

Entre a normatividade e a normalidade: contribuições de G. Canguilhem e M. Foucault para as práticas de saúde

Between the normativity and the normality: contributions of G. Canguilhem and M. Foucault for the health practices.

Tatiana Ramminger

Resumo:

Nesse artigo discutimos a operacionalidade dos conceitos de normatização e normalização para pensar as práticas de saúde no contexto da Saúde Coletiva. A Saúde Coletiva pretende ser uma ruptura com a Saúde Pública, ao negar o monopólio do discurso científico e biológico, incluindo as dimensões simbólica, ética e política na discussão sobre as condições de saúde da população. Sendo assim, na primeira parte do artigo acompanhamos o nascimento da Saúde Pública, bem como a problematização desse modelo pela Saúde Coletiva. Em seguida, apresentamos duas importantes contribuições para essa desconstrução: as considerações em torno do normal e do patológico, realizadas por G. Canguilhem e os estudos de M. Foucault sobre a disciplinarização da sociedade moderna. Ao final, relacionamos diferentes concepções de saúde com o pensamento de Canguilhem, no intuito de refletirmos sobre como a Saúde Coletiva pode constituir práticas de ação coletivas que sejam também normativas e não apenas normalizadoras.

Palavras-chave: Normatividade; Normalidade; Saúde Coletiva

Abstract:

In this paper we discuss the uses of the concepts of normatization and normalization in order to think about the health practices in the context of the Collective Health. The Collective Health intends to be a break with the

Public Health, while denying the monopoly of the scientific and biological speech, including the symbolic, ethic and politics dimensions in the discussion on the health conditions of population. Being so, in the first part of the paper we accompany the birth of the Public Health, as well as the exposing of the problems of this model by the Collective Health. Next, we present two important contributions for this deconstruction: the considerations around the normal and the pathological, carried out for G. Canguilhem and the studies of M. Foucault on the disciplinarization of the modern society. At the end, we connect different conceptions of health with the thought of Canguilhem, in the intention of thinking about how the Collective Health can appoint practices of collective action that are also normativizing and not only normalising.

Key-words: Normativity; Normality; Collective Health.

Saúde Coletiva: uma ruptura?

Apesar da idéia naturalizada de que a Saúde Pública e a Saúde Coletiva são sinônimos, dado que ambas remetem à impossibilidade de se pensar em uma saúde individual sem considerar as condições sanitárias do espaço social, temos boas razões para acreditar que essas expressões não se superpõem, pois dizem respeito a "diferentes modalidades de discurso, com fundamentos epistemológicos diversos e com origens históricas particulares" (BIRMAN, 2005:11)

O movimento de luta pela reforma sanitária no Brasil caracterizou-se, sobretudo, por uma crítica às práticas consagradas da Saúde Pública e pela reivindicação de um outro conceito de saúde que, para além do biológico, incluísse também a dimensão social na análise do processo saúde-doença. No entanto, para compreender o que esse movimento vislumbrava

transformar, começamos delimitando o campo aqui designado como “Saúde Pública”.

A Saúde Pública nasce junto com o Estado Moderno, como parte de uma nova racionalidade governamental. Ao contrário das formas de governo do Feudalismo e do Absolutismo, o Estado na modernidade “não é uma casa, nem uma igreja, nem um império” (FOUCAULT, 2007:20), mas uma realidade específica e autônoma, independente da obediência que deva a outros sistemas, como a natureza ou Deus. Da mesma forma, o governante não é alguém diferente dos demais (como o senhor feudal ou o rei), sendo a lei dos homens – e não mais a lei divina – que regula essa nova ordem. A política externa, que antes baseava-se na defesa e ampliação ilimitada do território, agora vale-se de todo um aparato diplomático que respeita a pluralidade dos Estados, à margem de qualquer tentativa de unificação do tipo imperial. Ao contrário, a política interna não tem limites quando se trata do controle da população, por ora valorizada como principal fonte de riqueza (FOUCAULT, 2006). Segundo essa razão do Estado, “a limitação das relações internacionais tem por correlato o ilimitado exercício do Estado de polícia” (FOUCAULT, 2007:23).

Temos, assim, algumas condições de possibilidade para a emergência da polícia médica, ou da medicina social ou, finalmente, da “saúde pública”, que consolidou a medicina como discurso científico e verdadeiro sobre a saúde das populações. Rosen (1983) afirma que na Antigüidade a relação entre as condições de saúde e os fatores sociais não foi priorizada. Ao contrário, na Renascença, essa relação toma importância, marcando o início, tanto para Rosen (1983), como para Foucault (1999), da medicina social, que tomou rumos diferentes, conforme o país¹.

O contexto sócio-político-econômico que afirmou a necessidade do estudo das relações entre o estado de saúde de uma população e suas condições de vida foi o do mercantilismo² e cameralismo³, cujo fim supremo era colocar a vida social e econômica a serviço dos poderes políticos do

Estado. Para Foucault (1999), na França e na Inglaterra, o principal objetivo foi o controle em relação à natalidade e morbi-mortalidade, somado à preocupação em aumentar a população, sem nenhuma intervenção inicial efetiva ou organizada para elevar o seu nível de saúde. É na Alemanha que se desenvolverá, pela primeira vez, uma prática médica centrada na melhoria da saúde da população. “Dentro do esquema cameralista, um conceito-chave em relação aos problemas de saúde e doença é a idéia de *police*, derivada da palavra grega *politeia*. Caracteristicamente, a teoria e prática da administração pública veio a ser conhecida como *Polizeiwissenschaft* (a *science of police*), e o ramo que trata com a administração da saúde recebeu o nome de *Medizinalpolizei* (*medical police*)” (ROSEN, 1986:33).

Com o tempo, a idéia de polícia transformou-se cada vez mais em uma teoria e prática da administração pública, que ganhou força, sobretudo, na Alemanha. Ao final do século XVIII, os estados alemães, tanto no sistema de pensamento como no comportamento administrativo, já haviam incorporado como norma que ao Estado Absoluto cabiam todas as atividades para o bem-estar da população. W.T. Rau, o primeiro a utilizar o termo “polícia médica”, considerava que o médico não deve se ocupar apenas do doente, mas também supervisionar a saúde da população. Por isso era importante regulamentar a polícia médica, com a função de “regulamentar a educação médica, supervisionar as farmácias e hospitais, prevenir epidemias, combater o charlatanismo e esclarecer o público” (ROSEN, 1986:37). Assim, “com a organização de um saber médico estatal, a normalização da profissão médica, a subordinação dos médicos a uma administração central e, finalmente, a integração de vários médicos em uma organização médica estatal, tem-se uma série de fenômenos inteiramente novos que caracterizam o que pode ser chamada a medicina de Estado” (FOUCAULT, 1999:84).

Para Rosen (1986), essa foi uma tentativa pioneira de considerar as questões de saúde da vida comunitária, estimulando estudos futuros da relação entre as questões sociais, a saúde e a doença. A França teve papel fundamental nessa teorização, cunhando o termo “medicina social”⁴, “que não parece ter por suporte a estrutura do Estado, como na Alemanha, mas um fenômeno inteiramente diferente: a urbanização” (FOUCAULT, 1999:85).

A necessidade de constituir a cidade como unidade responde a interesses políticos e econômicos, na medida em que a cidade se torna um lugar importante para o mercado e para a produção, ao mesmo tempo em que o aparecimento de uma classe operária pobre (o proletariado) aumenta a tensão política entre os diferentes grupos que integram a cidade. É a necessidade de controlar esta concentração de uma grande população em um só lugar que leva à escolha de um modelo de intervenção, que Foucault (1999) denomina “o modelo da peste”. Ele considera a existência de dois grandes modelos de organização médica na história européia: o modelo suscitado pela lepra e o modelo suscitado pela peste. No primeiro, o doente é excluído fisicamente, mandado para fora da cidade, em uma tentativa de purificação do espaço urbano. No segundo, as pessoas permanecem em suas casas, mas são meticulosamente observadas e vigiadas, em um esquadrinhamento e controle permanente dos indivíduos, em um modelo mais próximo à revista militar do que à purificação religiosa. “Enquanto a lepra pede distância, a peste implica uma espécie de aproximação cada vez mais sutil do poder aos indivíduos”, correspondendo a uma “invenção das tecnologias positivas de poder” (FOUCAULT, 2002:58-9).

Para Foucault (1999), a medicina social francesa do século XIX nada mais é que uma variação sofisticada deste modelo da peste. E suas preocupações, que também chegaram ao Brasil republicano, dizem respeito, sobretudo, às noções de salubridade e insalubridade, que estão relacionadas às condições do meio em que se vive e ao quanto este meio afeta a saúde. Por isso a importância das obras de saneamento, a abertura de avenidas

largas, a condenação de zonas de amontoamento. "A medicina urbana não é verdadeiramente uma medicina dos homens, corpos e organismos, mas uma medicina das coisas: ar, água, decomposições, fermentos; uma medicina das condições de vida e do meio de existência" (FOUCAULT, 1999:92).

Finalmente, na Inglaterra, o conceito de polícia médica ou de medicina social, do modo como se desenvolveu na Alemanha ou na França, dificilmente poderia florescer, já que o liberalismo econômico era a doutrina prevalecente. Essa filosofia, ao pensar a harmonia perfeita entre o homem e a natureza, dificilmente considerava os aspectos sociais em suas análises. No entanto, as consequências da Revolução Industrial e da situação de vida precária dos trabalhadores, com excessiva mortalidade e morbidade, não tinham como passar despercebidas (ROSEN, 1986).

Foucault (1999) chama atenção para o fato de que é na Inglaterra, país em que o desenvolvimento industrial e do proletariado foi o mais rápido e importante, que temos uma nova forma de medicina social e, não por acaso, aquela que prevaleceu na atualidade. Um "cordão sanitário autoritário" separa ricos e pobres nas cidades, onde a intervenção médica é tanto uma maneira de auxiliar nas necessidades de saúde dos pobres, quanto um controle que assegura a proteção das classes mais abastadas de possíveis doenças e epidemias.

Diferente da medicina urbana francesa ou da medicina de estado alemã aparece, na Inglaterra, uma medicina que é "essencialmente um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes ricas" (FOUCAULT, 1999:97). Essa fórmula foi a que teve futuro, ligando a "assistência médica ao pobre, controle da saúde da força de trabalho e esquadramento geral da saúde pública" (idem), com igualmente três sistemas médicos superpostos: uma medicina assistencial para os pobres e trabalhadores; uma medicina administrativa encarregada de problemas mais gerais e, finalmente, uma medicina privada que beneficia quem pode pagar. Mesmo que articulados de

maneira diferente, tratava-se (e trata-se!) de fazer funcionar esses três sistemas.

No Brasil, por exemplo (e em vários países da América Latina, com poucas variações), o atendimento em saúde de responsabilidade do Estado esteve ligado à carteira de trabalho (INAMPS), enquanto a saúde pública responsabilizava-se pelas grandes campanhas de vacinação, ao mesmo tempo em que o Estado financiava o setor privado da saúde com suspeitos convênios. Até mesmo o SUS – Sistema Único de Saúde –, que se propôs a romper com esse modelo, preconizando o atendimento universal e integral, co-existe com os planos privados de saúde, de certa forma também financiados pelo Estado⁵.

Cabe destacar que esse tipo de intervenção da saúde pública - mais do que um cuidado, um controle médico da população – sempre suscitou resistências. No Brasil, por exemplo, esse modelo, implantado com mais força a partir da Primeira República, com Oswaldo Cruz, resultou em importantes revoltas populares, como a “revolta da vacina”⁶. Como nos alerta Birman (2005), em nome da ciência tivemos a marginalização de diferentes segmentos sociais, com a consolidação de práticas assépticas que, ao silenciarem considerações de ordem simbólica e histórica na leitura das condições de vida e saúde das populações, fazem crer que não existe uma escolha política, ideológica e ética nas práticas sanitárias.

Foi justamente tentando romper com esse discurso naturalista e pretensamente neutro da Saúde Pública que o movimento da reforma sanitária brasileiro e latino-americano propôs um outro campo que se ocupasse da saúde – não mais da massa informe da população, mas dos sujeitos que compõem um coletivo –, a Saúde Coletiva. Essa passagem do público para o coletivo descentra o lugar do Estado como “espaço hegemônico para a regulação da vida e da morte na sociedade”, sendo que este não é mais o pólo único “na gestão do poder e dos valores”,

reconhecendo-se “o poder instituinte da vida social, nos seus vários planos e instituições” (BIRMAN, 2005:14).

Desde a década de 1920, as ciências humanas introduzem, no território da saúde, a problematização de categorias como normal, anormal e patológico, demonstrando o quanto esses conceitos estão encharcados de valores morais. Começa a ganhar força o entendimento de que “a saúde é marcada num corpo que é simbólico, onde está inscrita uma regulação cultural sobre o prazer e a dor, bem como ideais estéticos e religiosos” (BIRMAN, 2005:13). Assim, o campo teórico da Saúde Coletiva pretende ser uma ruptura com a concepção de Saúde Pública, ao negar o monopólio dos discursos biológicos e incluir as dimensões simbólica, ética e política na discussão sobre as condições de saúde da população, sendo a transdisciplinariedade sua marca constituinte (BIRMAN, 2005).

Certamente duas importantes contribuições para essa passagem foram as considerações em torno do normal e do patológico, realizadas por G. Canguilhem, e os estudos de M. Foucault sobre a disciplinarização da sociedade moderna. A seguir, apresentamos as principais idéias desses autores em torno desses temas, buscando melhor compreender os conceitos de normatização e normalização (muitas vezes utilizados como sinônimos e superficialmente discutidos) e explorar como estes podem nos auxiliar na construção de outras práticas de saúde.

Georges Canguilhem: a saúde como verdade do corpo

Georges Canguilhem (1904-1995) insere-se na tradição da epistemologia francesa, que propôs um contraponto à filosofia da ciência, criticando seu objetivo de determinar o conjunto de regras e técnicas que devem nortear as pesquisas que se pretendem científicas. Seu argumento é que a filosofia não deveria se preocupar com o método científico, mas sim

com a reflexão sobre as condições de possibilidade históricas para a produção de conhecimento (MACHADO, 1981). Por isso seria importante que o filósofo não se limitasse ao estudo de uma ciência enquanto objeto, simplesmente, mas que se aproximasse dos “problemas humanos concretos”, com a aprendizagem de uma matéria exterior à filosofia – uma matéria estrangeira –, como foi, no caso de Canguilhem, o estudo da medicina (SCHWARTZ, 2003a): “A filosofia é uma reflexão para a qual qualquer matéria estranha serve, ou diríamos mesmo para a qual só serve a matéria que lhe for estranha” (CANGUILHEM, 2006:6). E ainda: “Não é necessariamente para conhecer melhor as doenças mentais que um professor de filosofia pode se interessar pela medicina. Não é, também, necessariamente para praticar uma disciplina científica. Esperávamos da medicina justamente uma introdução a problemas humanos concretos” (idem).

Sua obra mais conhecida, *O normal e o patológico*, é baseada em sua tese de doutoramento em medicina, concluída em 1943⁷. A tese divide-se em duas partes, cada uma iniciada com uma pergunta, que o autor utiliza como fio condutor – um fio de Ariadne que nos guia pelos labirintos do pensamento do filósofo. Por isso não nos perdemos em meio à erudição de Canguilhem; ao contrário, ele nos convida a acompanhá-lo na desconstrução de conceitos essenciais da medicina, mostrando como muitos deles estão encharcados de valores morais.

O primeiro fio que ele nos lança é o seguinte: “Seria o patológico apenas uma modificação quantitativa do estado normal?” Essa concepção, explica ele, considerando o patológico uma mera variação quantitativa do normal, como que uma lente de aumento do normal, esteve no centro do nascimento da medicina moderna. Ele escolhe analisar as obras de um filósofo – Augusto Comte – e um cientista – Claude Bernard – “porque esses autores desempenharam, semi-voluntariamente, o papel de porta-bandeira” dessa forma de pensamento (CANGUILHEM, 2006:15).

Enquanto Comte definia o patológico como “simples prolongamento mais ou menos extenso dos limites de variação, quer superiores, quer inferiores, próprios de cada fenômeno do organismo normal” (COMTE apud CANGUILHEM, 2006:23), Bernard concluiu que “a saúde e a doença não são dois modos que diferem essencialmente”, sendo que entre as duas “há apenas diferenças de grau: a exageração, a desproporção, a desarmonia dos fenômenos normais constituem o estado doentio” (BERNARD apud CANGUILHEM, 2006:38). Esse modo de compreender a relação entre saúde e doença, embora tenha sido hegemônico no século XIX, permanece atual. É comum, por exemplo, referir-se a idosos com algum grau de demência ou a deficientes mentais adultos como se fossem crianças: “Ele tem 25 anos, mas é igual a uma criança!”; ou “vovó agora é como um bebê!” A forma de tratamento também inclui palavras no diminutivo, outra entonação de voz e negociações semelhantes àquelas que são utilizadas com crianças. Laudos médicos valem-se de expressões como “idade mental de 12 anos” para descrever um adulto com deficiência. Da mesma forma, a loucura também costuma ser percebida como uma variação de grau do estado normal, desta vez não como uma diminuição, mas como uma exageração de modos de pensar e sentir “normais”.

No entanto, como coloca Canguilhem (2006:53), é temerário deduzir “que a vida é sempre idêntica a si mesma na saúde e na doença”, pois a doença não é apenas uma soma de sintomas, mas um outro modo de ser da totalidade do organismo. Uma criança de 12 anos, em fase de crescimento, é totalmente diferente de um adulto “com idade mental de 12 anos”. Ambos podem ter um desenvolvimento mental semelhante, mas as situações e expectativas que vivenciam são totalmente distintas e, enquanto a criança está em constante mudança, o doente tende “a manter de modo obsessivo e às vezes exaustivo, as únicas normas de vida dentro das quais ele se sente relativamente normal” (CANGUILHEM, 2006:141).

Por outro lado, esse outro modo de ser é patológico não porque o médico o diz, mas porque o próprio sujeito que sofre percebe que vive um tipo de vida diferente do “normal”, algo que o incomoda e é sentido como uma espécie de mal. Sendo assim, um fato só pode ser considerado patológico em relação à totalidade do organismo e levando em conta a experiência daquele que se sente doente, sendo que “o estado patológico não é um simples prolongamento, quantitativamente variado, do estado fisiológico, mas é totalmente diferente” (CANGUILHEM, 2006:56).

Em que pesem as diferenças entre os dois autores analisados por Canguilhem – Comte e Bernard –, ambos têm em comum, além da concepção do patológico como variação quantitativa do estado normal, a idéia positivista fundamental de que o saber (ou a ciência) vem antes do agir (ou da técnica), ou seja, “a idéia de que uma técnica deve ser normalmente a aplicação de uma ciência” (CANGUILHEM, 2006:64). Canguilhem, ao contrário, vai defender não só uma concepção qualitativa de saúde e doença, mas também que a medicina é mais uma técnica (a clínica) do que uma ciência (fisiologia)⁸. É a clínica que deve informar os estudos teóricos, e não o contrário. E para auxiliá-lo nessa desconstrução, Canguilhem inclui nesse debate entre cientistas, um técnico: o médico René Leriche.

Canguilhem considera que o maior valor da teoria de Leriche, independente de contradições ou críticas que se possam apontar, “é o fato de ser a teoria de uma técnica, uma teoria para a qual a técnica existe, não como uma serva dócil aplicando ordens intangíveis, mas como conselheira e incentivadora, chamando a atenção para os problemas concretos (...)” (CANGUILHEM, 2006:66). Diz Leriche (apud CANGUILHEM, 2006:57): “A saúde é a vida no silêncio dos órgãos” e, inversamente, “a doença é aquilo que perturba os homens no exercício normal de sua vida e em suas ocupações e, sobretudo, aquilo que os faz sofrer”.

Canguilhem concorda com Leriche, relacionando a saúde à inconsciência do próprio corpo, e a consciência à “sensação dos limites, das ameaças, dos

obstáculos à saúde” (CANGUILHEM, 2006:57). Em escritos mais recentes⁹, Canguilhem reitera esse entendimento, comentando que vários autores também estabeleceram essa ligação entre a saúde, o silêncio e a inconsciência: além do já citado Leriche (década 1930), Valéry (década 1940), Michaux (década 1960) e, antes deles, Descartes (1649) – “o conhecimento da verdade é como a saúde da alma: quando a possuímos, não pensamos mais nela”; e Kant (1798) – “podemos nos sentir bem de saúde, mas nunca podemos saber se estamos bem de saúde” (apud CANGUILHEM, 2005:37; 2006:205).

Sendo assim, analisando a maneira com que importantes filósofos pensaram a questão da saúde, Canguilhem (2005) conclui que não se pode “saber”, mas apenas “sentir” o que é saúde. Na medida em que está fora do campo do saber, relacionada à experiência, a saúde não pode ser um conceito científico, e por isso é um conceito vulgar, “o que não quer dizer trivial, mas simplesmente comum, ao alcance de todos” (CANGUILHEM, 2005:37). Concordando com Nietzsche, Canguilhem considera que a verdade não pode referir-se apenas a um valor lógico, fruto do juízo. A verdade habita a experiência, sendo a saúde a verdade do corpo. “Há mais razão em teu corpo do que em tua melhor sabedoria” (NIETZSCHE apud CANGUILHEM, 2005:39).

Guardemos essa idéia de que a saúde refere-se à experiência de um corpo singular, e retomemos a leitura da mais importante obra de Canguilhem. A segunda parte de seu livro inicia com a seguinte pergunta: “Existem ciências do normal e do patológico?”. Para respondê-la, o filósofo empreende uma análise semântica do termo “normal”, demonstrando que ele pode ser utilizado tanto para designar aquilo que é encontrado mais frequentemente (fato), como aquilo que se deve ser (valor). Essas duas designações, apesar de tão diferentes, confundem-se e misturam-se, levando a que um “caráter comum adquira um valor de tipo ideal” (CANGUILHEM, 2006:85). No caso da medicina, por exemplo, o que é

considerado normal é aquilo que tem maior frequência estatística, ou seja, um estado habitual dos órgãos é confundido com seu estado ideal.

A ciência esforça-se em medir e quantificar modos de funcionamento do organismo, sendo que aqueles mais freqüentes ou mais próximos da média são considerados "normais". No entanto, para Canguilhem, essa equação está invertida, pois se determinados comportamentos são mais observados que outros, é porque funcionaram melhor em determinado modo de vida. Assim, não é a medicina, com suas frequências estatísticas, que julga o que é o normal; mas a vida em si mesma, em sua capacidade de instituir normas, de ser normativa. Ou seja: "um traço humano não seria normal por ser freqüente, mas seria freqüente por ser normal, isto é, normativo num determinado gênero de vida" (CANGUILHEM, 2006:116).

O normal não como "média estatística", generalizada por uma ciência; mas como "normatividade", ancorada na experiência singular – esta é uma idéia central na obra de Canguilhem e, por isso, é importante destacar o que ele entende por "normatividade". Literalmente, que "a vida não é indiferente às condições nas quais ela é possível, que a vida é polaridade e, por isso mesmo, posição inconsciente de valor, em resumo, que a vida é, de fato, uma atividade normativa. Em filosofia, entende-se por normativo qualquer julgamento que aprecie ou qualifique um fato em relação a uma norma, mas essa forma de julgamento está subordinada, no fundo, àquele que institui as normas. No pleno sentido da palavra, normativo é o que institui as normas. E é nesse sentido que nos propomos a falar sobre uma normatividade biológica¹⁰" (CANGUILHEM, 2006:86).

Como esclarece MASSON (2004), Canguilhem define como "polaridade dinâmica da vida" a necessidade permanente, para qualquer ser vivente, de fazer escolhas, o que inclui um julgamento de valor, considerando determinados modos de funcionamento como positivos e outros como negativos: "viver é, mesmo para uma ameba, preferir e excluir" (CANGUILHEM, 2006:95). Nessa concepção, viver é um debate entre

diferentes normas, em um processo dinâmico e nunca previsível, onde a vida não é “apenas submissão ao meio, mas também instituição de seu próprio meio”, estabelecendo “valores, não apenas no meio, mas também no próprio organismo”. (CANGUILHEM, 2006:175).

Seguindo essa lógica, Canguilhem vai discutir a confusão entre os termos anômalo e anormal, sendo o primeiro um termo descritivo – aquilo que é desigual – e o segundo um termo valorativo – aquilo que não segue a norma. A anomalia está relacionada a um desvio estatístico, algo insólito e não habitual, mas não necessariamente patológico. A “diversidade não é doença (...). Patológico implica *pathos*, sentimento direto e concreto de sofrimento e impotência, sentimento de vida contrariada” (CANGUILHEM, 2006:96). A anomalia só será patológica se for sentida como um obstáculo ou perturbação à vida, ou seja, o que determina o patológico não é o desvio estatístico, mas o desvio normativo. A doença não está relacionada com o fato de ser diferente (anomalia) ou de uma ausência de normas, mas com a incapacidade ou dificuldade de instituir normas que expandam a vida. E conclui: “Não existe fato que seja normal ou patológico em si. A anomalia e a mutação não são, em si mesmas, patológicas. Elas exprimem outras normas de vida possíveis. Se essas normas forem inferiores – quanto à estabilidade, à fecundidade e à variabilidade da vida – às normas específicas anteriores, serão chamadas patológicas. Se, eventualmente, se revelarem equivalentes – no mesmo meio – ou superiores – em outro meio – serão chamadas normais. Sua normalidade advirá de sua normatividade. O patológico não é a ausência de norma biológica, é uma norma diferente, mas comparativamente repelida pela vida” (CANGUILHEM, 2006:103).

Para Canguilhem, essa norma é repelida e considerada inferior por não tolerar desvio, ser incapaz de se transformar frente à dinâmica da vida, pois “o normal é viver num meio em que flutuações e novos acontecimentos são possíveis” (CANGUILHEM, 2006:136). Aquilo que é normal, por ser normativo em determinada situação, pode se tornar patológico, em outro

contexto, se não puder se alterar. Sendo assim, “o doente não é anormal por uma ausência de norma, mas por uma incapacidade de ser normativo” (CANGUILHEM, 2006:138), ou seja, pela dificuldade em criar outras normas que dêem conta de novos acontecimentos, insistindo em conservar uma norma que já não funciona mais.

Agora podemos tentar ensaiar uma definição de saúde e doença, seguindo o que propõe Canguilhem, colocando suas reflexões em diálogo com outros conceitos e autores.

Entre a Normatividade e a Normalidade: diálogo entre Canguilhem e Foucault

Valendo-se das contribuições de Goldstein¹¹, Canguilhem alerta que a doença não pode ser colocada apenas no lugar da negatividade, como aquilo que nada cria e transforma. A doença, embora seja uma redução do potencial criativo, “não deixa de ser uma vida nova, caracterizada por novas constantes fisiológicas” (CANGUILHEM, 2006:141). Sendo assim, ela também não pode ser deduzida do normal, como um “resíduo do normal” ou aquilo que sobreviveu à destruição. Ao contrário, em um primeiro momento, a doença aparece como uma necessidade de criação de outras normas frente às variabilidades da vida, mas esta necessidade é experimentada de forma negativa (SERPA JR, 2001). A doença é, assim, “uma experiência de inovação positiva do ser vivo, e não apenas um fato diminutivo ou multiplicativo”, não é “uma variação da dimensão da saúde”, mas uma “nova dimensão da vida” (CANGUILHEM, 2006:138).

A cura, para Canguilhem, acontece quando se consegue restabelecer a normatividade, ou seja, criar para si novas normas, por vezes superiores às antigas, no sentido de que tenham maior plasticidade frente à imprevisibilidade da vida. No entanto, não se pode confundir “restauração da normatividade” com um retorno ao que se era antes: “a vida não conhece a

reversibilidade”, mas “admite reparações que são inovações fisiológicas” (CANGUILHEM, 2006:147).

Assim, a saúde, mais que um estado de equilíbrio ou ausência de enfermidade, é poder ficar doente e recuperar-se, e ao “superar as enfermidades converter-se em um corpo mais válido” (CAPONI, 1997:294). A saúde é uma “margem de tolerância às infidelidades do meio”, e ser saudável não é apenas ser normal, mas ser normativo; não é apenas possuir algo que é valorizado, mas ser capaz de criar valor; não apenas ser portador, mas instaurador de normas vitais. “O que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal no momento, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas” (CANGUILHEM, 2006:148).

A saúde está relacionada, ainda, com um “sentimento de seguridade”, em um duplo sentido: segurança no presente, e seguros para prevenir o futuro. E, ao contrário do que algumas correntes filosóficas e científicas defendem, essa seguridade não está ligada a um instinto de conservação, onde o organismo evita confrontar-se com novas situações – esse instinto, segundo GOLDSTEIN (apud CANGUILHEM, 2006:150), “não é a lei geral da vida, e sim a lei de uma vida limitada”. O organismo sadio, antes da conservação, procura realizar sua natureza em expansão, enfrentando os riscos que isso comporta. “Saúde é, pois, possuir uma capacidade de tolerância ou de seguridade que é mais do que adaptativa” (CAPONI, 1997: 294).

Em um primeiro momento, todos esses conceitos aparecem juntos (CANGUILHEM, 2006). Posteriormente, CANGUILHEM (2005) vai refinar essa concepção, a partir da distinção entre saúde como estado do corpo dado e saúde como expressão do corpo produzido. O corpo dado está relacionado com o patrimônio genético, o “genótipo”; enquanto o corpo produzido diz respeito aos modos de vida de cada um, seja por escolha ou imposição, ou ainda, ao “fenótipo”.

Ao falar da saúde como estado do corpo dado, o autor parece se referir à capacidade do corpo adoecer, recuperar-se e, assim, tornar-se um corpo mais potente (CAPONI, 1997). O exemplo, citado por ele, é o da vacina - "o artifício de uma infecção justamente calculada para permitir que o organismo se oponha, doravante, à infecção selvagem" (CANGUILHEM, 2005:43). Essa concepção, alerta Canguilhem, já era anunciada por Descartes¹² - bem antes, portanto, das primeiras hipóteses de Pasteur. A saúde deficiente desse corpo dado, ao contrário, seria "uma limitação do poder de tolerância e de compensação das agressões do meio ambiente", por alguma má formação orgânica, por exemplo (idem).

Já a saúde como expressão do corpo produzido é uma garantia vivenciada duplamente como uma "garantia contra o risco e audácia para corrê-lo". É o sentimento de poder, sempre mais, ultrapassar capacidades iniciais. Canguilhem (2005) dá o exemplo dos atletas, mas Caponi (1997) complementa que esse sentimento de superação também pode dizer da experiência de transformar um meio social adverso. A autora chama atenção de que, da mesma forma que certas patologias orgânicas contribuem para diminuir essa margem de tolerância, existem várias condições desfavoráveis de existência que devem ser consideradas na predisposição a doenças futuras, tais como condições precárias de moradia, alimentação, educação e trabalho.

Aqui há de se considerar a relação entre saúde e sociedade. As condições de vida impostas (falta de saneamento, alimentação etc.) remetem ao âmbito público e é nesse âmbito que deveriam delinear-se estratégias de intervenção - políticas de transformação dessas desigualdades que se definem como causas para diversas doenças. Por outro lado, os estilos de vida escolhidos por cada um remetem ao âmbito do privado. Desde que a vida tornou-se preocupação política do Estado, no entanto, parece que o acento esteve mais na normalização de condutas e estilos de vida, com a culpabilização do indivíduo, do que na transformação dessas limitações

sociais de vida. Parece ser “mais simples normalizar condutas do que transformar condições perversas de existência” (CAPONI, 1997:294).

É importante destacar, aqui, a diferença entre normatização e normalização. Em ambos os casos a norma está ligada a um julgamento de valor, de algo considerado como positivo ou negativo. Em um primeiro momento, Canguilhem toma o conceito de norma enquanto norma biológica, entendendo a normatização enquanto possibilidade de criação de normas que, mais que adaptação, permita a expansão da vida.

Posteriormente, em um texto intitulado “Do social ao vital”, que integra a edição de 1966 de *O normal e o patológico*, Canguilhem (2006) versará sobre o uso popular do termo normal. “Normal é o termo pelo qual o século XIX vai designar o protótipo escolar e o estado de saúde orgânica”, que exprime uma exigência de racionalização que se manifesta também na política e na economia e “que levará, enfim, ao que se chamou, desde então, de normalização”. A norma aqui é social, externa, e está ligada a uma exigência de unificar a variedade, uniformizar a disparidade. A normalização, define ele, “é a expressão de exigências coletivas cujo conjunto define, em determinada sociedade histórica, seu modo de relacionar sua estrutura, ou talvez suas estruturas, com aquilo que ela considera como sendo seu bem particular, mesmo que não haja uma tomada de consciência por parte dos indivíduos” (CANGUILHEM, 2006:199-200).

Ao longo desse artigo, Canguilhem (2006:206-08) considera que “a normalização é uma experiência especificamente antropológica ou cultural”, citando vários exemplos, tais como: a normalização da língua, na gramática; a normalização do trabalho; e a normalização da saúde das populações, “onde a norma é aquilo que fixa o normal a partir de uma decisão normativa”.

Ao final, ele faz uma relação entre as normas vitais e as normas sociais, considerando a tendência corrente de se comparar organismo e organização. A primeira diferença diz respeito às regras de ajustamento, que na

organização são “exteriores ao complexo ajustado”, e devem ser representadas e aprendidas. Já no organismo vivo, essas “regras de ajustamento das partes entre si são imanentes, presentes sem ser representadas, atuando sem deliberação nem cálculo” (CANGUILHEM, 2006: 212). Conclui, assim, que embora a regulação social possa inspirar-se na regulação orgânica, está longe de ser como ela. Isso porque a regulação social é o resultado de um antagonismo, um embate de soluções paralelas e interesses distintos; ao passo que a regulação orgânica diz de uma integração cada vez mais sofisticada do organismo com o meio.

Segundo Roudinesco (2007), essa ampliação do conceito de norma e normal foi efeito da leitura do livro de Michel Foucault, *O nascimento da clínica*. Canguilhem conheceu Foucault em 1960, quando foi convidado para ser seu orientador em sua tese de doutoramento (*Loucura e desrazão: história da loucura na idade clássica*). Diz Canguilhem (1996): “Nunca neguei que fui conquistado de imediato. Aprendi a conhecer, melhor que antes, outra figura do anormal, distinta do patológico orgânico. E Foucault me obrigou a reconhecer a existência histórica de um poder médico equívoco”. (ROUDINESCO apud MASSON, 2004: 41). E agrega a própria Roudinesco: “Foucault substituí a concepção canguilheniana de uma norma produzida pela vida por uma noção de norma construída pela ordem social e portadora de normalização. Ou seja, opunha uma normatividade social à normatividade biológica, uma arqueologia à fenomenologia” (ROUDINESCO, 2007:45).

Por outro lado, ao definir o termo “normalização”, em 1975, seja no curso que ministrava à época – *Os anormais* – seja no livro que lançou naquele mesmo ano – *Vigiar e Punir* –, FOUCAULT (1995; 2002) refere-se, explicitamente, a esse texto de Canguilhem (“Do Social ao Vital”). Resumindo as contribuições de Canguilhem, Foucault destaca três delas: a referência a um processo geral de normalização social, política e técnica no decorrer do século XVIII; a idéia de que a norma não se define como uma lei natural, mas como uma pretensão de poder, que exige sua obediência sob

mecanismos de coerção; e o entendimento de que a norma também está “ligada a uma técnica positiva de intervenção e de transformação, a uma espécie de poder normativo”. E conclui: “É esse conjunto de idéias que eu gostaria de tentar aplicar historicamente, essa concepção ao mesmo tempo positiva, técnica e política de normalização” (FOUCAULT, 2002:62).

Revel (2005:65) esclarece que a noção de norma, para Foucault, corresponde ao aparecimento da sociedade disciplinar e do bio-poder, diretamente relacionado ao nascimento da medicina social¹³, tal como já aqui explicitado. A emergência desse “aparelho de medicalização coletiva (...)” permite aplicar à sociedade toda uma distinção permanente entre o normal e o patológico e impor um sistema de normalização dos comportamentos e das existências, dos trabalhos e dos afetos”. Não é um sistema de punição, como na sociedade soberana, mas um sistema de correção, de transformação dos indivíduos, através de técnicas de normalização, do qual fazem parte as escolas, as prisões, as fábricas, os hospitais, entre outras organizações.

Aqui devemos destacar, ainda, a admiração mútua entre ambos os pensadores. Como aponta Roudinesco (2007:48), é raro assistir “um mestre remanejar sua teoria à luz daquele que escolheu tornar-se seu aluno”. Em 1991, Canguilhem comenta que já se passaram trinta anos desde de seu primeiro contato com Foucault, mas que 1961 “permanece e permanecerá para mim o ano em que se descobriu um grande filósofo” (CANGUILHEM apud ROUDINESCO, 2007:48). Por sua vez, o último artigo de Foucault autorizado para publicação, dois meses antes de sua morte, é justamente uma homenagem a Canguilhem e ao lugar que ele ocupa na história do pensamento francês: “em todo o debate de idéias que precedeu ou sucedeu o movimento de 1968, é fácil reencontrar o lugar daqueles que, direta ou indiretamente, haviam sido formados por Canguilhem” (FOUCAULT, 2005:353). Para Foucault (2005:364-5), Canguilhem é um “filósofo do erro”, pois é a partir do erro que ele coloca os problemas filosóficos, os problemas

da verdade e da vida. Ou ainda: “No limite, a vida – daí seu caráter radical – é o que é capaz de erro”.

Problematizando as práticas de saúde: algumas contribuições de Canguilhem e Foucault

Retomando nosso tema, uma grande contribuição de Canguilhem, como destacam alguns comentadores de sua obra (SERPA JR, 2001; CAPONI, 1997), é colocar a experiência singular e subjetiva do sujeito no centro da determinação das fronteiras entre o que é normal e o que é patológico. Se as mais variadas práticas da área da saúde visam restabelecer o estado normal do organismo, não é porque os cientistas o tenham determinado, mas porque ele é visado pelo doente. São os doentes que deveriam julgar se não são mais normais ou se voltaram a ser. O essencial para o doente é sair de um abismo de impotência ou de sofrimento, onde voltar a ser normal significa retornar a uma atividade interrompida (ou equivalente), mesmo que essa atividade seja reduzida ou os comportamentos menos variados. “A vida de qualquer ser vivo não reconhece as categorias de saúde e doença, a não ser no plano da experiência – provação no sentido afetivo do termo, e não no plano da ciência. A ciência explica a experiência, mas, nem por isso, a anula” (CANGUILHEM, 2006: 149).

Já Foucault demonstra, de forma mais enfática, como se constroem discursos e práticas em torno daquilo que é valorado como mais ou menos normal, em determinada sociedade; e como o nascimento das políticas de atenção à saúde das populações, mais que seu cuidado, visavam seu bom controle; mais do que a expansão da vida, objetivavam a adaptação a um determinado modelo de sociedade.

Também poderíamos compreender o trabalho de ambos os autores como modos de compreender a produção de sujeitos. Se para Canguilhem o acento está nas respostas normativas dos seres humanos, em um

entendimento de que o sujeito se constitui inventando e criando normas, para Foucault o interesse recai sobre a eficácia das normas sociais e em como os sujeitos são produzidos nas relações de poder que, ao mesmo tempo em que o assujeitam, trazem em si a possibilidade de resistência e transformação das normas. No entanto, alguns autores, como Le Blanc (2002), consideram que para Foucault a possibilidade de “invenção de si” ou a criação de “modos mais belos e éticos de existência” parece ser uma situação rara e singular, ao passo que, para Canguilhem, a invenção é um dado da vida ordinária. A invenção não é prerrogativa do artista, mas condição de qualquer ser vivente - imprescindível, aliás, para a manutenção e expansão da vida.

Le Blanc (2002:221) também chama atenção para o fato de que não se pode separar o social do vital, como se existisse uma normalização “externa” adaptativa e uma normatização “interna” expansiva. Sendo assim, a normalidade não se opõe à normatividade. Assim como a normalidade diz respeito tanto à racionalização das normas da sociedade como à maneira específica de cada sociedade se posicionar como sujeito de suas normas, a normatividade é entendida como a capacidade não só subjetiva, mas também social, de incorporação de novas normas.

Além disso, a norma não pode ser pensada como autônoma, emancipada do sujeito, pois depende sempre de como é valorada e interpretada. Toda norma é dependente de uma perspectiva, que é a razão mesma de sua apreciação e avaliação, onde cada sujeito – seja “individual” ou “coletivo” – afirma-se em relação às normas que institui ou contesta. Assim, a normalização social instituída não priva a sociedade, grupo ou indivíduo de sua capacidade normativa.

Em que pesem esses apontamentos, consideramos que tanto para Canguilhem como para Foucault o limite entre o normal e o patológico se torna impreciso, e só quem deveria determiná-lo é aquele que vive a experiência de uma vida diferente. Alguém se torna doente somente em

relação a si mesmo, e não em relação a uma média ou a alguma frequência estatística, ou a algum comportamento esperado socialmente. O doente sente sua potência diminuída em relação a si mesmo, e é isto que deveria ser o ponto de ancoragem das práticas de saúde (CANGUILHEM, 2006).

No entanto, o que percebemos é que o parâmetro de saúde está cada vez mais ligado ao que é valorizado socialmente, e não à experiência subjetiva e singular. Um corpo feminino, mesmo que saudável em suas curvas, pode ser um problema, quando o modelo a ser seguido é cada dia mais enxuto, esguio e andrógino. As frustrações e tristezas inerentes à vida devem ser liquidadas do campo subjetivo, quando o ideal é um corpo sempre bem disposto e feliz... E as crianças devem ser sempre, e cada vez mais cedo, acompanhadas e avaliadas, para que suas estripulias não impeçam que realizem todas as (hiper)atividades – que incluem, além da escola, aulas de inglês, informática, natação, balé – necessárias à sua formação como futuro profissional de sucesso. E, claro, para todos esses “desvios”, temos não só um novo diagnóstico, mas também uma medicação de última geração: um pouco de anfetamina aqui, outro tanto de ritalina ali, e muita fluoxetina acolá.

Ao mesmo tempo, e também de forma crescente, a saúde aparece relacionada ao auto-cuidado. Expressões como “comportamento de risco”, comuns ao campo da saúde pública, remetem à culpabilização e responsabilização exclusiva dos indivíduos por suas condições de vida, saúde e adoecimento.

Por outro lado, tanto Canguilhem como Foucault podem ser erroneamente interpretados em suas considerações, como se ao falarem da importância da experiência subjetiva, das infidelidades do meio, ou ainda ao criticarem a forma como o Estado tomou para si o papel do cuidado da saúde das populações, estivessem em defesa de práticas de saúde voltadas apenas para o indivíduo, pleiteando uma desejada omissão do Estado nesse campo.

Da mesma forma, como efeito desse diálogo, poderíamos cair aqui na simples dicotomia entre normalização social e normatividade biológica, perguntando-nos se a saúde, afinal, é uma expressão da capacidade normativa de cada organismo ou um efeito das normas sociais. No entanto, como já vimos, o caminho é mais complexo e não passa nem pelo paralelismo vertical nem pela causalidade horizontal, mas pela diagonal, ou ainda, pela transversal (SILVA, 2005).

Caponi (1997) traz uma contribuição importante, relacionando diferentes concepções de saúde com o pensamento de Canguilhem. O primeiro conceito que analisa é aquele mais clássico, o qual considera a saúde como um equilíbrio. Esse conceito acaba se confundindo com a normalidade, no sentido descritivo, ou seja, como proximidade de uma média estatística, perdendo-se o caráter de normatividade e reduzindo o fenômeno da saúde a um mecanismo adaptativo. É um conceito restrito e negativo, na medida em que a saúde é entendida como ausência de doença.

Visando ampliar esse conceito de saúde, a Organização Mundial da Saúde estabeleceu que "a saúde é um completo estado de bem estar físico, mental e social, e não mera ausência de doença". Esse conceito, duramente criticado por diversos autores, entre eles Canguilhem (2005) e Dejours (1986), também se confunde com o conceito de "normal", mas em seu sentido valorativo, já que a idéia de bem-estar pode ser traduzida como aquilo que é desejável em determinado contexto. No momento em que se afirma que o bem-estar é um valor (físico, psíquico e social), se reconhece como parte do âmbito da saúde "tudo aquilo que em uma sociedade e em um momento histórico preciso, qualificamos de modo positivo" (CAPONI, 1997:299), julgando tudo que escapa disso como perigoso, indesejado e passível de intervenção. Além disso, o conceito parece negar o conflito e a instabilidade (DEJOURS, 1986).

Sendo assim, além de valorizar a mera adaptação a modos de vida socialmente valorizados, esse conceito tende a condenar erros, fracassos ou

infidelidades, desconsiderando que a saúde não pode ser pensada como ausência de perturbações, e sim como a possibilidade de enfrentá-las. “O conceito de bem-estar, tal como o conceito de equilíbrio, limita o alcance da saúde a esse âmbito que é próprio do conceito de normalidade, seja em termos de meios estatísticos e constantes funcionais, seja como valores que são sociais e historicamente construídos” (CAPONI, 1997:301).

Finalmente, o conceito cunhado pela reforma sanitária foi o de que “a saúde é resultantes das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra, e acesso aos serviços de saúde”. Também não é um conceito abstrato, que deve ser definido de acordo com o contexto histórico, “devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas” (Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde).

Para Caponi (1997), nessa conceitualização o que acaba se perdendo é justamente a referência à singularidade biológica ou subjetiva da doença, na medida em que são considerados apenas os valores sociais – o *bios* não é mencionado, nem sequer como um, entre todos os outros fatores, que podem influenciar na saúde ou na doença. Embora o objetivo seja intervir em condições e ambientes perversos de vida, muitas vezes a ação do Estado corre o risco, como nas demais concepções, de funcionar como mera normalização de comportamentos.

Para a autora, é em Canguilhem que podemos nos apoiar para pensar um outro conceito de saúde, que não se restrinja nem ao inalcançável equilíbrio nem ao indeterminado bem estar e, tampouco, às injustas diferenças sociais. “Se o conceito de saúde se define por essa capacidade de tolerância para com as infidelidades do meio e se se trata de um conceito relativo, no sentido de que existem pessoas mais ou menos saudáveis em situações concretas, então podemos concluir que o mesmo deve ser estendido não só à capacidade de auto-cuidado, assinalada por Canguilhem como elemento central, mas também deve contemplar, e de modo

privilegiado, todos esses determinantes sociais definidos na VIII Conferência Nacional de Saúde” (CAPONI, 1997:304).

Assim, na medida em que a saúde implica não somente uma seguridade e tolerância às infidelidades do meio, mas também a possibilidade de ampliá-las, esta se torna uma tarefa ao mesmo tempo individual e coletiva, que inclui a transformação das condições sociais e singulares de vida (CAPONI, 1997). Poderíamos avançar considerando que a potência normatizadora do corpo é prejudicada (ou seja, a saúde) nem tanto por ter que lidar com o erro ou acaso, mas principalmente por condições de vida adversas perfeitamente evitáveis.

Finalmente, o que gostaríamos de destacar (embora pareça óbvio) é que a mudança no conceito de saúde não garante a transformação das práticas de saúde. Fica o convite para que possamos questionar, em nossas ações cotidianas como trabalhadores/as de saúde: como podemos constituir práticas de ação coletivas que sejam também normativas, e não apenas normalizadoras?; como uma política de Estado pode ir além da individualização culpabilizadora da população que, ao mesmo tempo, desresponsabiliza o Estado de suas funções?; como apostar mais na potência normatizadora da vida do que no poder normalizador sobre a vida?

Tatiana Ramminger
Doutoranda Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca,
Fundação Oswaldo Cruz
ramminger@ensp.fiocruz.br

Referências Bibliográficas:

- BIRMAN, J. A *Physis* da Saúde Coletiva. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*; 15(Supl):11-16, 2005.
- CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006 [1966].

_____. Escritos sobre a medicina. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

_____. Apertura. In: ROUDINESCO E. (org) Pensar la locura: ensayos sobre Michel Foucault. Buenos Aires: Paidós, 1996. p. 33-36.

CAPONI, S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *História, Ciências, Saúde*; 4(2):287-307, 1997.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 54(14): 7-11, 1986.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: MACHADO, R. (org) *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1999c. p.79-98.

_____. Os Anormais. Curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. A Vida: a experiência e a ciência. In: MOTTA, M.B. (org) *Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento. Ditos e Escritos II*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005. p. 352-66.

_____. Seguridad, territorio, población. Curso en el Collège de France: 1977-1978. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2006.

_____. Nacimiento de la biopolítica. Curso en el Collège de France: 1978-1979. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2007.

HOCHMAN, G.; SANTOS, P.X.; PIRES-ALVES, F. História, saúde e recursos humanos: análises e perspectivas. In: BARROS, A.F.R. et al. (org). *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Estudos e Análises – volume 2*. Brasília: MS, 2004. p. 37-50.

LE BLANC, G. La vie humaine. *Anthropologie et biologie chez Georges Canguilhem*. Paris: PUF, 2002.

MACHADO, R. Ciência e Saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

MASSON, L.P. Por um conceito vitalista de saúde: abordando a vida humana em sua positividade a partir de Georges Canguilhem. Monografia. Graduação em Psicologia. Rio de Janeiro, UERJ, 2004.

PUTTINI, R.F.; PEREIRA JUNIOR, A. Além do mecanicismo e do vitalismo: a “normatividade da vida” em Georges Canguilhem. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*; 17 (3):451-64, 2007.

REVEL, J. Foucault: conceitos essenciais. São Carlos: Claraluz, 2005.

ROSEN, G. A Evolução da Medicina Social. In: NUNES, E.D. (org) *Medicina Social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global, 1986.

ROUDINESCO, E. Filósofos na tormenta: Canguilhem, Sartre, Foucault, Althusser, Deleuze e Derrida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

SCHWARTZ, Y. O Trabalho numa perspectiva filosófica. Comunicação Oral. Cuiabá: Seminário Trabalho, Saber, Educação, 2003. (mimeo)

SERPA JR. O. Indivíduo, organismo e doença: a atualidade de O Normal e o Patológico de Georges Canguilhem. *Revista Psicologia Clínica*, PUCRJ, 15(1): 121-135, 2001.

SILVA, L.B.C. A psicologia na saúde: entre a clínica e a política. *Revista do Departamento de Psicologia – UFF*; 17(1):79-92, 2005.

¹ Nunca é fácil escolher um jeito de contar uma história, ou parte dela, ou eleger interpretações. Segundo Hochman et alli (2004), a produção histórica sobre a saúde pública na América Latina é um mosaico de estudos, mas pode ser organizada em três estilos narrativos que buscam romper com a tradicional história da medicina: uma história biomédica que procura compreender a relação entre a doença e o social; uma história da saúde pública que focaliza o Estado e as relações entre as instituições de saúde e estruturas econômicas, sociais e políticas, com forte perspectiva estruturalista, com ou sem viés marxista (Rosen, por exemplo); e, finalmente, uma história sociocultural da doença e das relações entre medicina, conhecimento e poder, muito influenciadas pelo marco interpretativo de Foucault.

² A política mercantilista consiste essencialmente em aumentar a quantidade de população ativa, a produção de cada indivíduo, estabelecendo fluxos comerciais que possibilitem a entrada no Estado da maior quantidade possível de moeda, permitindo o pagamento dos exércitos e de tudo que assegure a força real de um Estado em relação aos outros (aumentar a riqueza e os poderes nacionais) (FOUCAULT, 1999c).

³ “O termo cameralismo tem duas conotações. De um lado, designa as idéias que aparecem para explicar, justificar e orientar as tendências e práticas centralizadoras em política administrativa e econômica de uma monarquia absolutista. De outro lado, refere-se às várias tentativas, do mesmo período, para efetuar, em termos da emergente ciência política e social, uma estimativa sistemática do funcionamento dos vários serviços administrativos, como uma base para o treinamento de funcionários públicos” (ROSEN, 1986:33).

⁴ Conceito introduzido por J. Guérin, em 1848: “Tínhamos tido já ocasião de indicar as numerosas relações que existem entre a medicina e os assuntos públicos... Apesar destas abordagens parciais e não coordenadas que tínhamos tentado incluir sob rubricas tais como

polícia médica, saúde pública e medicina legal, com o tempo estas partes separadas vieram a se juntar em um todo organizado e atingir seu mais alto potencial sob a designação de medicina social, que melhor expressa seus propósitos” (GUÉRIN apud ROSEN, 1986:49).

⁵ Exemplos desse financiamento indireto: procedimentos mais complexos e caros que não são cobertos pelos planos de saúde privados e acabam sendo realizados pelo SUS; despesas médicas que podem ser deduzidas do Imposto de Renda; hospitais “filantrópicos” que recebem financiamento público e não pagam impostos como os privados, mas escolhem clientela e procedimentos, chegando a manter estabelecimentos separados, um privado e outro para o SUS.

⁶ Reação da população à Lei da Vacina Obrigatória, promulgada em 31 de outubro de 1904, que permitia que brigadas sanitárias, acompanhadas de policiais, entrassem nas casas e aplicassem a vacina contra a varíola, mesmo que contra a vontade, em todos daquela residência. Foram duas semanas de intenso conflito nas ruas cariocas, até o governo declarar “estado de sítio” e suspender a obrigatoriedade da vacina. No entanto, o movimento foi contido logo em seguida e a vacinação maciça e obrigatória da população (pobre) teve prosseguimento.

⁷ Roudinesco (2007:44) chama atenção para o fato de que a principal obra de Canguilhem teve quatro edições sucessivas: 1943, 1950 (aumentada com um prefácio), 1966 (com uma advertência e um novo capítulo, que introduzia importantes modificações à obra) e 1972 (um adendo com retificações e notas complementares). “Em outras palavras, durante trinta anos, nunca parou de modificar sua obra inaugural, como se, a cada novo acontecimento, buscasse torná-la conforme essa ética da inversão de norma que tanto marcara seu nascimento”.

⁸ “Embora a fisiologia seja um fundamento científico da disciplina médica, apenas a clínica é suscetível de pôr a fisiologia em contato com os indivíduos concretos” (ROUDINESCO, 2007:37).

⁹ Trata-se do artigo “Do social ao vital”, que integra a terceira parte da edição de 1966 de *O normal e o Patológico* (CANGUILHEM, 2006), bem como do artigo “A saúde: conceito vulgar e questão filosófica”, originalmente publicado em 1990 (CANGUILHEM, 2005).

¹⁰ PUTTINI & PEREIRA JUNIOR (2007:457) destacam que ao propor falar de uma normatividade biológica, Canguilhem se pergunta se assim empresta às normas vitais um conceito humano; ou procura saber como a normatividade essencial se explica à consciência humana. Sendo assim, o conceito de normatividade da vida “se apresenta como sendo também bivalente: seria um princípio ontológico, intrínseco à própria vida, e também um princípio epistemológico, atribuído à vida pelo ser humano”. Para os autores, com o mesmo conceito (normatividade da vida), Canguilhem teria apontado para uma superação da oposição entre mecanicismo e vitalismo.

¹¹ Como nos explica Roudinesco (2007:36), Kurt Goldstein era psiquiatra e neurologista, tendo trabalhado nos campos da Primeira Guerra Mundial com os “feridos da razão”. Desta experiência, ele concluiu que “toda teoria deve apoiar-se em uma ‘clínica’, resultante da observação direta do doente”.

¹² Canguilhem (2005:43) cita uma entrevista de Descartes, em 1648, em Amsterdã, onde ele diz confiar na retidão do corpo e em seu objetivo de prolongar a vida, sendo que a natureza “parece lançar o homem nas doenças apenas para que ele possa, ao superá-las, tornar-se mais válido”.

¹³ Cabe explicitar que “O Nascimento da Medicina Social”, datado de 1975, foi o texto em que Foucault apresentou a idéia de biopolítica, posteriormente melhor desenvolvida em *História da Sexualidade I*. Posteriormente, Foucault (2006) abandonará a noção de biopoder, como um tipo de poder que se ocupou da vida dos indivíduos e das populações, preferindo o termo “governamentalidade” para definir um modelo que combina, astuciosamente, técnicas de governo (a biopolítica, por exemplo) e técnicas de si. No

binômio saber-poder, Foucault inclui a subjetividade, demonstrando como as políticas de governo se estendem às formas de auto-regulação subjetiva.