

Pequenas e grandes saúdes: uma leitura nietzschiana

Minor and major health: a Nietzschean reading

Emília Carvalho Leitão Biato ¹

Luciano Bedin da Costa ²

Silas Borges Monteiro ³

Abstract *This paper aims to discuss the concept of health, understood as multiple and plural. We use Friedrich Nietzsche's philosophical thought as an analytical tool, allowing us to reach a typology involving minor and major health. While the first is normative and sustained by an ideal of healing, the second is an expanding strength, a condition constantly achieved. If minor health follows a pre-set life moralization script, major health relates to the expanded living being, which affirms its creative nature and transcends established rules. The notion of major health embraces the overcoming of imperative models rooted in biomedicine-based practices and approaches to health collective actions. Nevertheless, on the one hand, if this movement extends the co-participatory nature between staff and users of the health system, on the other hand, it lacks more radical actions to break with the moral nature of health-disease processes. Not refusing life's own vicissitudes, major health understands the need to incorporate pain and suffering involved in individuation movements.*

Key words *Lifestyle, Philosophy, Morale*

Resumo *Este artigo objetiva problematizar o conceito de saúde, entendendo-o como múltiplo, plural. Para isso, adota o pensamento filosófico de Friedrich Nietzsche como ferramenta analítica, permitindo-nos chegar a uma tipologia que envolve pequenas e grandes saúdes. Enquanto a primeira é normativa e sustentada por um ideal de cura, a segunda passa a ser compreendida enquanto força expansiva, como um estado a que continuamente se conquista. Se, por um lado, uma saúde apequenada obedece a um script prévio de moralização da vida, uma grande saúde diz respeito à expansão daquilo que vive, que afirma seu caráter criador e não instituído pelo rebanho. A concepção de uma grande saúde vai ao encontro da superação dos modelos imperativos que se fixam nas práticas fundadas na biomedicina, aproximando-se das ações coletivas em saúde. No entanto, se por um lado esse movimento amplia o caráter coparticipativo entre equipe e usuários do sistema de saúde, ele carece, de outro, de maior radicalidade no que tange aos rompimentos com o caráter moral dos processos de saúde-doença. Ao não permitir a recusa de altos e baixos próprios à vida, uma grande saúde compreende como necessária a incorporação da dor e do sofrimento implicados em movimentos de individuação.*

Palavras-chave *Estilo de vida, Filosofia, Moral*

¹ Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso. Av. Fernando Corrêa da Costa, Coxipó. 78060-900 Cuiabá MT Brasil.
emiliabiato@yahoo.com.br

² Departamento de Estudos Básicos Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre RS Brasil.

³ Departamento de Teoria e Fundamentos da Educação, UFMT. Cuiabá MT Brasil.

Cores da saúde. Refinamentos

*Ah, preste atenção — ele sabe não apenas adorná-lo, mas também maquiá-lo! Sim, ele conhece a cor da saúde, sabe fazê-la ressaltar — é mais refinado em seu autoconhecimento do que eu pensava*¹.

Neste ensaio, nos aproximamos do tema da saúde a partir de textos do filósofo alemão Friedrich Nietzsche e, portanto, adotamos seu perspectivismo como estratégia de leitura. Um dos primeiros resultados de tal aproximação é a prática de pensá-la fora de um registro unitário, em direção a multiplicidades, o que parece potente para reconfigurar de forma radical modos de pensar e agir em saúde.

São movimentos de aproximação e atribuição de novos sentidos a elementos que parecem dicotomizados, por exemplo, atenção x assistência à saúde, integralidade x polaridade, prevenção x cura. Na proposição da superação desses movimentos conceituais circulantes, vemos, com Ceccim e Ferla², “uma saúde colada no modo de andar a vida das pessoas”, o que parece abrir paletas de cores com maneiras de perceber e agir em saúde.

Tecemos, com este ensejo, considerações que parecem potentes para problematizações conceituais e para inventá-la com suas múltiplas cores: abordamos a possibilidade de perceber a saúde em sua provocação de valores, julgamentos e (pre)conceitos e, possivelmente, transvalorada. No entanto, com este texto não buscamos oferecer um outro modelo de saúde. Aliás, há de se ter prudência com os termos nietzschianos aqui evocados, pois, como nos afirma o próprio Nietzsche³, em todo o nome há uma parcela de tentativa como também de tentação.

Neste sentido, este estudo pretende se aproximar de noções nietzschianas que permitam produzir efeitos críticos e analíticos na área da saúde. Com eles, quer experimentar a reflexão de que a saúde é múltipla e permeia a experiência humana. Ao tomarmos a saúde como um dos elementos vivenciais entrelaçados no processo de individuação, inspiramo-nos na afirmação “há em mim muitas possibilidades de estilo — a mais multifária arte do estilo de que um homem já dispôs”⁴. De várias espécies, com diferentes aspectos e modos, saúde-doença é movimento multifário, constituinte de uma arte singular.

Este estudo tem caráter bibliográfico, e foi composto a partir do exame das noções de saúde apontadas por Friedrich Nietzsche em sua obra.

Contudo, importa saber que as noções nietzschianas baseiam-se menos em argumentos ou razões, como se vê na filosofia clássica, e, mais intensamente, em vivências, como melhor expresso em *Ecce homo*⁴ e *Assim falou Zaratustra*⁵. A vida, nesse sentido, passa a ser o único critério capaz de avaliar todos os outros, inclusive a própria filosofia, estando eminentemente conectada às singularidades e ao tracejar sempre inédito dos sujeitos em suas grupalidades. Assim, faremos uso do que Andrade⁶ chama de experiência transgressora, a emergência de um singular capaz de colocar em xeque determinada relação de forças ou modos de vida mais cristalizados. O transgressor, todavia, não se faz exterior a estas forças ou modos de subjetivação enclausurados — ele assim o é por emergir justamente daquilo que supostamente o constribe e/ou debilita. Neste sentido, e de modo a tornar mais intensa a paleta de cores deste artigo, traremos Bispo de Rosário, não com a intenção de alcançar o que ele quis dizer sobre sua experiência de vida-saúde-doença, mas com o propósito de destacar elementos vivenciados que nos permitem abrir o debate em questão neste estudo.

Transvalorar valores

Dores lancinantes, de intensidade extrema e provocação da vontade de nada, rendição expressa em músculos que se tornam contraídos, tamanha a tensão e a descarga adrenérgica; corpo simultaneamente flácido o suficiente para determinar a queda ao chão. Os soldados russos se deixavam quedar na neve, entregues à morte, como valentes guerreiros que se apegam à vida estritamente do modo como esta se faz⁴. A hibernação parece opção mais atraente diante da dor que se experimenta: redução de movimentos, limitação do funcionamento orgânico ao mínimo requerido para a garantia das funções vitais. A vulnerabilidade em coexistência com a valentia, e a dor apegada à exuberância da vida. Dessa perspectiva, a denominação de fraqueza e doença direcionada ao que sofre a dor seria, para dizer pouco, simplista.

Em referência a um fragmento póstumo nietzschiano de 1881, Pierre Klossowski⁷ pondera:

Nietzsche se libera do critério do mórbido e do são; entretanto, na medida em que ele próprio sabe que é doente e fraco, ele revaloriza esses estados da existência e dessa forma modifica, e portanto, enriquece, trazendo-lhe nuances.

Doença e fraqueza se enlaçam à saúde e à força nos corpos: a certeza do conhecimento a

respeito dos procedimentos também lança o profissional de saúde no abismo delirante das múltiplas possibilidades de resultados, consequências e sensações. Assim como nos procedimentos de atendimento, tem-se uma miríade de possibilidades diagnósticas que contornam a experiência de adoecimento antes mesmo dos supostos corpos doentes se apresentarem à objetificação de um olhar profissional. A doença, subscrita a um poderoso regime de verdade instituído, “representado pela voz do saber-poder-desejo médico-hegemônico”⁸, faz da saúde o valor máximo a ser conquistado ao preço de sua extirpação.

Todavia, para proceder à transvaloração dos valores, não é preciso chamar a dor de estado de completo bem estar, nem mesmo chamar a fraqueza de força, pois as inversões não operam mudança de pensamento a respeito das forças que se digladiam no mesmo corpo. Trata-se de transvalorar os valores de um e outro estado, mantendo-os, em função da impossibilidade de optar por uma única combinação de forças no corpo.

O exercício de definir o que chamar-se-á bom é tarefa de nobres. No entanto, ao contrário do que possa parecer, o nobre não deve ser considerado como título ou virtude sociais. Para Nietzsche⁹, nobreza e vileza devem ser considerados como modos de valoração – enquanto a moral escrava é reativa, nascendo de “um Não a um fora, um outro, não-eu”, a moral nobre irrompe como um “triumfante Sim a si-mesma”. Os nobres são modos de valoração que criam seus próprios valores, tomando a si mesmos como referência, um fluxo de forças ativas na inauguração de seus valores.

Ao revés, o homem baixo, encharcado da moral do ressentimento, em primeiro plano, não cria o que deseja chamar bem ou mal, mas identifica seu inimigo – aquilo que se lhe opõe, oprime e afunda –, chamando-lhe mal. Como consequência, e em seu raciocínio reativo, chama de bom a tudo que se lhe apresenta como diametralmente oposto ao que nomeou de mal. O caráter apequenado desta moral está em sua impossibilidade de fazer surgir, de oferecer elementos, de criar liberalmente.

Em resumo, a moral escrava é a moral do ressentimento, pela qual se toma o que é mal em primeiro plano, como aquilo que parece exercer certa dominação, o que escraviza. Em contrapartida, é estabelecido o bem, não como fundação de um modo novo de notar as coisas, mas como prática de envenenamento do momento de nascer do valor: geração que se dá a partir da oposição. Esta moral escrava parece percorrer as

massas, constituindo rebanhos. São agregados de indivíduos com a moral unificada. Os valores aí circulantes são vinculados ao ressentimento, comuns a todos e desprovidos da nobreza criadora.

Se a dor aflige o outro, o profissional da saúde tem o ímpeto – ressentido – de valorar esta experiência como má. Destarte, este pensamento sobre saúde é permeado por uma valoração ressentida, ao que firma-se o consenso de que a dor é má e a saúde é o oposto disso. Na postura reativa à experiência de adoecimento criam-se condições para o que aqui chamaremos de pequena saúde, uma saúde apequenada porque se faz sempre a posteriori, reação a um não estar saudável primeiramente. Sua lógica fundante é a de que, por não estar mais doente, o sujeito enfim conquista sua saúde. Na pequena saúde há sempre um fantasma de doença à espreita, pronto para ser atualizado novamente, re/sentido. Em seu pantanoso terreno, uma moral que aponta para o que Giacoia¹⁰ chama de “narcotização da dor”, uma atitude covarde diante da experiência e daquilo que transgride e transborda modos de vida apequenados. A pequena saúde se vê, pois, sustentada pelo tríptico medo-culpa-dever. Ame-drontado diante da vida, de todos os fantasmas que assediam o corpo o tempo todo, dá-se a culpa por nunca se adequar plenamente ao que supostamente se exige para que se mantenha uma saúde. Ao invés do eu quero (postura ativa diante da vida), na saúde apequenada reina o império do tu deves: “Não-farás” está no seu caminho, reluzindo em ouro, um animal de escamas, e em cada escama brilha um dourado “Não-farás!”⁵. Trépido e culpado, resta ao sujeito obedecer à voz que lhe promete manter ou conquistar a saúde nunca plenamente sua. Cuidar, neste sentido, é sempre um cuidado acuado, um estado de alerta, postura reativa em relação à vida enquanto um Sim primeiro, “a taça que quer transbordar, para que a água dela escorra dourada”⁵.

Cabe, aqui, a lembrança de Georges Canguilhem¹¹, que, ao problematizar a saúde, inaugura um modo de concebê-la, no qual tanto o normal quanto o patológico configuram-se, acima de tudo, como questão de atribuição de valor. A saúde, da perspectiva canguilhemiana, ganha contornos nobres, na medida em que se efetiva no movimento criador singular e em um modo de conhecer que se firma por seu caráter perspectivo. No percurso do pensamento que leva Nietzsche à transvaloração, ele reconhece o quanto nós nos ocupamos, ansiosos por alcançarmos a rigidez dos termos bom e mau, bem e mal, pois essas noções – fixadas previamente – oferecem a

segurança de pensar por rótulos, por fatos dados. Os critérios acerca de saúde e doença, que percorrem este campo de conhecimento, parecem ser povoados do anseio pela rigidez dos termos. Isso porque as profissões da saúde estariam ainda imbuídas de materializar na clínica e na própria Saúde Coletiva, ideais de longevidade, qualidade de vida e bem-estar. São compromissos legítimos e nobres que, no entanto, tornam-se encurtados, rodeados de limites, presos às condutas do tipo diagnóstico-prescrição ou de coletivizações que estancam a produção de singularidades¹².

Neste sentido, os profissionais de saúde correm o risco de adotarem um funcionamento baseado num “erro de dogmático”, conforme tenham condutas que reduzem o caráter perspectivo e se encham de “vontade de verdade”¹³. Pois o enraizamento na vontade de verdade leva ao estabelecimento de um tipo de conhecimento acerca do corpo e da vida que fixa oposições binárias a respeito dos estados de saúde e doença, tomados como bem e mal. Deste procedimento valorativo, podem ser extraídas duas performances: por um lado, saúde e doença se colocam como dois estados fixos e opostos, decorrentes da forma de ajuizar o funcionamento orgânico. É a valoração de bens e males, num processo generalizável diante da vida. Por outro lado, funda-se uma filosofia relativista, pela qual os valores se constituem a partir dos contextos e das relações: o que é mal para um, é bem para outro; a noção de sanidade é tecida por impressões subjetivas e percepções históricas. A vontade de verdade deixa, em ambas as performances, o ímpeto de tornar pensável tudo o que existe e nomear tudo aquilo que nos impele: tentativa de submeter todas as coisas ao nosso espírito, alisar superfícies⁵.

A percepção de doença como oposta à saúde e tomada numa matriz valorativa que a classifica como bem ou mal insere-se na moral do ressentimento, movimento de “igual entre iguais”¹⁴: típico do homem previsível e duradouro, capaz de fazer promessas – pois memoriza o passado, ressentido dele e, assim, se compromete com o presente e o futuro. É notável, aqui, que a moral do ressentimento privilegia como bem o ser gregário, a adesão ao rebanho. Outrossim, a moralidade do escravo estabelece o conformismo a um único código de comportamento, e universaliza fatores que não distinguem particularidades. É interpretação parcial que mascara interesses específicos e restringe a plasticidade da vontade de potência de cada um e dos coletivos.

Os termos “forte e fraco”, “nobre e baixo” e “saudável e doente” possuem instabilidade, e são

“os mais vagos” do vocabulário nietzschiano, de acordo com Alexander Nehamas¹⁵. Ao apresentar-se como fato, e fazendo referência ao tríptico medo-culpa-dever, essa moral acaba por veicular a contenção de impulsos, objetivando estabelecer regras às vidas que não necessariamente precisam delas, como notamos na resistência de Bispo do Rosário a aceitar tratamentos que se lhe ofereciam na Colônia Juliano Moreira:

– *Não quero essa comida, está com gosto de farinha braba. Estão botando remédio na minha comida e estragando a minha vista... Quero secar para virar santo*¹⁶.

Em requerimento de uma atenção a demandas singulares e a seu funcionamento único, Bispo multiplica os sentidos da saúde e, de certa forma, nos convoca a pensar a falência de modelos que querem universalizar desde sintomas a procedimentos complexos, desde abordagens frente a uma alteração de taxas a uma política de Estado.

As generalizações em processos de atenção à saúde podem, quando alinhados às valorações de bem e mal, reforçar o instinto gregário, virtude típica da moral do ressentimento e que produz previsibilidade e massificação. Esta virtude parece não dar conta da integralidade da atenção, com a dimensão de seus desafios – gestão descentralizada, participação popular na tomada de decisões políticas e no acompanhamento do funcionamento do sistema e atendimento integral, privilegiando ações preventivas e garantindo resolutividade na assistência¹⁷. Esse ideal de atenção pressupõe a consideração de potências de expansão, das múltiplas nuances do adoecimento, da cura e dos modos de vida.

Adoecer e desviar-se

*Adoecer e desconfiar são vistos como pecado por eles: anda-se com toda a atenção*⁵.

“Eles”, talvez os homens do rebanho, veem o adoecer e o desconfiar com alguma aproximação entre si, como pecado. O entendimento de que o adoecer não deve ser desejado e que é uma entidade que precisa ser expulsa e repugnada, é um modo de lhe atribuir um valor, de lhe definir como mal.

Bagrichevsky et al.¹⁸ discutem a moralização da vida, a partir dos comportamentos associados aos fatores de risco à saúde. Tomando como exemplo o sedentarismo, os autores apresentam as rotulações que o envolvem, tais como indolência, preguiça e falta de cuidado. Criticam as noções “preventivistas-antecipatórias”¹⁸, que

propõem ações simplistas e autoritárias para o cuidado da saúde, e que deixam pouco espaço à complexidade da vida e aos modos de fazê-la.

A deliberação de cada um em relação ao seu próprio prazer, à vontade de seu próprio corpo, ao que lhe é caro e conhecido, aponta para um saber de si e fazer de si, na percepção de seus próprios limites, possibilidades e potências: “cada um... tem seu pequeno prazer do dia e seu pequeno prazer da noite: mas respeita a saúde”²⁵.

A articulação do adoecer com o desviar-se, constitui-se como um ajuizamento que toma a saúde com sentido moral. A conjunção adversativa “mas” possibilita o entendimento de que o prazer arrisca-se a ser experimentado de modo a desrespeitar a saúde. Ou de que o prazer e a saúde podem ser entendidos como elementos antagônicos, no sentido moral. Ter saúde – entendida como bem, se tivermos a perspectiva de doença como desvio – inclui não ter prazer, que aqui, termina por ser tomado como mal.

Não podemos negar que há padrões e taxas: níveis sanguíneos, tons e temperaturas de pele, fácies, precisão de contornos imagéticos. E também há valores: a compreensão de que a consciência pesa em sua contrição diante do afastamento de uma quantidade normal e de uma conduta prevista. O sofrimento no corpo se associa, ali mesmo, ao sentimento de desvio.

A reinterpretção do sofrer como sentimento de culpa, medo e castigo; em toda parte o flagelo, o cilício, o corpo macilento, a contrição; em toda parte o autossuplício do pecador na roda cruel de uma consciência inquieta, morbidamente lasciva; em toda parte o tormento mudo, o pavor extremo, a agonia do coração martirizado, as convulsões de uma felicidade desconhecida, o grito que pede “redenção”²⁶.

Não é estranho, a partir da noção de culpa e dívida em meio à dor, que o homem saudável no sentido da moral escrava seja considerado bom. E que a manutenção da própria saúde seja elevada a um status de conquista, digno de aprovação e admiração. Como supracitado, a culpa é elemento indispensável à moral do ressentimento. São inevitáveis a opressão e o esmagamento decorrentes da não correspondência aos padrões.

Sou um homem doente... Um homem mau. Um homem desagradável. Creio que sofro do fígado. Aliás, não entendo níquel da minha doença e não sei, ao certo, do que estou sofrendo. Não me trato e nunca me tratei, embora respeite a medicina e os médicos. Ademais, sou supersticioso ao extremo; bem, ao menos o bastante para respeitar a medicina. [...] Mas, apesar de tudo, não me trato

por uma questão de raiva. Se me dói o fígado, que doa ainda mais¹⁹.

De acordo com Campos et al.²⁰, as ações de saúde associam-se à construção de autonomia, de desenvolvimento do autocuidado, pois este é um dos papéis do SUS: produzir saúde e colaborar com a ampliação dos graus de autonomia das populações. No entanto, caso a noção de autonomia pressuponha que haja um cativo do qual é necessário libertar, pode-se questionar se a ampliação da autonomia, desejada nas práticas em saúde, não se firma no entendimento de que os indivíduos e os grupos precisam ser redimidos, o que afirmará um ideal de redenção do martirizado, característico da moral escrava.

Há ideais libertários que pressupõem que já tenha se instalado a opressão: o doente entendido como o que foi esmagado, que precisa que se lhe ofereçam cartas de alforria. Bem, se o Sistema de Saúde for assim conduzido, importa perceber que este afirmará a moral do ressentimento. Erija um monumento à balança da justiça e compare pesos. Cimenta medidas e padrões, e cria, nestes princípios, os seus protocolos.

Claro está que, quando Campos et al.²⁰ referem-se à autonomia, apontam para a superação dos modelos imperativos que se fixam nas práticas fundadas na Biomedicina e que permeiam também as ações coletivas de saúde. No entanto, se por um lado esse movimento amplia o caráter coparticipativo entre equipe e usuários do sistema de saúde, ele carece, de outro, de maior radicalidade no que tange aos rompimentos com o caráter moral dos processos de saúde-doença.

Olhar para os usuários dos serviços, em sua carência de autonomia, mais do que respeitar e ampliar seus modos de saber de si e cuidar de si, pode posicioná-los como hierarquicamente inferiores, culpados e, simultaneamente vitimados, necessitados de salvação.

Isso posto, temos o impulso de proceder à inversão dos valores. No entanto, é preciso um cuidado aqui: não se trata de substituir um ideal por outro, pois a mudança do bem em mal e do mal em bem parece não contemplar a potência da alteração de valores que se faz necessária ao pensamento que procuramos mobilizar.

Em relação às noções de culpa, deveres e faltas, Nietzsche exorta à busca da “grande saúde”²⁴. Esta não parece querer substituir um ideal de sanidade, mas operar a transvaloração dos valores instituídos acerca da vida e da saúde. Transvalorar requer a consideração, a princípio, de que a sede dos valores é o próprio homem e, neste sentido, os valores são múltiplos, inovadores, inusi-

tados - “companheiros é o que busca o criador... que escrevam novos valores em novas tábuas”⁵. Para esta discussão, retomamos o nobre e o ressentido a partir de dois pontos: o esquecimento e a afirmação.

Primeiro, enquanto o homem do ressentimento se encontra em condições de fazer promessas assentadas em seu caráter previsível e típico do rebanho, ele precisa exercitar a capacidade de se lembrar. O nobre, povoado de forças criadoras, se articula em seu esquecimento para manter-se saudável. É o esquecimento criador, no lugar da anamnese, que requer se faça para si um Corpo sem Órgãos (CsO):

*não encontramos ainda nosso CsO, não desfizemos ainda suficientemente o nosso eu. Substituir a anamnese pelo esquecimento, a interpretação pela experimentação. Encontre seu corpo sem órgãos, saiba fazê-lo, é uma questão de vida ou de morte*²¹.

Questão de vida. Questão de morte. A grande saúde tem amnésia. O esquecimento, longe de se situar como negação ou fuga, oferece-se como a possibilidade de experimentar e criar o novo, como despregamento em relação ao vivido, em relação ao clichê, em relação ao rebanho. Desgarrada, a grande saúde faz seu próprio curso sem promessas. É imprevisível. Os sutis agulhões da dor determinam zonas de intensidade no CsO, como desfeitura do sujeito, morte do eu, em abertura ao vir a ser.

Inerente ao esquecimento criador se encontra o segundo ponto: a afirmação da vida. Na terceira dissertação de Genealogia da moral, Nietzsche discute o ideal ascético como refutação da vida, que é percebida como erro: a negação de si como “fonte de satisfação”¹⁴. Assim, os ascetas se esforçam por viver uma outra vida que não a sua, desejam estar em outro lugar, esperam outra saúde. Sentem-se seguros com sua vontade de verdade. No entanto, seus anseios se põem no “rio do devir”⁵, cujas ondas batem, espumam e os carregam para lá e para cá. E o perigo a que se expõem não está no rio, está, sim, na vontade: “a vontade de poder — a inexata, geradora vontade de vida”⁵.

A inverdade passa a ser reconhecida como condição da vida¹³. Experimentar a vertigem de no lugar de renunciar aos falsos juízos, assumi-los no mundo inventado que habitamos. É a filosofia que se atreve, assim, a enfrentar os sentimentos de valor e a mergulhar na sensação de flutuação, imprecisão, desamparo. É filosofia que se ensaia além do bem e do mal.

Transvalorar os valores, não como imperativo, mas como estilo ante a vida-saudável, vida-doen-

te – vistas, aqui, como simplificações de um alto estilo que, assim, afirma a vida: “*Amor fati*: seja este, doravante, o meu amor!”²²; tal estilo refinado para nada “desvia o olhar”, a ponto de ser capaz de dizer, sem ressentimento, ou piedade, ou compaixão, ou abnegação, ou tolerância, ou paciência, mas pelo absoluto amor ao destino: “quero ser, algum dia, apenas alguém que diz Sim!”²². Se há um destino, Nietzsche⁴ dirá em seu *Ecce homo*: “Conheço a minha sina”, pois afirmará: “Tomar a si mesmo como um fado, não se querer diferente”. Transvalorar valores requer saber que “A dor não é vista como objeção à vida: ‘Se felicidade já não tens para me dar, pois bem!, ainda tens a tua dor...’”⁴. Assim, outra vida para outros valores.

É uma crítica subversiva que Nietzsche faz aos valores, questionando o valor dos valores, especialmente aqueles que estão aí, sempre existem, encontram-se postos e em uso. Para além de considerá-los por meio dos pontos de vista que os criaram, o filósofo considera as avaliações que originaram os valores, bem como os valores que permeiam essas avaliações. No entanto, não pretende buscar as origens, mas perambula pelas morais e toma a noção de valor como resultante de “maneiras de avaliar que, enquanto tais, criam elas mesmas valores para nortear a conduta humana”¹⁴. Procede deste modo a crítica à metafísica dogmática.

Podemos considerar que a grande saúde resulta da transvaloração dos valores hegemônicos do campo epistemológico da saúde. Experimentamos, no Brasil, processos de retomada crítica das posições que temos assumido nas concepções e práticas que envolvem saúde-doença-cuidado. Em nome de uma superação da visão segmentada do paciente, e excessivamente focada na doença, atuamos no sentido de conseguir notar o doente, em detrimento, muitas vezes, do que lhe acomete, de sua queixa. Esta é inegavelmente, uma alteração de valor que, no entanto, parece pouco efetiva em termos de produção de saúde. Adianta pouco “satanizar os desenvolvimentos científico-tecnológicos” e os conhecimentos da Fisiopatologia²³, pois não se trata de negar modelos vigentes, mas de transpor, criar, abrir. Propor outros modos, sempre novos, de perceber a vida e a saúde, uma política de trânsito capaz de não somente se mover mas de movimentar os próprios lugares.

Grandes e pequenas saúdes

Por ser dito em narrativas singulares, o sofrimento será visto de modo impreciso e empobre-

cido se for tomado por seus aspectos negativos ou positivos e alistado como mal que universalmente acomete corpos. É preciso lembrar que as diversidades habitam a indiscernibilidade com que tomamos a saúde e, portanto, a única universalização possível seria a de que tudo é singular²⁴, como a voz da virgem previa a dor íntima de Bispo, que somente ele ouvia: “Você vai sofrer, filho. Você vai sofrer”¹⁶.

Se, por um lado, a dor de tantos é culpabilizada por seu potente estorvo, por outro, a dor de Bispo é gloriosamente necessária para a salvação da humanidade, na figura de sua personificação de Jesus. Tais compartilhamentos provocam a lembrança do quanto precisamos – profissionais de saúde – atentar às maneiras de sentir, entender e vivenciar do outro, para, permeados desse material, tomarmos decisões terapêuticas partilhadas que contemplem a singularidade devida a cada intervenção.

Trabalhadores da saúde movimentam olhos e mãos²⁵ nos processos de cuidado e educação em saúde. Veem-se de posse de elementos científicos que sustentam suas ações e que lhes mantêm o status e a validade da voz. No entanto, são esses mesmos estatutos científicos que parecem precisar ser tomados com cautela: Paim e Almeida-Filho²⁶ apontam para a necessidade de reconfigurar o campo social da saúde, face ao esgotamento atual do paradigma científico que o tem fundamentado. O rompimento com fundações exige que se raspem os clichês, que se faxine o que perdeu a potência, tendo em vista que o agir em saúde seja traçado com a liberdade necessária à sua produção²⁷. De que modo é preciso tomar a saúde-doença-cuidado tendo em vista a superação dos principais problemas relativos à garantia da atenção?

A noção nietzschiana de grande saúde – “nova, mais forte, alerta, alegre, firme, audaz”²² – parece uma composição sonora de acordes intensos, que chegam a ocupar um ambiente inteiro. Em que consiste a grande saúde? O que ela quer? Trata-se de um modo de perceber a saúde e de promovê-la como uma saúde mundana, pois associada aos processos cambiantes das efetividades humanas. A grande saúde não permite a recusa de altos e baixos próprios à vida, pois a dor e o sofrimento estão implicados em processos singulares de individuação.

Se, por um lado, uma saúde apequenada obedece ao script de um teatro clássico, uma grande saúde diz respeito àquela que quer a expansão. A crítica que Antonin Artaud fazia ao teatro clássico era a de que, justamente a criação lhe faltava,

pois os dizeres e fazeres são soprados ao ator, que tem seus gestos limitados e sua assinatura recolhida. É o que Derrida²⁸ chama de palavra soprada e que pode ser visualizada em alguns dizeres de Bispo na conversa apresentada a seguir.

Durante a gravação de um documentário sobre Bispo do Rosário, o psicanalista e fotógrafo Hugo Denizart registrou o encontro de Bispo com uma mulher e uma criança que visitavam outro interno do hospício:

BISPO: Isso é material que pego da terra...

MULHER: Aí você guarda, né? É, ele é muito inteligente, um trabalho desse é coisa que nem uma pessoa normal é capaz de fazer. A pessoa normal não faz isso não. Coisa fabulosa.

FILHA: Olha a cadeirinha, mãe, aqui...

MULHER: É. Tudo da mente dele, né? Coisa fantástica. O mais interessante é que ele não vende nada pra ninguém.

BISPO: Não é pra vender.

MULHER: É, isso não é qualquer pessoa que tem capacidade. Isso é uma glória pro senhor, né?

BISPO: Não, não é glória não. Eu faço isso obrigado. Senão não fazia nada disso.

MULHER: O senhor tem honra em fazer tudo isso?

BISPO: Não, eu sou obrigado.

MULHER: Tá muito bem, eu gostei muito dos seus trabalhos.

BISPO: Eu escuto uma voz, e é essa voz que me obriga a fazer tudo isso.

MULHER: O senhor recebe ordem para fazer?

BISPO: É, se eu pudesse, não fazia nada disso.

MULHER: As ordens que o senhor recebe devem ser do além, né?

BISPO: Não sei, agora eu recebo as ordens e sou obrigado a fazer¹⁶.

Bispo recebia ordens e era obrigado a cumprí-las. Quantas prescrições fazemos e recebemos? Quantos diagnósticos nos “obrigam a fazer” alguma coisa? Quantos dados epidemiológicos norteiam ações preventivistas cheias de palavras de ordem?

Certamente, Bispo não é uma marionete exemplar: parecia, ele mesmo ser as mãos e o boneco, porém, as mesmas visões que lhe davam asas e o desprendiam, também o guiavam a ponto de o aprisionarem, como um roteiro do teatro clássico.

Se associarmos a pequena saúde à cena do teatro clássico, notaremos que ela se encontra controlada por um logos que lhe compromete a estética, visto que limita os gestos do ator, que seria “obrigado a fazer” isso e aquilo. Frente a este teatro, Artaud²⁹ manifesta-se pela crueldade – a

morte do logos –, que inclui necessariamente um rigor orientado para a garantia da manifestação da vida em seu primeiro florescimento: aquilo que ainda não foi redigido, não foi fixado, impulsionado ao surgimento de uma outra linguagem. Condução das coisas ao seu fim inelutável, qual seja: “apetite de vida... turbilhão de vida que devora as trevas”²⁹.

Em observação das ações de saúde e de seus modos de se estabelecerem como lugares habitados por normas disciplinares e por práticas profissionais endurecidas³⁰, questionamos: como fomentar práticas de cuidado e de educação em saúde que propiciem uma grande saúde? Como distanciar o profissional dos roteiros preestabelecidos e do andamento de uma saúde apequenada e própria a marionetes?

À apropriação da grande saúde parece ser necessária a aproximação com uma lógica caotizada, em que a cena do agir em saúde possa ser pervertida ou, no vocabulário de Nietzsche, transvalorada. Diante da soberania do autor e das amarras impostas ao ator em cena, torna-se necessário romper com o logos, o script que aprisiona, e que se amplie o valor do apetite de vida, como potência de afirmação e de saúde. Como tomar a dor no tecido da vida mesma? *Amor fati* parece ser a fórmula nietzschiana desse engrandecimento da saúde: ao que sofre não se atribui menos saúde do que à vida bem estimada.

Não é conformismo, resignação, nem submissão passiva: é amor. Não é lei, nem causa ou fim: *fatum*. É a afirmação com alegria do acaso e da necessidade ao mesmo tempo¹⁴. Portanto, o sofrimento se configura por combinações de forças que constituem o percurso de individuação, e a questão é se dir-se-á sim à vida; a esta e não a outra.

A transvaloração dos valores da saúde nos voltam para a afirmação da vida e de mais vida, mesmo com as implicações do “dizer Sim sem reservas ao sofrimento mesmo, à culpa mesma, a tudo o que é estranho e questionável na existência mesma...”⁴.

A promoção de uma saúde livre e mundana parece abrir possibilidades a uma relação dionisíaca com a existência: que a vida se afirme, desejosa de se alimentar de todas as suas vivências, e que rechace as atitudes reativas e nihilistas: “odeio tudo aquilo que somente me instrui sem aumentar ou estimular diretamente minha atividade”¹³.

Falamos, então, de uma saúde transvalorada que diz não ao que apequena a experiência, mas que, sobretudo, diz sim diante do dilema entre afirmar a vida, despojando-se das possibilidades

de julgamento do que é bom e do que é mau, num movimento de superação de si, ou negar a vida do modo que ela se apresenta, abominando o eterno retorno do mesmo²². De significado existencial, as viradas da perene ampulheta ressoam o movimento dos grãos de areia, como se estivessem em nossos tímpanos.

Essa perspectiva trágica da vida e da saúde parece contribuir para que as ações se aproximem da possibilidade de desenvolvimento de sensibilidade às questões do outro, de modo a superar as predeterminações, e de inteligência para a escuta, o diagnóstico, a lida, a terapêutica, as recomendações, com prioridade às potências de vida, do modo como esta se efetiva.

Considerações finais: a grande saúde como recusa

A dor plena de redenção se enche do medo de que quem deseja afastar de si o cálice de sangue. Porém, que não seja feita a minha vontade: sacrifício salvífico para o qual Bispo se dispõe e, desta feita, cumpre cada passo de sua missão. Obrigação acrescida da plenitude da arte que, para ele, era apenas obra de mãos. Sofrimento de tantos outros, sentido, refletido, musicado, inserido, íntimo, imerso. Ainda, distribuído, passado, vazado, espalhado, estorvo. Culpa.

Transvalorada, a saúde se despoja de classificações ajuizadas e corta os fios de prata que definem os gestos dos fantoches. Altos e baixos são faces de uma mesma vida, ao que a doença se acresce à saúde e constituem elementos implicados na constituição de estilos de individuação: *Amor fati*²².

Tomamos em conta a multiplicidade da saúde a partir dos modos de andar a vida e não das prescrições classificatórias; o movimento de transvaloração dos valores da saúde impulsiona à percepção da vida além de bem e mal. A leitura de saúde em Nietzsche nos permite ampliar o conceito, perspectivando-o. Pensamos ao menos em duas: pequenas e grandes saúdes. Enquanto uma se cura, a outra continuamente se conquista. A grande saúde não permite a recusa de altos e baixos próprios à vida, pois a dor e o sofrimento estão implicados em movimentos de individuação. No entanto, esta nos parece ser a grande recusa, não diante de um estado doentio, mas uma recusa à própria norma que, de forma homogênea, determina o que é estar saudável ou doente. “Para Nietzsche, a homogeneização é que é um desvio, uma verdadeira doença, pois impede as

individualidades de se desenvolverem, os instintos de se efetivarem”⁶.

Se, por um lado, uma saúde apequenada obedece a um script, uma grande saúde diz respeito à expansão da vida, que afirma seu caráter criador e não instituído pelo rebanho. É preciso despedaçar a polarização imobilizadora que se apresenta em valores de bem e mal, e que funcionam como exercício de violência. O vivente precisa do ar das alturas.

Colaboradores

ECL Biato, LB Costa e SB Monteiro trabalharam juntos na discussão das ideias, na realização da pesquisa e na redação do texto.

Referências

1. Nietzsche FW. *Aurora*. São Paulo: Companhia das letras; 2004.
2. Ceccim RB, Ferla A. A educação e cidadania como travessia de fronteiras. *Trab educ e saude* 2009; 6(3):443-456.
3. Nietzsche FW. *Escritos sobre história*. Rio de Janeiro: Loyola; 2005.
4. Nietzsche FW. *Ecce homo: como alguém se torna o que é*. Tradução, notas e posfácio: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras; 1995.
5. Nietzsche FW. *Assim falou Zaratustra: um livro para todos e para ninguém*. Tradução, notas e posfácio: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras; 2011.
6. Andrade DP. *Nietzsche: a experiência de si como transgressão (loucura e normalidade)*. São Paulo: Annablume, Fapesp; 2007.
7. Klossowski P. *Nietzsche e o círculo vicioso*. Rio de Janeiro: Pazulin; 2000.
8. Ceccim RB. “Ligar gente, lançar sentido: onda branca da guerra” – a propósito da invenção da residência multiprofissional em saúde. *Interface (Botucatu)* 2009; 13(28):213-237.
9. Nietzsche FW. *Genealogia da moral. Uma polêmica*. São Paulo: Companhia das letras; 2009.
10. Giacoia O. *Nietzsche como psicólogo*. São Leopoldo: Editora Unisinos; 2001.
11. Canguilhem G. *O normal e o patológico*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2009.
12. Ceccim RB, Merhy EE. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. *Interface (Botucatu)* 2009; 13(Supl. 1):531-542.
13. Nietzsche FW. *Além do bem e do mal: prelúdio a uma filosofia do futuro*. São Paulo: Companhia das letras; 2005.
14. Marton S. *Das forças cósmicas aos valores humanos*. São Paulo: Brasiliense; 1990.
15. Nehamas A. *Nietzsche. Life as literature*. Cambridge, London: Harvard University Press; 1985.
16. Hidalgo L. *Arthur Bispo do Rosario – O senhor do labirinto*. Rio de Janeiro: Rocco Digital; 2012. (eBook).
17. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Interface (Botucatu)* 2004; 20(5):1400-1410.
18. Bagrichevsky M, Castiel LD, Vasconcellos-Silva PR, Estêvão A. Discursos sobre comportamento de risco à saúde e a moralização da vida cotidiana. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl. 1):1699-1708.
19. Dostoiévski F. *Memórias do subsolo*. São Paulo: Editora 34; 2001.
20. Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Dumond Junior M, Carvlhao YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. 3ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Fiocruz; 2006.
21. Deleuze G, Guattari F. *Mil platôs. Capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Editora 34; 1996.
22. Nietzsche FW. *A gaia ciência*. Tradução, notas e posfácio: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras; 2001.
23. Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis* 2007; 17(1):43-62.
24. Deleuze G, Guattari F. *Diferença e repetição*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 2006.
25. Derrida J. *Margens da filosofia*. Campinas: Papyrus; 1991.
26. Paim JS, Almeida-Filho N. Conceitos de saúde: atualização do debate teórico-metodológico. In: Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 13-28.
27. Corazza SM. *O que se transcria em educação?* Porto Alegre: UFRGS; 2013.
28. Derrida J. *A escritura e a diferença*. 4ª ed. São Paulo: Perspectiva; 2009. (Estudos 271 / dirigida por J. Guinsburg).
29. Artaud A. *Le théâtre et son double*. Paris: Éditions Gallimard; 1964. (Collection Folio/Essais).
30. Londero MFP, Ceccim RB, Bilibio LFS. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. *Interface (Botucatu)* 2014; 18(49):251-260.

Artigo apresentado em 17/09/2015

Aprovado em 04/07/2016

Versão final apresentada em 06/07/2016