

## SAÚDES NO CONTEMPORÂNEO: NARRATIVAS SOB UM OLHAR DESCONFIADO

Gabriela Araujo BANDEIRA<sup>1</sup>  
Alexandre de Oliveira HENZ<sup>2</sup>

### Resumo

Este escrito tem como objetivo discutir diferentes lógicas em saúde que estão em curso no contemporâneo a partir de cenas baseadas em experiências cotidianas de uma profissional de saúde em formação. Diante destas, surgem discussões acerca da modernidade e a constituição da ciência e da saúde ocupando um papel quase sagrado, e como isso aparece no contemporâneo, carregado pela ilusão do individualismo, surgindo tecnologias para controlar a saúde, como os *smartwatches*, típicos de uma classe média. Discute-se também, em contrapartida, como a saúde é produzida pelas populações periféricas, questão atravessada pela necropolítica que tenta imperar sobre esses corpos. Em plano de fundo, o papel do profissional da saúde é colocado em discussão, refletindo sobre o cuidado e sobre este modo de saber-poder.

**Palavras-chave:** Saúde; Narrativas; Contemporaneidade; Biopoder; Necropolítica.

## HEALTH IN CONTEMPORARY TIMES: NARRATIVES THROUGH A SUSPICIOUS GAZE

1

### Abstract

This paper aims to discuss different health logics currently at play in contemporary society, based on scenes drawn from the everyday experiences of a health professional in training. These experiences prompt discussions about modernity and the constitution of science and health as occupying an almost sacred status, and on how this manifests today, fueled by the illusion of individualism. Technologies that seek to control health, such as smartwatches, typical of the middle class, emerge within this context. In contrast, the paper also discusses how health is produced within peripheral and marginalized populations, shaped by necropolitics that seeks to exert power over these bodies. In the backdrop, the role of the health professional is brought into question, inviting reflection on care and on this mode of knowledge-power.

**Keywords:** Health; Narratives; Contemporary; Biopower; Necropolitics.

---

<sup>1</sup> Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Santos, SP, Brasil. E-mail: [gabandeira@unifesp.br](mailto:gabandeira@unifesp.br). ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-8415-1627>

<sup>2</sup> Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Santos, SP, Brasil. E-mail: [alexandre.henz@unifesp.br](mailto:alexandre.henz@unifesp.br). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6079-1938>

## SALUDES EN LA CONTEMPORANEIDAD: NARRATIVAS BAJO UNA MIRADA DESCONFIADA

### Resumen

El propósito de este escrito es examinar las diferentes lógicas de la salud que están en curso en la contemporaneidad, a partir de escenas basadas en experiencias cotidianas de una profesional de la salud en formación. A partir de dichas premisas se suscitan discusiones sobre la modernidad y la constitución de la ciencia y la salud como ocupando un papel casi sagrado, y sobre cómo esto se manifiesta en la actualidad, cargado por la ilusión del individualismo. En este contexto, surgen tecnologías destinadas al control de la salud, como los relojes inteligentes, habituales en la clase media. En contraposición, se discute cómo la salud es producida por las poblaciones periféricas, cuestión atravesada por la necropolítica que intenta ejercer poder sobre esos cuerpos. En el trasfondo, se pone en discusión el papel del profesional de la salud y se reflexiona sobre el cuidado y este modo de saber-poder.

**Palabras-clave:** Salud; Narrativas; Contemporáneo; Biopoder; Necropolítica.

### ALGUMAS LÓGICAS E HISTÓRIAS NAS SAÚDES

2

Viver não é sobreviver  
- Robert Deshayé

Este escrito emerge das experiências de um cotidiano de formação em saúde. As cenas aqui expressas são fragmentos de situações que foram remodeladas e anonimizadas para compor narrativas verossímeis, guardando problemáticas sem fortalecer a lógica do sujeito ou indivíduo. As vidas que aqui surgem não são a naturalização destas noções, trata-se de viventes, que possuem e arrastam questionamentos de muitas vidas, lógicas e histórias da ordem das singularidades, do comum. As cenas carregam significados abertos, incompletos, tentando produzir e curto-circuitar sentidos fixos, constituindo outros pensamentos. A aposta foi expressar o que, do cotidiano, evidencia e traz exemplares de políticas de subjetivação da época atual. Os episódios aqui são tomados como analisadores, fenômenos que não têm apenas a função de expressar, produzir elementos de análise, mas também de se autoanalisar (Baremlitt, 2002, p. 80). Ao longo do texto, os cenários e conceitos se revezam para intensificar um campo problemático que, não sendo simples, busca configurar problemas e questionamentos que foram tornando difíceis gestos demasiadamente fáceis. As narrativas têm como espaço-tempo, principalmente, serviços de saúde dos morros e uma escola pública.

As histórias, vivenciadas em diferentes momentos, se conectam e, com elas, uma certa implicação como uma profissional de saúde em formação, com um determinado lugar de

poder-saber e um corpo em questão. Não se tratou de um suposto objeto de pesquisa que se afasta; estive enredada, fui um dos corpos desta pesquisa.

Este corpo com menor prontidão para o trabalho, cotrabalhadora, que ainda não é profissionalizada, operou afetivamente em favor das sondagens de escrita. Essa imaturidade, em que a forma ainda não pegou, interessou às afetações de estudo, assim como Harney e Moten (2023) analisam na entrevista *estudando por meio dos subcomuns*. Importou uma investigação como um corpo passível de ser afetado, de possuir e despossuir o que se passa. Harney sublinha que:

Há um certo medo de algo como um amadorismo na universidade – da imaturidade, da pré-maturidade, do não se formar, de alguma maneira, não estar pronta ou pronto – e estudantes expressam isso em alguns momentos. E, supostamente, nosso trabalho com as estudantes é de ajudá-las a superar o medo para que recebam seus créditos e se formem. Hoje em dia, esse é o momento que mais me interessa, porque é quando sua pré-maturidade, sua imaturidade, seu ainda-não-estar-lá é também uma espécie de abertura, um deixar-se afetar por outras pessoas, deixa-se possuir e despossuir por elas. Mas, é evidente, na universidade, querem é que você se livre disso para que se torne um indivíduo plenamente autodeterminado e pronto para o trabalho; ou, como diz Paolo Virno, pronto para exibir sua prontidão para o trabalho. Então, para mim, se trata menos das estudantes como co-trabalhadoras, apesar disso ser indiscutivelmente verdade, e muito mais da estudante como diz Denise Ferreira da Silva como ‘corpo afetável’ (Harney & Moten, 2023, p. 10).

3

Formou-se aqui um exercício de escrita desconfiado da ideia de indivíduo plenamente autodeterminado, com o que está dito, aceito e demasiadamente posto - até mesmo o medo de um amadorismo na universidade. Desconfiado daquilo que, a favor da domesticação, serve a desígnios de poder-saber, de pressa, de produtividade, de institucionalidade, com todas as suas blindagens, formatações e soluções prontas (Pelbart, 2008). Portanto, uma espreita para questões da contemporaneidade, dando relevo para o espantoso que, ao modo do questionamento de Kafka (Anders, 2007), parece não espantar quase ninguém. Um exemplar disso é uma ideia de saúde tomada do ponto de vista biológico, neutra e verdadeira, quando se trata de um campo marcado pela moralidade.

Neste escrito não se tratou de um discurso do “anti”, ou seja, se contrapor inflexivelmente à saúde, à medicina, ou afirmar que o empirismo ou a ciência não devem existir como métodos de estudos, mas de colocar em questão o que é posto de modo taxativo, a-histórico, naturalizado, único, verdadeiro e neutro e reivindicar um outro mundo, “alter”. Uma ética agonística de produção (construindo no meio) mais do que antagonista. Um pouco ao modo do que diz Eduardo Viveiros de Castro (2012, p. 155) propondo que suplementemos o imaginário crítico do antagonismo, do anti:

O imaginário crítico do “anti-” - cuja dominância exclusiva e muito ocasional sucesso produziu situações deprimentemente parecidas com aquilo contra o que se lutava (o anti-sempre meio que acaba como antes) - com um imaginário do “alter-” (o altermundialismo), positivo antes que apenas opositivo, possibilista antes que necessitarista, um imaginário lateral ou transversal, um desvio não pavimentado que nos tire de nossa milenar autoestrada messiânica e nos conduza a outros possíveis humanos, possíveis que compõem o que Hage chama de (...) “o espaço do ingovernável”, aquilo que não se deixa domesticar por qualquer dispositivo político atualmente existente. (Castro, 2012, p. 155)

Nesta perspectiva, problematizar frequências ético-políticas na saúde e na medicina, aquilo que se deixa domesticar por dispositivos clínicos existentes, não foi ser “anti” e condizer com a falta de acesso de populações a estes serviços. Questionar uma “lógica de vida” sobrevivencialista como um valor invariável não foi acatar a morte que, acima de tudo, tenta imperar sobre corpos negros e periféricos. Discutir certa perspectiva de ciência e uma medicina baseada em evidências não foi assentir um discurso “negacionista” – que é mais afirmacionista de outra lógica – que se revela enquanto um discurso genocida. Tudo isso fez pensar no “alter”, em outros espaços ingovernáveis, na produção de outros mundos, altermundismo, outras saúdes.

4

Tratei de pesquisar saúdes, algumas de suas lógicas em nós, passando pela gorda saúde dominante referida por Deleuze (1997) que devora e expele tudo que é oferecido pelo mercado da saúde, com pretensões de funcionar bem demais, na vizinhança de uma religiosidade e do espetáculo com uma autossuficiência acabada, taxativa, e, pouco capaz de acolher, abrigar, favorecer outras frequências sutis e saúdes menores. Gorda saúde que tenta hegemonizar e homogeneizar a produção de subjetividade de uma época.

O escrito se inicia percebendo posições, manejos, tomados pelos profissionais, uma espécie de sacerdócio no campo da saúde, traz também um questionamento da medicalização da vida cotidiana. Além disso, problematiza o uso da ideia de estilo de vida como fator determinante para a saúde, que cria uma culpabilização individualizada, o que enreda a utilização dos *smartwatches* como analisadores de uma saúde produzida pela/para classe média. Em coexistência, a saúde de populações periféricas é analisada, e suas interlocuções com direito à vida e a necropolítica. A saúde é analisada do ponto de vista do capital, sendo vista como um produto. Ao fim, o cuidado em saúde a partir de agentes comunitários, suas potências, e, em como modos não hegemônicos de produção de saúde são percebidos.

## **RELIGIOSIDADES LATENTES ENTRE A CRUZ E O CRACHÁ**

Andava por um dos territórios nos quais atuava, acompanhando a Agente Comunitária de Saúde (ACS) que fazia suas visitas domiciliares rotineiras. O terreno irregular, composto por uma série de ladeiras, e o sol quente da manhã dificultavam nossa caminhada. Minha presença

ali causava um misto de estranheza e de curiosidade aos munícipes. Era um rosto diferente naquele território, uma estrangeira. Encontrava sempre olhares desconfiados, que ficavam um pouco mais brandos quando a ACS me apresentava:

— Essa é a estagiária de psicologia.

Eu era permitida a entrar naquele território, que era dotado de uma série de complexidades, por um motivo: eu era uma profissional da saúde. Em uma das casas, uma senhora nos recebeu. Ficamos na calçada enquanto ela permaneceu em sua varanda. Nós não adentramos sua casa, e ela também não saiu à rua. Parecia ter uma grande proximidade com a agente, que me apresentou como de costume, e logo em seguida indicou, em seus gestos enquanto falava, que eu estava em um patamar mais elevado.

— Ela não é igual a gente, aqui é outro nível — ela dizia enquanto apontava para mim. Eu recusei com um sorriso constrangido.

Estranhei a situação: era a primeira vez que pessoas mais velhas me colocavam como detentora de um saber que não era comum a elas. Mais do que isso, valorizavam mais o meu conhecimento.

Esse tipo de episódio não aconteceu apenas no início do ano, mas durante todo o tempo que permaneci ali, de diferentes maneiras. A mim, que não tinha sequer terminado a graduação e ainda não conhecia aquela realidade, confiavam para pedir conselhos sobre suas próprias saúdes e modos de vida, como se minha opinião valesse mais pelo simples fato de eu ter um crachá. Para algumas pessoas, era como se eu fosse qualificada para discursar sobre qualquer coisa, ainda que não estivesse relacionado com psicologia ou com saúde. Escutei diversas vezes minha supervisora dizer:

— Só de ouvir um profissional falando, já muda muito para algumas pessoas.

Pouco a pouco, fui percebendo que eram colocadas expectativas sobre mim quando me apresentavam como uma profissional de saúde. Esperavam um direcionamento, um conselho de quem “sabe mais”.

Eu circulava entre diversos serviços de saúde dos morros. Um deles tinha uma arquitetura que fazia do prédio quase um labirinto. Quando ainda não estava familiarizada, andava por lá tentando decorar o máximo de referências possíveis para conseguir encontrar o caminho de volta. Entre esses espaços, havia o consultório de odontologia. Ele não tinha portas, era um espaço amplo, parecia mais com uma antessala. Enquanto andava, concentrada, ouvi:

— Confesso que não estou usando fio dental, Doutor.

Mais do que um saber validado pelo crachá e um suposto "outro nível", o profissional da saúde também é aquele para quem confessamos. São confessados os erros, os desvios, as disfunções, o que se deixa de fazer. Nessa imagem, entrar no consultório é quase como no confessionário. Adentra-se preparado para expor todas as falhas, demonstrando arrependimento de certas ações, esperando que aquela figura - sacerdote-médico - lhe entregue uma orientação - que é necessário obedecer para ser absolvido. Ao final da confissão, o padre fala: “Vá e não peque mais”. Ao final da consulta, o médico entrega um conjunto de

proscrições e prescrições. Os dois indicam que o sujeito não volte a cometer erros. Parece haver uma religiosidade latente e sacerdotes no campo da saúde.

\*\*\*

Em uma reunião de equipe, em um dia quente, a Agente Comunitária falava de um caso de tuberculose. Com esse adoecimento, em específico, havia sempre uma delicadeza: a tuberculose acontece por meio da infecção de uma bactéria que, se não tratada, é transmissível, e pode levar à morte. O tratamento, apesar de simples - acontece por meio de antibióticos -, demora no mínimo 6 meses para ser concluído.

Com esse paciente em específico havia uma dificuldade maior: ele não tinha um endereço fixo, era usuário de drogas, e pouco habitava a própria casa. Quando finalmente conseguiram iniciar seu tratamento, foi uma grande comoção, justificada pelo sentimento de que aquela vida não acabaria por conta daquela doença e, mais do que isso, que ele não transmitiria a outras pessoas. Claro que todos naquela sala desejavam que ele fizesse o tratamento. A forma como falavam, contudo, parecia levar o tom da discussão para um outro lugar.

— Não podemos perdê-lo, ele pode se desgarrar — foi a frase que uma das profissionais disse. Uma ovelha perdida do caminho da salvação.

A ideia de salvação ganha outros contornos por dentro da saúde. Para Nietzsche (Deleuze, 1976. p. 131), a modernidade se constitui por uma reação aos valores superiores e transcendentos. Se, em um momento anterior, a tendência era a negação deste mundo e desta vida – que seria um lugar de passagem, um vestíbulo com a promessa da salvação na verdadeira vida, a eterna –, na modernidade, final do século XVIII, há uma reação a tudo isso e o homem mata Deus. Agora Deus é o Eu. O homem passa a ocupar a posição supervalorizada, sendo a ciência sua inteira fonte de saber, com a esperança de que mesmo que não se saiba agora, um dia se saberá.

Na modernidade, a promessa da salvação se desloca para a saúde: os padres não são mais suficientes, passam a coexistir com os médicos, que sustentam uma espécie de sacerdócio sem Deus em que o milagre é o da ciência. As duas lógicas passam a coexistir, com a saúde concorrendo com a salvação da alma. Foucault sublinha que a saúde substitui a salvação na modernidade, início do século XIX:

A saúde substitui a salvação, dizia Guardia. E que a medicina oferece ao homem moderno a face obstinada e tranquilizante de sua finitude; nela, a morte é reafirmada, mas, ao mesmo tempo, conjurada; e se ela anuncia sem trégua ao homem o limite que ele traz em si, fala-lhe também deste mundo técnico, que é a forma armada, positiva e plena de sua finitude. Os gestos, as palavras, os olhares médicos tomaram, a partir deste momento, uma densidade filosófica comparável talvez a que tivera antes o pensamento matemático. A importância de Bichat, de Jackson e de Freud na cultura europeia não prova que eles eram tanto filósofos quanto médicos, mas que nesta

cultura o pensamento médico implica de pleno direito o estatuto filosófico do homem. (Foucault, 2008a, p. 219)

Com o homem no centro, seu estatuto filosófico em pleno direito, as sociedades ocidentais modernas passam a ser permeadas pela medicalização da vida, isto é, a lógica médico-sanitária interpretando, intervindo e se sobrepondo a todas as práticas sociais, de forma que nada seja exterior ou não seja repleto de questões médicas e de saúde, seja na educação, na política, no amor, no sexo, no cansaço, na tristeza, nas crianças etc. Para Birman (2007), não só a cura passa a ocupar o espaço atribuído à salvação da alma, mas o campo da saúde como um todo, principalmente no que tange à sua promoção.

O vivente passa a acreditar que possui as condições para alcançar a saúde, em um processo individualizante, desviando-se dos impactos dos contextos sociais e carregando a *culpa* pelo seu próprio *pecado*. Assim, a promoção da saúde se torna o caminho da salvação — agora do corpo, e não apenas da alma. Para além disso, se o milagre da ciência substitui e/ou coexiste com o milagre de Deus, esta se torna verdadeira, inquestionável. A saúde, dessa forma, passa a ser definida pelo artigo A, única e gerida por uma suposta neutralidade.

\*\*\*

Na escola, conversava com a mãe de uma adolescente que atendia. A sala era ocupada não só por nós duas, mas também pelos barulhos da rua que estremeciam a sala. Entre a sequência de indagações, sempre em um tom preocupado em relação à filha, com quem, segundo ela, já não sabia mais lidar, diz:

— Me falaram que ela tinha aquele transtorno ligado a sexo... Como é o nome mesmo?

Fico alguns segundos avaliando o que ela tinha me dito, questionando se os ruídos da rua haviam me feito entender errado. Ela me contava a percepção que os profissionais de uma instituição da assistência social tinham sobre sua filha, Lídia, uma menina de 14 anos. O motivo dessa espécie de diagnóstico extraoficial era que Lídia tinha reencontrado um menino com quem já havia se relacionado no abrigo, depois de fugir de casa por outro namorado. Escutei o que ela tinha a dizer e respondi, cumprindo "meu papel" de profissional da saúde, discursando sobre Lídia:

— Não vejo nenhum comportamento patológico da Lídia, acho que ela tem atitudes de uma adolescente de 14 anos.

Lídia era uma menina negra, a quem, pelo fato de ter namorado dois meninos em momentos diferentes, cabia um título: *puta*. Ela mesmo me contou em diversos momentos que essa palavra foi acoplada a ela.

Mas esse termo aqui não se inscrevia apenas no campo da moralidade, fora transferida como um transtorno para a medicina psiquiátrica - um campo de saber que poderia dar uma explicação para esse comportamento, e portanto, procurar um tratamento que o normatizasse, ou até mesmo curasse ou o ajustasse com certa medicação. A desqualificação

moral de um certo modo de viver ou de um impulso vital seguido por uma retificação desta como um transtorno ou uma doença é frequente na história da sexualidade.

Foucault (1988) destaca a passagem da categoria *sodomita*, utilizada no século XVII, para *homossexual*, do século XIX – termo que, embora o utilizemos corriqueiramente, é uma terminologia que foi criada pela medicina psiquiátrica do século XIX. O primeiro é um reincidente, alguém que pratica um ato sexual com alguém do mesmo sexo e que contraria uma regra pública, moral. O segundo é alguém cujo desvio expressa uma essência interna, uma natureza interior pervertida, uma espécie patológica, uma doença profunda. No caso de Lídia, trata-se de um outro deslocamento histórico, político, clínico. Foi insinuado um possível transtorno, não se tratava de uma doença sexual ao modo do século XIX, mas os ecos entre desqualificação moral e transtorno persistem.

A ampliação do discurso médico na modernidade permite o estabelecimento do que Foucault denomina como biopoder, definido como "o conjunto dos mecanismos pelos quais aquilo que, na espécie humana, constitui suas características biológicas fundamentais, vai poder entrar numa política, numa estratégia política, numa estratégia geral do poder" (2008b, p. 3). O biopoder passa a trabalhar por meio do reforço e da vigilância, otimizando as forças vitais para produzir uma população saudável com corpos disciplinados e otimizados capazes de atender aos interesses do capitalismo. A sociedade capitalista investe no biológico para se constituir, de forma que o controle, portanto, não opera simplesmente pela ideologia, mas pelo corpo. Assim, se o corpo é uma realidade biopolítica, a medicina se torna uma estratégia, um dispositivo. (Foucault, 1984; 1988)

\*\*\*

Uma das policlínicas tinha um Grupo MEV, sigla para Mudança no Estilo de Vida. Para fazer parte dele, convidavam os pacientes com "exames alterados", ou seja, aqueles em que foi observada alguma "disfunção" em situações médicas em que supostamente o "estilo de vida" do paciente – sua alimentação, a realização ou não de exercícios físicos, seu sono, entre outros aspectos – teria um grande impacto.

A sala era pintada de branco e as pessoas ficavam sentadas em fileiras, como em certas salas de aula, ou em uma missa, e os profissionais estavam à frente. Em destaque havia uma mesa, dividida em três cores: vermelho, amarelo e verde. Em cada uma das divisórias, os enfermeiros iam colocando os alimentos, dos estritamente proibidos – como ultraprocessados – àqueles que não podiam faltar na mesa – como legumes e verduras. Um deles dizia:

— Vocês precisam entender o dano para a saúde de certos alimentos ultraprocessados e mudar de vida.

Havia um tom taxativo na forma como eram abordados os assuntos e uma grande desconexão com a experiência daquelas pessoas. Tudo se passava como se a mudança alimentar dependesse exclusivamente deles, e não interferissem alterados por outras forças menos marcadas pelas informações e comunicações, como se esses produtos não exigissem

mais dinheiro, deslocamentos afetivos, políticos e temporais para serem tomados ou não por esses vivos.

O discurso aqui permitia que os enfermeiros e médicos transferissem aos pacientes a responsabilidade pelas suas próprias saúdes, guiados por duas ideias ilusórias. A primeira de que, apesar da óbvia impossibilidade imposta pela realidade social de torná-los práticos, se esses discursos fossem seguidos, aqueles problemas de saúde desapareceriam. A segunda de que a simples comunicação, informação técnica, era o suficiente para que as pessoas seguissem o que estava sendo posto.

Castiel e Diaz (2007) dizem que o apego pelas evidências científicas como representantes da verdade expressa um sintoma de reatividade que emerge dos níveis de incerteza da época atual, com uma sociedade de riscos com seus fatores de riscos. Sem desconsiderar, de forma ingênua, os benefícios trazidos por esse conhecimento, destacam que a ideia de evidência pode excluir experiências importantes que carregam as complexidades dos processos de saúde-doença-cuidado, expressando a hegemonia desse modo de pensar como reforçador de um modelo reducionista que corrobora ações estritamente individuais sobre a própria saúde.

A transformação do grupo em uma palestra, com os profissionais discursando sobre como aquelas pessoas deveriam agir, parece expressar tanto ecos da lógica do sermão religioso, quanto uma confiança excessiva na comunicação e informação. Nesta perspectiva, em sua análise da invenção do psicológico, embrionariamente no século XVII, e sua religiosidade latente, Figueiredo (2007) diz:

Seria bom principiar opondo a pregação à confissão como duas modalidades de produção da subjetividade. Na confissão, fala o crente no espaço privado do confessor acerca do que não pode ser falado em público, do que não pode nem deve ser incorporado às suas representações sociais. Na confissão, sussurra-se, articula-se mal, duvida-se, pede-se socorro e perdão. O confessor ouve, orienta e, principalmente, absolve da culpa. No sermão, fala o pregador no espaço público acerca do que pode e precisa ser falado em público para que cada fiel, em tese, sinta nessa fala alusões oblíquas à sua intimidade. O sermão deve dirigir o olhar de cada um para dentro a partir do mundo das representações. (Figueiredo, 2007, p. 93 e 94)

Ao tratar do problema do estilo de vida na saúde, para além da incongruência com a realidade das vidas, outro problema se apresenta. Parece haver o cruzamento de lógicas da sociedade de comunicação e controle – o sermão religioso agora com jaleco branco – com a da confissão já referida – no caso do dentista e não uso do fio dental. Nas classes ditas baixas, o “estilo de vida” assume ainda uma outra roupagem.

Coimbra (2001) afirma que os doentes fazem parte das classes perigosas, assim como os criminosos, loucos, indigentes e qualquer outra categoria associada à pobreza que não fosse um corpo útil e dócil, voltado à produção capitalista e que expressa uma periculosidade em

relação ao seu potencial contaminador. No Brasil, o movimento higienista, apoiado nas teorias racistas, na eugenia e no darwinismo social, adentra a sociedade com o objetivo de salvar a nação de uma possível degradação, com as famílias pobres sendo apontadas como possíveis contaminadoras. A higiene passa a ser vista como condição para o progresso e a medicina passa a tutelar os comportamentos. A saúde passa a se inscrever no campo da moralidade. Carregar uma doença – em especial doenças que são associadas ao “estilo de vida” –, se torna uma prova de que aquele sujeito cometeu um delito.

## VIGIAR-SE E CORRIGIR-SE

Em um café da tarde, ofereci um pedaço de bolo de cenoura com cobertura de chocolate e Francisco, para a minha surpresa, recusou. Falei que era raro alguém não gostar de bolo.

— Não é que eu não goste — começou ele a me contar — mas um dia fiz um exame na firma, o médico trocou os testes com o de um colega, viu o resultado errado e me falou que eu tinha diabetes. Deu que meu triglicérideos estava em 386... nunca esqueci esse número. Tomei um susto, e desde então nunca mais como nada doce. Acho uma delícia, mas tenho medo de ter diabetes.

Todas as vezes que encontrava Francisco tínhamos um diálogo parecido. Era impressionante o quanto ele se apropriava dos termos médicos, embora nunca tenha estado nem perto de ter acesso a um ensino superior. Tinha sido aliciado por certas lógicas biomédicas muito pregnantes.

A experiência tinha sido marcante o suficiente para que Francisco alterasse todo seu cotidiano, perceptível pelo seu apego ao número - número este que eu também nunca esqueci. Francisco não só recusava bolos e café com açúcar, mas fazia exercícios diariamente, e estava sempre se *prevenindo*. Ele carregava uma tendência a prever antes, estava sempre mais preocupado com os riscos.

No contemporâneo, levados pelo medo de ser responsabilizados pela própria doença, perseguimos o gerenciamento da saúde, sempre em falta, vigiando-nos. Não só a prevenção e promoção de doenças, mas a predição da saúde é requisitada como fio condutor na vida de muitos. A preocupação existe o tempo todo, queremos a antecipação – e parece haver nisso um certo desespero e medo –, o aprimoramento da existência, uma performance melhor, para que, quando a doença chegar, possamos afirmar: “fiz tudo que pude, estive atento, vigiei-me, mas não pude evitar o inevitável, tentei sobreviver”.

## UM CORPO PRÓPRIO EM QUESTÃO?

As policlínicas ficavam em territórios periféricos quase isolados. Santos tem uma geografia que possibilita que isso aconteça. Há o território da orla, ocupado majoritariamente

pela população mais rica e, conforme se afasta de lá, mais empobrecida fica a população. Em torno do centro – território habitado durante o dia por uma população que não costuma morar ali – há morros, única parte do território que não é plana. A dificuldade de acesso e o isolamento se iniciam pela geografia, e se reforçam pelo recuo do Estado nas pequenas coisas.

Saí do estágio, desci o morro e andava pelas ruas do centro da cidade. Olho os relógios no pulso, diferentes dos que eu comumente via há alguns anos atrás. Mais do que mostrar as horas, já que esta função foi ocupada pelos celulares, os *smartwatches*, como são chamados, medem batimentos cardíacos, pressão arterial, conta o número de passos que se dá por dia, entre outros. O relógio passa a fazer uma vigilância ininterrupta, assumindo uma característica onipresente e onisciente. Já a onipotência ou o poder de ação, não é atribuída ao relógio, mas se concentra no vivente. A saúde aqui parecia ser controlada por uma tecnologia.

Chego na universidade, percebo o *smartwatch* que minha amiga carrega no pulso. Ela me mostra, ajusta no meu braço, e realiza uma medição do meu estresse, em valores numéricos de 0 a 100. O meu media 52 naquele momento. Fico tentando entender como aquilo poderia funcionar. Quais indicadores do meu corpo ele considerou para medir meu estresse? Por que interessa transformar em um número uma sensação que eu podia sentir no próprio corpo? Será que até mesmo a experiência de um corpo próprio, altamente individualizado, estaria em questão?

11

## PORTADOR ASSINTOMÁTICO SEM MÉDICO NEM DOENTE

Uma cultura que quer tudo transparente cria um relógio no qual muito da vida biológica parece ser compreendido, prendido nas mãos, no pulso. Os dados produzidos são analisados sob um padrão de imagens normalizadoras. Nessa perspectiva, uma opacidade parece ser ultrapassada e é necessário saber de tudo – e esse "tudo" é a imagem fixa e totalizada que garantiria alguma segurança ao obter uma percepção de saúde, através de índices e médias.

Os *smartwatches* são próprios de uma contemporaneidade em que emerge, em coexistência com os regimes hospitalares, nos termos de Deleuze, uma nova medicina “sem médico nem doente”:

que resgata doentes potenciais e sujeitos a risco, que de modo algum demonstra um progresso em direção à individuação, como se diz, mas substitui o corpo individual ou numérico pela cifra de uma matéria ‘dividual’ a ser controlada (Deleuze, 1992, p. 225).

Ainda que o relógio dessubjete o chamado indivíduo nessa frequência de vida, ao utilizar números e sugestões padronizadas para a produção do que todos, supostamente, deveriam seguir – uma vida saudável – este passa a carregar a ilusão que pode comandar a própria saúde, tomando para si a responsabilidade sanitária. Haveria nisso uma saúde em

rede, baseada em índices epidemiológicos, médias, cifras *individuais*, para além do mero corpo individual.

As novas tecnologias de auto rastreamento não seguem um alvo – como os glicosímetros faziam e fazem – mas rastreiam o suposto bem-estar. Os indicativos como rastreamento de sono, de exercícios físicos, de estresse, não são propriamente indícios de doenças, no máximo são indicativos de possíveis riscos. Uma lógica para além da mera prevenção em saúde, trata-se mais de uma predição antecipativa.

Guiado pelo alerta constante de perder a saúde, talvez possuindo sem sintomas alguma disfunção, o vivente é contagiado por certas tecnologias que orientam sua saúde. Paula Sibilia (2004) descreve a figura do portador assintomático como o modelo da subjetividade contemporânea: esse vivente ainda não apresenta os sintomas da doença, mas ele já está mais puxado para o déficit, é quase doente. O portador assintomático está sempre propenso a adoecer (só ainda não descobriu os sintomas) e a quase morrer, não vive bem.

## PODER E CAPITAL COM PROMESSA EM SAÚDE

Interessava ter um estresse medido e quantificado, porque a experiência sensível passa a ser questionada. O *smartwatch* parece fazer parte de uma lógica que trabalha por meio do uso da verdade como um artifício que faz com que um vivente abdique do próprio governo de uma vida, e o entregue a um dispositivo de confiança (Stassun; Pich, 2019). As evidências são tomadas como se partissem de um modelo fixo, um ponto neutro, sem ser afetadas por singularidades, posicionamentos políticos, pelas instabilidades ético-estéticas interferindo nos humanos: “Se os homens governarem sob as regras da evidência, não serão mais os homens que governarão, serão as coisas por elas mesmas” (Foucault, 2011, p. 243).

12

Com a utilização dos *smartwatches*, comumente associados a aplicativos nos *smartphones*, o usuário permite que os aplicativos indiquem as condutas corretas – sempre baseadas, é claro, em indicadores microbiológicos de “vida saudável e qualidade de vida” –, por meio das notificações. Além disso, ele autoriza que dados sejam colocados em um banco, de escala global, sobre os indicadores infra biológicos dos usuários:

Um governo que conduz as escolhas do indivíduo por meio de alarmes com marcas de objetivo, com regulagens de consumo exato, com a requisição de registros alimentares, traz também um domínio de visibilidade e vigilância constante sobre as condutas e circulações. As ordens a serem seguidas, mediante notificações, são apenas o sinal sonoro de um mecanismo muito silencioso que pode apreender informações sigilosas e adestrar seus adeptos. (Stassun & Pich, 2019, p. 953)

A partir disso, os números com os quais os *smartwatches* trabalham não necessariamente são interpretados segundo uma medicina que trabalha com um modelo

biomédico, mas são associados a um modelo dinâmico bio medicalizado, que varia de acordo com os dados que são colocados. Dessa forma, a regra reescreve a si mesma de acordo com os dados que são produzidos, fazendo com que a máquina aprenda enquanto faz o monitoramento sobre o fenômeno analisado (Bitencourt, 2021). Um vivente produz uma tecnologia da mesma forma que a tecnologia o contagia, produz relações com outrem, criando uma relação mútua. As tecnologias vestíveis diminuem as fronteiras entre quem informa e quem é informado. Alguns ganham muito poder e capital com essa aposta.

O desejo naturalizado de ter um *smartwatch* pode ser traduzido como uma necessidade desconfiada de investigar – com um medo latente e pouca confiança no mundo – monitorando o tempo todo um corpo. Os indícios que ele mesmo produz – lentidões, cansaços, dores, intensidades - não bastam mais. É preciso investigar, de forma quantificada, como o corpo está, e como ele esteve, para analisar variações, se houve *evolução* ou *queda*. Uma tentativa de tentar otimizá-lo.

## UM CORPO POBRE, ÚTIL E INDEPENDENTE

Os *smartwatches* parecem emergir como sintoma de uma cultura em que a crença no Estado e no indivíduo moderno está em crise, onicrise. Foucault conceitua biopoder e biopolítica quando disserta sobre o momento de ascensão e expansão do capitalismo, em que os corpos são, sobretudo, força produtiva, que devem ser normatizados, padronizados e otimizados ao máximo a partir da disciplina. Para Hilário (2016), no contemporâneo, o capitalismo passa a precisar cada vez menos da força braçal, mas sim de maquinaria de informação e computadores, fazendo com que as massas sejam dispensáveis para a produção de riqueza. Assim, uma parte dos sujeitos se tornam sobras, não sendo mais requisitados pelo capital, sendo jogados para as margens e para a morte.

Lá em cima, eu nunca vi *smartwatches*, muito menos pessoas que chegavam mostrando para os médicos seus índices e médias por meio de aplicativos que regulassem suas saúdes. Enquanto a classe média parecia tentar se agarrar ao máximo à tentativa de não cair nas sobras do capital, as pessoas pobres dali não podiam comprar a saúde – sejam tecnologias, consultas ou produtos que prometam uma extensão da vida. Eles não pareciam nem "ter direito" a essas tecnologias que integram o pacote das misérias da classe média e rica reduzida à índices, médias, cifras em saúde.

O acesso à saúde tradicional – a medicina clínica biomédica – era dificultado pelo próprio sistema de saúde, que não era suficiente para a demanda da população, o que gerava uma grande espera para a realização de exames e procedimentos médicos. Em diversas reuniões, ouvi que munícipes que não haviam comparecido ao exame que havia sido marcado seis meses antes teriam que voltar para o final da fila e aguardar novamente. Apesar de todos os impeditivos, a crença de que se pode e deve controlar "sua própria saúde" – sempre um

problema individual – não parecia diminuída nas pessoas pobres que estavam ao meu entorno.

O principal transporte público dos morros, além de poucas linhas de ônibus, são as vans. Ao contrário dos ônibus, que possuem um aplicativo que monitora em tempo real os horários que estes irão passar em cada ponto, as vans têm um horário pouco previsível, de forma que quanto mais distante – e mais materialmente pobre – o bairro, menos opções de transportes são possíveis. Além dessa dificuldade, o acesso aos idosos é ainda menor: apenas dois assentos são reservados a esta gratuidade, assim, se esses estiverem ocupados, outros não podem usufruir desse direito. Em uma dessas vans, uma senhora, depois de quase cair quando entrava no transporte, em um trecho de curva, olha para nós e fala:

— Façam exercícios, meninas, para quando ficarem mais velhas não depender de ninguém.

Algumas horas antes, estava sentada na policlínica ouvindo uma colega falar sobre um atendimento que havia feito. Estávamos em uma sala em que a viga que sustentava o teto estava quase caindo sobre nossas cabeças, o que nos fez escolher sentar no canto da sala, como se isso pudesse nos proteger um pouco mais. Ela contava sobre Conceição, uma senhora que recentemente havia descoberto um câncer. Ainda em estágio 1, não ameaçaria sua vida, desde que fizesse uma cirurgia para a retirada das células cancerígenas. Sua principal preocupação, contudo, não era a doença, nem mesmo a cirurgia. Ela era uma daquelas mulheres que dava conta de tudo. Cuidava dos filhos e dos netos. Sua agenda era cheia, sabia de cor os compromissos de todos.

— Sua principal preocupação — minha colega me contava com uma indignação na fala — era como todas essas pessoas iriam ficar nesse período que ela vai ficar fora.

A doença aqui era uma parada.

O trabalho, a organização de todos da casa incluíam Conceição no que Coimbra (2001) chama de pobres dignos: “aos pobres dignos, aqueles que trabalham, mantêm a família unida e observam os costumes religiosos, é necessário que lhes sejam consolidados os valores morais, pois pertencem a uma classe mais vulnerável aos vícios e doenças” (p. 91). A doença apontava que ela estaria suscetível a não ser um corpo útil, ainda que por pouco tempo. O que resta de um corpo pobre que não é mais útil? Não só o “direito à saúde” era diminuído ali, mas também o direito à doença.

14

## O PROBLEMA DOS DIREITOS, A MORAL E O COMUM

Para além da saúde, a vida ali também não parecia um direito estabelecido. A lógica dos direitos, sejam as leis ou os direitos humanos, não dão garantias, é preciso lutar sempre, lutar o tempo todo contra forças que deixam claro que alguns não deveriam estar vivos. Todas as atrocidades que os viventes enfrentaram são casos materiais, lutas, e não negações de direitos abstratos. Os direitos humanos ou o direito à saúde não vão proteger da Operação

Escudo da Polícia Militar do Estado de São Paulo. Chamavam assim como se realmente eles estivessem se defendendo de algo, estavam protegendo quem? Contra quem? Quem estava protegido e quem estava em comum? Quando a polícia subia, o ambiente mudava. Encontrei-os diversas vezes parados no território com suas armas empunhadas, como se dissessem “as vidas de vocês estão nas minhas mãos”. A isso, a universidade pública tinha uma solução simples para nós que éramos de fora: estar sempre com os crachás, nos davam essa recomendação como se fosse um colete à prova de balas. E, talvez, de fato fosse. Era uma estratégia imunitária, necessária. Mostrar que eu não era dali, com o crachá, mas de uma instituição elitizada, ainda que no corpo de uma jovem negra, fazia com que eu pudesse ter mais direito à vida.

Os crachás serviam para identificar que éramos de fora. Estrangeiros. Eles concediam direito à vida, sob o olhar da polícia, e direito à entrada naquele território, sob o olhar do tráfico. Íamos com a missão de levar saúde à população, então não impediam nossa entrada, o nosso estranhamento era diminuído, a desconfiança também. Com o passar do tempo, até mesmo os crachás foram perdendo esse poder. Havia um projeto acoplado ao estágio que acontecia todos os anos, em que uma turma de aproximadamente nove estudantes ia ao território e faziam um projeto na escola ao lado da policlínica. Quando fomos conversar sobre com o enfermeiro chefe, ele prontamente recusou.

— Não tem como um monte de pessoas de fora serem trazidas nesse estado. A gente não tem mais a confiança que tinha antes. Esses dias um policial usou colete da saúde para se disfarçar e andar pelo território.

Nem mesmo a saúde tinha esse poder mais.

Mbembe (2018) considera as noções de biopoder insuficientes para construir a forma como o poder sobre a vida age na contemporaneidade, principalmente, nas periferias do mundo. Nas colônias, “soberania significa ocupação, e ocupação significa relegar o colonizado a uma terceira zona, entre o estatuto de sujeito e objeto” (p. 39). Não são todas as vidas que importam e o poder soberano define quais delas são ou não descartáveis. Para garantir o funcionamento da máquina capitalista, o poder de gestão da vida dita quem deve viver e morrer, reduzindo sujeitos a “um emaranhado bioquímico inumano” (Agostini e Castro, 2019, p. 179). Aqui, assim como nos *smartwatches*, emerge a dessubjetivação do sujeito como um sintoma do esgotamento do humanismo moderno.

A cada morte que acontecia pela operação, a comunidade, de forma geral, avaliava-as, entendendo algumas como mortes adequadas em algum grau, referindo-se às pessoas que tinham algum envolvimento com o tráfico, ainda que mínimo. Mas isso não diminuía o luto ou a tristeza de perder essas vidas para aqueles que o conheciam.

Um dia, uma ACS me contava sobre estar um pouco perplexa com a morte de uma pessoa:

— Ele era tão bom pai, veio aqui ontem dar vacina nas crianças dele... —, embora o luto sempre viesse acompanhado pela alegação: — Mas é assim mesmo, quem se envolve nessa vida sabe que vai acabar dessa forma.

A morte aqui era justificada pelo estilo de vida, com a responsabilidade sendo completamente do indivíduo em si – assim como na saúde no contemporâneo. Os outros óbitos eram daquelas pessoas que nunca tiveram nenhum envolvimento com o tráfico, as mortes injustas. Sempre que isso acontecia, a frase “Ele era trabalhador” surgia, como se a justificativa dessa pessoa poder ter uma vida fosse o trabalho, seu corpo era útil ao capital. Lembro-me da primeira vez que fui ao território em um dia em que estava acontecendo uma das operações. Enquanto fazia o caminho entre o ponto de ônibus e a policlínica, estranhava a quantidade de pessoas que estavam na rua. Um dos portões, em especial, que sempre estava fechado, dessa vez estava aberto e com crianças brincando ali. Poucos segundos depois de vê-las, virei a esquina e encontrei os policiais, com suas armas empunhadas.

Na semana seguinte, perguntei para uma profissional que trabalhava ali se era comum as pessoas estarem expostas, e não escondidas, e ela me respondeu que sim, e em um tom sentencioso disse que a população era fofoqueira e que já estava acostumada com aquilo, querendo ver as mortes. Eu ouvi desconfiada este relato, e o compartilhei com uma outra colega, que estava ali há bastante tempo, e que eu considerava ter um olhar mais sensível a determinadas questões. Esta interpretava como uma forma da própria população se proteger, como se deixassem claro que os policiais estavam sendo vigiados, que eles não poderiam fazer qualquer coisa. Nunca perguntei a nenhum munícipe qual era a versão correta dos fatos, ou se ela, de fato, existia.

16

Evocando um conjunto de ideias-força presentes ao longo da formação, que me incentivaram a pensar a produção de saúde como um conceito universalizante e ao mesmo tempo aberto, coletivo, constituinte, pensei nessa segunda hipótese, da qual desconfiava menos da versão, e enxerguei nela uma produção de saúde que vinha da própria comunidade, que se unia para evitar que dali, mais uma vez, a morte prevalecesse. Era um modo nobre para mim, que viria a me tornar uma profissional da saúde, a retomada desse conceito sob uma ótica produtora de vida.

Mas agora o problema da saúde parecia um modo quase impositivo de tomar uma produção da comunidade e englobá-la sob um conceito que lhe é externo e que agora ultrapassa as fronteiras que antes ocupava, passando a capturar tudo. Uma noção que poderia ser perigosamente imperialista, talvez até mesmo típica de um contemporâneo em que as sociedades de controle – expressão cunhada por Deleuze (1992) – tem a disciplina pulverizada, as fronteiras tênues – diferente da sociedade disciplinar moderna descrita por Foucault, constituída por meio de instituições sólidas de confinamento. Nenhum espaço está fora, tudo foi trazido para dentro.

A comunidade estava de fato produzindo saúde ou estava produzindo comum? Pela incerteza, apostei em uma ética do comum, uma noção menos investida de um caráter medicalizante.

## UM DOS BENS MAIS PRECIOSOS: A VIDA, A SAÚDE?

Os *smartwatches* também seguiam nesse mesmo caráter imperialista, atribuindo à saúde a qualidade de ocupar qualquer espaço, não mais restrita ao espaço hospitalar ou aos serviços médicos. Esta foi uma questão que me alugara, de certa forma. Entre as subidas e descidas dos morros, passei a pesquisar sobre essa tecnologia no meu próprio celular. Pouco a pouco, percebi que as propagandas correlatas a este objeto também me invadem, e como eu mesma as autorizo.

“Vire especialista em você mesmo”, é uma das frases que estampa o site de uma das principais marcas fabricantes desse produto, ao apresentar o seu aplicativo de saúde, tendo sua utilização associada ao uso do *relógio inteligente*. Logo abaixo, vem a frase “Seu corpo é um sistema complexo, e o app Saúde simplifica o entendimento sobre ele”. A tecnologia se coloca aqui como mediadora entre o usuário e seu próprio corpo. Quem veste a tecnologia é retirado do lugar de perceber o próprio corpo, para dar espaço para que esta lhe diga como ele está.

Mais do que um produto, dispositivo informático, o *smartwatch* é, sobretudo, um dispositivo de produção de subjetividade, um sintoma de modos de vida e saúde no contemporâneo. Há, evidentemente, um produto comercial que é gerido pelas leis do mercado e da demanda que foram construídos pela oferta. Nessa perspectiva, Baremlitt (2002) sublinha que “a demanda não é espontânea, a demanda não é o primeiro passo de um processo: ela é produzida, de tal modo que existe um passo anterior à demanda que é a oferta” (p. 61). A demanda é produzida através da criação de uma falta. Não há demanda sem a criação de um desejo. Não há natureza na demanda. Uma oferta conectada com modos de viver, com apostas científicas, de pesquisas, marketing, negócios e redes sociais, que não são neutras, naturais e ahistóricas, que possuem compromissos com jeitos de viver, com perspectivas ético-políticas e que produzem certas demandas.

Diferente do que as distopias escritas na segunda metade do século XX previam, ainda na lógica da sociedade disciplinar, a vigilância por meio das tecnologias no contemporâneo não é imposta, mas desejada, e quem deseja convida outros a aderir, uma espécie de contaminação. O preço que se paga não seria alto, uma vez que essas tecnologias trabalham para defender um dos *bens* mais preciosos: a vida.

A emergência dos *smartwatches* parecem implicadas com determinadas redes e tecnologias que dão ao suposto indivíduo a possibilidade de investigar, o tempo todo, sua saúde (que não é exclusivamente sua), e que não surgiram por uma demanda espontânea, natural, para aumentar a dita qualidade de vida como diriam muitos, mas pela produção de certas políticas de subjetivação implicadas com certo cansaço, excitação, falta.

## O CUIDADO NÃO, CUIDADOS

A diminuição do direito à saúde nos territórios dos morros, contudo, coexiste ali com uma tutela do Estado além do que havia em outros territórios: entre todas as policlínicas de Santos, apenas as que são localizadas em territórios periféricos funcionam a partir da Estratégia Saúde da Família, que se diferencia de unidades tradicionais principalmente pelo destaque dos Agentes Comunitários de Saúde.

O diferencial desse profissional em relação aos outros trabalhadores da rede de atenção básica é seu conhecimento mais profundo sobre a realidade do local, uma vez que deve residir no mesmo território em que trabalha (Brasil, 2017). O ACS possui, dessa forma, um papel primordial para a Estratégia Saúde da Família: a aproximação entre o munícipe e a unidade de saúde, uma vez que, por ser uma figura mais próxima da população, facilita uma maior identificação com este do que com outros profissionais, além de ser um trabalho que acontece primordialmente no território, fazendo com que a população não precise ir até a unidade para entrar em contato com o serviço de saúde.

Se, por um lado, este profissional facilita o acesso à saúde para o munícipe, ele também facilita a tutela do Estado sobre esses corpos. Em uma das reuniões de equipe, falávamos sobre um munícipe que tinha sido encaminhado para o CAPS. O enfermeiro pediu para a ACS conferir se este estava fazendo o uso correto da medicação. Se o mesmo caso acontecesse em uma outra área da cidade, a ação direta da rede pública teria sido encerrada na entrega da receita ao paciente, e cabia a ele a decisão - que aqui não é colocada como uma decisão livre, mas inundada pelo conjunto de linhas de forças que contribui para a forma como aquele sujeito se comporta - de seguir ou não com o tratamento.

Lancetti (2008) descreve o papel do agente como paradoxal: faz parte da comunidade e também da organização sanitária. Dessa forma, ao mesmo tempo que integram uma vigilância que adentra o espaço íntimo – com um conhecimento profundo daquela realidade –, também constroem o comum, tecendo uma rede que possui um alto valor. O ACS tem o potencial de reconhecer o que uma comunidade e a medicina entendem por saúde e tecer uma conjunção entre os dois.

Nós fazíamos a reunião de equipe no lado externo do serviço. Tinham três bancos e uma cobertura que não era suficiente para nos proteger do sol quente do verão que fazia em Santos naquele momento. Ficávamos a reunião inteira perseguindo a sombra que fazia. Falávamos de um caso de uma mulher que estava grávida, tinha sido diagnosticada com sífilis, e já tinha realizado o tratamento. Seu parceiro, contudo, que também estava infectado, não queria tomar as injeções de penicilina que eram necessárias para ser curado. Todos ao mesmo tempo começaram a discutir sobre o caso, e sobre a irresponsabilidade do pai em não se tratar, podendo colocar em risco a mulher e o futuro filho que ainda nem havia nascido. Entre falas simultâneas, o médico fala em voz alta:

— A gente não pode obrigar ninguém a fazer o tratamento.

E a discussão foi encerrada com um silêncio. Logo em seguida, seguimos discutindo os outros casos.

Ali não parecia haver outra alternativa entre tutelá-lo – obrigando-o, a partir de um conhecimento científico, a realizar o tratamento – e desistir de qualquer possibilidade de interferência. Uma questão frequente no cuidado em saúde: “insistir na presença ou aceitar a ausência?” (Casetto et al., 2019). Seria possível ali encontrar outros caminhos possíveis? Entender os motivos pelos quais ele não gostaria de fazer o tratamento, saber se ele compreendia os riscos de estar com um adoecimento que pudesse causar prejuízos ao seu filho e a sua esposa? A ACS ali parecia ter um papel crucial entre os dois.

Os muitos modos de se pensar o cuidado em saúde se cruzavam em um lugar conturbado, uma vez que o cuidado, Casetto (2019) destaca, não pode ser colocado como um conceito definido, certo, que funciona com um manual de instruções de forma que possa ser aplicado a todos de uma mesma realidade, nem mesmo sempre benigno, mas como uma categoria complexa que abrange diversas circunstâncias que compõe o cotidiano do trabalho em saúde.

## **ONDE E COMO SE CUIDA, SAÚDES**

19

O pastor Miguel Brun me contou que há alguns anos esteve com os índios do Chaco paraguaio. Ele formava parte de uma missão evangelizadora. Os missionários visitaram um cacique que tinha fama de ser muito sábio. O cacique, um gordo quieto e calado, escutou sem pestanejar a propaganda religiosa que leram para ele na língua dos índios. Quando a leitura terminou, os missionários ficaram esperando. O cacique levou um tempo. Depois, opinou: — Você coça. E coça bastante, e coça muito bem. E sentenciou: — Mas onde você coça não coça.

- Eduardo Galeano

As ACS pareciam justamente essas profissionais a quem a população recorria e sentia que poderia expressar seus descontentamentos e onde coçava. E era justamente ali, com elas, que parecia haver um conforto dos munícipes em relatar uma resistência à saúde dominante. Uma ACS me levava por um beco, me apresentando aquele trecho do território. Ela parou em uma das casas, que estava com a porta aberta, e avisou que tinha agendado médico para a munícipe em questão.

— Com aquele médico que não olha nem na cara? Quero não.

Não só por esta senhora, mas ouvi isso outras vezes. Pacientes que não simplesmente acatavam o saber médico pelo simples fato de ele estar naquela posição, mas que pareciam observá-los com uma certa desconfiança – era necessário conquistá-los. Eu conversava com Dona Socorro, uma senhora que fazia parte de um território em que houve uma mudança de cobertura da policlínica. Por mais de 20 anos, ela foi atendida por um serviço em que tinha

vínculo com os profissionais e, sem contatar a população e os servidores, a prefeitura decidiu trocar a cobertura. Quando isso acontecia, falavam que a decisão veio de cima.

Dona Socorro me contava que um dia foi à policlínica se queixando de dores no corpo, e logo foi perguntada pela médica sobre o motivo daquilo estar acontecendo. A médica recebeu como resposta um “se eu soubesse não estava aqui”. Ela seguia sua história, contando indignada que a médica queria dar um remédio para diabetes, mesmo que seus exames nunca tenham apontado essa *disfunção*. Ao final, ela disse:

— Assim fica difícil acreditar.

Estas não eram as únicas pacientes “rebeldes”, os chás, receitas e simpatias também eram fortes elementos que compunham o que aquela população entendia por saúde. Os modos de saúde pareciam se compor de uma forma em que parecia haver uma negociação entre *A saúde*, imperativa, com artigo definido, que se sobrepõe sobre todos os modos de vida como um ideal; e *as saúdes*, modos múltiplos e não hegemônicos de cuidar desses corpos, construídos por meio de diversos conhecimentos e vivências.

Na maior parte dos casos, as pacientes “rebeldes” pareciam escapar de um modo de saúde descrito por Aguiar (2004), quando retrata o isolamento do bacilo de Koch – agente causador da tuberculose – e da cólera. Mais do que identificar os microrganismos responsáveis por esses adoecimentos, essa nova bacteriologia cria uma recusa de uma filosofia médica até então hegemônica: agora a doença não era resultado de uma espécie de desequilíbrio integral do organismo e da vida, mas de agentes específicos, com um tratamento de especialistas que podem perder contextos, culturas.

20

O que esses sujeitos que negociavam com a ciência médica faziam, além de olhar para os profissionais com um olhar desconfiado, era recusar essa lógica – que, de certa forma, os *smartwatches* também fazem em uma chave preditiva. A cura não reside, por exemplo, em apenas tomar o chá, justificado pelos seus princípios ativos que de fato são eficazes, mas tomá-lo, mais do que isso, é carregar todo um conhecimento tradicional e afetivo de cuidado, que é principalmente matriarcal.

Shiratori e Fabiano (2023) destacam que a colonização europeia, ao entrar em contato com modos de saberes indígenas, apaga das plantas as relações que a constituíam, e as reduz a moléculas-mercadorias. Conhecimentos em que não bastava acessar um vegetal nos seus princípios ativos para serem eficazes, mas estes teriam de agir em conjunto com a sua dimensão sonora e imagética, suas vozes e cantos. Uma rede que envolvia, em sua preparação e seu uso, a prática de cuidado onírico, o uso de cantos, a fumigação com o tabaco, os banhos com vapores, as massagens e uma dieta específica para cada um. Certas sabedorias corporais que nunca foram apenas individuais, sempre necessitam do comum. Essa lógica, sob um grau um pouco mais colonizado, parecia habitar aqueles pacientes.

## OUTROS MUNDOS EM SAÚDE

O que quer que saibam os não-nascidos e os mortos, eles não podem saber a beleza, a maravilha, de sentir na carne que se está vivo. Os mortos podem cuidar do além. Mas o magnífico aqui e agora da carne é nosso, é só nosso, e nosso só por algum tempo.

• D.H. Lawrence

Este escrito tentou sondar, com um tateamento possível – mais desconfiado que sobranceiro –, diferentes lógicas em saúde. Em sua maior parte, as linhas que foram destacadas, têm um funcionamento mais próximo do que Deleuze chamou de gorda saúde dominante, as práticas hegemônicas em saúde. A atenção foi crítica, espantada com o que não espanta quase ninguém. Muitos outros mundos em saúde, contudo, coexistem com esses, e valeriam ser explorados, percebidos e notados, mundos que escapam a uma lógica que coloca o sobrevivencialismo acima da vida.

O escrito, constituído a partir do olhar de uma profissional de saúde em formação, busca capturar como os modos de saber-poder se apresentam em relevo quando a saúde está em questão. As diferentes forças facetam uma figura do profissional de saúde, se alternando e se apresentando como possibilidades, como o sacerdócio e o saber-crachá que partem dos modos dominantes e suspeitam deles, mas também os agentes comunitários como um espaço potente, habitando paradoxos que não partem apenas do instituído. Certamente há outras forças e conexões nos profissionais de saúde e em mim que não compareceram. Que outras possibilidades poderiam ser potentes, e ao mesmo tempo micro contraditórias – uma vez que a posição de especialista já parte de um saber-poder – que constitui e é constituinte?

Nas lógicas hegemônicas, coexistem frequências complementares, uma ótica sobrevivencialista e utilitarista, em que estender a vida possui um valor acima de tudo – o que foi completamente naturalizado – e outra inflexão dessa perspectiva, em que viventes contemporâneos são subestimados, dividualizados e dessubjetivados. A primeira tenta fazer com que a vida, com tantas possibilidades, seja diminuída e encarcerada sob a lógica do capital, que tenta produzir, sobretudo, um corpo dócil, útil e funcional. Na segunda, a vida é transmutada, dessubjetivada – seja pelos indicadores microbiológicos em foco, seja pelo que Mbembe descreveu, em que populações inteiras são descartáveis, vida qualquer. Em outra frequência, o neoliberalismo, operando com a lógica do melhoramento e aperfeiçoamento (*enhancement*) da vida de alguns viventes, cria a ilusão de que o sujeito é responsável pela sua própria saúde. A classe média branca tenta se agarrar à predição e às tecnologias em saúde, como os *smartwatches*.

Dessas placas tectônicas fragmentadas, lógicas e perspectivas, parece emergir uma espécie de medo estrutural em que viver é risco, fatores de risco, e, seria preciso reagir, se proteger ao máximo. Uma sensação de crise generalizada, que tem convocado imunidades, barreiras de defesa contra qualquer agente estrangeiro, ameaçador. Questão explorada por Roberto Esposito quando engendra dois conceitos em tensão *communitas e immunitas*: “Se a

*communitas* é o que liga os seus membros num compromisso donativo mútuo, a *immunitas*, ao contrário, é o que os livra desse encargo, que os exonera desse ônus” (2010, p. 82). O paradigma imunitário atinge não só o corpo biológico, mas um corpo social e político, segregando, imunizando um vivente do comum. Mais do que na saúde, no corpo, o *immunitas* se constitui também como uma lógica presente no contemporâneo. A própria noção de sujeito se nutre, cada vez mais, de estratégias imunitárias no modo de perceber mundos. A imunidade, ainda que necessária para sua conservação, em níveis elevados, substitui a vida pela mera sobrevivência, operando politicamente ao modo das doenças autoimunes. Com isso, nas histórias que acompanhei, não se trata de apenas isso. Há episódios de baixa imunidade, fragilidade, abertura e potência.

Não há somente a saúde (com artigo definido a), há muitas perspectivas, lógicas e histórias que não se constituem de forma monolítica e exclusiva, muitos outros modos de conceber e perceber, há saúdes singulares que coexistem com a perspectiva hegemônica. Mais do que isso, as negociações entre elas estão postas quando uma vivente não descarta o saber médico, mas também não subestima seus conhecimentos e recursos, saberes da grande saúde do corpo. Mais do que o objetivo comunicado que comparece nos serviços de saúde, estes modos singulares de saúdes mantêm tradições, significados vivos, constituindo linhas de fuga por dentro das estruturas de poder-saber escapando, episodicamente, em tensão, com as linhas duras dos processos subjetivantes e dispositivos de poder.

22

## REFERÊNCIAS

Agostini, R., & Castro, A. M. (2019). O que pode o Sistema Único de Saúde em tempos de necropolítica neoliberal? *Saúde em Debate*, 43 (spe8), 175–188. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S813>

Aguiar, A. A. (2004) *A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Relume Dumará.

Anders, G. (2007). *Kafka: pró e contra*. Cosacnaify.

Baremblytt, G. F. (2002) *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. Instituto Felix Guattari.

Bezerra Júnior, B. (2012). A história da psicopatologia no Brasil. [Conferência no programa de televisão Café Filosófico em 28 de setembro de 2012]. <https://www.youtube.com/watch?v=r-XJtS0A1WQ>.

Bezerra Júnior, B. (2006). O impacto das biotecnologias: um ponto de vista. *Revista Ide*, 29 (43), 50-56.

Bandeira, G. A., & Henz, A. O. (2025). Saúdes no contemporâneo: narrativas sob um olhar desconfiado. *PLURAL – Revista de Psicologia UNESP Bauru*, 5, e025005.

Birman, J. (2007). A biopolítica na genealogia da psicanálise: da salvação à cura. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 14 (2), 529-548. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702007000200008>

Bitencourt, E. C. (2021) *Smartbodies: Plataformas digitais, tecnologias vestíveis e corpos remodelados*. PPGCOM/UFMG.

Brasil. Ministério da Saúde. (2017). *Política Nacional de Atenção Básica: Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Ministério da Saúde.

Casetto, S. J., Henz, A. O., Rodrigues, A., Azevedo, A. B., Martinez, F. P. M., Moreno, H. V., Silva, M. J., & Capozzolo, A. A. (2019) O cuidado não existe – modos diversos de cuidar na atenção básica à saúde. In R. Mendes, A. B. Azevedo, & M. F. P. Frutoso (Orgs.). *Pesquisar com os pés: deslocamentos no cuidado e na saúde*. (pp. 121-143). Hucitec.

Castiel, L. D., & Diaz, C. A. D. (2007). *A saúde persecutória: os limites da responsabilidade*. Ed. Fiocruz. <https://doi.org/10.7476/9788575412336>

Castro, E. V. Transformação na antropologia, transformação da antropologia. *MANA*, 18 (1), 151-171. <https://doi.org/10.1590/S0104-93132012000100006>

Coimbra, C. (2001). *Operação Rio: o mito das classes perigosas*. Oficina do autor/Intertexto.

Deleuze, G. (1976). *Nietzsche e a filosofia*. Rio.

Deleuze, G. (1988). *Foucault*. Brasiliense.

Deleuze, G. (1992). *Conversações*. Editora 34.

Deleuze, G. (1997). *Clínica e crítica*. Editora 34.

Esposito, R. (2010). *Bios: biopolítica e filosofia*. Edições 70.

Figueiredo, L. C. M. (2007). *A invenção do psicológico: quatro séculos de subjetivação (1500-1900)*. Escuta.

Foucault, M. (1984). *Microfísica do poder*. Graal.

Foucault, M. (1988). *História da Sexualidade I: Vontade de Saber*. Graal.

Bandeira, G. A., & Henz, A. O. (2025). Saúdes no contemporâneo: narrativas sob um olhar desconfiado. *PLURAL – Revista de Psicologia UNESP Bauru*, 5, e025005.

Foucault, M. (2008a). *O nascimento da clínica*. Forense Universitária.

Foucault, M. (2008b). *Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1977-1978)*. Martins Fontes.

Foucault, M. (2011). *O governo de si e dos outros: curso no Collège de France (1983-1984)*. Martins Fontes.

Glissant, E. (2020). Direito à opacidade. [Trecho extraído do link: 34ª Bienal de São Paulo, realizada em 11 de junho de 2020 e transmitida em 03 de junho de 2020]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=qu9dHpzSeNQ>

Hardt, M. (2000). A sociedade mundial de controle. In E. Alliez (Eds.), *Gilles Deleuze: uma vida filosófica*. (pp. 357-372). Editora 34.

Harney, S., & Moten, F. (2023). Estudando por meio dos subcomuns. [Entrevista concedida a] Stephen Shukaitis. Publicado originalmente como "Studying Through the Undercommons" em Class War University em 12 de novembro de 2012.]. Casa do povo.

24

Hilário, L. C. (2016) Da biopolítica à necropolítica: variações foucaultianas na periferia do capitalismo. *Sapere Aude*, 7 (13), 194-210. <https://doi.org/10.5752/P.2177-6342.2016v7n13p194>

Lancetti, A. (2008). *Clínica peripatética*. Hucitec.

Mbembe, A. (2018). *Necropolítica*. N-1 edições.

Orlandi, L. B. L. (2002). Marginando a leitura deleuzeana do trágico em Nietzsche. *Olhar (UFSCar)*, 4 (7), 10-26.

Pelbart, P. (2000). *A Vertigem por um Fio*. Iluminuras.

Pelbart, P. (2008, 3 de outubro). Vida e Morte em Contexto de Dominação Biopolítica. [Conferência]. Ciclo "O Fundamentalismo Contemporâneo em Questão", Instituto de Estudos Avançados (IEA) da USP. Youtube. [https://www.youtube.com/watch?v=3QrgXF0\\_5Ac](https://www.youtube.com/watch?v=3QrgXF0_5Ac)

II Relatório de Monitoramento de Violação de Direitos Humanos na Baixada Santista Durante a Segunda Fase da Operação Escudo (2024). [Elaborado conjuntamente pela Ouvidoria de Polícia de São Paulo, organizações da sociedade civil e movimentos de defesa dos direitos

Bandeira, G. A., & Henz, A. O. (2025). Saúdes no contemporâneo: narrativas sob um olhar desconfiado. *PLURAL – Revista de Psicologia UNESP Bauru*, 5, e025005.

humanos]. <https://www.conectas.org/publicacao/ii-relatorio-de-monitoramento-de-violacao-de-direitos-humanos-na-baixada-santista-durante-a-segunda-fase-da-operacao-escudo>

Sibilia, P. (2004). Tirantias do “software humano”: redefinições de saúde e doença. *Logos*, 11(1), 41–60. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/logos/article/view/14674>

Shiratori, K., & Fabiano, E. (2023). Capacidades extra botânicas. *PISEAGRAMA, edição especial Vegetalidades*, 148-158. <https://piseagrama.org/artigos/capacidades-extra-botanicas/>

Stassun, C. C. S., & Pich, S. (2019). Governo eletrônico da vida cotidiana por aplicativos de gestão da saúde no Apple Watch. *História, Ciências, Saúde, Manguinhos*, 26(3), 951–968. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702019000300013>

Tiqqun. (2000). *Théorie du Bloom*. La Fabrique.

Recebido em: 12/07/2025

Reapresentado em: 05/09/2025

Aprovado em: 05/09/2025

25

## **SOBRE OS AUTORES**

**Gabriela Araujo Bandeira** é graduada em Psicologia pela Universidade Federal de São Paulo.

**Alexandre de Oliveira Henz** é Professor Associado do Departamento de Saúde, Clínica e Instituições da Universidade Federal de São Paulo.