

ENTRE O CORPO VIVIDO E O CORPO PATOLOGIZADO: UMA FENOMENOLOGIA DA CONSCIÊNCIA CORPORAL NA EXPERIÊNCIA DA HOSPITALIZAÇÃO

Alberto Neves Santos Cruz¹

Natália Bomfim de Santana²

Sueli Bonfim Lago³

RESUMO

Qual é a percepção do indivíduo adoecido sobre o próprio corpo? E como a hospitalização interrompe ou potencializa sua agência? Este trabalho reflete sobre a consciência corpórea vivida a partir da fenomenologia de Merleau-Ponty (1999), compreendendo o corpo não como mero suporte anatômico, mas como expressão encarnada do ser-no-mundo, em sua intercorporalidade e dimensão existencial. Todavia, observa-se ainda hoje, um reducionismo em relação ao corpo, muitas vezes ainda visto como corpo-objeto, sob uma perspectiva técnica e fragmentada, que desarmoniza e condiciona a experiência corpórea à patologia, nos moldes do modelo biomédico. A partir do diálogo com Kabengele Munanga (1999), problematiza-se como a racionalização e a colonialidade operam na construção social de corpos mais facilmente “patologizáveis”, silenciados e desumanizados no contexto hospitalar. Como afirma George Canguilhem (2002), ao citar o cirurgião René Leriche, em que este afirma que a saúde é “a vida no silêncio dos órgãos”; nos faz perceber que é na ruptura desse silêncio, na irrupção da dor - voz da doença corpórea - que o corpo antes “invisibilizado”, relegado, negligenciado se revela a um sujeito que antes não percebeu sua potência e sua condição de sujeito encarnado. Em que só há vida na dependência de um corpo exposto e posto no mundo. Propomos repensar de forma mais profunda o cuidado como prática ética, relacional e descolonial, que negue a reprodução de ideias, técnicas e práticas sedimentadas e aceitas e reconheça o corpo hospitalizado como um território simbólico, histórico, afetivo, criador, relacional e que se expressa. Um corpo que se emaranha nas ambiências, nas vivências, nas experiências, nas paisagens que experimenta no/com o mundo.

1 Graduando em Enfermagem, Universidade do Estado da Bahia.

2 Graduando em Fonoaudiologia, Universidade do Estado da Bahia.

3 Doutora em Filosofia, Universidade do Estado da Bahia.

10ª ReACT

REUNIÃO DE ANTROPOLOGIA DA CIÊNCIA E DA TECNOLOGIA

PRÁTICAS GERMINANTES

06 a 10 de outubro de 2025

Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

Palavras-chave: Corpo vivido; Hospitalização; Consciência corporal; Modelo biomédico; Descolonialidade

1 INTRODUÇÃO

A hospitalização, enquanto experiência limite, revela tensões profundas entre o corpo vivido e o corpo patologizado. Se, de um lado, a fenomenologia de Merleau-Ponty (1999) compreende o corpo como sujeito da experiência, locus primordial da existência e abertura para o mundo, de outro, a lógica biomédica dominante tende a reduzi-lo a um corpo-objeto, fragmentado em órgãos, funções e patologias. Nesse processo, o hospital, mais do que espaço técnico de intervenção, torna-se um cenário simbólico e político, onde a experiência de adoecimento desvela a vulnerabilidade do corpo, frequentemente atravessadas por práticas de objetificação e silenciamento.

A filosofia merleau-pontyana aponta para o corpo próprio como expressão encarnada do ser-no-mundo, cuja potência se manifesta no arco intencional, no “eu posso” que estrutura a agência humana. Entretanto, a hospitalização coloca esse arco em suspensão, convertendo-o em limitações e dependências, tanto pela doença quanto pelas normas institucionais. Essa ruptura, como nos lembra Georges Canguilhem (2002), torna visível o corpo até então “invisibilizado”, na medida em que a saúde se manifesta como “a vida no silêncio dos órgãos” e apenas a dor irrompe como voz da doença, interpelando a consciência do sujeito sobre sua própria condição encarnada.

No entanto, não se trata apenas de uma experiência clínica. Como destaca Kabengele Munanga (1999), a racionalização técnica e a colonialidade operam na construção social de corpos mais facilmente patologizáveis e desumanizados, sobretudo no caso do corpo negro. Assim, a hospitalização também deve ser entendida como espaço em que forças históricas e políticas atuam sobre a experiência corporal, reforçando desigualdades e exclusões. Diante desse cenário, este artigo busca refletir sobre a percepção de corpo na hospitalização, articulando a fenomenologia de Merleau-Ponty, a crítica descolonial proposta por Munanga e a perspectiva de Canguilhem acerca da saúde e da doença. O objetivo é tensionar os limites do modelo biomédico e propor um cuidado que, para além da dimensão técnica, se constitua como prática ética, relacional e descolonial, capaz de reconhecer o corpo hospitalizado em seu aspecto fenomênico, visto também como território simbólico, histórico, social e cultural, aberto à alteridade e às resistências que se manifestam na experiência do adoecimento.

2 ANÁLISE: DO CORPO VIVIDO AO CORPO PATOLOGIZADO

2.1 O Corpo Vivido: Fundamentos Fenomenológicos

A fenomenologia se debruça sobre a experiência humana em sua forma mais pura, mais encarnada, rejeitando as premissas pré-estabelecidas das ciências naturais. Em vez de se basear em correlações estatísticas, ela busca a riqueza das descrições individuais, das experiências sentidas no/com o mundo. Da mesma forma, em vez de privilegiar conexões causais, ela considera as experiências, enquanto acontecimentos, entendendo que cada ato, gesto e hábito são interações que se expressam nas relações que os indivíduos mantêm com seu entorno. É a partir dessa perspectiva que Maurice Merleau-Ponty concebe o corpo não como um objeto, mas como o nosso meio primordial de ser no mundo.

Na perspectiva fenomenológica, o corpo transcende a dicotomia tradicional entre sujeito e objeto, posicionando-se como um elo entre o sentir e o ser sentido, o ver e o ser visto. A sua essência reside no que Merleau-Ponty denomina corpo próprio ou corpo-sujeito, um campo onde a experiência vivida e o pensamento se transformam em significados. O corpo não é apenas um instrumento, mas o meio fundamental de nossa presença no mundo e de nossa abertura a ele.

Merleau-Ponty nos diz:

“O corpo é o nosso meio geral de ter um mundo. Ora ele se limita aos gestos necessários à conservação da vida e, correlativamente, põe em torno de nós um mundo biológico; ora brincando com seus primeiros gestos e passando de seu sentido próprio a um sentido figurado, ele manifesta através deles um novo núcleo de significado: é o caso dos hábitos motores, como a dança. Ora enfim a significação visada não pode ser alcançada pelos meios naturais do corpo; é preciso então que ele se construa um instrumento, e ele projeta em torno de si um mundo cultural” (Merleau-Ponty, 1999, p. 203).

Em outras palavras, o corpo é a condição de qualquer engajamento que possamos estabelecer com o ambiente, desde as necessidades biológicas mais básicas até as construções culturais mais complexas. O nosso corpo próprio é muito mais do que um conjunto de órgãos, ele nos garante a possibilidade de nos expressarmos, de nos

relacionarmos com outros corpos e com o mundo, ele é o elo de conexão. Sem corpo não há mundo e sem mundo não há corpo. Somos seres de presença porque vivemos o nosso corpo, e é através dele que nos movemos e existimos. É pelo corpo que transitamos no mundo e, ao fazermos isso, o corpo se torna “o veículo de ser no mundo [...]” (Merleau-Ponty, 1999).

Para compreender a experiência radical da doença, é fundamental partir da revolucionária concepção de corpo proposta pelo fenomenólogo Maurice Merleau-Ponty. Em contraposição à tradição cartesiana que cindia corpo e mente, tratando o primeiro como uma máquina objetiva, Merleau-Ponty nos convida a pensá-lo enquanto modo primordial de ser no mundo. O corpo simplesmente é, simplesmente vive, interage, sente, experimenta, não um obstáculo, como foi pensado na filosofia clássica para aquele que busca conhecimento, e também não é uma simples máquina, um autômato como defendeu a modernidade. Ele é um "saber fazer" que se tornou parte de nosso ser, uma familiaridade incorporada com o ambiente que nos cerca.

“Nosso corpo, enquanto se move a si mesmo, quer dizer, enquanto é inseparável de uma visão do mundo e é esta mesma visão realizada, a condição de possibilidade, não apenas da síntese geométrica, mas ainda de todas as operações expressivas de todas as aquisições que constitui o mundo cultural” (Merleau-Ponty, 1999, p. 519).

Dessa forma, o corpo não age de forma autônoma. Seus movimentos, sejam vitais ou simbólicos, são veículos de intenção e significado, que revelam a complexidade humana e moldam o comportamento individual. Além de atender às necessidades biológicas, o movimento corporal é inerentemente social, afetivo, criativo, imagético, cultural, criando uma linguagem corporal que é o alicerce da história e da identidade de um indivíduo dentro de suas experiências, de suas ambiências. A complexidade do corpo, portanto, vai além da estrutura orgânica, biofisiológica, abrangendo a totalidade da experiência humana - sentir, perceber, pensar, afetar-se, etc. A experiência vivida é carregada de significados singulares. Para a fenomenologia, a dimensão existencial do mundo vivido, a experiência corporal é inseparável da dimensão essencial, da dimensão da consciência reflexiva. Merleau-Ponty (1999) reforça essa união, criticando as visões que reduzem o corpo a mero objeto e a consciência a um estado puro. Ela não é constituinte da realidade, mas constituída no/com o mundo, através das experimentações, das percepções que o corpo-próprio realiza. É por isso que, para Merleau-Ponty, a

verdadeira filosofia consiste em reaprender a ver o mundo, rever os conceitos, noções que historicamente foram articulados, em que se valorizou muito mais a consciência do que as percepções sensíveis. Tal assertiva significa que a subjetividade se constitui também através do corpo ; em contrapartida, é preciso considerar que "ser corpo é estar atado a um certo mundo" (Merleau-Ponty, 1999). O entendimento do ser-no-mundo enquanto corporeidade é a nossa condição existencial, é a partir das interações que podemos falar de um "eu", e de um mundo, mas um eu sempre aberto e incompleto, que se constitui nas experiências e vivências de seu cotidiano.

Para o filósofo, a existência humana é corpórea desde sua origem: o corpo coexiste sedimentado de experiências, que se conformam como hábitos e se expressam por meio de ações no mundo da percepção. Quando há uma fluidez e coerência entre vivências, hábitos e ações, o sujeito opera em um estado de "normalidade" – uma regularidade ontológica que não perturba a consciência, justamente por sua previsibilidade. É nesta condição de equilíbrio silencioso, aludida por Canguilhem, que se pode falar do silêncio dos órgãos, enquanto nenhuma doença foi manifestada e tumultuou esse silêncio (Canguilhem, 2002). Nesse estado, a saúde invisibiliza o corpo, conferindo-lhe uma presença ausente, em que a normalidade da regularidade cotidiana de possibilidades e abertura para o novo e sua indeterminação, lhe ofusca sua temporalidade e sua fragilidade. É essa relação ambígua e primordial entre o corpo e o mundo que Merleau-Ponty irá explorar a noção de corporeidade.

É crucial ressaltar que a percepção das coisas e a do outro são sempre de natureza corpórea. A noção de corporeidade ocupa um lugar de destaque em toda a obra de Merleau-Ponty, revelando as múltiplas relações que o corpo estabelece e conferindo-lhe uma condição necessária a toda epistemologia possível, afinal ver sentir pensar acontece nas interações entre corpo e mundo. O principal interesse do filósofo não é diferenciar o corpo-sujeito do corpo-objeto, mas sim estabelecer a noção do corpo como "vidente-visível".

É a partir da condição existencial corpórea que a noção de corporeidade se desenvolve.

“Engajo-me com meu corpo entre as coisas, elas coexistem comigo enquanto sujeito encarnado, e essa vida nas coisas não tem nada de comum com a construção dos objetos científicos” (Merleau-Ponty, 1999, p. 252).

O mundo está em constante processo de objetivação, mas é simultaneamente compreendido através da experiência perceptiva humana. Nesse contexto, a corporeidade expressa as percepções nos entrelaces, nos enlaces no mundo da vida.

“É necessário considerar reencontrar, para alguém da idéia do sujeito e da idéia do objeto, o fato de minha subjetividade e o objeto no estado nascente, a camada primordial em que nascem tanto as idéias como as coisas” (Merleau-Ponty, 1999, p. 296).

Com isso, esta descrição do corpo vivido, revela sua própria vulnerabilidade. A fluidez do 'saber-fazer' corporal e a 'presença ausente' do corpo saudável dependem de uma normatividade silenciosa. É precisamente essa normatividade que a doença, como um “acaso do corpo objetivo” (Merleau-Ponty, 1999), vem interromper violentamente, como veremos a seguir.

2.2 A Irrupção da Doença: quebra da normatividade

Contudo, essa experiência unitária e silenciosa do corpo é profundamente frágil. Ela é abalada pela irrupção inesperada da dor e da doença. Se na saúde o corpo é o meio transparente de nossa ação no mundo, na doença ele se impõe como um obstáculo opaco. O "fantasma oculto" abandona seu silêncio e se anuncia de forma violenta e incontornável.

É nesses momentos que esses 'fantasmas' internos adquirem uma realidade física incontornável, manifestando-se sob a forma de dor. Longe de ser um mero sintoma, ela é a voz da doença, o meio pelo qual o corpo, antes silencioso, interroga o eu. É nesse limiar da desarmonia que as patologias, por sua natureza interruptora da normalidade, ganham proeminência e convidam a uma reflexão mais profunda sobre a própria vida. Sua presença anuncia ao sujeito a alteração de seu próprio ser corporal, forçando-o a um retorno reflexivo sobre sua própria carne, sua própria existência encarnada. Na doença, um novo horizonte perceptivo se abre; algo irrompe a regularidade da vida humana, deslocando o sujeito de sua habitual despreocupação corporal a uma consciência de sua finitude.

A iniciativa para qualquer teorização ontológica da doença está intrinsecamente ligada à necessidade terapêutica. O corpo adoecido fala, revela-se e interroga, exigindo um cuidado que reconheça sua dimensão existencial e a singularidade da experiência do

sujeito. A patologia, por sua natureza disruptiva, convida a uma reflexão mais profunda sobre a própria natureza da vida, da saúde e do ser no mundo.

Tal como o sociólogo Zygmunt Bauman (1999) descreve a modernidade líquida, onde as estruturas sociais e as relações se tornam efêmeras e maleáveis. O corpo em estado de saúde também se comporta como uma estrutura "sólida": ele é estável, previsível e confiável. No entanto, é na doença que o corpo revela sua própria liquidez. Ele se torna imprevisível, suas fronteiras se desfazem, e a familiaridade com seus próprios movimentos e sensações se desintegra, espelhando a insegurança das relações humanas no mundo líquido, que depende de um corpo para acontecer. Essa desintegração manifesta-se como uma falência da capacidade de agir, ou uma limitação dela. Onde antes havia fluidez e espontaneidade, agora surge o esforço consciente e doloroso, uma falha na capacidade de se projetar no mundo. O corpo, que antes era o instrumento invisível de nossa intencionalidade, adquire uma opacidade. Ele deixa de ser um "saber fazer" incorporado e se torna um objeto de atenção e de preocupação constante. A doença, nesse sentido, não é apenas um evento biológico; é uma crise existencial que destrói a confiança do corpo em si mesmo e o senso de pertencimento ao mundo, forçando o indivíduo a se tornar um estranho para sua própria carne. A experiência se desloca do âmbito de "eu percebo o mundo" para o "que se percebe em mim", uma objetificação do corpo que o impele de ser o meio transparente de sua ação no mundo.

A doença manifesta uma condição limitada da potência do corpo, forçando-o a viver sob novas perspectivas, impostas pela redução de suas capacidades. A dificuldade de exercer sua potencialidade plena define a experiência da doença como condição de alteração de uma norma de saúde, por outro lado essa norma pode não alterar ou reduzir sua capacidade perceptiva, para o caso de doenças que a interação com/no mundo são mantidas. Mas, quando essa condição é fragilizada, segundo Canguilhem (2002) o que ocorre não é que o "doente não é anormal por ausência de norma, e sim por incapacidade de ser normativo".

Esse entendimento comum de incapacidade se manifesta como uma perda da capacidade de se projetar no mundo. O doente, quando incapacitado de suas condições tidas, entendidas, consideradas como normais, agora limitado, já não consegue interagir com o ambiente e com os outros da mesma forma que antes. Sua relação com o próprio corpo se altera, pois ele deixa de ser o corpo-sujeito que age e se move livremente para se tornar um objeto de dor e limitação. Suas percepções e anseios, são, muitas das vezes,

despercebidos. E a terapêutica enfoca quase exclusivamente na doença, mas não na presença, na pertença ao mundo, como corporeidade. Limita-o a partes e esquece de vê-lo em sua totalidade, considerando-o mais em função de sua condição biofisiológica. A doença interrompe a história que o sujeito conta sobre si mesmo, exigindo uma reestruturação de seu ser no mundo, seu território e sua percepção de si. Aqui suas vivências, experiências e crenças, projetada agora enquanto memórias funcionam como seus mecanismos de proteção e resistência. O seu desejo se traduz em retorno a uma condição normativa que o enquadra como saudável. Essa desconexão entre o saber científico e a experiência vivida é o cerne da questão. Enquanto a medicina opera no mundo da ciência, o doente habita o *Lebenswelt* (Mundo da Vida), termo da fenomenologia que se refere ao universo da experiência concreta e subjetiva. A dor, o medo e a perda de autonomia não se manifestam em exames ou estatísticas; eles constituem uma nova realidade para o indivíduo.

A doença não afeta apenas a relação do indivíduo consigo mesmo, mas também sua conexão com o outro. A presença da enfermidade, visível ou invisível, cria um distanciamento. O doente pode se sentir isolado, incapaz de se expressar ou de ser compreendido plenamente pelo outro. Ao mesmo tempo, o corpo doente pode se tornar um objeto que pode causar sensações de pena ou de incômodo, o que acentua no indivíduo a sensação de ser um estranho no mundo pautado em padrões normativos. O diálogo, que antes era fluido e natural, passa a ser mediado pela doença, e a confiança mútua que se constrói na interação interpessoal se fragiliza, pois, a familiaridade do corpo que se reconhecia no mundo como normal agora foi substituída por um corpo considerado anormal.

“Tudo é contingência no homem, no sentido em que esta maneira humana de existir não está garantida a toda criança humana por alguma essência que ela teria recebido em seu nascimento, e em que ela deve constantemente refazer-se nela através dos acasos do corpo objetivo” (Merleau- Ponty, 1999, p. 236).

Nesse processo, o vínculo eu-corpo-mundo se fragiliza, afetando a própria percepção da presença do ser. “É a experiência de si que se assenta agora no âmbito do que se percebe em mim e não que eu percebo” (Merleau-Ponty, 1999). Longe de ser um ser anormal, o doente é aquele que vivencia uma condição de existência singular. Sua possibilidade de restabelecimento do ser saudável não reside na busca por uma norma

rígida, mas na capacidade de compreender seu estado para, a partir daí, encontrar novos caminhos e atingir novas dimensões de vida, novas formas de atuar e interagir.

Nesse contexto de estranhamento, produzidos na não compatibilidade do estado atual com a normatividade, incide em um caminho de retorno à dualidade corpo-mente. A consciência individual que deveria operar de fora para dentro, ou seja, as experiências vividas promovem transformações sociais (Tabone, 2003), operam de maneira inversa, a idealidade do corpo, traçada por padrões sustentados em discursos científicos, parece inatingível. A conscientização de um corpo saudável é a conscientização da interiorização do que é saudável segundo padrões (Brandl, 2002). Estar consciente sobre seu corpo não significa que possa ter sobre ele controle, a vida é tecida sobre um fundo de indeterminações, não há possibilidade de se prever os acontecimentos e nem eles acontecem ao mesmo tempo, pois cada sensação pode vir em diferentes tempos (Souza, 2014).

2.3 O espaço hospitalar e a objetificação biopolítica

A crise do corpo vivido intensifica-se no ambiente institucional hospitalar, o qual é tratado como “locus” do exercício de um conjunto de práticas de saúde, exigindo por parte dos profissionais de saúde “respostas individuais e coletivas lidando cotidianamente com a doença e a morte” (Pitta, 1990). Normalmente, esse ambiente é concebido como espaço para o corpo-objeto, e não para o corpo-sujeito. As práticas, os rituais e a própria arquitetura da instituição reforçam a visão anatomofisiológica, onde o doente é reduzido a um conjunto de sintomas e dados estatísticos. Nesse contexto, o corpo perde sua familiaridade, tornando-se um território alheio, monitorado, invadido e manipulado por instrumentos e procedimentos que não consideram sua história. O quarto de hospital, torna-se um palco onde a autonomia do indivíduo é gradualmente suspensa. O corpo doente, despojado de suas vestes e de sua privacidade, de sua vontade é exibido, examinado e vulnerabilizado, o que reforça a sensação de estranheza e descontentamento, induzindo o indivíduo a confiar em outro para cuidar de si.

A compreensão do ser doente, para a maioria dos profissionais do campo da ciência médica flexneriana, biomédica, se concentra em uma dimensão anatomofisiológica, não levando em consideração as ambiências, os afetos, a emoção, a imaginação e a criatividade. A ciência médica, nesse caso, prioriza o aspecto quantitativo,

e a doença é sua principal preocupação e não o doente. Nesse sentido, a literatura pode nos ajudar a entender e nos alertar para essa limitação de entendimento da dimensão humana enquanto corporeidade, como por exemplo, a obra *O Alienista*, de Machado de Assis (2019), que ironiza a busca por um padrão absoluto de normalidade, demonstrando o quão arbitrário pode ser o julgamento que ignora a complexidade e a singularidade do ser humano. O Dr. Simão Bacamarte, ao tentar definir a sanidade por critérios estritamente científicos, acaba por esvaziar a identidade das pessoas e revelar a fragilidade da própria norma.

“O corpo em questão é sempre aquele da identidade biológica da espécie humana; como tal reforça a necessidade de redução da qualidade à quantidade, tanto no que se refere às diferenças entre grupos culturais, gêneros, personalidades, níveis de treinamento, como no que se refere à compreensão dos estados de saúde e de doença” (Silva, 2001, p. 35).

Se o corpo saudável se projeta no tempo, vivenciando o passado como memória e o futuro como projeto, o corpo doente vive em um presente opressor. A doença, por vezes, destrói a linearidade temporal, transformando a vida em uma série de momentos de dor, espera e incerteza. A ilusão de que podemos controlar e projetar o futuro, nos remete a um estado de insegurança e tristeza. A percepção da finitude, antes apenas uma promessa, com a doença torna-se iminente. A espera por um diagnóstico, por um tratamento ou por uma melhora, impõe um ritmo novo de cotidianidade, o sujeito acometido de uma doença, centra-se muito mais na patologia, do que em outras possibilidades ainda presentes. Nesse tempo que poderia ser entendido como uma interrupção, o indivíduo é forçado a abandonar seus projetos e a se concentrar na única realidade que se impõe: o estado precário de sua própria carne, tomando como referência a normalidade exigida. O corpo se torna o relógio da existência, e a dor, sua única medida.

A biopolítica, noção desenvolvida por Michel Foucault (2014), descreve como o poder atua sobre a vida e os corpos, e a medicina moderna é um de seus campos de manifestação mais evidentes. Ao ser internado, o paciente é submetido a um processo de patologização. Seu corpo é reduzido a partes, analisado por exames, monitorado por máquinas e reduzido a dados quantitativos. O diagnóstico se torna a principal identidade do sujeito ("o paciente diabético", "o paciente com câncer"), ofuscando sua singularidade e sua história.

Nesse contexto, o saber médico opera como um poder que classifica, normatiza e controla. A autoridade da equipe médica se impõe sobre o corpo do paciente, que muitas vezes é levado a "confiar" na ciência e a se distanciar de sua própria experiência subjetiva. A linguagem técnica e os procedimentos padronizados transformam o corpo em um território a ser mapeado e corrigido, ignorando a história pessoal, determinantes sociais e as emoções do doente. A voz do paciente pode ser silenciada em nome de uma objetividade que, ironicamente, distorce a realidade da doença. A biopolítica da doença se manifesta na prática pela perda de agência do paciente, que se sente passivo e submetido às decisões da equipe médica. Sua percepção sobre o próprio corpo pode ser desconsiderada em favor do conhecimento técnico, instrumental, visando a restauração de uma norma, que atende a uma estatística de saúde. Enquanto a fenomenologia de Merleau-Ponty resgata a singularidade da experiência corporal, valorizando o corpo vivido, a crítica descolonial evidencia como estruturas históricas e políticas silenciam essa experiência em corpos racializados. Assim, ambas perspectivas, embora distintas, convergem ao denunciar reducionismos que invisibilizam o corpo e como consequência inviabilizam percepções, emoções, vivências, experiências que vão sendo tecidas no mundo da vida.

3 CORPO, RAÇA E COLONIALIDADE: A PATOLOGIZAÇÃO AMPLIFICADA

3.1 A Colonialidade do poder e a invenção do corpo patologizável

A crítica ao modelo biomédico, conforme iniciada nos tópicos anteriores, revela-se, ao que nos parece, incompleta se não for articulada a uma análise do poder colonial. Conforme demonstra o antropólogo Kabengele Munanga, a colonialidade — padrão de poder que sobrevive ao colonialismo formal — operou uma classificação racial da população mundial, inventando a noção de "raça" para naturalizar hierarquias e justificar a dominação de povos não-europeus.

“Todos, salvo algumas exceções, tinham algo em comum: influenciados pelo determinismo biológico do fim do século XIX e início deste eles acreditavam na inferioridade das raças não brancas, sobretudo a negra e na degenerescência do mestiço” (Munanga, 1999, p. 52).

No Brasil, esse processo assumiu contornos peculiares. A elite intelectual da Primeira República, como mostra Munanga (1999), foi buscar na ciência européia ocidental – notadamente no determinismo biológico e na raciologia – os quadros teóricos para construir a nacionalidade. O resultado foi uma crença hegemônica "na inferioridade das raças não brancas, sobretudo a negra e na degenerescência do mestiço".

Nessa visada, a medicina emergente no Brasil não foi neutra. Ela serviu ativamente à máquina colonial, fornecendo justificativas pseudocientíficas para a inferiorização de determinadas “raças”. Doenças foram inventadas para o controle social de corpos dissidentes, como a drapetomania – suposta patologia que acometia escravizados propensos à fuga. Práticas culturais e religiosas de matriz africana foram sistematicamente tratadas como superstição ou sinal de atraso mental. Nina Rodrigues (1894), por exemplo, argumentava que a adaptação forçada de "espíritos atrasados"

(negros e indígenas) a uma "civilização superior" provocaria "desequilíbrios e perturbações psíquicas", propondo até mesmo uma "responsabilidade penal atenuada" para esses corpos, por supostamente não possuírem o mesmo grau de "cultura mental" da raça branca (Munanga, 1999).

“Já que a existência da mulata significa o produto do prévio estupro da mulher africana, a implicação está em que após a brutal violação, a mulata tornou-se só objeto de fornicação, enquanto a mulher negra continuou relegada à sua função original, ou seja, o trabalho compulsório. Exploração econômica e lucro definem, ainda outra vez, seu papel social” (Nascimento, 1978, p. 75).

A violência, assentada em argumentos epistêmicos, desse processo é inseparável de uma violência corporal profunda. Munanga, citando Abdias do Nascimento (1978), expõe a lógica brutal de objetificação sexual e econômica que estruturou a formação nacional: a mulata é entendida como "o produto do prévio estupro da mulher africana", reduzida a "só objeto de fornicação", enquanto a mulher negra permanecia relegada ao "trabalho compulsório". Aqui, o corpo se funde com a sua hiper-exploração econômica e sexual, visto exclusivamente como objeto de prazer e como força de trabalho (Munanga, 1999).

A consequência mais perversa desse processo foi a construção de um corpo patologizável: um corpo negro e indígena e de outras etnias cuja própria existência é lida, desde sua origem, através de uma lente que espera encontrar desvio, animalidade e inferioridade. Como questiona Munanga:

"Como transformá-los em elementos constituintes da nacionalidade e da identidade brasileira quando a estrutura mental herdada do passado, que os considerava apenas como coisas e força animal de trabalho, ainda não mudou?" (Munanga (1999, p. 52).

Essa desumanização fundante é a pré-condição que permite que, ainda hoje, os corpos “racializados” sejam aqueles que mais sofrem com intervenção, controle e violência. O racismo epistêmico, que opera na base do conhecimento médico, prepara assim o terreno para o silenciamento e a negligência no atendimento, amplificando brutalmente o processo de objetificação analisada anteriormente.

3.2 Racismo Estrutural e Silenciamento no Cuidado em Saúde

Se a colonialidade inventou o corpo negro como patologizável, o racismo estrutural opera como seu herdeiro direto, transformando essa herança em violência institucional cotidiana no ambiente de saúde. Essa violência se manifesta como um silenciamento duplo: i) se a doença já impõe uma ruptura na experiência corporal (como visto em 2.2), para corpos racializados, a interrupção da normatividade física é amplificada pelo preconceito, ii) o tratamento dispensado para esses corpos também são diferenciados, normalmente tendenciando quadros de violência (você é forte, você aguenta, e isso daí?). Esta percepção desumanizante persiste e se atualiza quando queixas de dor de pacientes negros são submetidas a um crivo de suspeita, na demora de diagnósticos e seu sofrimento é atribuído a uma suposta vitimização.

Nesse sentido, o questionamento de Munanga inquieta e instiga provocações para se pensar em outras possibilidades de assistência: "Como transformá-los em elementos constituintes da nacionalidade e da identidade brasileira quando [...] essa estrutura mental [...] ainda não mudou?" (Munanga, 1999) – ecoando, no contexto da saúde, como: "Como acolher a narrativa de sua dor se sua humanidade ainda não é plenamente reconhecida?"

Retomando o estudo da fenomenologia, esta nos oferece as ferramentas para compreender a profundidade desse silenciamento. Para o filósofo, a dor não é um dado biológico mensurável, mas uma "maneira original de existir", uma forma de o corpo vivido se colocar no mundo. O racismo institucional, ao tratar o paciente negro como um "corpo-objeto" (uma "mecânica sem interior"), nega radicalmente essa experiência. "Enquanto tenho um corpo, sob o olhar do outro posso ser reduzido a objeto e não contar mais para ele como pessoa" (Merleau-Ponty, 1999). A descrença na dor, na experiência, nas vivências, das emoções do outro é, portanto, a negação da pessoa em sua totalidade existencial.

Essa redução do corpo a mero objeto é agravada, historicamente para o caso da objetificação do corpo da mulher negra, que Munanga, citando Abdias do Nascimento, descreve como sendo reduzida a "só objeto de fornicação" (Nascimento, 1978 *apud* Munanga, 1999). No contexto da saúde, essa lógica se traduz em violência obstétrica, na desconsideração de sua queixa e na interrupção de sua narrativa. Como resultado, a incompreensão de sua condição existencial enquanto corporeidade é negligenciada, se para as pessoas ditas de "raça superior" essa alienação do corpo já é marcada por uma

10ª ReACT

REUNIÃO DE ANTROPOLOGIA DA CIÊNCIA E DA TECNOLOGIA

PRÁTICAS GERMINANTES

06 a 10 de outubro de 2025

Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

epistemologia racionalista de tradição moderna, que valoriza o intelecto e colocou sob suspeita a percepção, para os “racializados” essa inviabilização é muito mais acentuada.

A ação do sistema de saúde – através de protocolos cegos, da descrença implícita ou da pressa – torna-se um "ato violento que se verifica exercendo-se" sobre a existência do paciente negro (Merleau-Ponty, 1999). A atenção sob seu corpo, que deveria ser o centro do cuidado, é novamente convertido em território de intervenção e controle, perpetuando a lógica colonial que o inventou como patologizável. Dessa forma, o que para alguns é objetificação, para corpos “racializados” torna-se apagamento.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A jornada do corpo vivido – aquele que habita o mundo em silêncio, percepção e confiança – normalmente no ambiente hospitalar é reduzido a um conjunto de sintomas e dados. O poder colonizador, tal como analisado por Kabengele Munanga (1999), adverte para a necessidade de se compreender os processos de objetificação para os corpos racializados. Processos estes que transformam a objetificação em apagamento e a patologização em violência histórica.

Nesse sentido não basta o empenho em proporcionar conversas sobre o “cuidado humanizado”, tão comum ao contexto da saúde, mas pensar as práticas de forma mais amplificada e rever as epistemologias que sustentam e conduzem essas práticas. Torna-se imperativo e urgente um cuidado que reconheça o corpo em sua dimensão de corpo-próprio, corpo-vivido e as implicações das questões decolonias, observando o seguinte: i) reconheça o corpo como território histórico e político, portador de marcas sociais, raciais e de gênero, e não como uma página em branco biológica; ii) reconheça a narrativa do sujeito(no sentido de usuário dos serviços) como fonte primordial de saber e escuta, valorizando sua experiência vivida tão importante quanto os dados objetivos da medicina; iii) oriente suas práticas, protocolos e formações profissionais reconhecendo o racismo estrutural e reconduza-as para outras possibilidades e orientações; iv) tenha como horizonte a restauração da agência do sujeito conduzindo-o a reencontrar novos caminhos para existir em seu mundo transformado pela doença.

Desta forma, as práticas – quando observadas as dimensões que a noção de corporeidade e descolonialidade estão implicadas nelas - podem conduzir a se pensar e repensar a saúde e a doenças sobre novas perspectivas e que a abertura a outras epistemologias não tradicionais possam ser incorporadas, com isso, a ampliação do sentido de humanização seria efetivamente aplicado.

A saúde, portanto, neste sentido ampliado, não pode se restringir ao "silêncio dos órgãos" de René Leriche, conforme analisado por Canguilhem. Cuidar, nessa perspectiva “humanizada” e fenomenológica, é finalmente reaprender a ver o mundo que se realiza no corpo, enquanto corporeidade, em toda a sua complexidade, singularidade e resistência. É escutar, não o do "silêncio dos órgãos" (Leriche *apud* Canguilhem, 2002, p. 67), mas a voz que ecoa de uma existência que insiste em ser dona de sua própria história.

REFERÊNCIAS

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

DAOLIO, Jocimar; RIGONI, Ana Carolina Capellini; ROBLE, Odilon José. **Corporeidade: o legado de Marcel Mauss e Maurice Merleau-Ponty**. Pro-Posições, v. 23, n. 3, p. 179–193, set. 2012.

ELISA, C.; BRANDL, H. **A Consciência Corporal na Perspectiva da Educação Física A Consciência Corporal na Perspectiva da Educação Física**. [s.l: s.n.].

Disponível em:

<https://www.confef.org.br/extra/revistaef/arquivos/2002/N02_MAR%C3%87O/06_CO_NSCIENCIA_CORPORAL.PDF>.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. Petrópolis: Vozes, 2014.

GONZÁLEZ-SOTO, C. E.; MENEZES, T. M. DE O.; GUERRERO-CASTAÑEDA, R. F. **Reflection on the phenomenology of Merleau-Ponty and its contributions to nursing research.** Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 42, 2021b.

INGOLD, T. **Trazendo as coisas de volta à vida: emaranhados criativos num mundo de materiais.** Horizontes Antropológicos, v. 18, p. 25–44, 1 jun. 2012.

LERICHE, René. **La philosophie de la chirurgie.** Paris: Flammarion, 1951.

MACHADO DE ASSIS; LUÍS AUGUSTO FISCHER. **O alienista.** Porto Alegre: L & Pm, 2019.

MERLEAU-PONTY, Maurice. **Fenomenologia da percepção.** 2. ed. Tradução de Carlos Alberto Ribeiro de Moura. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MUNANGA, Kabengele. **Rediscutindo a mestiçagem no Brasil: identidade nacional versus identidade negra.** Petrópolis: Vozes, 1999.

PITTA, A. Hospital: dor e morte como ofício. **Bvsalud.org**, v. 01, p. 198–198, 1990.

RAMOS, Silvana de Souza. **Corpo e mente.** São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2012.

SOUZA, M. M. C. de. **O desafio do conhecimento : pesquisa qualitativa em saúde.** 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

TABONE, M. **A psicologia transpessoal: introdução à nova visão da consciência em psicologia e educação.** São Paulo: Cultrix, 2003.