mas não era eu. Só que o médico não acreditava, porque ele não era espírita, mas tem psiquiatra que é espírita. (Alice)

Ciências sociais em saúde

As ciências sociais voltadas para a saúde, desde o princípio, vêm chamando a atenção para a insuficiência da compreensão biomédica acerca da doença. Seu foco principal sempre foi revelar, para além dos aspectos físicos, todo um universo de significados atribuídos à doença. Subjacente à maioria das abordagens está a percepção de uma doença em si, apresentando sinais físicos, sobre a qual se formulam diferentes formas de interpretação. Isso significa estabelecer uma cisão entre dois campos distintos: o primeiro refere-se aos aspectos orgânicos morfofisiológicos da doença (*disease*), estudados pela biomedicina, e o segundo se dirige à experiência subjetiva da doença que, segundo muitos autores, remete aos diversos sistemas de conhecimento voltados para compreensão,

explicação e enfrentamento da doença (*illness*), domínio de atuação das chamadas ciências da cultura. Nesse sentido, situações como a de Alice vêm sendo estudadas tradicionalmente por cientistas sociais apenas em suas dimensões culturais, reconhecendo-se a interligação entre natureza e cultura, mas entendendo-se cada uma como um sistema independente a ser separadamente estudado.

A identificação de tal fissura na trajetória das ciências sociais em saúde exige uma reflexão acerca de seus pressupostos filosóficos, suas fragilidades e consequências para os estudos socioantropológicos. A concepção cartesiana constitui o fundamento filosófico desse fosso entre natureza e cultura. Ao situar o pensamento como próprio do homem e separá-lo de todo o resto, o extenso — aquilo que, contrariamente ao pensamento, manifesta-se no espaço —, Descartes promoveu uma fissura de grandes consequências. Essa separação em duas esferas ontológicas distintas colocou, de um lado, as substâncias extensas (*res extensa*), possíveis de serem medidas e descritas matematicamente, e, do outro, a consciência ou o “ser pensante” (*res cogitans*), gerando uma dificuldade de se compreender como ambas se relacionam, pois a origem e a manutenção dos sistemas aparecem como garantidas de modo independente (JONAS, 2004, p.95). Trata-se de tomar cultura e natureza enquanto esferas autônomas, ou seja, sistemas pré-dados, compostos por partes inter-relacionadas e mantidas por certas regularidades a serem descobertas pela ciência. Esse é um pressuposto bastante problemático, na medida em que cada sistema prescinde do outro para ser entendido e explicado, por só admitirem relações exteriores entre si, baseadas em causalidade. Ao conceber pensamento como separado de tudo o que existe no espaço, ficamos impossibilitados de resolver o dilema da relação entre essas duas esferas autônomas e, portanto, de perceber a natureza como um todo atuante (JONAS, 2004, p.11).

Emergência de novas abordagens

Alguns trabalhos abrem um novo arco interpretativo nas ciências sociais e promovem uma revisão realmente significativa dessas perspectivas sistêmicas. Trata-se de considerar natureza e cultura não mais como totalidades dadas, ligadas por relações exteriores, mas dimensões vividas e articuladas dentro de práticas. Um exemplo dessa nova orientação é o trabalho desenvolvido por Tim Ingold, um dos antropólogos que mais têm chamado a atenção para a necessidade de buscar superar essa fratura que divide o mundo acadêmico em disciplinas que lidam, por um lado, com a mente humana e seus produtos linguísticos, culturais e sociais, e, por outro lado, em campos do conhecimento que se voltam para o mundo das estruturas materiais.

Há algo de errado, diz Ingold, com a antropologia cultural ou social quando esta não apoia o fato de que a existência humana é organismo biológico envolto em processos de desenvolvimento semelhantes aos de outros organismos; da mesma forma que há algo de errado com a antropologia biológica ao recusar qualquer coisa que se aproxime do papel de agência, intencionalidade ou imaginação (INGOLD, 2000, p.2). O que chamamos de diferenças culturais consiste, em primeiro lugar, em variações nas habilidades, que se desenvolvem e são incorporadas aos organismos humanos por meio de práticas e treinamentos no ambiente, em um processo no qual corpo e mente não se separam. Assim sendo, enquanto propriedades de organismos humanos, as habilidades são tanto biológicas quanto culturais (INGOLD, 2000, p.5).

Ingold propõe a substituição do fosso entre cultura e natureza por uma espécie de sinergia organismo e ambiente. Ao assumir esse ponto de partida, a antropologia deixa de se voltar primordialmente para os sistemas culturais, do modo pelo qual tradicionalmente as ciências sociais têm feito, e se dirige para os engajamentos em que indivíduos coexistem no mundo com seres diversos. Interessa ao antropólogo compreender as habilidades pelas quais participamos de um mundo comum, nos fazendo junto com ele.

Desse modo, Ingold busca superar a postura tradicional nas teorias sociais de entender a ordem dos significados ou da cultura como sobreposta ao domínio da materialidade ou da natureza. Trata-se de uma tendência que tem levado os estudiosos a tratar o corpo como mero instrumento para a manifestação exterior de significados situados na ordem mais elevada da cultura. Segundo Jackson (1989 apud INGOLD, 2000, p.170), ao subjugar a corporeidade ao domínio semântico, essa posição teórica promove duas reduções. Primeiro, os movimentos, as posturas e os gestos corporais são reduzidos ao *status* de signos e dirigem o analista para a procura dos significados culturais extrassomáticos que lhe dão sustentação. Segundo, o corpo é feito passivo e inerte, enquanto o papel ativo de mobilizar, colocar em uso e atribuir significado é delegado a um sujeito do conhecimento apartado do corpo.

Para Ingold, a primeira redução falha em reconhecer que gestos, por mais que possam ser realizados para simbolizar, delineiam seus próprios significados embutidos em contextos sociais e materiais de ação. A segunda redução ignora a consideração principal da fenomenologia de Merleau-Ponty de que o corpo é dado em movimento, e a corporeidade do movimento carrega sua própria intencionalidade imanente. É por essa intencionalidade que o sujeito da ação é ao mesmo tempo um movimento de percepção (Merleau-Ponty, 1962 apud INGOLD, 2000, p.110-111).

A maior parte dos psicólogos, observa Ingold, afirma que as pessoas percebem o contexto que as cerca pela construção de representações do mundo no interior de suas cabeças. Supõe-se que a mente trabalha sobre o cru material da experiência, constituindo sensações de luz, som, pressão sobre a pele e, então, organizando dentro de um modelo interno que se torna guia para a ação subsequente (INGOLD, 2000, p.2). Para Ingold, é James Gibson quem subverte essa concepção em uma obra intitulada *The ecological approach to visual perception* (1979). É preciso descartar a ideia, que nos acompanha desde o tempo de Descartes, diz Gibson, da mente como um órgão distinto que é capaz de operar sob os dados sensíveis corpóreos. Percepção, argumenta este autor, não é a

realização de uma mente em um corpo, mas do organismo como um todo em seu ambiente, e é equivalente ao próprio movimento exploratório do organismo através do mundo. Se a mente está em algum lugar, então, não é dentro da cabeça, mas fora dela, no mundo. Ingold acredita que a identidade e as características das pessoas são a condensação de histórias de amadurecimento dentro de campos de relacionamentos sociais que são passados adiante e transformados por meio das suas próprias ações (INGOLD, 2000, p.30).

O ser 'animado' (animacy) [...] não é uma propriedade que as pessoas imaginativamente projetam sobre as coisas que elas percebem em sua volta. Ao invés [...] é um potencial dinâmico, transformativo do campo total de relações em que seres de todos os tipos, mais ou menos como pessoas ou como coisas, contínua e reciprocamente, se fazem existir. O caráter animado do mundo da vida, em suma, não é o resultado da infusão de espírito na substância, de agência em materialidade, mas é ontologicamente anterior à sua diferenciação (INGOLD, 2006, p.10 apud RABELO, 2008, p.123).

Comumente, organismo e pessoa são concebidos como componentes separados da existência humana. Entretanto, argumenta Ingold, uma pessoa é organismo e não algo que lhe é acrescentado. O que nos impede de ver dessa maneira é uma certa concepção de organismo como algo separado, uma realidade limitada por certas fronteiras, algo vivendo e se relacionando com outros organismos no ambiente por meio de contatos externos, mas que não afetam sua base interna. E se pessoa é organismo, então os princípios do pensamento relacional, longe de ficarem restritos ao domínio da sociabilidade humana, devem ser aplicados certamente sobre sua continuação na vida orgânica. Seu argumento vai na direção de considerar que humanos são trazidos para a existência como organismos-pessoas dentro de um mundo que é habitado por existências de vários tipos, tanto humanas como não humanas. As relações humanas que estamos acostumados a chamar de sociais, são um subgrupo das relações ecológicas (INGOLD, 2000, p.3).

A antropóloga Annemarie Mol também tem desenvolvido um trabalho de pesquisa que converge para este entendimento de que cultura e biologia não são esferas separadas por rígidas fronteiras. O caminho para estudar as concepções sobre a doença tradicionalmente trilhado pelas ciências sociais voltadas para o campo da saúde não é, segundo Mol, uma via segura para se chegar

à própria doença. Dirigir a atenção apenas para o significado é deixar de levar em consideração a importante realidade física do corpo. Em um mundo de significados, diz a autora, ninguém está tocando a realidade da doença, todos estão apenas formulando interpretações sobre ela. Em meio a várias interpretações, a doença não está em nenhum lugar para ser encontrada. Os estudos centrados nos significados multiplicam os observadores e mantêm isolado o objeto observado. Desse modo, Mol explica sua opção de não se ocupar das perspectivas, mas das práticas, das materialidades e dos eventos que fazem (*enact*) a doença (MOL, 2002, p.11).

Assim como não é possível encontrar um sistema integrado de significados que defina a doença de uma vez por todas, não há também um corpo unificado numa totalidade dada *a priori*. Evocado como modelo característico do que é um todo pela tradição teórica ocidental, a sistemática coerência do corpo, em geral, nunca é questionada. Diferentemente desse ponto de vista dominante na biomedicina, para Mol, no corpo, a coerência não é autoevidente, mas permanentemente perseguida. Mas, embora não considere o corpo uma totalidade dada, Mol também não o compreende como fragmentado, ou seja, o corpo não é um todo nem uma série de fragmentos. Isso porque ele tanto pode se dirigir para a fragmentação, se assim for performado, ou para a integração. Nosso corpo abriga uma complexa configuração de tensões e conflitos que precisam ser enfrentados na direção de garantir a integração. Há tensões entre os órgãos do corpo; entre os controles internos e o caráter instável de seus comportamentos; e entre as várias necessidades e desejos que os corpos tentam combinar com vistas a perseguir a unidade. Manter alguém integrado é algo que exige um trabalho das pessoas, e quem falha em fazer isso morre (MOL; LAW, 2004, p.58-59).

Na situação de sofrimento vivenciada por Alice, é possível perceber seu grande empenho em manter a vida dentro dos parâmetros de normalidade. Alice vai mobilizando uma série de recursos para ajudar a garantir esse projeto: medicação, tratamento psiquiátrico, terapia psicológica e terapia espírita. Tudo isso vai sendo articulado na tentativa de superar suas dificuldades. Enquanto Alice

continuar comprometida com o enfrentamento dos conflitos, o corpo tenderá a permanecer integrado. Ele é, no entanto, cheio de tensões: entre manter o controle e ser instável, entre as exigências de negociar com a esquizofrenia e outras demandas ou desejos. No dia a dia prático, essas tensões não podem ser evitadas, elas precisam ser permanentemente negociadas. A suposição de que temos um corpo coerente ou somos um todo, esconde, para Mol, muito trabalho a ser feito. Manter a nós mesmos como um todo integrado é uma das tarefas da vida, não nos é dado, deve ser conquistado (MOL; LAW, 2004, p.58).

Se não há um corpo pensado como um sistema independente, mas modos de ser performado, não há, portanto, razão para se falar na doença como uma realidade única, sobre a qual se formulam diversos pontos de vista. É preciso superar essa postura ainda presente nas ciências sociais voltadas para o campo da saúde. A pergunta “O que é a doença?” deixa de fazer sentido, pois não se trata mais de buscar o significado último dos eventos e de encontrar neles uma explicação para as práticas. Em lugar de perguntar quais as concepções dos indivíduos acerca da doença, o central passa a ser o que essas pessoas envolvidas fazem. A orientação metodológica de Mol é, portanto, voltar-se para as práticas e buscar compreender como a doença vai sendo atuada nos diversos contextos. O enfoque deixa de ser a busca do que seja a esquizofrenia ou a depressão, e passa a ser a percepção de como é praticada, como é feita.

Muitos relatos de sofrimento psíquico revelam que a preocupação em definir o que é a doença não é tão central para pacientes e médicos, mas sim o que fazer frente a ela. As pessoas atuam a doença sem muita preocupação com o que ela é exatamente. No diálogo entre médicos e pacientes no consultório, o central não é o que é mais real ou verdadeiro, mas o que é mais importante para cada paciente no enfrentamento de uma enfermidade. Nas consultas com o psiquiatra, Alice conversa sobre a quantidade e o tipo de medicação a ser usada, conforme seu relato:

Eu só precisava tomar o Rivotril à noite pra dormir, se eu tomar durante o dia, como o médico passou, eu só tenho vontade de dormir e termino não conseguindo estudar e fazer minhas coisas. Eu pedi que ele passasse uma medicação que pudesse dar mais ânimo. Mas os médicos têm medo desses remédios, porque muitas vezes deixam a pessoa agitada demais. Eu fico eufórica às vezes, e aí fico falando demais, não escuto os outros. Termino falando muito alto, e no centro espírita reclamam se eu falar alto. (Alice)

Há uma preocupação em não incomodar, não ser inconveniente com os outros. Seu desafio é encontrar um equilíbrio entre a prostração e a euforia. Essa é uma discussão que mobiliza uma série de elementos: da vontade de trabalhar ao medo de ter uma crise, ou o receio de ficar muito agitada e incomodar as pessoas. Trata-se de avaliar as perdas e ganhos das atividades ou do tratamento. São discussões muitas vezes chamadas de meramente pragmáticas, mas Mol sustenta não haver nada acima ou abaixo das práticas, elas não são “meras”, mas tudo o que temos (MOL, 2002, p.63). Essas avaliações e escolhas vão definindo os modos de performar a doença. A doença vai sendo atuada numa trajetória em que entram em jogo os diversos agentes: médicos, pacientes, medicação, amigos, parentes, trabalho, desejos.

Quando se solicita a Alice que fale sobre sua situação, o que ela relata é a experiência prática de conviver com a doença. Sua abordagem começa narrando o que ocorreu quando apareceram os primeiros sinais de sofrimento, as atitudes tomadas pelas pessoas, as dificuldades que surgiram, o modo como ela precisou ir se adaptando e reorganizando sua vida. Isso evidencia que ter uma doença não se restringe apenas à tentativa de encontrar significados para ela, mas traz à tona, sobretudo, desafios de ordem prática. As interpretações vão sendo bordadas e ganhando corpo no próprio tecido da ação, nas teias de atitudes concretas. A enfermidade de Alice se faz no entrelaçamento de diversos elementos heterogêneos, entre eles: conviver com o medo permanente de ter uma nova crise; ingerir uma medicação que, embora amenize essa ameaça, produz muita sonolência e a impede de ter uma vida mais ativa; argumentar com o médico sobre a necessidade de também usar uma medicação que combata o sono, mas que não a deixe muito agitada; acreditar que se devem afastar os espíritos obsessores, seguindo o tratamento na agência terapêutica espírita.

Assim, não há uma doença *a priori* e sobre a qual vão se construindo concepções, porque a enfermidade vai sendo feita pelo paciente e seu modo de agir, e também pelos médicos, pela medicação, pelas compreensões e práticas espíritas, pelas relações com amigos e familiares, enfim, por uma pluralidade de agentes articulados na prática. Os relatos de Alice falam tanto de significados que mobilizam, quanto de objetos, espaços, pessoas que a afetam e por isso atuam a enfermidade.

Se, em lugar de nos ocuparmos do estudo de sistemas de significados, voltarmos a atenção para as práticas através das quais a doença vai sendo atuada e vivida, podemos perceber que as fronteiras territoriais entre as profissões não são tão rígidas. Quando, por exemplo, o psiquiatra pergunta a Alice no consultório “Como está você?”, ela faz um rico relato do modo como está vivendo, das dificuldades colocadas pela doença para a realização de seus projetos, dos problemas relacionados com a medicação, das tristezas, dos sentimentos de solidão, da vontade de trabalhar, ou seja, uma série de elementos heterogêneos podem emergir ou ser desprezados na sua descrição. O próprio psiquiatra vai não apenas observar exames que revelam aspectos físicos, mas também articular outros tantos elementos. Para Mol, ao formular tais relatos, médicos e pacientes tornam-se importantes etnógrafos, e foi nessa fonte que seu trabalho de pesquisa se fundamentou. Além disso, o fato de ser uma filósofa produzindo etnografias não a impediu de tratar também da realidade física, ou seja, de reconhecer o humano não apenas nos aspectos psicossociais. Embora interpretações sejam importantes, diz Mol, elas não estão sozinhas na realização de tudo o que envolve a vida, pois, no cotidiano, a vida que vivemos é também algo feito de carne (MOL, 2002, p.27). A condição de Alice envolve um corpo que tem sono ou expressa uma euforia indesejável, remédios atuando no organismo, hospitais, agências terapêuticas religiosas. A questão de Mol é não abandonar nas mãos dos médicos esse domínio das materialidades, dos espaços, de corpos e perseguir um caminho que permita falar livremente de todos esses aspectos que compõem as enfermidades.

Colocando dessa forma, ela sugere que as próprias reflexões médicas podem se apropriar da atividade etnográfica. Conforme observa, a articulação de vários aspectos diferentes em uma história singular, típica de métodos etnográficos, não é algo novo para a medicina. Escutar uma entrevista clínica em que o médico pergunta “Como vai você?” ou “O que eu posso fazer por você?” e esperar que o paciente conte uma história sobre os eventos do dia a dia, no qual coisas de todo tipo coexistem e interferem uma na outra, é algo comum na clínica médica. Sobre esse ponto, a etnografia é uma técnica promissora: pode produzir ricas histórias de corpos vivos em que a medicina figura como uma parte da vida cotidiana. Mas, para Mol, as narrativas estáveis que perseguem a coerência perderão o ponto mais importante. Ela acredita que os aspectos trágicos de vivenciar as tensões e de reagir a elas devem ser descritos, assim como as histórias irregulares e recortadas são necessárias. Elas podem ser contadas por uma variedade de narradores, cujas vozes podem ser agrupadas e/ou confrontadas. Os pacientes estão aptos a contar histórias sobre suas experiências e os efeitos de suas intervenções terapêuticas. O alvo completo na forma de vozes múltiplas da história investigativa contada não precisa necessariamente caminhar para uma conclusão. Sua força está no modo de abrir questionamentos (MOL; LAW, 1995, p.290).

Considerações finais

Esse deslocamento do foco dos estudos de sistemas de significados para as práticas parece apresentar uma boa alternativa de superação das tradicionais dicotomias, na medida em que considera não haver totalidades dadas *a priori*, mas perseguidas em um campo de ação. Assim sendo, vai se descortinando um caminho de compreensão do mundo não mais como realidade dada, mas atuada por diversos agentes humanos e não humanos. A premissa é de que não há uma doença independente do que se pensa e se faz, ou seja, atuar, ser atuado, pensar, sentir caminham juntos no processo de performar a doença. E, assim, seguimos nos tornando, enquanto nos empenhamos em tentativas de manter a totalidade integrada.

De modo complementar, o trabalho desenvolvido por Tim Ingold permite iluminar melhor a compreensão de como essas experiências de atuar e ser atuado são vividas. Segundo o autor, grande parte do debate que se trava em torno dessa questão parte do princípio de que vivências desse tipo são marcadas pela transmissão de representações. A essas concepções Ingold contrapõe o argumento de que, em lugar de uma transmissão de conteúdos mentais, tais experiências envolvem, em primeiro lugar, a aquisição de habilidades por meio de uma educação da atenção. O aprendizado de Alice com a doença não envolve, portanto, diria Ingold, a execução pelo corpo de um conjunto de representações adquiridas previamente. Não há uma atividade intelectual separada da posterior execução de uma atitude comportamental. Trata-se de abandonar a noção de representações pensadas em termos de causa e efeito, ou seja, de superar a ideia de um corpo que seria instrumento a serviço de comandos mentais. Os cuidados desenvolvidos para enfrentar a doença ocorrem via um ajuste do organismo e do ambiente, num processo em que significação e ação não se separam, emergem juntas em um campo de atividade prática.

Referências

- ALVES, Paulo C. A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença: breve revisão crítica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n.8, p.1547-1554, ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 18 out. 2010.
- INGOLD, Timothy. *The perception of the environment: essays in livelihood, deilling and skill*. London; New York: Routledge, 2000. 465p.
- INGOLD, Timothy. *Da transmissão de representações à educação da atenção*. *Educação*, Porto Alegre, v.33, n.1, p.6-25, jan./abr. 2010. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br>>. Acesso em: 27 set. 2010.
- JONAS, Hans. *O princípio vida: fundamentos para uma biologia filosófica*. Petrópolis: Vozes, 2004. 278 p.
- MOL, Annemarie. Missing links, making links: the performance of some atheroscleroses. In: MOL, Annemarie; BERG, Marc (Org.). *Differences in medicine: unraveling practices, techniques, and bodies*. Durham: Duke University Press, 1998. 271p. p.144-165.

- MOL, Annemarie. Ontological politics: a word and some questions. In: LAW, J.; HASSARD, J. (Eds.). *Actor network theory and after*. Oxford: Blackwell Publishing, 1999. 256p. p.74-89.
- MOL, Annemarie. *The body multiple: ontology in medical practice*. Durham; London: Duke University Press, 2002. 196p.
- MOL, Annemarie; LAW, John. Notes on materiality and sociality. *The Sociological Review*, Keele, Keele University, v.43, n.2, p.274-294, May 1995. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com>>. Acesso em: ago. 2010.
- MOL, Annemarie; LAW, John. Embodied action, enacted bodies: the example of hypoglycaemia. *Body & Society*, Durham, Duke University Press, v.10, n.2, p.43-62, June 2004. Disponível em: <<http://bod.sagepub.com>>. Acesso em: jul. 2010.
- RABELO, Miriam. Merleau-Ponty e as ciências sociais: corpo, sentido e existência. In: VALVERDE, Monclar (Org.). *Merleau-Ponty em Salvador*. Salvador: Arcádia, 2008. 260p. p.107-130.
- STOKLOS, Denise. *Calendário de pedra*. São Paulo: Denise Stoklos Produções Artísticas, 2001. 58p.