



Interface - Comunicação, Saúde, Educação

ISSN: 1414-3283

ISSN: 1807-5762

UNESP

Martin, Denise; Spink, Mary Jane; Pereira, Pedro Paulo Gomes  
Corpos múltiplos, ontologias políticas e a lógica do cuidado: uma entrevista com Annemarie Mol  
Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 22, núm. 64, Janeiro-Março, 2018, pp. 295-305  
UNESP

DOI: 10.1590/1807-57622017.0171

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180158183030>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

UAEM redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal  
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa acesso aberto

# Corpos múltiplos, ontologias políticas e a lógica do cuidado:

uma entrevista com Annemarie Mol

Cuerpos múltiples, política ontológica y lógica del cuidado: una entrevista con Annemarie Mol

Multiple bodies, political ontologies and the logic of care: an interview with Annemarie Mol

Denise Martin<sup>(a)</sup>

Mary Jane Spink<sup>(b)</sup>

Pedro Paulo Gomes Pereira<sup>(c)</sup>

crédito: NWOlvar



Nesta entrevista realizada com Annemarie Mol, exploramos aspectos importantes da sua produção acadêmica. Abordamos os temas corpos múltiplos, ontologias políticas e a lógica do cuidado. Annemarie Mol (1958) pesquisa na confluência de filosofia, sociologia médica, antropologia, sociologia da ciência e teoria social. Estudou medicina e filosofia na Universidade de Utrecht. Fez o doutorado em filosofia na Universidade de Groningen, em 1989. Entre 1990 e 1995, trabalhou como pós-doutoranda na Universidade de Maastricht e na Universidade de Utrecht. Em 1996, foi nomeada Socrates Professor of Political Philosophy e pesquisadora sênior na Universidade de Twente. Em 2008, foi nomeada Socrates Professor of Social Theory na Universidade de Amsterdam e desde 2010 é professora de Antropologia do Corpo na Universidade de Amsterdam. Publicou, entre outros, os seguintes livros: *Ziek is het woord niet* (com Peter van Lieshout), *Differences in Medicine* (editado com Marc Berg), *Complexities* (editado com John Law), *The Body Multiple*, *The Logic of Care*, além de diversos artigos em revistas especializadas. Annemarie Mol amavelmente aceitou responder às questões colocadas por Denise Martin, Mary Jane Spink e Pedro Paulo Gomes Pereira.

<sup>(a,c)</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de São Paulo. Rua Botucatu, 740, sala 404, 4º andar, Vila Clementino. São Paulo, SP, Brasil. 04023-062. demartin.c@gmail.com; pedropaulopereira@hotmail.com

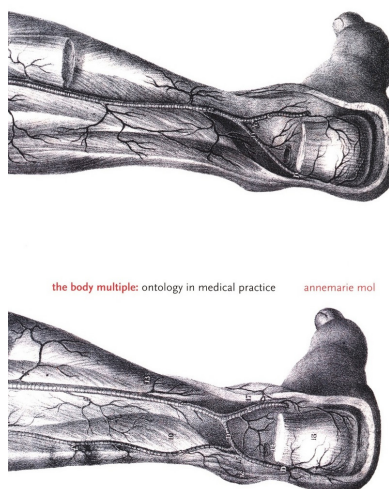
<sup>(b)</sup> Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. mjpspink@gmail.com

**Em *The Body Multiple*<sup>1</sup>, você mostrou como o corpo é manipulado em práticas variadas. Para sair da dicotomia do corpo que “temos” e do corpo que “somos”, você lembra que nós “fazemos” (performamos, atuamos, encenamos) nossos corpos em práticas cotidianas. Seria apropriado indagar: como lidamos com nossos corpos? Como é possível investigar o corpo que fazemos?**

Há muitas maneiras de investigar os corpos que fazemos (*we do*). No *The Body Multiple*<sup>1</sup>, minha pesquisa focalizou as práticas dos hospitais relacionadas às doenças vasculares, aterosclerose, particularmente dos vasos das pernas. O corpo que nós fazemos nesse cenário é feito por um “nós” amplo: vários tipos de pessoas e aparelhos estão envolvidos. O paciente, cujas artérias estão em jogo, participa ativamente no que é feito. Na sala de consulta, fala, fazendo perguntas e respondendo às perguntas. Tira as calças e meias se for necessário, para que os médicos sintam a pulsação das suas artérias e a condição da sua pele. No laboratório, contribui, não por falar (ou pelo menos, não muito), mas por permitir ao técnico tirar as medidas. Por exemplo, o técnico mede as diferenças entre a pressão arterial no tornozelo e nos braços ou a velocidade da corrente sanguínea nas artérias das pernas. Essas são medidas diferentes: a primeira faz a doença como uma queda na pressão arterial e a segunda a faz como um aumento local na velocidade da corrente sanguínea. Ambas as maneiras de fazer aterosclerose diferem da conversa que antes tinha lugar na sala de consulta entre médico e paciente. Nesse espaço, a doença tomou forma com “dor durante o caminhar”, “pulsações fracas” ou “pele desnutrida”.

Porém, também é possível pesquisar o corpo que “nós” performamos em outros cenários fora do hospital. Por exemplo, na sala de consulta da nutricionista. Lá, não há “dor durante o caminhar”, mas, por exemplo, há “sobrepeso”, que é o problema crucial enfrentado. Em relação a isso, os corpos de pessoas são considerados como gulosos, faltando nutrientes ou acostumados com certos tipos de comida, e assim por diante<sup>2</sup>. Em alguns casos, eles são feitos de uma maneira diferente, como falta de satisfação ou desejando cuidado e com fome por amor<sup>3</sup>.

Como é possível estudar tudo isso? É possível prestar atenção ao que acontece na prática, por imaginar o que cada elemento num cenário indica sobre a realidade (problemas e preocupações) em jogo na prática, perguntando para as pessoas para aprender como elas lidam com as coisas e interpretando o que elas falam. A maneira mais importante é estudando “outras” práticas também, para aprender sobre as duas pelos contrastes entre elas.



Capa do livro *The body multiple*

**E, na mesma direção, como é que lidamos com a doença? Como podemos pensar e falar sobre a doença?**

Na maioria de meus trabalhos, eu estudei doenças físicas; na maioria do que eu escrevi, o fazer o corpo e o fazer a doença se entrelaçaram. Ainda que meu livro sobre o corpo múltiplo se chame *The Body Multiple*<sup>1</sup>, o múltiplo que exhibe é principalmente aterosclerose, em vez do corpo. Mas a “doença múltipla” seria um título menos intrigante. Ao mesmo tempo, versões diferentes da doença e versões diferentes do corpo andam juntas. Uma versão anatômica de aterosclerose está situada no corpo espacial. Um corpo é fornecido por artérias de certa largura. Artérias podem ser estreitadas por placa, que se chama estenose. A fisiologia, por contraste, sugere que aterosclerose não é uma estrutura, mas um processo no tempo – em que a placa gradualmente se acumula. Consequentemente, também prevê um corpo processual, transformando-se constantemente. Além disso, há a versão da vida cotidiana, que é traduzida da versão hospitalar para a versão clínica, de ambos, corpo e doença. É onde o corpo convive no dia por dia e hora por hora com a doença de aterosclerose, que toma a forma de “dor durante o caminhar”.

O ponto crucial de elaborar essas distinções é que, para lidar com uma versão ou outra, existem consequências práticas diferentes. A dor durante o caminhar pode diminuir gradualmente se uma pessoa caminha muito – duas vezes por dia, por pelo menos vinte minutos. Mas ainda que caminhadas resolvam o problema da dor, não alteram o fato de que a artéria tenha estenose. Então, se a terapia de caminhadas é avaliada por medir a largura da artéria, ela falha, mas se for avaliada por analisar a dor do paciente, tem sucesso. É uma tensão interessante e um choque relevante.

**Você utiliza o termo *enact* para assinalar que os objetos (o corpo, a doença) existem articulados às práticas que os produzem. Como você demonstrou, a doença surge a partir dos diferentes modos como ela é atuada [*enact*]. *enact* tem o sentido de encenar e de fazer existir, de atuar. Você poderia comentar um pouco mais sobre esse conceito central em *The Body Multiple*<sup>1</sup> (por exemplo, as relações com a teoria da performatividade de Judith Butler)?**

Não há muita diferença entre a maneira que eu uso *to enact* (atuar, instituir, implementar, ocasionar) e a maneira que Judith Butler usa *performance* para escrever sobre a realidade. *Performance* tem um contexto histórico em que há uma realidade “verdadeira” detrás da cortina onde a realidade é performatizada. Butler não pensa que há um bastidor atrás do palco, mas alguns dos meus críticos pensaram isso. Essa é uma das razões porque eu não usei o termo. Eu queria evitar essa conotação.

Mas, escuta, *enacting* não tem nada a ver com causar, nem fazer. Essas são palavras que enfatizam o passado (no qual as “causas” estavam localizadas ou quando o “fazer” aconteceu) e estabilizam o resultado, o presente. O ponto crucial da mudança para *performance/enacting* é que o presente em si está e permanece instável. Há o aqui e o agora, em que fazendo, *doing*, acontece, mas não é explicado pelo o que aconteceu antes. Existem padrões e rotinas, mas sempre há a possibilidade de surpresas.

***The Body Multiple*<sup>1</sup> é uma afirmação poderosa sobre praxiografia, sobre aspectos práticos e materialidades, e sobre o tipo de método etnográfico que conversa com a multiplicidade. Como você diz, médicos e pacientes atribuem significados em maneiras diferentes. Porém, práticas, em algum momento, tornam-se palavras, por notas de campo ou por meio de conversas sobre o que indivíduos estão fazendo. E essas práticas discursivas são compósitos de repertórios linguísticos que estão embutidos em significados, consequentemente, em interpretações ou versões diferenciadas. Então, como podemos conciliar práticas e discursos (ou registros) sobre práticas? Como podemos levar em consideração a linguagem como prática?**

Há aqui um mal-entendido, uma confusão. Eu não digo que médicos e pacientes atribuem significados em diferentes maneiras. Eu digo que outros autores trabalharam isso, mas eu quero levar o argumento adiante, um passo para frente. Eu espero relatar uma história além disso, que é que médicos e pacientes performam e atuam, instituem, implementam, ocasionam (*enact*) a realidade, “juntos”.

Então, em vez das diferenças entre eles, eu enfatizo a colaboração entre eles. Médicos e pacientes colaboram, precisam um do outro para “fazer” a realidade de uma doença. Sem o paciente para falar sobre as preocupações e/ou queixas dele/dela, um médico não tem nada para atribuir significado. Sem as explicações do médico, sem as ferramentas diagnósticas e os tratamentos, o paciente tem problemas, mas problemas não são “aterosclerose”.

Os repertórios linguísticos relevantes a essa colaboração não vêm depois da colaboração – são “parte” do que acontece nos hospitais. Isso é diferente das minhas notas de campo que, eu diria, são tipos particulares do entendimento do que acontece em um hospital. São bastante irrelevantes para práticas do hospital, mas são por sua parte um componente de outras práticas. Acadêmicas ou conversas sobre políticas, elas poderiam se tornar relevantes no ensino – também no ensino nas escolas médicas – ou na delimitação de novas pesquisas.

É totalmente possível estudar a linguagem na prática [*language-in-practice*]. Obviamente, em muitas práticas humanas há muita conversa. Coincidentemente, em um dos meus projetos recentes, eu exploro esse tema. Estou mais interessada, primeiro, em como a conversa se relaciona com os corpos das pessoas presentes em um cenário e, em segundo lugar, nas diferenças entre diversas linguagens na prática. O fato de trabalhos acadêmicos internacionais serem produzidos em inglês tem consequências enormes para o que acabamos escrevendo. Você pode gostar disto, espero que sim: com uma colega, que é antropóloga trabalhando na Bahia, temos escrito sobre a diferença entre “chupar fruta” e “comer fruta”<sup>4</sup>. Estamos escrevendo sobre a maneira em que as práticas vinculadas a essas palavras diferem e não se encaixam em uma tradução direta para escrever ou falar em inglês<sup>4</sup>.

**No *The Body Multiple*<sup>1</sup>, você afirma: “...o que eu quero enfatizar por agora é só uma coisa: minha pesquisa teórica sobre a coexistência das várias versões de um objeto múltiplo era, de fato, localizado [*localized*]” (p. 182). O que significa “localizado” nesse contexto da praxiografia? Importa o tamanho do campo em praxiografia? Podemos entender os aspectos práticos e materialidades quando o campo não tem limites?**

Aqui, “localizado” significa “situado”. O ponto é que a aterosclerose múltipla que eu encontrei no hospital Z, onde fiz minha pesquisa, acontece aí e em nenhum outro lugar. Aspectos serão diferentes em um hospital a dez quilômetros longe dali. E se alguém usar os mesmos métodos de pesquisa para estudar aterosclerose num hospital em Bordeaux, Osaka ou Salvador, encontrará diferentes versões dessa doença, que seriam coordenadas de diferentes maneiras.

Por isso, as especificidades do campo são muito importantes na praxiografia. Uma prática sempre acontece em algum lugar, nunca em todos os lugares. Mas eu não estou segura se é bom falar sobre isso em termos de “tamanho”, porque práticas são pequenas ou grandes, são coisas que acontecem, e ocorrem no tempo. A pergunta mais relevante pode ser se acontecem raramente ou frequentemente. Não qual é o tamanho, mas com que frequência acontecem.

Eu me pergunto porque vocês falam sobre um campo como se não tivesse limites. Era uma crítica à noção de rede [*network*], que redes não têm limites. Mas, usando a metáfora literalmente, campos realmente têm limites, como nos casos de campos de futebol ou de pastos. Isso dito, práticas não tendem a ficar presas em campos. As práticas viajam e uma pesquisadora pode tentar seguir-lhes aonde viajarem.

O que um praxiógrafo não pode fazer é mapear um campo total, inteiro, sobre o qual podemos contar tudo. Em vez disso, a pesquisa praxiográfica se assemelha a seguir uma trilha ou um caminho. Como pesquisadora, posso estar presente em um momento e depois em outro e me perguntar como estão vinculados. Da mesma forma, posso fazer perguntas em um lugar e depois em outro e pensar em que tipo de vínculos podem existir entre os dois lugares. Por exemplo, em Hanoi, pessoas comem o mesmo tipo de pão que em Paris. São baguetes, mas mais curtos. Isso significaria que essas duas cidades juntas formam um campo? Não, o costume de comer pão em Hanoi é remanescente da história colonial francesa. Suscita a pergunta como o pão francês sobreviveu tantas décadas depois da saída dos franceses. Pode ser que tenha algo no sabor que faça sentido localmente ou pode ser que é simplesmente delicioso.

Há vários estudos científicos e tecnológicos interessantes sobre a transferência de tecnologia. Os estudos têm criticado a ideia de que uma tecnologia que funciona em um lugar específico funciona sempre e em qualquer lugar, ou seja, que funciona em geral. Uma coisa só funciona em um cenário se as condições de possibilidade estão lá para permitir que funcione nesse lugar. Se você leva uma ferramenta, uma máquina ou outra coisa – um pão! – para um outro cenário, sempre há a pergunta sobre o que isso vai fazer lá, neste outro lugar. Vai ser aceita, celebrada, vai falhar ou se desintegrar? Isso é uma coisa que a pesquisadora, seguindo a tecnologia em jogo, pode estudar sem a necessidade de dizer algo que seria verdade em outros lugares.

**Aqui, seria interessante pensar nos lugares e nas viagens, nas figuras topológicas como redes, fluidos, regiões. Você poderia falar sobre o conceito de topologia?**

Sim, posso falar mais sobre topologia, sobre o termo – mas não sobre o conceito. Um conceito é um termo bem definido, que o autor delinea claramente e depois tenta torná-lo estável. Não tenho vontade de estabilizar palavras dessa maneira. Em vez disso, eu pressuponho que as palavras mudam e trocam e estão se adaptando enquanto viajam. Consequentemente, a pergunta que você faz sobre viagens pode ser refletida nos termos nos quais você conversa sobre viagens. Termos, como tecnologias e outras coisas, não necessariamente ficam estáveis quando viajam. São fluidos. Eis a história.

Uma região é um espaço delimitado. Uma rede – tal como foi descrita no início da Teoria Ator-Rede (TAR) –, na realidade, era uma sintaxe, uma maneira de vincular elementos. A ideia original era que, se a tecnologia funcionava em duas regiões diferentes (digamos, Suécia e Nicarágua), aparentemente a rede ficou estável nos dois lugares. Em ambas regiões, havia bastante elementos relevantes e similares nos seus arredores para estabilizá-la. Isso é o que Bruno Latour quis dizer quando introduziu o atraente termo “móveis imutáveis” (*immutable mobiles*): coisas que não mudam (são imutáveis) enquanto são transportadas (são móveis) de uma região para outra.

O que nós acrescentamos (eu fiz isso em um trabalho com John Law<sup>5</sup> e Marianne de Laet<sup>6</sup>) é que também existem “móveis mutáveis”: coisas que continuam funcionando de uma região a outra, não porque fiquem os mesmos, mas porque se adaptam. Com Law<sup>5</sup>, nós propusemos isso em relação à anemia, que é diagnosticada e tratada de uma forma diferente por médicos holandeses na Holanda e médicos holandeses em lugares diversos como a África subsaariana rural. Digamos, a anemia viaja enquanto se transforma. É fluida. Foi aí que introduzimos a ideia que o espaço em que a anemia permanece a mesma é um espaço fluido. Não tem uma forma regional, não é uma rede. Nesse contexto, nós importamos o termo “topologia” da matemática, na qual este é um termo que descreve um espaço no qual um objeto muda de forma, mas não rompe. Eu não estou muito apegada a esse termo. O que eu acho importante é que não tomemos como pressuposto que as três dimensões e as escalas lineares do espaço euclidiano sejam as únicas maneiras de conceber a realidade espacial.

Com De Laet<sup>6</sup>, escrevemos sobre uma bomba hidráulica no Zimbábue que seguiu funcionando, não porque foi consertada e nunca quebrou, mas porque era adaptável e fácil para consertar. Houve várias críticas boas sobre essa interpretação – que tanto acrescentam como a corrigem. Então, Uli Beisel e Tillman Schneider<sup>7</sup> nos avisaram que adaptabilidade fluida podia parecer boa, mas nem sempre é. Se a tecnologia envolvida não for uma bomba hidráulica, mas um carro, e se o carro for adaptado de uma ambulância para um táxi compartilhado (*bush taxi*), isso pode resultar em viagens turbulentas e um maior risco de acidentes. E o que acontece com o carro quando para de funcionar? É descartado, o que causa mais problemas. Por sua vez, Peter Redfield<sup>8</sup> argumentou que a bomba hidráulica que nós estudamos nos anos 1990 podia ser promissora na sua época, e podia parecer lindo para nós, mas a bomba hidráulica estava vinculada a uma política de estado nacional que não existe mais. Ele contrasta isso com um canudo que filtra água, mas é um produto comerciável pequeno. É uma comparação muito convincente.

Eu dou esses exemplos para ilustrar que, em vez de procurar fixar conceitos como “topologia” ou “fluido”, eu acho mais relevante participar em conversas sobre as realidades que nossas palavras ajudam a explorar. Afinal, o objetivo de fazer ou criar teoria não é para consolidar algum instrumento



verbal erudito, mas é para achar uma maneira de fornecer palavras para problemas novos ou problemas velhos que seguem sendo urgentes, mas em formas diferentes.

**Há um interesse cada vez maior das ciências sociais pela ontologia. Alguns teóricos falam mesmo de uma “virada ontológica”. Você tem um artigo importante sobre *Ontological Politics*<sup>9</sup>. Poderia comentar um pouco sobre esse interesse e sobre sua proposta em particular?**

O termo “ontologia” nas ciências sociais faz coisas distintas para diferentes autores. Na antropologia, ontologia pode ser utilizada para enfatizar que tradições culturais diferentes não apenas vinculam significados diferentes à mesma realidade fixa – a realidade que só a ciência ocidental conhece com certeza –, mas que as pessoas ordenam a “realidade” em maneiras diferentes – e podem, em suas próprias maneiras, competir com a ciência ocidental. Muitas pessoas têm “ontologias” diferentes. Isso é um bom uso do termo.

Meu próprio uso de “ontologias” é um pouco diferente. Nos anos 1990, estávamos explorando como escapar do “caráter de verdade” (*truth character*) dos registros biomédicos. E o que inventamos foi: contrastar diferentes maneiras de falar sobre verdade e então mostrar como se chocavam. Para mim, isso havia começado no princípio dos anos 1980 com a pergunta “O que é uma mulher?<sup>10</sup>”. Se diferentes áreas respondiam à pergunta “O que é uma mulher?” de diferentes maneiras, sem subestimar umas às outras, isso também deu muita liberdade às feministas. Nós não tínhamos mais que tratar de uma delas como dada ou fixa. Sempre foi possível perguntar: como, quando e onde esta verdade foi concretizada? Do que depende? Quais são as alternativas?

Quando nós começamos a usar “ontologia” nesse contexto, a ideia era brincar com esse termo de uma maneira provocativa. Na filosofia pós-kantiana, ontologia era o termo para a realidade que as ciências nunca podiam alcançar, porque sempre procuravam saber o que era, utilizando suas próprias categorias, seus próprios termos. Nós dissemos, mas a questão não é procurar alcançar a realidade e nunca tocá-la – nas práticas de conhecimento, as realidades (no plural) são muitas. Para enfatizar “isso”, nós mobilizamos o velho termo ontologia, colocamos no plural e tentamos dar-lhe um novo significado, não como algo que precede o conhecimento, mas como algo que é feito, encenado ou performado no processo de conhecer e saber.

Na época, aqueles que negavam as mudanças climáticas ainda não eram um problema. Depois surgiram e isso complica a análise. Enquanto antes precisávamos enfatizar a flexibilidade e diversidade de conhecimento, mais tarde tornou-se relevante também insistir nos limites dessa adaptabilidade. Nesse momento, preocupa-me que quando termos como “ontologias políticas” se tornam fixos e estabelecidos fica difícil adaptar nosso trabalho ao que é relevante aqui e agora. Com políticos que acham que estão livres para acreditar ou não acreditar nas palavras de cientistas que alertam sobre o aquecimento global, é possível que precisemos de outros termos. Ninguém deve ter a ideia que ontologia obedece prontamente aos decretos dos governantes.

Há algumas dificuldades na tradução portuguesa do termo *Ontological Politics*. Você afirmou que esse é um termo composto. É uma união de ontologias utilizadas em linguagem filosófica padrão para definir o que “pertence ao real, as condições de possibilidade com que vivemos” com o termo “políticas”. Portanto, o termo “políticas” realça o processo de formar a realidade e seu caráter como algo que é “aberto e disputado”. A sugestão é que “as condições de possibilidade não são dadas”. Mais à frente, você traz a questão da escolha, e escolha deriva da multiplicidade; portanto, de “ontologias” no plural. Ao tentar seguir esse argumento, a tradução poderia ser “Ontologias políticas”, isto é, se falamos sobre a realidade como múltipla, a ontologia seria melhor utilizada no plural, e se a realidade é performada de muitas maneiras diferentes, a questão política se torna importante. Em suma, não se trata de uma política, mas de uma posição filosófica que implica escolha e, portanto, tem implicações políticas. Contudo, várias colegas no Brasil e Portugal traduziram o termo como “Política ontológica”. “Política”, em português, significa a arte ou ciência de governar. Seria maravilhoso se você pudesse nos ajudar com esse problema de tradução nos contando como você traduz o termo para o inglês.

Com essa pequena lição de português, é fácil te dizer qual tradução eu prefiro. É a primeira, “Ontologias políticas”. Porque, de fato, o ponto é que não há uma versão só da realidade, mas a realidade é múltipla. Não existe só uma ontologia – seja fechada ou aberta, fértil ou rígida. O que nós tentamos enfatizar com nosso trabalho é que ontologia não precede práticas de conhecimento, mas é “feita” (performada ou atuada, instituída, implementada, ocasionada) nessas práticas. E porque há muitas práticas, há muitas ontologias.

Mas onde várias práticas estão estreitamente vinculadas, como em um hospital, as ontologias estão vinculadas também, na prática. Por isso, é melhor usar a palavra no plural, mas não estamos falando sobre pluralismo. As diferentes versões da realidade que são feitas nos hospitais estão vinculadas. Um paciente que fala com um médico na sala de consulta pode receber um diagnóstico clínico, enquanto resultados laboratoriais “fazem” a doença de uma outra maneira. Contudo, essas versões da realidade se relacionam. Os resultados laboratoriais tendem a chegar “depois” da consulta com o médico. Além disso, os valores normais do laboratório normalmente são estabelecidos por mediações de pessoas que são clinicamente normais. Assim, uma versão inclui a outra.

A realidade pode ser organizada de um jeito diferente. Por exemplo, o laboratório pode vir primeiro. A pressão sanguínea nos tornozelos de todo mundo pode ser medida, digamos, uma vez por ano. Essa é a parte “política”, que as coisas podem ser organizadas de maneiras diferentes. Mas eu não quero chamar isso de uma escolha. Eu brigo com isso no meu texto sobre “ontologias políticas”. Podem existir possibilidades diferentes, mas muitas vezes não há um momento óbvio no qual uma “escolha” é organizada praticamente. E escolhas não decorrem da existência de várias maneiras de fazer coisas. Também dependem da existência de momentos em que essas maneiras diferentes podem ser levadas em consideração e em ter a possibilidade de escolher uma opção ou outra. Pense na organização de cuidados em saúde. Na maioria dos casos, o ponto de início do cuidado não são mediações da população, mas inicia com pessoas indo a consultas porque sentem que têm um problema. Isso é tão firmemente inserido em tantas instituições que seria difícil mudar. Também seria caro demais. Assim, onde se encontra a escolha?

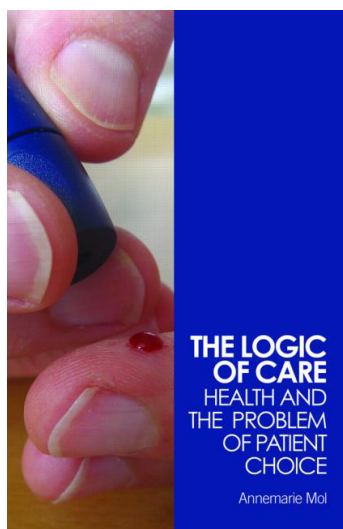


Em seu livro *The Logic of Care*<sup>11</sup>, a palavra “paciente” tem, de início, uma associação com passividade e subordinação ao modelo biomédico. No Brasil, os pacientes do sistema público de saúde são chamados de usuários, e não de pacientes. Aproveitando o seu convite de usar as ideias de seu livro ativamente, seria especialmente interessante pensar a formação de profissionais de saúde aqui no Brasil introduzindo os conceitos de *doctoring* e *patientism* de maneira criativa e contextualizada. Você poderia comentar sobre esses conceitos?

A associação entre paciente e passividade é um fato etimológico. No meu livro, *The Logic of Care*<sup>11</sup>, menciono isso e me contraponho a isso. Escrevo sobre “pacientes ativos” – só porque pacientes modernos com doenças crônicas têm que “fazer” tanto. Um médico pode “prescrever” pílulas, mas o paciente é a pessoa que tem que “tomá-las”, lembrá-las, encontrá-las e engoli-las. Isso já mostra porque o termo “usuário” não é adequado. Porque isso sugere que há algo oferecido que uma pessoa pode usar. Tipo, “aqui temos cuidados em saúde! Venham, por favor! Entrem, paguem e usem nossos serviços!”. Mas normalmente essa não é a situação. Alguém pode usar os serviços de um laboratório que oferece exames de sangue de vez em quando. Mas o resto do tempo, em casa, pessoas com doenças crônicas têm que se cuidar, incluindo muitas mensurações. Eles não “usam” cuidados em saúde, eles “fazem” cuidados em saúde. Eles estão participando ativamente.

O termo “*doctoring*” sugere uma maneira particular de fazer, de trabalhar, que não é linear. Ressoa com “*tinkering*”, tentando, adaptando e tentando de novo. Se você procurar “*doctoring*” no dicionário de inglês, também significa enganar. Mas eu rechaço esse significado do termo. Eu sugiro que esse significado origina na expectativa que os processos são lineares e seguem um caminho reto. Em uma situação em que não temos controle nenhum – e eu argumentaria que é assim na maioria das situações – *doctoring* é uma palavra boa para as tentativas para ainda cumprir com algo.

O termo “*patientism*” sugere uma analogia ao feminismo [*feminism*]. No *The Logic of Care*<sup>11</sup>, eu vou contra o modelo liberal do tomador de decisões racionais [veja também a pergunta 11]. Em vez de ter que se encaixar no modelo de cliente ou cidadão, eu sugiro que pacientes devem ser levados a sério como são, como pessoas que estão lidando com uma doença que causa problemas que tentam aliviar e seguir vivendo de alguma maneira. Esta não é só a situação anormal particular desses pacientes, mas também é um modelo útil para vários outros momentos. Exatamente como o feminismo nega a ideia de que homens são os humanos ideais, *patientism* nega a ilusão de que ser totalmente saudável é a situação-padrão da vida.



Capa do livro *The logic of care*

Em *Ziek is het woord niet*<sup>12</sup> [“Doente não é a palavra”], com Peter van Lieshout, vocês abordaram a medicalização e o monopólio da medicina. Já em *Differences in Medicine*<sup>13</sup>, com Marc Berg, vocês buscaram se distanciar da medicina como um tipo de pensamento coerente e unificado, mostrando uma variedade de modos de prática da medicina Ocidental. Na sua etnografia no Hospital Z, você também se concentra na medicina, no conhecimento médico, na tecnologia médica, no diagnóstico médico e nas intervenções médicas. Em *The Body Multiple*<sup>1</sup>, há uma busca de explorar as diferenças da medicina por dentro. No seu percurso intelectual, a forma de perceber a medicina foi se alterando? Poderia comentar algo dessa trajetória?

No livro *Ziek is het woord niet*<sup>12</sup> (publicado em 1989), não estudamos a medicalização, mas o uso do “termo” medicalização. Nós argumentamos que o termo não se encaixa muito bem no que aconteceu com o sistema de cuidados em saúde holandesa nos quarenta anos anteriores, de 1945 até 1985. Quando o termo foi usado pela primeira vez, o termo “medicalização” não foi utilizado só para falar sobre o monopólio da medicina. Foi usado mais particularmente para designar os vários comportamentos que foram condenados anteriormente por “motivos morais” (como por ter relações homossexuais ou por se engravidar antes de se casar) e que aos poucos foram chamados de desvios. Tornaram-se um “problema médico”, mas ainda não aceitos. O que vimos nos jornais médicos holandeses que analisamos foi que, nos anos 1960 e depois, médicos generalistas e profissionais em saúde mental tornaram-se reflexivos sobre isso e tentaram limitar e restringir o domínio deles. Eles não queriam medicalizar. Inclusive, eles pararam de chamar homossexuais e mães solteiras de perversos com bastante rapidez. Outras coisas estavam acontecendo. Então, em relação a sua pergunta, eu não mudei muito – eu só fiz perguntas diferentes de vez em quando e pesquisei materiais e ambientes diferentes.

Na sua proposta de “lógica de cuidado”, você critica os “clichês do Ocidente”, com sua valorização de individualidade e autonomia. Quais as relações entre esses valores e as práticas de cuidado? Você define as “práticas de cuidado” como heterotopias. Poderia falar um pouco sobre isso?

Claro! Posso falar sobre isso. Escrevi um livro inteiro sobre isso. Mas em resumo, eu chamei práticas de cuidado de uma heterotopia porque oferecem um espaço, um lugar que é o “outro” [other] do ideal ocidental dominante de indivíduos que fazem escolhas racionais. Em práticas de cuidado, esse ideal não funciona tão bem – até porque pessoas não escolham ter, por exemplo, diabetes tipo 1 (o caso que eu cito no meu livro<sup>11</sup>). Em vez disso, a diabetes acontece. Não é atraente para eles. É um problema que enfrentam, ou um conjunto de problemas. E digamos, eles não “escolhem” medir com menos frequência do que a enfermeira sugere, mas isso acontece. De alguma maneira, podem falhar em organizar suas vidas cotidianas de acordo com as várias regras de vida que vêm com a doença. É possível que eles não vão dar conta de tudo. Esse é o meu ponto: cuidado não é principalmente sobre escolhas, mas é sobre a organização na prática. Inúmeros cientistas sociais repetem uns aos outros dizendo que, em práticas de cuidado, as pessoas estão oprimidas e dominadas. Claro que isso acontece, mas não é algo inerente às práticas em cuidado. Dominação é o oposto de escolha. O oposto de cuidado é negligência.

Então, o que é interessante sobre estudar a heterotopia de cuidado é para aprender sobre outras maneiras não liberais [non-liberal] de cuidado, sobre maneiras cuidadosas de organizar nossas vidas e nossas práticas.

**Você busca estabelecer um diálogo com a Epidemiologia, especialmente pensando na ideia de “collectives”. Como então mobilizar a Epidemiologia de um modo diferente? Como criar categorias diferentes?**

Categorias diferentes estão sendo criadas todo o tempo. Por exemplo, em relação a certas preocupações, a Epidemiologia faz a distinção entre “mulher” e “homem”. Porém, em relação a outras preocupações, não faz essa distinção, mas faz distinção entre “nascido prematuro” e “nascido a termo”. Também, em outros espaços, distinguem entre “pessoas com diabetes” e “pessoas sem diabetes” ou “adultos jovens” e “idosos” e assim por adiante. Categorias são criadas para dar conta de certos problemas de um lugar particular, seja parte de uma pesquisa ou nas políticas de saúde. Então nós – se por “nós” vocês se referem a cientistas sociais – também podemos criar categorias segundo o que combina com nossas pesquisas. Às vezes faz sentido contrastar “brasileiros” e “holandeses”, mas nem sempre. Às vezes faz mais sentido diferenciar entre “pessoas que trabalham em universidades”, “pessoas que trabalham em fábricas”, “profissionais”, “desempregados” e assim por diante. Como vocês sabem, em certos espaços, acadêmicos brasileiros e holandeses muitas vezes têm mais em comum entre eles do que com as pessoas com quem compartilham as ruas. É um pouco estranho que essas mesmas categorias – de gênero, classe, raça/etnia – continuem aparecendo em textos de ciências sociais. Essas são categorias obviamente relevantes, mas não são sempre relevantes e em relação a tudo. A arte é estar sempre atento ao que importa, ao que “exatamente” importa, em esta ou em outra prática específica.

A arte, para um acadêmico, é não ficar preso a conceitos, mas pensar enquanto adaptamos as ferramentas com que pensamos para enfrentar os problemas em questão.

Tradução de Samantha Serrano

### Referências

1. Mol A. The body multiple: ontology in medical practice. Londres: Duke University Press; 2002.
2. Mol A. Mind your plate! The ontonorms of Dutch dieting. Soc Stud Sci. 2013; 43(3):379-96.
3. Vogel E, Mol A. Enjoy your food: On losing weight and taking pleasure. Sociol Health Illn. 2014; 36(2):305-17.
4. Port M, Mol A. Chupar frutas in Salvador da Bahia: a case of practice-specific alterities. J Roy Anthropol Inst. 2015; 21(1):165-80.
5. John L, Mol A. Complexities: social studies of knowledge practices. Durham: Duke University Press; 2002.
6. De Laet M, Mol A. The Zimbabwe bush pump: mechanics of a fluid technology. Soc Stud Sci. 2000; 30:225-63.

7. Beisel U, Schneider T. Provincialising waste: the transformation of ambulance car 7/83–2 to Tro-Tro Dr. Jesus. *Environ Plan D Soc Space*. 2012; 30(4):639-54.
8. Redfield P. Fluid technologies: the bush pump, the LifeStraw® and microworlds of humanitarian design. *Soc Stud Sci*. 2016; 46(2):159-83.
9. Mol A. Ontological politics: a word and some questions. In: Law J, Hassard J. *Actor network theory and after*. Oxford: Blackwell Publishing; 1999. p. 74-89.
10. Mol A. Who knows what a woman is... On the differences and the relations between the sciences. *Med Anthropol Theory*. 2015; 2(1):57-75.
11. Mol A. *The logic of care: health and the problem of patient choice*. New York: Routledge; 2008.
12. Mol A, Lieshout P. *Ziek is het woord niet*. Amsterdam: Boom; 1989.
13. Mol A, Marc B, organizadores. *Differences in medicine: unraveling practices, techniques and bodies*. Durham: Duke University Press; 1998.

*Palavras-chave:* Praxiologia. Ontologias políticas. Corpos múltiplos.

*Keywords:* Praxiology. Political ontologies. Multiple bodies.

*Palavras chave:* Praxiología. Ontologías políticas. Cuerpos múltiples.

Submetido em 03/04/17. Aprovado em 13/04/17.

