



UvA-DARE (Digital Academic Repository)

Política ontológica: algumas ideias e várias perguntas

Mol, A.

Published in:

Objectos impuros: experiências em estudos sociais da ciência

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Mol, A. (2008). Política ontológica: algumas ideias e várias perguntas. In J. Arriscado Nunes, & R. Roque (Eds.), Objectos impuros: experiências em estudos sociais da ciência (Biblioteca das ciências). Porto: Edições Afrontamento.

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

Política ontológica. Algumas ideias e várias perguntas¹

Annemarie Mol

¹ Nunes, João Arriscado e Roque, Ricardo (org.) (2007/no prelo) *Objectos impuros. Experiências em estudos sociais da ciência*. Porto: Edições Afrontamento. Tradução de Gonçalo Praça. A versão editada pode ter pequenas alterações. Publicado originalmente como “Ontological Politics. A Word and some questions”, in Law, John e Hassard, John (org.) (1999) *Actor Network Theory and After*, Blackwell/The Sociological Review.

Gostaria neste capítulo de levantar algumas perguntas que têm a ver com *política ontológica*.² Têm a ver com a forma como o “real” está implicado no “político” e vice-versa. A iconoclastia da teoria do actor rede, e de muitas outras teorias correlatas, pode ter já derrubado a tradicional divisão entre os dois; mas está ainda longe de ser claro o significado que a divisão pode ter noutros domínios de actividade. Penso nas implicações que tem na vida tal como é vivida em diferentes locais e situações: nas políticas estatais, nos movimentos sociais, na formação tecnocientífica. E penso no que poderá ela sugerir para lidarmos com as interferências entre ambos. Para interferirmos.

Política ontológica é um termo composto. Refere-se a *ontologia* – que na linguagem filosófica comum define o que pertence ao real, as condições de possibilidade com que vivemos. A combinação dos termos “ontologia” e “política” sugere-nos que as condições de possibilidade não são dadas à partida. Que a realidade não precede as práticas banais nas quais interagimos com ela, antes sendo modelada por essas práticas. O termo *política*, portanto, permite sublinhar este modo activo, este processo de modelação, bem como o seu carácter aberto e contestado.

De facto, sempre se admitiu que a “realidade” não é inteiramente imutável. É este o ponto de partida da tecnologia – e, sem dúvida, da política. Ambas as esferas assentavam no pressuposto de que o mundo podia ser dominado, modificado, controlado. Adoptando as convenções da tecnologia e da política, a questão de como modelar a realidade era, portanto, uma questão em aberto: algures no futuro, as coisas poderiam passar-se de outra forma. Mas, ao mesmo tempo, partia-se do princípio de que as peças constituintes da realidade eram

² O termo *política ontológica* é uma invenção de John Law. Agradeço-lhe por me ter incentivado a desenvolvê-lo – e também a questioná-lo. Ver Law (2002).

permanentes: poderiam ser descobertas através de investigação científica adequada.

Ao longo das duas últimas décadas, porém, têm sido rebatidas estas divisões claras entre o presente e o futuro; entre aquilo que está bem assente e o que ainda se há-de formar; entre os blocos constituintes dados à partida e os modos como podem ser diversamente ajustados. Este trabalho, em boa medida levado a cabo pela teoria do actor rede, mas não só por ela, retirou aos *elementos* que fazem a realidade – a realidade na sua *dimensão ontológica* – o carácter supostamente estável, determinado.³ Estabeleceu, pelo contrário, que a realidade é localizada histórica, cultural e materialmente.⁴

Localizada onde? Depende do campo em que se responde. Nos estudos sociais da ciência, o laboratório foi redescrito como prática sócio-material onde a realidade é transformada e onde se concebem novas formas de *fazer* a realidade.⁵ Estas formas são exportadas do laboratório, não tanto enquanto “teoria” mas antes, ou pelo menos na mesma medida, enquanto vacinas, microprocessadores, válvulas, motores de combustão, telefones, ratos geneticamente modificados e outros objectos – objectos que transportam com eles novas realidades, novas ontologias.⁶

Ontologias, note-se. A palavra tem agora que vir no plural. Porque, e trata-se de um passo fundamental, se a realidade é *feita*, se é *localizada* histórica, cultural e materialmente, também é *múltipla*. As realidades tornaram-se múltiplas.

³ A obra de Michel Foucault é antepassada fundamental de muitas das articulações intelectuais da política ontológica. Em inglês, veja-se por exemplo Rabinow (1984). Foucault acompanha também a análise que aqui faço: termos como “condições de possibilidade” ou “diagnóstico do presente” decorrem directamente dos seus trabalhos e o meu interesse pela articulação da “política” é claramente informado pelo que Foucault escreveu.

⁴ As metáforas em que se articula a espacialidade ganham importância com o tropo da “localização”. Sobre isto, ver a obra de Michel Serres, nomeadamente Serres (1979) e (1994). E para um exemplo da teoria do actor-rede (ou pós?), ver Mol e Law (1994).

⁵ Mas, por exemplo, na teoria “queer”, outros lugares (como as subculturas gay e lésbica) são distinguidos como sítios onde seriam feitas novas realidades. Ver Butler (1990); Warner (1993); e Dundink (1994).

⁶ Sobre as vacinas, ver Latour (1984); e sobre os ratos, ver Haraway (1997).

Não plurais: múltiplas. Impõe-se aqui um esclarecimento, uma distinção, porque a ontologia política é influenciada pelo perspectivismo ou pelo construtivismo, mas não decorre directamente deles, nem coexiste pacificamente com eles. O seu termo de referência é um pouco diferente: *performance*.

Perspectivismo. Em contraponto à singularidade da verdade única veiculada pelo “especialista” anónimo e objectivo, afirmou-se que há *muitos especialistas* com formações profissionais e sociais diferentes, ou mesmo sem qualquer formação profissional específica. Inventou-se assim o termo “especialista leigo”. E como cada um destes especialistas é uma pessoa diferente, proveniente de uma posição diferente, nenhum deles é objectivo. São antes, cada um deles, sujeitos sociais específicos. Trazem consigo competências, hábitos, histórias, preocupações particulares, o que significa que têm diferentes *olhares*. Olham para o mundo de diferentes *pontos de vista*. Isto quer dizer que vêem as coisas de formas distintas, e representam o que vêem de maneiras diversas. Grande parte das discussões entretanto surgidas giraram em torno da questão de como deverá – ou poderá – esta diversidade ser tida em conta.⁷

O perspectivismo afastou-se de uma versão monopolista da verdade. Mas não multiplicou a *realidade*. Multiplicou os olhos de quem a vê. Transformou cada par de olhos que contempla o mundo da sua perspectiva numa alternativa a outros pares de olhos.⁸ O que por sua vez abriu as portas ao pluralismo. Pois é disso que se trata: perspectivas que se excluem mutuamente, discretas, coexistindo lado a lado, num espaço transparente. E no centro, o objecto de muitos olhares e contemplações permanece singular, intangível, intocado.

⁷ E mais outra enorme pilha de literatura despachada em meia-dúzia de linhas. Mas veja-se, para a versão dos estudos sociais da ciência que seguem esta linha, o clássico, Barnes (1977); e para o texto onde o imaginário visual chega ao seu “ponto terminal lógico”, Ashmore (1989). Para alguns bons exemplos de perspectivismo na sociologia da medicina, ver Lindenbaum e Lock (1993). E para uma versão em que as perspectivas são relacionadas com a pertença a um sexo ou outro, Harding (1992).

⁸ Para um astuto exemplo de perspectivismo, sobre a forma como o parentesco é feito na cultura ocidental/inglesa de finais do século XX, ver Strathern (1992).

Um segundo tipo de pluralismo assumiu a forma de histórias de *construção*. Estas histórias mostram como foi criada uma versão específica da verdade, o que estava a seu favor, o que estava contra, e como outras alternativas plausíveis foram desacreditadas. Muitas histórias sobre o que é necessário para que factos futuros e artefactos-em-construção sobrevivam falam-nos de grupos relevantes de investigadores e/ou outros indivíduos envolvidos (e neste ponto o construtivismo relaciona-se com o perspectivismo). Mas noutras histórias construtivistas destaca-se antes o que é necessário do ponto de vista material, e não tanto social: as lentes que sustentam a teoria da luz, ou a sala de dissecções, com todos os bisturis e competências que estabelecem o *facto* de as doenças inscreverem mudanças estruturais no corpo.⁹

O busílis das histórias de construção é que as alternativas a qualquer facto correntemente aceite, ou a qualquer artefacto muito difundido, não estavam à partida condenadas ao fracasso. Desapareceram algures durante o caminho, por contingências várias. Podíamos ter tido outro tipo de bicicleta, de teclados ou de sistema de vídeo. Simplesmente aconteceu que acabámos por nos agarrar àqueles que temos. E com os factos passa-se o mesmo. O segredo do seu sucesso não assenta nas leis da natureza mas sim nas complicações da história. As histórias construtivistas sugerem então que podiam ter sido possíveis “construções da realidade” alternativas. Foram possíveis no passado, mas desapareceram antes de se desenvolverem completamente. Portanto, de novo a *pluralidade*. Mas desta vez é a pluralidade projectada no passado. Houve coisas que podiam ser, mas agora desapareceram. Os perdedores perderam.

Falar da realidade como *múltipla* depende de outro conjunto de metáforas. Não as de perspectiva e construção, mas sim as de

⁹ Outra biblioteca de referência. Mas veja-se a obra que mudou de título entre a primeira versão do construtivismo, social Latour e Woolgar (1979), e a segunda versão, sociomaterial (1986). E para outro clássico, Knorr-Cetina (1981).

intervenção e performance.¹⁰ Estas sugerem uma realidade que é *feita e performada*¹¹ [*enacted*], e não tanto observada. Em lugar de ser vista por uma diversidade de olhos, mantendo-se intocada no centro, a realidade é manipulada por meio de vários instrumentos, no curso de uma série de diferentes práticas. Aqui é cortada a bisturi; ali está a ser bombardeada com ultra-sons; acolá será colocada numa balança e pesada. Mas, enquanto parte de actividades tão diferentes, o objecto em causa varia de um estádio para o outro. Aqui é um objecto carnudo, ali é um objecto espesso e opaco, além é um objecto pesado. Nas histórias de performance, a carnalidade, a opacidade e o peso não são atributos de um objecto único com uma essência escondida. Tão pouco é função dos instrumentos pô-los à mostra como se fossem vários *aspectos* de uma realidade única. Em vez de atributos ou aspectos, são diferentes *versões* do objecto, versões que os instrumentos ajudam a *performar* [*enact*]. São objectos diferentes, embora relacionados entre si. São formas múltiplas da realidade – da realidade em si.

Vou dar um exemplo. É uma história sobre a *anemia*.¹²

A anemia deixou de ser o foco das controvérsias que incendeiam a investigação de ponta. No entanto, a pergunta “o que é a anemia?” não tem ainda resposta única ou estabilizada. Ou então,

¹⁰ As histórias de performance relacionam-se com literaturas tão diversas como Hacking (1983) ou Goffman (1971 ou 1959). Radicalizam as noções do primeiro, espalhando-as por outros sítios além da pesquisa experimental por si só, e privam o último de qualquer ideia de “bastidores”. Ver, por exemplo Cussins (1998) ou, no mesmo volume, Mol (1998).

¹¹ (N.T.) Em inglês, ‘enactment’ está próximo de ‘performance’ e neste texto os dois são usados alternadamente. Em obras posteriores, a autora viria a adoptar em exclusivo o termo ‘enact’, para se demarcar de algumas conotações alimentadas pela extensiva utilização do vocabulário da performance nas ciências sociais da viragem do século. O termo ‘enact’ é de complicada tradução para a generalidade das línguas europeias, sendo difícil cobrir todas as acepções com a elegância da palavra inglesa. Em conjunto com a autora, decidiu-se que para a presente tradução não era importante encontrar a melhor tradução, podendo tratar-se o termo como sinónimo de ‘performar’. Como a autora usa os dois termos, na tradução indica-se os casos em que foi usado ‘enact’. Sobre a relação entre estes termos, cf. Annemarie Mol (2004), *The Body Multiple*, Durham e Londres: Duke University Press; e John Law (2004), *After Method: Mess in Social Research*, Londres: Routledge, p. 159.

¹² A anemia não tem nada de específico que a torne melhor exemplo de identidade múltipla do que outro objecto qualquer. A vantagem é simplesmente eu ter tido tempo para a estudar. Dei conta deste estudo em vários artigos, a que o leitor se pode referir para quaisquer esclarecimentos, e menciono-os a

independentemente da resposta que possamos ouvir caso se ponha a questão, aquilo que acontece quando observamos o que é feito na prática é que a anemia parece ser *performada* de muitas maneiras diferentes. Distinguirei aqui três destas maneiras (ou melhor, três destes géneros).

Primeiro: num consultório, um doente queixa-se de tonturas ao médico. Diz que anda muito cansado. O médico quer saber mais, quando e como se manifestam os sintomas. Aproxima-se então do doente e baixa-lhe uma das pálpebras, talvez ambas, para lhes examinar a cor. Estão brancas? Vermelhas? Muito ou pouco? Que aspecto geral tem a pele? O discurso do doente, as questões do médico e as observações conduzidas no exterior do corpo relacionam-se com a anemia. Como é que a encenam? A resposta é: como um conjunto de sintomas visíveis. Como queixas que podem ser articuladas por um doente. Esta é a performance *clínica* da anemia.

Segundo: no entanto, nas rotinas *laboratoriais* de qualquer hospital fazem-se outras coisas. Aqui, a anemia equivale a um baixo nível de hemoglobina no sangue da pessoa. Porque aqui o sangue é tirado das veias e introduzido em máquinas que devolvem números por cada amostra que recebem. (Atenção, esta é apenas uma das técnicas de laboratório usadas para medir os níveis de hemoglobina. Há outras que aqui não mencionarei.) O número assim gerado é comparado com um padrão: um nível normal de hemoglobina. Esta é, então, uma forma laboratorial de performar a anemia. Mas tem versões diferentes, porque há diferentes maneiras de definir o padrão para um nível normal de hemoglobina. O mais comum é o método *estatístico*. Este implica reunir dados relativos a uma população, sendo a norma fixada em, digamos, dois desvios padrões em relação à média da população.

É diagnosticada anemia às pessoas cujos testes ao sangue revelam um nível de hemoglobina inferior a esta norma.

Terceiro: o outro método é patofisiológico. Implica descobrir, também em relação a cada indivíduo, a linha que demarca um nível de hemoglobina suficiente para transportar correctamente oxigénio pelo corpo e o nível anormal que é, pelo contrário, demasiado baixo para o permitir.

Há, portanto, pelo menos três performances da anemia: clínica, estatística e patofisiológica. Como se relacionam? Nos manuais, tendem a ser descritas como coisas ligadas, como se fossem, de facto, aspectos de um desvio único. Supõe-se que um nível de hemoglobina demasiado baixo para transportar oxigénio dos pulmões aos outros órgãos de um indivíduo em quantidades que os permitam abastecer (patofisiologia) fique fora da gama normal, estabelecida por cálculos assentes em dados populacionais (estatística), e que se manifeste através de sintomas que incomodam tanto o doente que o obrigarão a procurar ajuda médica (clínica). Na prática, porém, as coisas não funcionam necessariamente desta forma. Porque na prática acontece haver pessoas que não têm tonturas, nem pálpebras brancas e, no entanto, os seus níveis de hemoglobina pareceriam desviantes caso fossem medidos. Ou então há pessoas cujos órgãos não têm oxigénio porque os seus níveis de hemoglobina caíram, mas que ainda assim se mantêm dentro da gama normal. E por aí fora. Na prática, as três formas de diagnosticar a “anemia” diagnosticam coisas diferentes. Os objectos de cada uma das várias técnicas não se sobrepõem necessariamente entre si.

Nada disto suscita grandes debates, tentativas de procurar consenso, ou sequer qualquer tipo de preocupação. É como é. Ocasionalmente,

pode levantar-se alguma discussão sobre que método de diagnóstico usar num contexto específico. Mas em termos gerais estas três formas de lidar com a anemia, ou melhor, estas três anemias diferentes, têm coexistido desde há décadas. E a situação não dá sinais de mudança. A realidade da anemia assume várias formas. Não são perspectivas de diferentes pessoas, pois no curso do trabalho uma mesma pessoa pode passar de uma performance para outra. Também não são construções do passado, alternativas, das quais só uma sobreviveu – emergiram em momentos distintos da história, mas nenhuma delas desapareceu. Portanto, há diferentes versões, diferentes performances, diferentes realidades que coexistem no presente. Esta é a situação que temos, tal como foi articulada pela teoria do actor rede e sociologias semióticas próximas. E vou aproveitá-la para lançar as minhas perguntas, perguntas sobre o tipo de política que se pode adequar a esta multiplicidade ontológica. Eis quatro:

- *Onde* estão as opções?
- O *que* está em jogo?
- *Há* mesmo opções?
- *Como* devemos escolher?

Onde estão as opções? Sobre *topoi* políticos

Se existem várias formas de performar um desvio, pode parecer que há, ou que deveria haver, uma *escolha* entre elas. Mas onde, em que *sítio*, poderia estar localizada esta escolha?¹³ É que não devemos ter a ilusão de que os momentos mais decisivos são explícitos. Tome-se a questão de como se organiza a *detecção* da anemia. Em termos genéricos, há dois modelos alternativos: um é manter um sistema de profissionais à disposição de quem procura activamente ajuda. O outro é organizar um sistema de rastreio e tentar mobilizar toda a

¹³ Para o tropo da localização das performances de um desvio, com detalhes sobre a anemia, ver Mol (1990) e (1991), ou a tradução deste último (1995).

população para efectuar exames regulares. O primeiro performa a anemia clinicamente, o segundo estatisticamente. Os resultados diferem: se a detecção da anemia for organizada de forma clínica, algumas pessoas com níveis de hemoglobina estatisticamente baixos não serão detectadas, quer por não se queixarem de nada, quer por não acharem que há motivos suficientes para consultar um médico.

Na maior parte dos países, a detecção da generalidade das doenças é organizada clinicamente. Os programas de rastreio foram implantados em casos muito excepcionais. Onde se decidiu isto? Primeiro, é importante reconhecer que esta situação emergiu historicamente. Nasceu de um grande número de contingências e forças, mas não foi decidida em qualquer momento ou local particular. A maior parte das curas e cuidados são um produto histórico do modelo doente-que-procura-ajuda. O outro modelo, do estado que assume o controle da sua população, foi incorporado noutros contextos – por exemplo, em regulamentações públicas, no fornecimento de água, em programas de vacinação ou outras medidas preventivas.

Se *existisse* um sítio, aqui e agora, onde esta situação fosse reconsiderada, ou criada, teríamos argumentos para afirmar, pelo menos no caso da anemia, que a medicina clínica deve prevalecer sobre a detecção de desvios estatísticos. Porque o rastreio produzirá mais falsos positivos do que o desvio real, dado que (pelo menos entre populações bem alimentadas e sem infecções crónicas), a anemia é muito rara. Outro argumento: se as pessoas não apresentam queixas devido à sua anemia, então não há motivos para as tratar. Ou ainda outro argumento: não é eficiente em termos de custos – pelo contrário, é demasiado caro – fazer rastreios a todos os desvios que as pessoas possam ter. Não procuro aqui aceitar ou rebater estes argumentos. Quero apontar para outra coisa. O que cada um deles faz é mudar o *sítio* da decisão para outro lado: movê-lo. Desta forma, deslocam o momento decisivo para lugares onde, visto daqui, deixa de parecer

uma decisão, passa a ser um facto. Estes lugares são, respectivamente, os pormenores das técnicas de medição, considerações sobre razões boas e más para o tratamento e os orçamentos dos cuidados de saúde.

Espero com isto conseguir ilustrar por que é tão relevante a questão de *onde* estão as opções para a formação de políticas ontológicas. Porque, nas actuais circunstâncias, muitas condições de possibilidade não são estruturadas como resultados de “decisões”.¹⁴ Acontece ser como são – ou derivam de factos importados de algures. A questão é então: deveriam estas condições ser reestruturadas? É isto que as políticas ontológicas devem implicar, que tornemos mais explícitas as “opções”? Duvido. Se assim fosse, implicaria que estendêssemos o formato argumentativo que tende a manifestar-se quando tudo é redefinido como opção. Precisamos de investigar melhor as implicações intelectuais e práticas disto. O que é viver as coisas como *opções*.¹⁵ Quais são os benefícios e os malefícios desta forma de vida. E quais podem ser os seus limites práticos. Porque pode dar-se o caso de os argumentos que são mobilizados na tomada de decisão mudarem as opções “reais” para outros sítios, e depois, de novo, para locais cada vez mais afastados. Pode acontecer que não haja um último recurso, antes haja “opções” por *todo o lado*. De forma que em qualquer sítio determinado as opções pareçam estar sempre *noutro lado*.

O que está em jogo? Sobre a interferência

O que está em jogo na política ontológica? A organização da detecção de um desvio como a anemia não é questão “meramente prática”.

¹⁴ Isto pode ser comparado com a busca que Bruno Latour levou a cabo depois do momento em que foi tomada a “decisão” para pôr fim a Aramis, situação em que Aramis falhou, ou foi morto. Este momento/sítio continua a ser inapreensível, apesar de todos os esforços para o capturar. Ver Latour (1992).

¹⁵ Michel Callon tem uma pergunta relacionada com esta, quando se interroga sobre como é feito na

Também tem efeitos de realidade. Faz diferença para a forma como a “própria” anemia é performada. Mas não é só a realidade da anemia que está em jogo. Há muitas outras realidades aqui envolvidas. Porque os objectos performados não vêm sozinhos: trazem consigo modos e modulações de outros objectos. Assim: com a anemia clínica vem a realidade da interacção conversacional, esse ritual tão bem estudado em que duas pessoas se tentam integrar uma à outra nas suas prioridades altamente específicas.¹⁶ Com a anemia laboratorial, vem a agulha, a extracção de sangue do corpo, a aplicação involuntária de dor. E assim sucessivamente. Gostaria de me ater a um exemplo particular. Serve bem para apresentar aqui a *interferência*, porque mostra a ligação entre as duas formas de performar a *anemia* e a performance de um fenómeno que é muito mais politizado – a *diferença sexual*.

O *nível normal de hemoglobina* pode ser definido de duas formas: estatisticamente ou patofisiologicamente. Uma vez que os níveis de hemoglobina variam entre indivíduos, as duas maneiras de estabelecer normas não produzem necessariamente respostas sobreponíveis. Um nível de hemoglobina alto que cai abruptamente pode ser anormal do ponto de vista patofisiológico, mas encontrar-se ainda dentro de valores estatísticos normais. Por sua vez, um nível de hemoglobina estatisticamente desviante pode ser normal do ponto de vista patofisiológico, desde que garanta uma capacidade de fornecimento de oxigénio adequada a um indivíduo específico. Há, portanto, uma tensão. Nos manuais médicos actuais verifica-se uma preferência pela forma patofisiológica de definir as normas, considerando-se que faz mais justiça ao indivíduo. Já na prática de cuidados de saúde, pelo contrário, o método dominante para estabelecer as normas é a estatística. Neste caso, há também razões históricas e “bons argumentos”. E o meu objectivo não é discuti-los.

prática um mercado; ver Callon (1998).

Pretendo, em vez disso, chamar a atenção para um “efeito secundário” da diferença entre patofisiologia e estatística.

Os epidemiologistas que fazem normas estatísticas distinguem populações. Se as normas estatísticas fossem feitas para “a população” como um todo, seriam sistematicamente elevadas demais ou reduzidas demais para vários grupos.¹⁷ Por este motivo, definem-se habitualmente normas diferentes para grupos diferentes: crianças (de diferentes classes etárias), homens, mulheres e grávidas. Isto implica que os membros destes grupos sejam comparados com padrões melhores do que seria de esperar, caso as populações não fossem diferenciadas. Mas também implica que as “crianças” sejam separadas como grupo distinto dos “adultos”. E implica – e é isto que desejo avaliar – que as “mulheres” sejam separadas dos “homens”. Isto faz das “mulheres” um grupo de pessoas que têm mais em comum entre si do que com os “homens”, por mais que ambas as curvas possam sobrepor-se. Também performa “mulher” como categoria biológica. Porque implica que uma das formas de a diferenciar da outra categoria, de “homem”, é comparando uma característica corporal: o nível de hemoglobina.

A patofisiologia só conhece indivíduos. Não implica, portanto, a diferenciação entre sexos para distinguir níveis normais e anormais de hemoglobina. Antes envolve a comparação dos níveis de hemoglobina de um indivíduo na altura em que se verifica o possível desvio com os seus valores numa altura saudável. Isto proporciona uma história corporal, uma fisicalidade persistente que é parte da sua identidade. Há muito a dizer sobre os benefícios e malefícios disto. Mas uma das suas consequências é que *não* contribui para dividir os seres humanos entre *homens* e *mulheres*. Se a medicina performasse todos os desvios de formas individualizadas, muitas das “inegáveis”

¹⁶ Para um exemplo, ver Silverman (1987).

¹⁷ Sobre a questão de como separar populações e como delinear a região de onde provém, ver Mol e Hendriks (1995).

diferenças biológicas entre os sexos pura e simplesmente desapareceriam.¹⁸ Assim, a “decisão” sobre se é concretizável na prática, ou irremediavelmente complicado, trabalhar com normas individualizadas em medicina envolve não só a realidade da “anemia” mas também a das “mulheres” e dos “homens”.

A separação das “grávidas” também é interessante. Do ponto de vista do seu tratamento, a distinção é sensata: dado que o volume sanguíneo aumenta quando um corpo engravida, os níveis de hemoglobina tendem a diminuir. Mas o que me interessa aqui é que esta sensata distinção significa que o laboratório forma “grávidas” que são diferentes de “homens” e de “mulheres”. Assim, performando os sexos como grupos biologicamente separados, a prática estatística também desmonta, de forma intrigante, a simples categorização dos sexos. Porque sugere que as “grávidas” – em particular – *não* são de facto “mulheres”.¹⁹

É este, então, o fenómeno da interferência.²⁰ Mal olhamos com atenção para a variedade dos objectos performados numa prática, deparamos com interferências complexas entre eles. Na política ontológica da *anemia*, não é simplesmente a realidade da doença que está em jogo, a dos sexos também está. E há mais, sem dúvida. Se reconhecermos e analisarmos essas interferências, a questão da avaliação das performances torna-se cada vez mais complexa. Porque se é possível pensar em alinhar argumentos sobre os benefícios e malefícios implicados na performance de um objecto único específico (por exemplo, a anemia), as coisas tornam-se mais complicadas caso

¹⁸ A epidemiologia não produz necessariamente “sexos”. Pode igualmente separar populações de outras formas, como sejam a percentagem de massa gorda, alturas, tempo gasto a fazer desporto, ou outro parâmetro qualquer. Estas classificações poderiam coincidir melhor ou pior com níveis de hemoglobina medidos. Historicamente, no entanto, os dois sexos têm sido a forma preferida pela epidemiologia para dividir o mundo. A maior parte dos formulários têm espaços para assinalar M/F, permitindo assim fazer esta divisão.

¹⁹ Sobre a complexidade de “fazer a diferença” ver também Meijer (1991).

²⁰ Para uma versão filosófica técnica da noção de interferência, ver Serres (1972). Para uma mobilização mais política desta metáfora, assim como de outras com ela relacionadas, ver Haraway (1991).

os argumentos relacionados com outros objectos, como os sexos, a identidade individual, etc., também tenham que ser tidos em conta. Com efeito, esta consideração nunca chegará a nenhum termo estável, porque há elementos a mais. Tal implica que é pouco provável que a *política ontológica* estabilize, uma vez concluídas as descrições que dela sejam feitas – porque jamais serão concluídas. Tolerar fins em aberto, enfrentar dilemas trágicos e viver sob tensão, é mais isto que se passa.²¹

Há opções? Sobre a inclusão

Disse que as formas clínica, estatística e patofisiológica de lidar com a anemia não se sobrepõem completamente. E afirmei que mais do que revelarem simplesmente *aspectos* diferentes da anemia, performam *versões* diferentes desta doença. Mas será possível escolher entre estas versões? A noção de política ontológica parece implicar a possibilidade de “escolha”. Mas será esta a única forma de a implementar? Até aqui, tratámos das questões relacionadas com *onde* é podem as opções ser localizadas e com *o que* está em jogo na “decisão” entre diferentes versões de anemia. Agora recuamos um passo para perguntar: e *haverá* de facto opções? A resposta é: não necessariamente, porque se as realidades performadas são múltiplas, não é uma questão de pluralismo. Pelo contrário, o que a “multiplicidade” implica é que embora as realidades possam ocasionalmente colidir umas com as outras, noutras alturas as várias performances de um objecto podem *colaborar* e mesmo *depende* umas das outras.

Concentremo-nos nas duas performances de anemia, a clínica e a estatística.²² A anemia pode ser diagnosticada por meios clínicos ou por um teste laboratorial cujo resultado é avaliado em comparação

²¹ Sobre a noção de conhecimento em tensão, relacionada com esta, ver Law (1998).

com um padrão estatístico. Se a questão for como *detectar* a anemia, as duas performances entrarão em conflito. A racionalidade clínica depende da disponibilidade dos médicos para com os pacientes que se queixam; mas se fosse dada prioridade ao laboratório e à sua norma estatística, toda a população teria que ser rastreada regularmente. Ora, este confronto entre formas de detectar anemia não significa que haja um confronto em *geral* entre a clínica e o laboratório.

Por exemplo, nos consultórios holandeses de clínica geral, as formas clínicas e laboratoriais de proceder coexistem pacificamente. Primeiro, um doente chega ao consultório. É entrevistado e é-lhe feito um exame físico. Se estas duas actividades apontarem para a anemia, será efectuado um teste ao sangue – recorrendo a técnicas laboratoriais. Não há conflito. As duas performances são postas em *sequência*. A performance clínica é a primeira, mas daqui não decorre qualquer terapia, se o laboratório não o indicar. E não há conflito para um médico tropical que trabalhe numa região pobre em África. Examina um doente, baixa-lhe a pálpebra, e se achar que está branca demais receita-lhe comprimidos de ferro. O diagnóstico clínico basta-se a si mesmo. Espera-se que o laboratório concorde, mas este não é de facto chamado à baila. Se houver sequer um laboratório, é melhor que se concentre em tarefas mais complicadas. Portanto, numa situação destas a clínica *faz a vez* do laboratório.

A relação entre as práticas clínicas e laboratoriais torna-se ainda mais emaranhada no momento em que se estabelecem os padrões pelos quais passarão a ser distinguidos o normal e o patológico. Estes padrões não são dados com a prática clínica e laboratorial: são *parte* dessas práticas. Como? Pensemos numa norma estatística. Para a definir, são reunidos os chamados *dados normativos*. Estes são constituídos pelos níveis de hemoglobina de, por exemplo, cem homens, mulheres, grávidas e crianças de diferentes grupos de idade,

²² Sobre a coexistência das várias performances de anemia, ver Mol e Berg (1994).

escolhidos na região onde o laboratório procura os seus doentes. Mas quem deve ser seleccionado, para cada uma destas populações? Habitualmente, os laboratórios tentam avaliar pessoas *saudáveis*. No entanto, uma vez que se trata do processo de estabelecer os valores normais, não dispõem ainda de uma norma para diferenciar níveis de hemoglobina saudáveis e desviantes. Têm, e usam, meios clínicos para diferenciar pessoas normais e desviantes. Só convidam as pessoas que se sintam em boas condições. Portanto: quando os padrões laboratoriais são estabelecidos, o diagnóstico clínico é *incluído*.

Mas os meios clínicos mobilizados num contexto são, por sua vez, contestados e adaptados noutras circunstâncias. Em certas ocasiões, os sinais clínicos são reavaliados para investigação. Por exemplo, alguns investigadores das práticas da clínica geral começaram a duvidar da utilidade dos muitos testes de hemoglobina (negativos) realizados pelos médicos de clínica geral. Puseram em causa a adequação de todos estes testes. Que sinais clínicos levavam os médicos a pedir testes de hemoglobina?²³ Os investigadores descobriram que o “cansaço” era motivo frequente para receitar um teste. Mas seria este um bom motivo? Para avaliar a questão, os investigadores compararam os níveis de hemoglobina de cem doentes que tinham chegado às consultas queixando-se de “cansaço” com os níveis dos cem doentes que se lhes seguiam na lista de marcações dos mesmos médicos. E mostrou-se que não havia diferença. A conclusão foi que o “cansaço isolado” não é um sinal clínico de anemia. O que mostra que as medidas laboratoriais estão, por sua vez, *incluídas* no processo de estabelecimento de orientação clínica.

O estudo das performances da anemia revela a sua multiplicidade. Mas esta multiplicidade não surge sob a forma de pluralismo. Não é

²³ Isto complicou-se pelo facto de os doentes não só terem desvios mas também teorias sobre esses desvios. Entrevistados, os médicos de clínica geral afirmaram que frequentemente faziam medições em resposta a este facto, e não simplesmente por suspeitarem de níveis baixos de hemoglobina. Ver Mol

como se houvesse entidades separadas, cada uma no seu canto de um campo homogéneo. Portanto, a anemia é múltipla, mas não é plural. As várias anemias performadas na medicina têm muitas relações entre si. Não estão simplesmente em oposição umas em relação às outras, ou no exterior umas das outras. Cada uma pode suceder a outra, aparecer em vez da outra e – será talvez a imagem mais surpreendente – incluir a outra. Isto significa que o que é “outro” também está dentro.²⁴ As realidades alternativas não coexistem simplesmente lado a lado, mas também se encontram dentro umas das outras. No entanto, esta situação não se enquadra facilmente nas nossas noções tradicionais de política. O que significa que têm que ser criadas novas concepções de política. Mas quais? Que tipo de política está aqui implicado – ou é aqui necessário?

Como escolher? Sobre estilos de política

No campo dos cuidados de saúde, tem havido muito alarido em torno da questão da *escolha*. A ideia é que se as intervenções médicas não decorrem necessariamente da natureza, se há escolhas que têm que ser feitas, então devem ser os doentes a fazê-las. São várias as formas de modelar essa escolha, mas em termos genéricos podem ser divididas em dois modelos: o modelo do mercado e o modelo estatal. O modelo do mercado assume que os cuidados médicos são divisíveis em actividades discretas, *bens* discretos que podem ser comprados e vendidos no mercado. Este modelo configura o doente no papel de cliente que representa os seus desejos no acto da compra. No modelo estatal, o doente é configurado como cidadão. Os cuidados médicos

(1993).

²⁴ Imagens como a de inclusão mútua estão a ser desenvolvidas em sítios onde a espacialidade é uma preocupação persistente. Um bom exemplo é a descrição de Los Angeles, feita por Soja: a cidade espalhou a sua imagem por todo o lado – por isso Los Angeles está em todo o lado – ao mesmo tempo que também acumulou pedaços do resto do mundo no seu interior – de forma que o mundo também está todo em Los Angeles. Ver Soja (1989). Para um tratamento exaustivamente teorizado das imagens espaciais complexas, ver Strathern (1991).

tornam-se algo que deve ser governado. Aqui, não há bens discretos, mas uma organização com regras e regulações apropriadas. Isto significa que os doentes-cidadãos se devem representar a si mesmos nos locais onde as organizações de cuidados médicos são geridas, e onde as regras e regulações ganham forma. Temos aqui várias coisas para explorar, muito para saber sobre as vantagens e desvantagens de cada uma destas formas de modelar a auto-representação no contexto complexo dos cuidados médicos.²⁵ Uma tarefa urgente.

Mas há mais. Porque ambos os modelos assumem que a *informação* está disponível e pode ser divulgada ao doente. Deve ser divulgada diligente e integralmente pelos profissionais que a detêm, aos leigos que dela necessitam para tomar boas decisões. No entanto, se pensarmos em termos de *política ontológica*, a informação deixa de ser dada – a quem quer que seja. As histórias que os profissionais possam contar deixaram de ser auto-evidentes. E mais: o que se tornou contestável não são apenas as representações da realidade, sob a forma de informação que circula sob a forma de palavras e imagens; mas também a própria modelação material da realidade no diagnóstico, nas intervenções e práticas de investigação. Por isso, se é importante ter em conta as formas como os pacientes se *representam* (como clientes ou como cidadãos), é pelo menos importante também perguntar como *são eles representados* nas práticas de conhecimento. Que parâmetros substituem e denotam as nossas preocupações? Quais são os pontos que marcam uma “melhoria” ou “deterioração” da condição de saúde ao longo do tempo? Um exame clínico onde a *efectividade* das várias intervenções é avaliada deixa de poder ser inocentemente aceite. Porque há outra questão que deve ser colocada à partida: quais são os *efeitos* que devíamos procurar? As respostas a

²⁵ Presentemente, estas questões são formuladas de diversas formas pela teoria política. Para uma boa e recente colecção de ensaios que enfrentam a questão política por excelência (orientada para o estado), a saber, como lidar com a diferença, ver Benhabib (1996). Para uma tentativa de articular aspectos da economia com a modelação de “vidas boas”, ver Nussbaum e Sen (1993).

esta questão estão incorporadas na informação, mas também nas técnicas com que vivemos actualmente. Tendem a estar implícitas, misturadas e irremediavelmente ligadas às várias performances de qualquer doença. Por isso, é bastante superficial escolher “depois dos factos”, tendo em conta a informação e as técnicas que ajudaram a criá-los. Mas e se tentarmos ser menos superficiais? Quem pode, então, *fazer* política ontológica? Como lidar com a *escolha incorporada*?

Posfácio

O termo “política ontológica” sugere uma ligação entre o real, as condições de possibilidade com que vivemos, e o político. Mas como se concebe tal ligação? Neste texto, não esbocei qualquer resposta, antes articulei alguns dos problemas que acompanham uma interpretação específica da política, que se apresenta em termos de deliberação ou escolha. Enumeremo-los. Um: se pensarmos nestes termos, arriscamo-nos à ramificação de opções por todo o lado – e o resultado é que acabam sempre por parecer que estão noutra lado. Dois: a interferência entre as várias tensões políticas é tal que de cada vez que parece estar em jogo uma coisa (nomeadamente a anemia) estão também envolvidas outras questões e realidades (nomeadamente a diferença de sexos). E três: as várias performances da realidade na medicina têm toda a espécie de tensões entre si, mas separá-las como se fossem uma pluralidade de opções é passar por cima das complexas interconexões que as unem. E depois há um quarto problema. Quem é o actor que pode decidir entre as opções? Poderá, ou deverá, ser um doente-cliente que faz escolhas entre bens discretos disponíveis no mercado; ou deve ser um doente-cidadão que tenta organizar o sistema de cuidados médicos para benefício de todos? Ou, novamente, serão os momentos fundamentais não aqueles onde os

“doentes” actuam como agentes, mas antes aqueles onde são (somos) definidos, medidos, observados, escutados ou performados [*enacted*], seja como for?

São estas, então, as minhas questões. Expu-las aqui, porque sendo minhas não são só minhas. São questões que decorrem de uma análise semiótica de como a realidade é feita, do estudo das performances, de uma viragem para a prática. Vêm com, e portanto *depois*, da teoria do actor rede. E o que vem depois *delas*? Respostas, talvez. Ou talvez explorações práticas dos estilos políticos que parecem ser reclamados. Mas também é possível que estas questões se dissolvam e nós desempenhemos [*enact*] e atravessemos mais outra viragem no nosso repertório teórico, descobrindo outras formas de diagnosticar o presente.

Referências bibliográficas

- Ashmore, M. (1989) *The Reflexive Thesis. Writing Sociology of Scientific Knowledge*, Chicago: The University of Chicago Press.
- Barnes (1977) *Interests and the growth of Knowledge*, Londres: Routledge and Kegan Paul.
- Benhabib, S. (org.) (1996) *Democracy and Difference. Contesting the Boundaries of the Political*, Princeton: Princeton University Press.
- Butler, J. (1990) *Gender Trouble*, Nova Iorque: Routledge.
- Callon (1998) “Actor-Network Theory: The Market Test”, J. Law e J. Hassard (org.), *Actor Network Theory and After*, Oxford: Blackwell/The Sociological Review.
- Cussins, C. (1998) “Ontological Choreography: Agency for Women Patients in an Infertility Clinic”, in M. Berg e A. Mol, *Differences in Medicine. Unravelling Practices, Techniques and Bodies*, Durham: Duke University Press, 166-201.
- Dundink, S. (1994) “Het privilege van de democratische grensoverschreiding. Radicale seksuele politick en grensoverschreiding”, *Krisis*, 14, 50-64.
- Goffman, E. (1971 [1959]) *The Presentation of Self in Everyday Life*, Londres: Pelican.
- Hacking, I. (1983) *Representing and Intervening*, Cambridge: Cambridge University Press.

- Haraway, D. (1991) *Simians, Cyborgs, and Women. The Reinvention of Nature*, Londres: Free Association Books.
- _____ (1997) *Modest witness@SecondMillenium.FemaleMan©Meets_Onco Mouse™*, Nova Iorque: Routledge.
- Harding (1992) *Whose Science? Whose Knowledge? Thinking from Women's Lives*, Ithaca: New York University Press.
- Knorr-Cetina, K. (1981) *The Manufacture of Knowledge. An Essay on the Constructivist and Contextual Nature of Science*, Oxford, Pergamon Press.
- Latour, B. (1992) *Aramis ou L'amour des techniques*, Paris: Editions La Découverte, 1992.
- _____ (1984) *Les Microbes*, Paris: Métaillié
- Latour, B. e Woolgar, S. (1979) *Laboratory Life. The Social Construction of Scientific Facts*, Londres: Sage.
- _____ (1986) *Laboratory Life, The Construction of Scientific Facts*, Princeton: Princeton University Press.
- Law, J. (1998) "After Meta-Narrative: on Knowing in Tension", R. Chia (org.), *Into the Realm of Organisation; Essays for Robert Cooper*, Londres: Routledge, 88-108.
- _____ (2002) *Aircraft Stories: Decentering the Object in Technoscience*, Durham: Duke University Press.
- Lindenbaum, S. e Lock, M. (1993) *The Anthropology of Medicine and Everyday Life*, Berkeley: University of California Press.
- Meijer, I. C. (1991) "Which difference makes the difference? On the conceptualization of sexual difference", J. Hermsen e A. van Lenning, *Sharing the Difference. Feminist debates in Holland*, Londres: Routledge.
- Mol, A. (1990) "Sekse, rijkdom en bloedarmoede. Over lokaliseren als strategie", *Tijdschrift voor Vrouwemtudies*, 42, 142-157.
- _____ (1991) "Topografie als methode van kennisonderzoek. Over het naast elkaar bestaan van enkele bloedarmoedes", *Kennis en Methode*, 314-329.
- _____ (1993) "Van wie is de theorie? Bloedarmoede en de meta-positie", *Gezondheid. Theorie en Praktijk*, 1, 5-16.
- _____ (1995) "La topographie comme methode d'investigation des savoirs. De la co-existence de diverses anemies", *Culture Technique*, 25/26, 285-305.
- _____ (1998) "Missing Links, Making Links: The Performance of some Atherosclerosis", M. Berg e A. Mol, *Differences in Medicine. Unravelling Practices, Techniques and Bodies*, Durham: Duke University Press , 144-165.
- Mol, A. e Berg, M. (1994) "Principles and Practices of Medicine. The co-existence of various anaemias", *Culture, Medicine and Psychiatry*, 18, 247-265.
- Mol, A. e Hendriks, R. (1995) "De hele wereld een Hb? Universaliteit, lokaliteit en bloedarmoede", *Krisis*, 58, 56-73.

- Mol, A. e Law, J. (1994) "Regions, Networks and Fluids: Anaemia and Social Topology", *Social Studies of Science*, 24, 641-671.
- Nussbaum, M. e Sen, A. (org.) (1993) *The Quality of Life*, Oxford: Clarendon Press.
- Rabinow, P. (org.) (1984) *The Foucault Reader*, Nova Iorque: Pantheon Press.
- Serres, M. (1972) *Hermès II. L'Interference*, Paris: Editions de Minuit.
- _____ (1994), *Atlas*, Paris: Juliard.
- _____ (1979) *Le passage du Nord-Ouest*, Paris: Editions de Minuit;
- Silverman, D. (1987) *Communication and Medical Practice. Social Relations in the Clinic*, Londres: Sage.
- Soja, E. (1989) *Postmodern Geographies. The reassertion of space in critical social theory*, Londres: Verso Books.
- Strathern, M. (1991) *Partial Connections*, Savage, Md.: Rowman and Littlefield.
- _____ (1992) *After Nature. English kinship in the late twentieth century*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Warner, M. (org.) (1993) *Fear of a queer planet? Queer politics and social theory*, Minneapolis: University of Minneapolis Press.