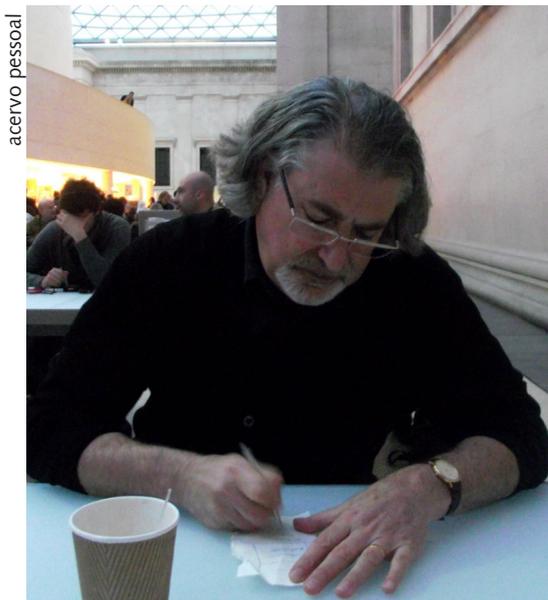


Políticas da própria vida e o futuro das práticas médicas: diálogos com Nikolas Rose (Parte 3)*

Politics of life itself and the future of medical practices: dialogues with Nikolas Rose (Part 3)

Políticas de la propia vida y el futuro de las prácticas médicas: diálogos con Nikolas Rose (Parte 3)

Sergio Resende Carvalho^(a)
Ricardo Rodrigues Teixeira^(b)



acervo pessoal

Esta é a terceira e última, da série de entrevistas realizadas com Nikolas Rose, na qual nós exploramos aspectos importantes de sua ampla produção acadêmica. A primeira parte¹ teve como eixo central questões sobre o Estado, Políticas Públicas e Saúde e suas relações com o conceito de governamentalidade. Na segunda², foi discutido o papel dos saberes e práticas psi no governo das condutas e a pesquisa genealógica. Nesta última entrevista tivemos a oportunidade de refletir com Rose sobre suas investigações recentes em torno das transformações das ciências da vida, da biomedicina, das neurociências, correlacionando-as com as práticas clínicas e seus impactos nos sistemas de saúde.

* Texto produzido durante pós-doutorado realizado pelo autor principal no King's College of London (2013-2015), sob os auspícios da Capes/Ciências Sem Fronteira.

^(a) Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, Cidade Universitária Zeferino Vaz. Campinas, SP, Brasil. 13083-887. sresende@fcm.unicamp.br

^(b) Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. ricarte@usp.br

POLÍTICA DA PRÓPRIA VIDA E UM NOVO ESTILO DO PENSAMENTO

Após afirmar que “o discurso de verdade da genômica contemporânea não vê mais os genes como entidades ocultas que nos determinam” e que as novas tecnologias abrem “‘o gene’ ao conhecimento e à técnica no nível molecular”, você afirma que estamos entrando em um novo “estilo de pensamento” (maneiras de pensar, ver e intervir) em que a molecularização da vitalidade se tornou central, que, neste nível molecular, a própria vida se tornou aberta à política, que a biologia não é destino, mas oportunidade. Poderia detalhar mais essas ideias?

Bem, há duas partes nessa pergunta. A primeira é sobre o determinismo e o determinismo biológico. Assim, começo dizendo alguma coisa a esse respeito. Eu acho que a genética é o exemplo mais claro do recuo do determinismo biológico. O determinismo genético, isto é, a ideia de que o conjunto de genes com os quais um indivíduo nasce conforma inevitavelmente as suas capacidades, tanto físicas quanto mentais, se não desapareceu completamente, foi, pelo menos, significativamente enfraquecida. Essa ideia de que o gene é como uma unidade isolada de DNA e que todos os genes se esticam como contas de um colar nos cromossomos e que cada gene determina uma proteína particular, que cria uma característica particular, nós sabemos que ela foi refutada pelo desenvolvimento da genômica, como consequência do projeto do genoma humano. Portanto, nós agora sabemos que os seres humanos não têm cem mil ou, talvez, até mesmo trezentos mil genes, como era a hipótese inicial. Eles têm cerca de vinte a 25 mil sequências de código e essas sequências estão espalhadas por várias partes do genoma, podendo ser lidas de muitas maneiras diferentes. O que é crucial não é tanto os genes, mas como eles são ativados. Em segundo lugar, nós sabemos – e isso, agora, está se tornando um clichê do que é chamado epigenética – que o que é crucial não é o DNA com o qual você nasce, mas como isso é ativado ou desativado através de toda a vida, em um processo chamado “metilação”, que permite que a sequência de DNA produza seus efeitos. Sabemos que esses processos epigenéticos são moldados de várias formas pela relação entre o organismo e seu meio. Na verdade, os geneticistas do desenvolvimento já sabem disso há muitas décadas, mas agora isso se tornou uma maneira muito mais proeminente de se tentar entender como os genes são expressos em organismos através da vida. Todos estes e muitos outros desenvolvimentos sugerem que o determinismo genético, como um programa geral para a compreensão, não apenas dos organismos biológicos, mas de seu destino, não é mais o estilo de pensamento que caracteriza a genética contemporânea.

Este é o primeiro ponto e eu acho que é possível se ver um afastamento da ‘biologia como destino’ na direção de uma ‘biologia como oportunidade’ em toda uma série de outras áreas. Por exemplo, nos argumentos em torno das células-tronco, nos argumentos em torno do transplante de órgãos, da modulação das capacidades reprodutivas por toda sorte de tecnologias e assim por diante.

Meu argumento, bastante esmiuçado no livro ‘A política da própria vida’³, foi de que, antes de ser destino, biologia é oportunidade. De fato, quanto mais algo for biológico, mais maleável é. Mesmo que isso seja um clichê, sugere um certo modo de pensar. Considere, por exemplo, o recente nascimento bem-sucedido de uma criança a partir de um útero transplantado de uma amiga para uma mulher que não tinha a capacidade de reproduzir. Considere os transplantes de face, considere o uso de drogas para modular toda espécie de capacidades humanas, seja o Viagra, seja os assim chamados estimuladores cognitivos. Todas essas coisas sugerem que, quanto mais nós sabemos sobre as bases biológicas de uma característica particular, mais podemos fazer a engenharia reversa e trabalhar as bases moleculares e biológicas desta característica. Ou, pelo menos, este é o sonho – em princípio, quanto mais nós sabemos, mais estamos aptos para intervir. Os debates políticos que isto suscita são bem conhecidos: disputas sobre aprimoramentos, debates sobre tecnologias reprodutivas, disputas sobre a ética do prolongamento da vida. Tais disputas sobre a organização da própria vitalidade tornaram-se centrais na política contemporânea - eutanásia, a manutenção da vida de bebês com deficiências severas - há múltiplas áreas em que isso pode ser visto.

Não se trata apenas da biologia passar a ser concebida como uma oportunidade, mas do fato de que toda uma série de novos tipos de disputas políticas se organizam em torno dessas oportunidades. Essas disputas, essa política da vida está intrinsecamente entrelaçada com uma economia da vida, porque a abertura desses processos vitais à intervenção também se tornou um campo preferencial para a capitalização pelas indústrias farmacêuticas, pelas indústrias de equipamentos médicos e assim por diante. Há, então, um novo entrelaçamento das formas de conhecimento e das técnicas de intervenção, dos modos de capitalização, das disputas éticas e políticas, todo um intrigante novo campo de análises.

INDÍVIDUOS SOMÁTICOS E PSICOLÓGICOS

O que você quer dizer, em seus estudos, com “indivíduos somáticos”? Estaria o indivíduo psicológico desaparecendo nessa nova biopolítica? Qual seria hoje o principal caminho para nossa reinvenção: o psicológico ou o molecular?

Eu uso o termo indivíduo somático para indicar o caminho no qual os seres humanos têm crescentemente se engajado para compreender e gerir seu soma, seu corpo e sua existência corpórea. É claro que os seres humanos sempre buscaram gerir sua forma física, controlar sua dieta e todo tipo de regimes para melhorar seu estado físico e suas formas de vida – a gente pode ver isso pelo menos desde os gregos. O que eu tentei indicar com essa ideia de indivíduo somático é a maneira pela qual, ao menos em parte, a gestão da nossa existência corporal se tornou uma das exigências éticas centrais do nosso presente. Não mais uma questão de escolha para a elite ou aqueles aderidos a um particular culto do corpo, mas uma das maneiras centrais pelas quais todos são obrigados a administrar suas existências e vidas cotidianas em termos de dieta, em termos de ingestão de álcool, em termos de exercícios, em termos do uso de vários tipos de drogas para modular processos corporais, sejam estatinas para reduzir o risco de derrame ou ataque cardíaco, sejam as drogas para gerir nossa sexualidade como o Viagra. Isto se tornou uma exigência ética fundamental em nós, investindo as formas que moldam a nossa existência e gerenciam nossas vidas diárias com preocupações - enquadradas na linguagem de especialistas de vários tipos - sobre a manutenção e gestão dos nossos “eus corporais”.

Seria uma tentação dizer que o declínio da ética religiosa e a ascensão da ética somática estão de alguma forma conectados: certamente, é visível a ascensão dessas práticas de si somáticas naquelas partes do mundo em que as crenças religiosas declinam ou se tornam menos proeminentes na gestão da existência cotidiana. Isso significa que a ideia de indivíduos psicológicos está desaparecendo? Não, eu não acho que estejam desaparecendo, eu acho que estão sendo suplementados por essas outras formas de pensar sobre a gestão de nossos corpos e de nossos cérebros. Este é o argumento que sustento no livro ‘Neuro’⁴: não se trata dos seres humanos terem se tornado cérebros, mas do fato deles terem cérebros, deles poderem entender os seus cérebros, deles poderem trabalhar os seus cérebros, deles poderem gerir os seus cérebros. A gestão de nossa existência neurobiológica se tornou parte da gestão de nossa existência somática. Mas as pessoas que fazem essa gestão são ainda entendidas a partir de um conjunto de características psicológicas e, conseqüentemente, aberto a intervenções psicológicas concebidas para mudar as maneiras pelas quais elas administram suas capacidades biológicas e neurobiológicas.

UMA NOVA RELAÇÃO ENTRE CIÊNCIAS SOCIAIS E CIÊNCIAS DA VIDA

Em seus últimos trabalhos, você defende a ideia de que “as teorias sociais não são mais pensadas como progressistas em virtude de sua distância do biológico. Na verdade, a suposição inversa se tornou comum – parece que o ‘construtivismo é *passé*’, que a virada linguística chegou a um beco sem saída e uma retórica da materialidade é quase obrigatória”. Você pode nos dar seus argumentos para essa afirmação provocativa e por que você acha que essa mudança no estilo de pensamento oferece novas oportunidades para uma nova relação entre as ciências humanas e a ciência da vida?

Bem, num certo nível, o argumento de que a referência à biologia não seja mais proibida na chamada ciência social progressista é apenas um fato empírico. Você pode observar isso nos novos materialismos feministas que visam levar a organização biológica do ser humano a sério. Você pode perceber isso na chamada “teoria dos afetos” que olha para a neurociência, ou uma certa versão da neurociência, para entender o papel das forças não-conscientes e não-rationais na conformação das coletividades humanas e das aspirações humanas, das decisões humanas e dos desejos humanos. Assim, num certo nível, é simplesmente uma observação do modo como as teorias sociais progressistas, ou teorias que se consideram progressistas, estão se desenvolvendo. Por outro lado, eu argumentei de que há realmente oportunidades para as ciências humanas nas mudanças de estilo do pensamento das próprias ciências da vida. As ciências da vida estão em mutação: vemos isso na genética com debates sobre a epigenética, vemos isso nas neurociências com a ascensão de ideias sobre a neurogênese e a neuroplasticidade. As ciências da vida estão começando a reconhecer que, para entender um organismo, você deve localizar o referido organismo, por um lado, no seu meio, por outro, ao longo do eixo do tempo. Você precisa entender como aquele organismo se desenvolve de maneira altamente complexa em interação com tudo que o rodeia e com tudo que ele experimenta.

É verdade, contudo, que as concepções sobre o ambiente ou o meio e as análises das maneiras pelas quais esses fatores ambientais moldam a vida do organismo são bastante simplistas. Isso oferece uma oportunidade para uma nova relação. As ciências da vida – se é que eu posso usar esse termo muito geral como uma abreviação –, uma vez tendo reconhecido que elas devem entender como os organismos se desenvolvem em seus meios, abrem espaço para que as ciências humanas comecem a introduzir argumentos e evidências sobre esse meio. Podemos, então, perguntar como as características do meio, que têm sido tão fundamentais para as ciências humanas – a desigualdade, a exclusão, a injustiça, o racismo e assim por diante – se inscrevem dentro do próprio corpo. Em outras palavras, as ciências humanas, como as ciências da vida, têm que perceber que o organismo só existe no e através do seu meio; as ciências humanas têm que perceber que as entidades com as quais elas se preocupam, os seres humanos, individual e coletivamente, são criaturas vivas e vitais, cujas vidas e oportunidades, desvantagens e adoecimentos, estão intrinsecamente moldados pela maneira como todas as forças ambientais agem e transformam e marcam seus corpos e almas.

É por isso que eu acredito que há oportunidades para um novo relacionamento. É uma relação difícil. Há todos os tipos de diferenças de poder entre as ciências da vida e as ciências humanas. Há todos os tipos de ansiedades bastante compreensíveis sobre a colonização das ciências humanas por um poderoso conjunto de argumentos biológicos. Há ainda preocupações sobre o reducionismo e o determinismo biológicos. Há críticas compreensíveis da maneira como o ambiente é tão altamente simplificado em muitas discussões nas ciências da vida. E é claro que existem alguns setores das ciências da vida que ainda são bem resolutamente reducionistas. Vê-se certamente isso em desenvolvimentos recentes da neuropsiquiatria, por exemplo, que devota todas as suas energias para explorar a genética e as bases neurobiológicas dos adoecimentos psiquiátricos, efetivamente excluindo todas as outras coisas, o ambiente, o biográfico, o histórico, o cultural, o linguístico – todas estas coisas são empurradas para uma espécie de “exterior”. Há, portanto, muitos desafios e é por isso que se trata de um momento interessante.

MUDANÇAS NA CLÍNICA

Como Foucault nos ensinou, “a reformulação técnica, epistemológica e ontológica da percepção médica decorre de interligações com mudanças numa série de dimensões, algumas das quais parecem, à primeira vista, um pouco distantes da medicina”. Neste sentido, você acha que há uma reformulação técnica, epistemológica e ontológica da percepção médica hoje em dia no Reino Unido e em países industriais desenvolvidos? Você acha que a “idade de ouro” da medicina clínica terminou?

As coisas estão mudando, mas nós não deveríamos tanto pensar em termos de “épocas” a este respeito, não deveríamos pensar que, de repente, haverá uma mudança de uma maneira de fazer as coisas a outra maneira de fazer as coisas. Não estamos mais, certamente, na “idade de ouro” da medicina clínica, se por isso se entende o poder sem limites do médico, que por si só é capaz de diagnosticar, prescrever o tratamento e compreender a natureza e a base da doença que está sendo vista. Esse foi um período em que o conhecimento médico, a visão clínica e as habilidades técnicas estavam todos integrados na pessoa do médico. Esse momento já passou. Claramente, nos dias atuais, os médicos dependem de uma série de expertises que eles mesmos não possuem. Sejam elas a dos testes que são realizados nos laboratórios, sejam elas a da genética que eles usam, mas da qual não se encarregam, sejam elas a das tecnologias robóticas que eles usam para suas intervenções etc. Sem contar todos os modos de gestão da saúde e da doença que acontecem fora do encontro clínico entre o médico e o paciente.

Então, nesse sentido, a “idade de ouro” da clínica, como foi descrita em ‘O Nascimento da Clínica’, realmente mudou, sofreu uma mutação. Mas eu não acho que isso necessariamente significa que o papel crucial do médico tenha sido apagado. Mesmo nas maravilhosas inovações médicas que se vê, sejam estas os transplantes de rosto, os transplantes de útero etc., o papel do médico continua a ser crucial e o poder do médico, pelo menos na percepção do público, também é crucial. O médico como uma pessoa sábia, o médico como uma pessoa com habilidades técnicas cruciais, o médico como a pessoa que realmente é capaz de dar conselhos desapaixonados e, todavia, cuidadosos sobre como gerir a saúde e a doença... Eu acho que muitas dessas coisas ainda persistem. Então, o que se vê não é uma mudança radical de época, mas mutações em muitos níveis diferentes. Foucault mostrou que o nascimento da Clínica surgiu na confluência de desenvolvimentos em várias dimensões diferentes; assim, também se vê esta reformulação surgindo na confluência de mudanças ao longo de vários diferentes caminhos. Deixe-me dar um pequeno exemplo: o surgimento do paciente empoderado, livre para escolher, é, até certo ponto, um reflexo no domínio médico de mudanças muito mais amplas nas relações entre especialistas e seus objetos. Ele não surge, inicialmente, de dentro da medicina, mas uma vez que tenha surgido é incorporado pela medicina e transforma a relação entre o médico e o paciente. Não apenas na medicina geral, mas também em muitas áreas da psiquiatria. As mudanças tecnológicas, a robótica, a computação e outras mudanças que permitiram uma série de novos tipos de intervenção médica, também não surgiram inicialmente dentro da medicina, elas surgiram em outros lugares, mas tiveram consequências importantes para a prática médica. Assim, se alguém estivesse fazendo uma história de nosso presente, teria que rastrear através dessas outras dimensões com o mesmo *ethos* que Foucault demonstrou em ‘O Nascimento da Clínica’.

O PAPEL (RELATIVO) DO MODELO BIOMÉDICO NAS TRANSFORMAÇÕES DA PRÁTICA MÉDICA

Você acha que na prática clínica, no Reino Unido, o olhar clínico foi suplementado, se não suplantado, pelo olhar molecular, o qual está ele mesmo enredado em um estilo de pensamento “molecular” sobre a própria vida? Você poderia comentar como essas novas biotecnologias têm impactado diferentes campos da saúde (cuidados hospitalares, cuidados primários à saúde etc.)?

Talvez, uma maneira de começarmos, aqui, seja falar sobre o termo biomedicina. Atualmente, não se pensa muito sobre o termo biomedicina quando se o utiliza, mas ele implica ou envolve uma crença de que a prática médica deveria estar baseada numa compreensão biológica do organismo humano. Que é através de uma compreensão do funcionamento normal e patológico desses processos biológicos vitais ou dos corpos, órgãos, cérebros, que a medicina deveria ser praticada. Contudo, nós vimos tanto o sucesso quanto o fracasso dessa crença. Fracasso, por conta dos muito bem-conhecidos problemas de “translação”^(c) da pesquisa biomédica básica em intervenções clínicas. Vê-se isso mais claramente na psiquiatria, onde sabemos muito sobre a natureza dos processos neurais, mas temos sido incapazes de “translacionar” esse conhecimento em intervenções clínicas efetivas. Vê-se isso também em genômica, onde, apesar das enormes expectativas, intervenções em doenças complexas comuns baseadas na genômica não tiveram o impacto que muitos previram. Portanto, eu penso que ao mesmo tempo em que há um estilo de pensamento molecular sobre a própria vida, a maneira como este se move na direção da prática clínica é muito variada. Em muitos casos, é a aspiração que tem impulsionado a pesquisa médica adiante, muito mais que a realidade. A pesquisa de biomarcadores para doenças específicas, por exemplo, que tem entusiasmado a investigação médica, é uma aspiração constante: queremos encontrar todos estes biomarcadores para que possamos identificar doenças pré-sintomáticas e intervir mais cedo. E nós temos visto uma sucessão de anúncios – que encontramos o biomarcador para a doença de Alzheimer ou o que quer que seja – que se provaram prematuros, no melhor dos casos, e enganosos, no pior.

Assim, as atividades clínicas, ainda que no coração da medicina clínica, não estão subjugadas por completo a estes grandes desenvolvimentos biomédicos, não obstante, práticas e expectativas foram remodeladas por motivos mais prosaicos: na utilização de supressores imunológicos em transplantes, no sucesso em manter vivos bebês muito prematuros, em novos modos de intervenção em derrames, em novas formas de tratar a doença cardíaca e assim por diante. Essas mudanças, talvez, mais profundas quando tomadas em conjunto, têm ocorrido fora do radar da excitação sobre as transformações revolucionárias da biomedicina.

Então, isso diz respeito às questões de pesquisa e à difícil “translação” da pesquisa à prática. Quanto a saber em que medida estas estão impactando outras áreas, como, por exemplo, os cuidados primários em saúde, nós precisamos de mais investigações empíricas. Acredita-se usualmente, em países que possuem sistemas de atenção primária à saúde desenvolvidos, que a maior parte das consultas que os indivíduos fazem com os seus médicos de atenção primária são para problemas que não são necessariamente de ordem médica e não podem ser resolvidos por intervenção médica. Estas misérias da vida diária que são trazidas para os médicos não são impactadas, dessa maneira, por estes desenvolvimentos

^(c) Nota do tradutor: Optamos aqui por traduzir “translation” pelo neologismo “translação” porque, ainda que o sentido literal na frase em questão pudesse ser o de “tradução” ou “aplicação”, ele também deve recobrir os sentidos trazidos pelo campo da chamada “pesquisa translacional”, entendida como campo de investigação interdisciplinar que busca a troca bidirecional entre ciência básica e a clínica para transpor os achados de pesquisa básica do laboratório para ambientes aplicados envolvendo pacientes e populações.

da biomedicina. Claro, pode-se indicar o uso de novos – bem, nem tão novos – medicamentos antidepressivos. Estes se tornaram bastante prevalentes como uma forma dos médicos da atenção primária à saúde lidarem com as misérias e infelicidades de seus pacientes. Esse é um dos modos pelos quais estão intervindo e impactando, mas talvez não seja tanto seu estilo de pensamento molecular que lhes confere o seu poder, mas o antiquado desejo do médico de fazer alguma coisa para o seu paciente. Este desejo do médico de fazer alguma coisa – o que obviamente é afetado pelo desejo do paciente de que alguma coisa lhe seja feita – também tem algumas grandes desvantagens, como podemos ver no uso excessivo de antibióticos. O desejo do paciente de ter alguma coisa para levar e o desejo do médico de lhes dar alguma coisa para tranquilizá-los, leva a um excesso de prescrições destes antimicrobianos que, como sabemos, está levando a graves problemas de resistência microbiana. Há questões interessantes aqui, sobre as relações entre estas velhas realidades clínicas e as novas realidades biofarmacêuticas – e a remodelagem dos corpos pela própria medicina.

Na assistência hospitalar, eu acho que o maior impacto da biotecnologia é mais uma vez decorrente de fatores de ordem mais mundana; na medida em que os cuidados hospitalares estão sendo transformados e isso se deve muito menos às novas biotecnologias do que às velhas motivações econômicas, ao desejo de colocar os pacientes fora do hospital o mais rápido possível. Claro, isso está ligado a diferentes formas de conhecimento que sugerem que as perspectivas de saúde do paciente não melhoram com uma longa estadia no hospital, mas, muito pelo contrário, que se deve pôr os pacientes fora do hospital e manda-los de volta para casa o mais rapidamente possível. Há uma coincidência entre o argumento médico e a discussão econômica sobre a taxa de transferência de pacientes e assim por diante. Seria completamente errado sugerir que toda a medicina está sendo transformada por estas novas biotecnologias, porque, como eu tenho argumentado em outros lugares, a medicina é uma prática altamente heterogênea. O modelo médico, sobre o qual tantas pessoas gostam de falar, aplica-se, se é que ele chega a se aplicar, a uma pequena parte do que os médicos fazem e a uma pequena parte dos cuidados de saúde. Há muito mais sendo moldado por diferentes estilos de pensamento e por diferentes modos de intervenção e diferentes processos sócio-políticos.

DIFERENTES POLÍTICAS VITAIS E SEUS IMPACTOS NOS SISTEMAS DE SAÚDE

Tomando o Reino Unido e seu Sistema Nacional de Saúde (NHS) como referência, você poderia nos falar sobre os elementos de sua política vital que se assemelham ao que você chama de “política de saúde e doença” típica dos séculos XVII e XIX e os elementos que caracterizam uma “política da própria vida”, caracterizadas pelas ações para otimizar a vida? Como essas diferentes políticas vitais se relacionam uma com a outra e quais suas consequências para os sistemas de saúde atuais? Você poderia discutir estes pontos tomando o Brasil como um exemplo para as suas reflexões?

Eu adoraria ser capaz de falar mais sobre o Brasil, mas eu não conheço suficientemente o seu sistema de saúde para falar de modo sensato a respeito. No Brasil, claramente, em contraste com o Reino Unido, o gradiente entre a riqueza e a pobreza é incrivelmente exorbitante. A proporção da população que vive em ambientes relativamente intocados pelas transformações do cuidado à saúde dos séculos XVIII e XIX, e muito menos por aquelas dos séculos XX e XXI, é enorme. Não estou falando apenas de pessoas que vivem na região amazônica, mas também das pessoas que vivem nas favelas e que mal têm acesso a água potável e aos canos de esgoto vitrificados, que tanto fizeram para mudar a expectativa de vida e a distribuição das doenças nas cidades europeias do século 19.

Assim, sob muitos aspectos, no Brasil, coexistem lado a lado uma medicina do século XXI e uma medicina anterior ao século XIX, de tal forma que não se pode falar que nele haja uma única política vital. Pelo menos parte daquilo por que se poderia lutar em um país como o Brasil, seria pela implantação e generalização a toda a população dessas coisas a que Foucault e seus colegas se referem em ‘A política da saúde no século XVIII’⁵: a pavimentação das ruas, o fornecimento de água pura, a gestão da poluição. O nível de resíduos e poluição industrial em algumas áreas do Brasil é

absolutamente apavorante. Há uma política de saúde mais antiga lado a lado com uma nova política de otimização das propriedades vitais. Mais uma vez, eu não posso falar muito sobre o Brasil, mas tome o exemplo das tecnologias de reprodução assistida, o uso destas tecnologias para permitir que as mulheres inférteis tenham filhos. Em muitas das regiões do mundo em desenvolvimento e, talvez, igualmente no Brasil, há um grande e crescente mercado de tecnologias reprodutivas. As empresas privadas instalam clínicas a fim de fornecer estas novas tecnologias para as mulheres ou casais com problemas de infertilidade, cujos desejos são moldados por crenças sobre a importância de se ter o seu próprio filho. Então, nessa medida, a otimização no sentido de permitir que todos aqueles que desejam ter filhos possam tê-los, é outro elemento que não se limita ao Reino Unido e ao seu Serviço Nacional de Saúde.

Otimização em termos de fornecimento de medicamentos que buscam tratar os riscos é outra das coisas principais que podem ser vistas nos serviços de saúde no Reino Unido. Essas drogas, sejam os medicamentos para reduzir os níveis de lipídios ou os medicamentos para reduzir a pressão arterial, todas essas drogas para enfrentar o império do risco, tornaram-se centrais nas estratégias de otimização. Rastreamento e intervenção precoce – que são uma espécie de otimização precoce, apesar das muitas dúvidas sobre sua eficácia, vêm tendo um impacto significativo sobre os serviços de saúde na Europa e no Reino Unido. Vejamos outro exemplo: a política bastante controversa em torno do uso de drogas muito caras para tratar pessoas com câncer em estágio final – drogas que vão aumentar suas expectativas de vida em alguns meses. Vemos, aqui, dilemas difíceis sobre como um sistema de saúde lida com a gestão da expectativa de que tudo será feito para prolongar a vida de uma pessoa e como isso pode ser conciliado com o reconhecimento de que tudo o que é feito para prolongar a vida de uma pessoa tem um custo que, por sua vez, terá impacto sobre tecnologias bem mais simples para ajudar outras pessoas em suas vidas. Portanto, há muitas dimensões diferentes destas tecnologias de otimização, e elas têm impacto diferenciado em diferentes sistemas de saúde.

AS INVESTIGAÇÕES ATUAIS

Você poderia comentar sobre seus atuais interesses de pesquisa no Departamento de Ciências Sociais, Saúde e Medicina do King's College? Que contribuições podem estes diálogos trazer à sociologia, à saúde pública e aos interesses políticos orientados pela meta de bem-estar e equidade?

Nós discutimos anteriormente meus argumentos de que existem novas oportunidades nas relações entre as ciências humanas e as ciências da vida. Essas novas oportunidades embasam as estratégias de pesquisa do meu Departamento de Ciências Sociais, Saúde e Medicina, aqui em Londres. Uma das razões de ter vindo para o King's College e construir este departamento é o fato de aqui haver uma grande concentração de recursos médicos e de saúde, indo da pesquisa biomédica básica à pesquisa biomédica aplicada e da oncologia à psiquiatria. Portanto, há reais possibilidades de se tentar construir pontes entre as disciplinas, não apenas de um modo teórico e abstrato, mas de uma forma muito prática. Eu posso lhe dar dois exemplos.

Primeiramente, meu trabalho sobre saúde mental em situações urbanas. Sociólogos e antropólogos têm uma preocupação de longa data com a distribuição de diferentes formas de vida mental e de saúde mental e doença mental através dos aglomerados urbanos desde o século XIX. Como isso pode se conectar à compreensão em desenvolvimento nas ciências da vida e nas neurociências das formas pelas quais estas diferentes experiências da urbanidade modelam a biologia e a neurobiologia humana? O que isso poderia significar para os diferentes modos de se definir a existência urbana, agora que mais da metade da população mundial vive em cidades, trata-se de uma questão crucial. As cidades são de muitos tipos diferentes, indo de Mumbai a Manchester, do Rio a Reading. Ambientes urbanos estão sendo modelados e remodelados e replanejados o tempo todo. Assim, talvez, essa seja uma área em que estes novos modos de se pensar colaborativamente entre o biológico e o social possa ganhar algum interesse.

Um segundo exemplo é o trabalho que temos realizado sobre saúde mental em situações de conflito e pós-conflito. A experiência do conflito e seu impacto na saúde psiquiátrica e nos serviços psiquiátricos é algo que precisa ser compreendido no nível organizacional, no nível cultural, no nível das memórias, histórias e identidades, e no nível das próprias desordens psiquiátricas.

Essas são algumas das coisas em que estamos interessados, na nossa pesquisa e na forma como ensinamos nossos estudantes. Nosso programa de graduação envolve o ensino e o treinamento em ciências sociais e saúde global e o treinamento em biomedicina básica, de tal forma que nossos estudantes possam começar a entender de que modo o corpo humano é formatado por essas intervenções. Para colocar as coisas cruamente, se a vocação da sociologia, ao menos em parte, for compreender e ajudar a aliviar o sofrimento social e produzir equidade no nível da própria vida, então eu não acho que essas novas formas de pesquisa e educação sejam inteiramente fúteis.

INTERESSE PELO BRASIL

Você tem buscado um maior diálogo com o Brasil. Por que este seu interesse pelo Brasil?

Uma das muitas razões para a colaboração com colegas brasileiros é porque parece que os interesses que temos aqui são compartilhados por muitos no Brasil. Tanto as preocupações conceituais e práticas, pragmáticas, parecem encontrar ressonância em muitos colegas no Brasil. Nesse sentido, a colaboração só pode ser para o bem. E a pesquisa comparativa pode precisamente iluminar algumas dimensões importantes dessas relações entre o social e o biológico que já discutimos. O contexto no Brasil é, em alguns aspectos semelhantes e em outros muito diferentes daquele do Reino Unido e da Europa, de modo que a comparação pode estimular o pensamento criativo. E, não menos importante para mim, eu tenho bons amigos no Brasil, por isso é bom para voltar.

Referências

1. Carvalho SR. Governamentalidade, 'Sociedade Liberal Avançada' e Saúde: diálogos com Nikolas Rose (Parte 1). *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2015 [citado 26 Out 2016]; 19(54):647-58. doi 10.1590/1807-57622015.0216. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000300647.
2. Carvalho SR, Lima EMFA. Poderes da liberdade, governamentalidade e saberes psi: diálogos com Nikolas Rose (Parte 2). *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2016 [citado 26 Out 2016]; 20(58):797-808. doi 10.1590/1807-57622015.0888. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000300797.
3. Rose N. A política da própria vida - biomedicina, poder e subjetividade no século XXI. São Paulo: Paulus; 2013.

4. Rose N, Abi-Rached, JM. Neuro: the new brain sciences and the management of the mind. New Jersey: Princeton University Press; 2013.

5. Foucault M. A política da saúde no século XVIII in *Microfísica do poder*. São Paulo: Graal; 2008. p. 193-207.

Palavras-chave: Foucault. Subjetividade. Biotecnologia. Clínica médica. Ciências humanas.

Keywords: Foucault. Subjectivity. biotechnology. Medical clinic. Human sciences.

Palabras clave: Foucault. Subjetividad. Biotecnología. Clínica médica. Ciencias humanas.

Submetido em 04/10/16. Aprovado em 11/10/16.