



O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem

Vladimir SAFATLE



RESUMO

Trata-se de discutir o modo de funcionamento de uma normatividade vital a partir das distinções entre normal e patológico em Georges Canguilhem. Veremos como a chave da distinção canguilhemeana encontra-se na definição da normalidade como relação de flexibilidade entre organismo e meio ambiente. Veremos ainda como tal definição de normatividade vital abre espaço para a reflexão sobre normatividades sociais.

PALAVRAS-CHAVE • Normal. Patológico. Meio ambiente. Vida.

*Um homem não se recupera destes solavancos,
ele se torna uma pessoa diferente e eventualmente
a nova pessoa encontra novas preocupações
(Fitzgerald, 2007, p. 72).*

“A saúde é a vida no silêncio dos órgãos”. Esta frase famosa do cirurgião francês René Leriche indicava como a doença é, em última instância, o que faz o corpo falar. É a experiência da doença que rompe uma certa imanência silenciosa entre o sujeito e o seu próprio corpo; é ela que transforma o corpo em um “problema” que determina exigências de saber e configura necessidades de cuidado e intervenção. Desde há muito, ouvimos que “o homem que pensa é um animal doente”. A frase se presta a, pelo menos, duas interpretações: não apenas que o pensar é uma doença que marca o ponto de exílio em relação a uma naturalidade perdida, mas, principalmente, que a doença é o que provoca o pensar. Pois, se é verdade que toda ciência procede do espanto, então não haveria como esquecer desta afirmação maior de Georges Canguilhem: “o espanto verdadeiramente vital é a angústia suscitada pela doença” (2002, p. 76).

Se assim for, temos sempre o direito de perguntar de onde vem isto que poderíamos chamar de “gramática da doença”, ou seja, esse modo com que o saber transforma

a doença em discurso pronto para ser lido e interpretado pelo olhar clínico. Discurso que se expressa em sintomas, nosografias, distúrbios, transtornos, síndromes e sinais vitais. Pois uma das ideias fundamentais de uma combativa tradição epistemológica do século xx, que tem nomes como Michel Foucault e Georges Canguilhem, consistiu em lembrar que a doença, o patológico, não tem gramática própria. A maneira com que ela fala depende da maneira com que organizamos o que há a ser visto e ouvido.

A princípio, tudo isto pode parecer muito abstrato e especulativo. Afinal, estamos acostumados a pensar que a configuração do nosso saber sobre a doença é resultado direto da eficácia em combater o sofrimento e em reinstaurar a saúde. Um pouco como se a eficácia terapêutica em relação a uma categoria fenomênica extremamente normativa como o “sofrimento” fosse condição suficiente para assegurar a validade de dispositivos clínicos.

Lembremos, no entanto, o que tal perspectiva tem de ideológica. Pois é ideológico todo sistema de saber e de orientação da *praxis* que procura naturalizar seus dispositivos de justificação, como se estivéssemos diante de “fatos que falam por si mesmos”. Neste sentido, podemos perguntar: afinal, o sofrimento é um “fato que fala por si mesmo” ou é um fenômeno que é levado a falar no interior de contextos sócio-históricos determinados? Podemos, por exemplo, tirar as consequências de afirmações como esta, de Foucault:

Desde o século xviii, a medicina tem tendência a narrar sua própria história como se o leito dos doentes tivesse sido sempre um lugar de experiências, constante e estável, em oposição às teorias e sistemas que teriam estado em permanente mudança e mascarado, sob sua especulação, a pureza da evidência clínica. [Na verdade, tudo se passaria como se:] Na aurora da Humanidade, antes de toda crença vã, antes de todo sistema, a medicina residisse em uma relação imediata do sofrimento com aquilo que alivia (Foucault, 2005, p. 53).

Tal pressuposição de imediaticidade, no entanto, esquece como “o que nos faz sofrer” muda constantemente de configuração. Pois o “sofrimento” enquanto fato que deve ser submetido a um cuidado clínico depende de disposições normativas variáveis de acordo com contextos sócio-históricos. Sofre-se da mesma maneira, dá-se o mesmo sentido ao sofrimento independentemente do contexto sócio-histórico? Se nossa resposta for negativa, então é possível que a “significação do sofrimento psíquico” seja uma questão eminentemente *política*, já que diz respeito à maneira com que os corpos sofrerão interferências, os comportamentos serão normatizados, os processos de socialização e de reprodução de modos de vida serão defendidos. Ou seja, diz respeito à

maneira com que a “saúde” aparece como categoria fundamental de imposição de uma normatividade social à vida.

Poderíamos nos contrapor a essa ideia afirmando que a experiência da dor é algo que ancora o sofrimento em um solo inquestionável e indiferente a contextos. Mas, novamente, não seria difícil lembrar como não há nenhuma relação imediata entre a dor física e o desprazer de um sofrimento vivenciado como *doença* que leva sujeitos a se submeterem à clínica. Há dores que certos sujeitos procuram como quem procura a manifestação de uma espécie de autoviolência criadora, de superação de limites. Basta lembrar aqui das palavras de um “psicólogo”, Nietzsche (1987):

Só a grande dor, esta longa e lenta dor na qual queimamos como madeira verde, nos obriga, a nós filósofos, a descer em nossas profundezas e a nos desfazer de toda confiança (...) Duvido que tal dor nos deixe melhor, mas eu sei que ela nos aprofunda (p. 147).

I QUANTIDADE E QUALIDADE

Levando em conta tal problema voltemos os olhos a Georges Canguilhem. Sem dúvida, Canguilhem é o nome mais eminente da epistemologia das ciências médicas e biológicas do século xx e figura fundamental no desenvolvimento da epistemologia das ciências humanas. Sua experiência intelectual é peculiar e resultante de sua dupla formação: médico e pesquisador em filosofia. Isto o permitiu construir de todas as peças um campo novo de reflexão epistemológica, a saber, a reflexão filosófica sobre a medicina e sobre aquilo que se chama, na França, de “ciências da vida”. A constituição de tal campo de pesquisas foi desdobrada e continuada principalmente pelo mais conhecido de seus alunos, Michel Foucault. Dificilmente poderíamos pensar em livros como *O nascimento da clínica* sem o impacto gerado por trabalhos como *O normal e o patológico*. Há uma linha reta que vai das reflexões de Canguilhem sobre as práticas médicas e as reflexões de Foucault a respeito do advento da psiquiatria e da psicologia.

No entanto, a obra de Canguilhem dialoga, devido a partilha de temáticas, com uma outra tradição de reflexão filosófica, de Maurice Merleau-Ponty e Georges Politzer, marcada sobretudo pela fenomenologia e pela perspectiva da relação entre sujeito e sentido, do sujeito como polo de produção de sentido dos fatos próprios à clínica. Basta lembrar como o programa politzeriano de uma psicologia concreta ainda ressoa, de uma certa forma, nesta afirmação de Canguilhem (2002): “Esperávamos da medicina justamente uma introdução a problemas humanos *concretos* [ou seja, a problemas cujo sentido

exige a atualização de uma perspectiva que leve em conta os modos de interação entre o homem e seu meio, assim como suas disposições teleológicas]” (p. 16).¹ Por outro lado, mesmo Canguilhem reconhecia proximidades evidentes entre sua obra *O normal e o patológico* e um livro como *A estrutura do comportamento*, de Maurice Merleau-Ponty.

Nesse sentido, a experiência intelectual de Canguilhem se coloca em um ponto privilegiado no interior do qual duas grandes tradições do pensamento francês se encontram, a saber, a epistemologia histórica de Koyré e Bachelard, e a fenomenologia. Isso talvez explique a extensão de uma influência bem traçada por Foucault (2001) ao afirmar:

Retirem Canguilhem e vocês não compreenderão grande coisa sobre uma série de discussões que ocorreram no marxismo francês, vocês não apreenderão o que há de específico em sociólogos como Bourdieu, Castel, Passeron e que os marca de maneira tão forte no campo da sociologia, você perderão todo um aspecto do trabalho teórico feito pelos psicanalistas e, em especial, pelos lacanianos. Mais: em todo o debate de ideias que precedeu ou seguiu o movimento de 1968, é fácil encontrar o lugar destes que, de perto ou de longe, foram formados por Canguilhem (p. 1983).

Dentre suas obras, *O normal e o patológico* é sem dúvida a mais ambiciosa e sistemática. Resultado de uma tese defendida em 1943, intitulada *Ensaio sobre alguns problemas relativos ao normal e ao patológico*, o livro, em sua versão final, foi acrescido de três artigos escritos vinte anos depois e agrupados sob o título de *Novas reflexões referentes ao normal e ao patológico*.

Mas do que fala exatamente esse livro? Seu título já indica claramente a configuração do objeto de estudos: trata-se de discutir o estatuto das estruturas de definição e de partilha entre fenômenos normais e fenômenos patológicos. Questão central não apenas para a biologia e para a clínica (quer seja ela médica ou psicológica) mas, fundamentalmente, uma questão central para a filosofia. Pois, por trás das mudanças e redefinições do que está em jogo na partilha entre normal e patológico, encontramos um problema vinculado à maneira com que a razão moderna determina a articulação entre vida e conceito, entre ordem e desordem, entre norma e erro. Uma grande parte do trabalho canguilhemeano de historiador das ciências está ligada à tentativa de demonstrar como as decisões clínicas a respeito da distinção entre normal e patológico são, na verdade, um setor de decisões mais fundamentais da razão a respeito do modo de definição daquilo que aparece como *seu* Outro (a patologia, a loucura etc.). Isto nos

¹ Sobre a noção de “concreto”, cf. Politzer, 2000.

lembra como problemas que parecem obedecer a um desenvolvimento ditado apenas pelo estado da técnica ou pela configuração natural do dado são, ao contrário, espaços privilegiados nos quais a razão configura, silenciosamente, os campos da experiência possível. Tal certeza fornece o sentido de uma afirmação metodológica central como:

A história das ideias não pode ser necessariamente superposta à história das ciências. Porém, já que os cientistas, como homens, vivem sua vida num ambiente e num meio que não são exclusivamente científicos, a história das ciências não pode negligenciar a história das ideias (Canguilhem, 2002, p. 25).

Uma afirmação dessa natureza expõe claramente a peculiaridade da tradição epistemológica francesa à qual Canguilhem se vincula. Uma tradição que não compreende a tarefa da epistemologia como fundação de uma teoria do conhecimento baseada na análise das faculdades cognitivas ou da estrutura possível da experiência e da experimentação científica em geral. Antes, nomes como Canguilhem, Bachelard, Cavaillès e Koyré são lembrados por vincularem radicalmente reflexão epistemológica e reconstrução de uma história das ciências. No entanto, essa verdadeira “epistemologia histórica” não era resultante apenas da submissão da epistemologia à *história das ciências*. Havia ainda uma clara articulação que visava inserir tais reflexões sobre a história das ciências em um quadro mais amplo de história das ideias, dos sistemas filosóficos, religiosos, em suma, de uma história geral das sociedades. Koyré, por exemplo, afirmará que:

A evolução do pensamento científico, ao menos durante o período por mim estudado, não formava uma série independente, mas estava, ao contrário, fundamentalmente ligada à evolução de ideias *transcientíficas*, filosóficas, metafísicas, religiosas.

Isso a fim de fornecer, como exemplo, o fato de que:

o pensamento científico e a visão de mundo que ele determina não está apenas presente nos sistemas – tais como os de Descartes e Leibniz – que se apoiam abertamente na ciência, mas também em doutrinas – tais como as doutrinas místicas – aparentemente estranhas a toda preocupação desta natureza. O pensamento, quando ele se formula em sistema, implica uma imagem, ou melhor, uma concepção de mundo e se situa em relação a ela: a mística de Boehme é rigorosamente incompreensível sem referência à nova cosmologia criada por Copérnico (Koyré, 1973, p. 12-3).

Se o pensamento científico não forma uma série independente, mas está ligado a um quadro mais amplo de ideias historicamente determinadas é porque a reflexão epistemológica não deve se perguntar apenas sobre os poderes e direitos de técnicas e proposições científicas que aspiram validade, mas deve esclarecer a gênese dos padrões de racionalidade e as condições de exercício que se encarnam em técnicas e proposições, assim como se encarnam nas outras formações discursivas que compõem o tecido social.

No caso específico de Canguilhem, isso significa que um problema clínico nunca é apenas um problema clínico, até porque ele só é determinado enquanto problema por partilhar um padrão de racionalidade, historicamente situado, cujas raízes não se esgotam apenas no campo da clínica. Essa é uma das razões que leva Canguilhem a afirmar ser: “um grave problema, ao mesmo tempo biológico e filosófico, saber se é ou não legítimo introduzir a História na Vida” (Canguilhem, 2002, p.13). Essa é a razão também que lhe permite operar com uma noção ampla de clínica que, embora privilegiando a nosografia somática e a fisiopatologia, não deixa de abrir questões e permitir extensões em direção à nosografia psíquica e à psicopatologia. Essa indistinção de Canguilhem entre somático e psíquico é fundamental e marca um ponto de distinção entre ele e Foucault. Ponto não negligenciável, já que o que está em jogo é, na verdade, *aceitar ou não uma separação estrita entre os domínios da natureza e da cultura, separação entre o que é da ordem da circulação social do discurso e o que não é totalmente redutível a tal circulação*. Como sabemos, Foucault irá, desde o início, assumir uma separação estrita entre natureza e cultura prenhe de consequências.

Voltando a Canguilhem, podemos dizer que sua posição a respeito do problema próprio à distinção entre normal e patológico nos permite lançar luz sobre a estrutura peculiar de seu livro. Dividido em duas grandes partes, o livro inicia passando em revista diferentes versões de uma mesma tese então hegemônica no século XIX, “uma espécie de dogma cientificamente garantido”, dirá Canguilhem, a respeito da distinção entre normal e patológico. Augusto Comte, assim como os médicos Claude Bernard e René Leriche teriam em comum uma maneira de compreender a diferença entre normal e patológico como uma diferença quantitativa que diria respeito a funções e órgãos isolados, como se os fenômenos patológicos fossem, no organismo vivo, apenas variações quantitativas, déficits ou excessos.

Como lembra Canguilhem, semanticamente, o patológico é designado a partir do normal, daí porque ele será descrito como distúrbio, transtorno, déficit ou excesso que acontece no nível de funções e órgãos. Assim: “a doença não é pensada como uma experiência vivida, engendrando transtornos e desordens, mas como uma experimentação aumentando as leis do normal” (Le Blanc, 1998, p. 34). Quer dizer, a doença nada mais é do que um subvalor derivado do normal. É a definição do normal como estrutura valorativa positiva que define o campo da clínica. Essa experiência clínica

exige que o normal esteja assentado em um campo mensurável acessível à observação. Tal campo privilegiado é, a partir de Claude Bernard, a fisiologia, que aparece assim como fundamento para uma clínica que irá se orientar a partir dos postulados de uma anatomia patológica: “As técnicas de intervenção terapêutica só podem ser secundárias em relação à ciência fisiológica, na medida em que o patológico só tem realidade provisória por declinação do normal” (Canguilhem, 2002, p. 42). O que nos deixa como uma questão maior: o que deve acontecer ao corpo para que a fisiologia possa aparecer como campo de determinação da normatividade da vida, campo de identificação daquilo que deve valer para a clínica como norma? Questão que será retomada por Foucault, em *O nascimento da clínica*, ao lembrar que:

O que é modificado com o advento da medicina anátomo-clínica não é a simples superfície de contato entre o sujeito cognoscente e o objeto conhecido; é a disposição mais geral do saber que determina as posições recíprocas e o jogo mútuo deste que deve conhecer e o que há a conhecer (Foucault, 2005, p. 139).

Em um capítulo de *O nascimento da clínica*, intitulado “Abram alguns cadáveres”, Michel Foucault reconstitui a trajetória que permitiu à fisiologia e à anatomia patológica aparecerem como fundamento da clínica. Tal posição da fisiologia só foi possível a partir do momento em que o corpo foi reconfigurado, aparecendo como um “espaço ao mesmo tempo mais complexo e mais abstrato, onde era questão de ordem, de sucessão, de coincidência e de isomorfismo” (p. 128). Transformação do corpo em um espaço abstrato que era resultado da aplicação de um “princípio geral de decifração” do espaço corporal semelhante ao princípio geral de constituição do espaço homogêneo e geométrico da física moderna. Tal princípio geral de inteligibilidade era fornecido, no caso da constituição do espaço corporal, pela redução do corpo a um campo de tecidos orgânicos:

A partir dos tecidos, a natureza trabalha com uma extrema simplicidade de materiais. Eles são os elementos dos órgãos, mas os atravessam, os aproximam e, para além deles, constituem os vastos sistemas nos quais o corpo humano encontra a forma concreta de sua unidade. Haverá tantos sistemas quanto tecidos: neles, a individualidade complexa e inesgotável dos órgãos se dissolve e, de uma vez, se simplifica (Foucault, 2005, p. 129).

Tal redução do volume orgânico a um elementar que é, ao mesmo tempo, um universal aparece como condição para o desenvolvimento de uma fisiologia que pode se submeter a um padrão de objetividade fundado em dispositivos de mensuração, de redução quantitativa e de abstração a um padrão geral de cálculo. Mais importante, ele

demonstra como uma certa forma de conceber a distinção entre normal e patológico está claramente ancorada na reconstrução da experiência do corpo, constituição de uma tecnologia de normatização do corpo a partir de uma estrutura valorativa que guia a racionalidade clínica. Toda uma clínica poderá se orientar a partir daí baseando-se nos postulados de uma anatomia patológica, ou seja, uma anatomia fascinada pela procura da lesão de órgãos e tecidos como causa explicativa para o desvio da conduta.

Isto nos deixa com um problema maior: se a noção clássica de partilha entre normal e patológico é resultado de uma norma que tem a função de valor, então é possível pensar um outro modo de partilha entre normal e patológico?

De fato, já no primeiro capítulo de seu livro fundamental, Canguilhem lembra que há uma outra perspectiva de análise das distinções entre normal e patológico que insiste na distinção qualitativa, e não meramente quantitativa, entre os dois. Tal perspectiva teria, ao menos, duas versões. Uma deveria ser chamada de *teoria ontológica* devido ao fato de encarar a doença como o resultado da presença do que tem realidade ontológica distinta do corpo são. A teoria microbiana das doenças contagiosas (Pasteur) seria um caso paradigmático aqui por fornecer, através do micróbio, uma “representação ontológica do mal” positivamente localizada, segundo Canguilhem. Já a outra deveria ser chamada de *teoria dinamista ou funcional* e encontra na medicina grega seu exemplo fundador. Contrariamente a uma noção de doença determinada a partir da possibilidade de localização, a medicina grega estaria marcada por um certo dinamismo relacional: “A natureza (*physis*), tanto no homem como fora dele, é harmonia e equilíbrio. A perturbação desse equilíbrio, dessa harmonia, é a doença. Nesse caso, a doença não está em alguma parte no homem. Está em todo o homem e é toda dele” (Canguilhem, 2002, p. 20). A doença aparece assim como um acontecimento que diz respeito ao organismo vivo encarado na sua totalidade. Pois: “não há um único fenômeno que se realize no organismo doente da mesma forma como no organismo são” (Canguilhem, 2002, p. 52).

Quando classificamos como patológico um sistema ou um mecanismo funcional isolado, esquecemos que aquilo que os torna patológicos é a relação de inserção na totalidade indivisível de um comportamento individual. *Há uma diferença qualitativa fundamental que atinge todo o organismo com a integralidade de seus processos e funções.* Pois não haveria um único fenômeno que se realizaria no organismo doente da mesma forma que no organismo são. Canguilhem chega mesmo a afirmar que ser doente é, para o homem, viver uma vida diferente. Notemos ainda que tal estratégia de vincular o normal a partir de uma relação normativa de ajustamento ao meio implica afirmar que não há fato algum que seja normal ou patológico *em si*. *Eles são normal e patológico no interior de uma relação entre organismo e meio ambiente.* Não há uma continuidade quantitativa entre normal e patológico, mas descontinuidade qualitativa.

2 A CONSCIÊNCIA DA DOENÇA

De fato, a clínica procura, através de noções anatômicas, fisiológicas ou neuronais, determinar a realidade da doença, mas essa realidade, a clínica só a percebe através da consciência de decréscimo da potência e das possibilidades de relação com o meio, consciência esta veiculada primeiramente pelo sujeito que sofre.

No entanto, a inserção de noções vinculadas a distinções qualitativas pode parecer uma porta aberta para derivas subjetivistas, já que a determinação da qualidade é uma operação valorativa que depende, em última análise, da expressão da subjetividade do doente. O mundo do doente é qualitativamente diferente porque a consciência avalia o decréscimo em sua capacidade funcional e em sua disposição. É para evitar tal dependência em relação a operações valorativas, em relação à expressão da subjetividade do doente, sempre incerta e insegura, que René Leriche dirá: “se quisermos compreender a doença, é necessário desumanizá-la”, ou ainda, “na doença, o que menos importa é o homem”.

De certa forma, Canguilhem parte de tais afirmações para procurar defender o contrário, isto é, que o patológico só começa quando é reconhecido como tal pela consciência marcada pela experiência da doença. Com certo acento hegeliano, Canguilhem não teme afirmar que: “não há nada na ciência que antes não tenha aparecido na consciência [não necessariamente na consciência do sujeito que atualmente sofre, mas naquelas dos que outrora sofreram e que fornecem ao médico a orientação do seu olhar]” (Canguilhem, 2002, p. 68). Em medicina, é o *pathos* que chama o logos e que o faz funcionar. Se o médico pode adiantar a consciência que seu paciente tem da doença é porque, outrora, a doença foi sentida como tal por alguma consciência: “Sempre se admitiu, e atualmente é uma realidade incontestável, que a medicina existe porque há homens que se sentem doentes, e não porque existem médicos que os informam de suas doenças” (Canguilhem, 2002, p. 69).

Uma proposição desta natureza é passível de vários mal-entendidos por parecer convidar a uma deriva subjetivista insustentável para a definição da partilha entre normal e patológico. Afinal, a patologia é um conhecimento objetivo ou é resultado do sentimento subjetivo do paciente? Na verdade, Canguilhem tem em vista o fato de que:

não há ciência da fisiologia humana sem técnica de restauração da saúde, ou seja, sem a consciência da doença por um sujeito. Uma nova afirmação resulta disto: a anterioridade da clínica, experiência da doença partilhada entre o doente e o médico, sobre a fisiologia e a patologia (Debru, 2004, p. 33).

Assim, fica claro que o problema do patológico estaria vinculado a uma questão absolutamente central: em que situação ocorre algo como a consciência da doença? O que significa, para um organismo, estar doente? Canguilhem não teme retomar alguns postulados da medicina grega a fim de insistir no caráter relacional da patologia. A patologia aparece assim como o que se revela na relação entre o organismo e seu meio ambiente (levando em conta que o meio ambiente humano é fundamentalmente mediado por construções e valores sociais). Isso ficará claro, por exemplo, quando Canguilhem recusar a perspectiva que procura vincular o normal ao conceito de média aritmética, de frequência estatística ou, ainda, de tipo ideal em condições experimentais determinadas; como se o normal fosse um problema de biometria. A posição de Canguilhem a esse respeito estará sintetizada em afirmações como:

Se é verdadeiro que o corpo humano é, em certo sentido, produto da atividade social, não é absurdo supor que a constância de certos traços, revelados por uma média, dependa da fidelidade consciente ou inconsciente a certas normas de vida. Por conseguinte, na espécie humana, a frequência estatística não traduz apenas uma normatividade vital, mas também uma normatividade social (Canguilhem, 2002, p. 113).

Maneira de afirmar que é no interior da relação entre organismo e meio que poderemos definir conceitos como normal e patológico. Maneira também de explorar uma zona importante de contato entre normatividade vital e normatividade social. *Como se a normatividade social fosse, na verdade, uma espécie de suplemento que visa preencher a insuficiência da normatividade vital em impor, por si só, um modo de conduta ao humano.* Nesse sentido, entre as duas formas de normatividade não há nem descontinuidade simples, nem continuidade absoluta. Há uma peculiar relação de complementaridade.²

3 CLAUDE BERNARD

A fim de expor mais claramente sua ideia, Canguilhem recorre a uma crítica a Claude Bernard: o fisiologista francês mais importante do século XIX e responsável por estudos pioneiros sobre a diabetes e a função do açúcar no corpo humano. Adepto da ideia de que o progresso da medicina só seria possível através da fisiologia experimental, Bernard utiliza a física e a química como bases para todo conhecimento fisiológico, a

² Para uma definição do conceito de complementaridade na relação entre natureza e cultura, ver Derrida, 1967.

despeito de qualquer vitalismo que procurasse afirmar que apenas “forças vitais” poderiam explicar, de maneira satisfatória, a natureza e a causalidade de fenômenos vitais. Assim, para Bernard, a biologia seguiria o determinismo próprio a toda e qualquer ciência do mundo físico. Maneira de afirmar a onivalência do postulado determinista e a identidade material de todos os fenômenos físico-químicos. Bernard foi ainda responsável pela noção de “meio interno” (que hoje nós chamaríamos de “homeostase”) e que diz respeito à independência relativa de funções orgânicas em relação a flutuações do meio ambiente.

Bernard partilha a noção segundo a qual o estado patológico é apenas uma variação quantitativa do estado normal.³ Daí porque “o bom senso indica que, conhecendo-se completamente um fenômeno fisiológico, estamos em condições de avaliar todas as perturbações que ele pode sofrer no estado patológico” (Canguilhem, 2002, p. 45). É através, principalmente, do estudo da diabetes que Bernard procura colocar tal perspectiva à prova.

Canguilhem lembra que Bernard trazia, para sustentar seu princípio geral de patologia, argumentos controláveis, protocolos de experiências e, sobretudo, métodos de quantificação de conceitos fisiológicos como: glicogênese, glicemia, glicosúria, calor da vasodilatação etc. No entanto, Canguilhem logo identifica situações nas quais a diferença quantitativa é pensada sob a noção de desarmonia, mostrando assim o recurso a uma diferença de ordem eminentemente qualitativa. Essa insistência da dimensão qualitativa leva-o a perguntar:

O conceito de doença será o conceito de uma realidade objetiva acessível ao conhecimento científico quantitativo? A diferença de valor que o ser vivo estabelece entre sua vida normal e sua vida patológica seria uma aparência ilusória que o cientista deveria negar? (Canguilhem, 2002, p. 53).

Ou seja, a determinação valorativa própria à experiência subjetiva da doença teria algo a dizer a respeito da própria natureza da doença? É nesse ponto que nosso autor traz uma afirmação maior a respeito de sua perspectiva. Quem afirma existir apenas diferenças quantitativas entre normal e patológico admite a possibilidade de definir a saúde perfeita como realidade à qual, tendencialmente, toda situação orgânica deve se conformar. No entanto:

³ Daí uma afirmação como: “A ciência só se estabelece pela via da comparação, o conhecimento do estado patológico ou anormal não poderia ser obtido sem o conhecimento do estado normal, da mesma maneira que a ação terapêutica sobre o organismo dos agentes anormais ou medicamentos não poderia ser compreendida cientificamente sem o estudo prévio da ação fisiológica dos agentes normais que sustentam os fenômenos da vida” (Bernard, 2010, p. 16).

A saúde perfeita não passa de um conceito normativo, de um tipo ideal. Raciocinando com todo o rigor, uma norma não existe [ela não tem realidade empírica], apenas desempenha seu papel que é o de desvalorizar a existência para permitir a correção dessa mesma existência. Dizer que a saúde perfeita não existe é apenas dizer que o conceito de saúde não é o de uma existência, mas sim o de uma norma, cuja função e cujo valor é relacionar essa norma com a existência, a fim de provocar a modificação desta. Isso não significa que saúde seja um conceito vazio (Canguilhem, 2002, p. 54).⁴

Tais afirmações são decisivas por lembrarem, primeiramente, que o estado normal não é, exatamente, uma realidade empiricamente observável. A saúde, o estado normal, é uma norma que visa permitir a correção, a modificação do existente. Mas correção e modificação em nome do quê? Expressar o estado normal como uma produção para a qual convergem conceitos estéticos (harmonia, equilíbrio), morais (contenção, regulação) e mesmo políticos (ordem, hierarquia, comunicação), ou seja, mostrar como a saúde é uma determinação valorativa para a qual convergem operações amplas de valoração convergente com campos sociais: eis uma tarefa aberta por Canguilhem e que ainda espera para ser realizada a contento.

No entanto, tais afirmações nunca poderiam ser aceitas por Bernard, para quem era possível, como já foi dito, atribuir um conteúdo experimental ao conceito de normal. Canguilhem passa então a uma análise da maneira com que Bernard procurava caracterizar a diabetes pela taxa alta de glicemia com conseqüente glicosúria. Ele procura identificar situações onde as relações de causa e efeito (aumento da taxa de glicemia = glicosúria etc.) pensadas por Bernard não se dão. Maneira de insistir que só poderemos compreender a diabetes ao introduzirmos o conceito de “comportamento renal” de um indivíduo biológico. Como nos lembra Le Blanc:

O conceito de comportamento é aqui fundamental: o comportamento orgânico não é a réplica de uma função fisiológica correspondente, mas a apreensão de uma atitude biológica. Assim, o uso da expressão ‘comportamento renal’ traduz uma iniciativa do organismo não absorvível em termos quantitativos (Le Blanc, 1998, p. 38).

⁴ Canguilhem apoia-se, por exemplo, em reflexões do médico Pierre Cornillot para afirmar que a noção de saúde absoluta está em contradição com a dinâmica própria a todos os sistemas biológicos e que, por conseguinte, a saúde relativa é um estado de equilíbrio dinâmico instável.

Pois quem diz “comportamento” diz “ação a partir de processos de valoração e comparação”, diz “orientação global do organismo em direção à realização de uma ação”. Assim, Canguilhem afirma que isso nos impõe considerar a doença “como um acontecimento que diz respeito ao organismo vivo encarado na sua totalidade” (Canguilhem, 2002, p. 57). Até porque o que parece aumento ou diminuição em alguma localidade orgânica é, na realidade, uma alteração do todo. Daí porque Canguilhem abraça definições da diabete como a de uma doença de nutrição considerando a constante glicemia como um tônus indispensável à existência do organismo considerado como um todo:

É claro que se pode fazer experiências com cada mecanismo funcional separadamente. No entanto, no organismo vivo todas as funções são interdependentes e seus ritmos harmonizados. O comportamento renal só teoricamente pode ser abstraído do comportamento do organismo funcionando como um todo (Canguilhem, 2002, p. 61).

4 APENAS UMA NORMA

Tudo isso leva Canguilhem a assumir que a doença é a produção de novas normas de ajustamento entre o organismo e o meio ambiente; normas estas vivenciadas como restrição do mundo e da capacidade de atuação do indivíduo biológico. No entanto, lembremos que novas normas podem, também, ser o embrião do desenvolvimento de novos comportamentos. O que aparece como anormal é, em vários casos, o prenúncio de uma nova potência de normatividade em relação à vida, pois “na medida em que seres vivos se afastam do tipo específico, serão eles anormais que estão colocando em perigo a forma específica, ou serão inventores a caminho de novas formas?” (Canguilhem, 2002, p. 110). Nesse sentido, o problema do estatuto da anomalia fornece uma boa perspectiva para a recomposição da noção de normal. A fim de insistir na desvinculação entre anomalia e doença, Canguilhem lembra:

Há uma polaridade dinâmica da vida. Enquanto as variações morfológicas ou funcionais sobre o tipo específico não contrariam ou não invertem essa polaridade, a anomalia é um fato tolerado; em caso contrário, a anomalia é experimentada como tendo valor vital negativo e se traduz externamente como tal (Canguilhem, 2002, p. 105).

Ou seja, a vida é uma atividade normativa polarizada contra tudo o que é valor negativo, tudo o que significa decréscimo e impotência. Quando a diversidade orgânica não implica tal polarização, a diferença não aparece como doença. Lembremos, ainda, que seres vivos que se afastam do tipo específico são, muitas vezes, inventores a caminho de novas formas. A vida, mesmo no animal, não é mera capacidade de evitar dissabores e se conservar. Ela é tentativa, atividade baseada na capacidade de afrontar riscos e triunfar (cf. Canguilhem, 2003, p. 215), daí porque ela tolera monstruosidades. É isso que levará Canguilhem a afirmar:

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 às normas 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 (Canguilhem, 2002, p. 113).

Não é difícil encontrar nestas reflexões de Canguilhem uma certa posição nietzscheana que procura erigir a criação de valores em vontade de afirmação da vida. Essa reflexão sobre o estatuto ambivalente da anomalia pressupõe, no entanto, que o portador da anomalia possa ser centro produtor de valor e de normatividade. Mesmo para organismos unicelulares simples, viver é excluir e preferir. Na verdade, essa posição de centro produtor de valor é própria a todo homem são: “o homem normal é o homem normativo, o ser capaz de instituir novas normas, mesmo orgânicas. Uma norma única de vida é sentida de modo privativo, e não positivamente” (Canguilhem, 2002, p. 105). Isso nos permite sintetizar uma definição de saúde não mais vinculada à entificação de constantes fisiológicas. Saúde é a posição na qual o organismo aparece como produtor de normas na sua relação ao meio ambiente. Até porque a norma, para um organismo, é exatamente sua capacidade em mudar de norma. O que implica uma noção de relação entre organismo e meio ambiente que não pode ser compreendida como simples adaptação e conformação. Um organismo completamente adaptado e fixo é doente por não ter uma margem que lhe permita suportar as mudanças e infidelidades do meio. *A doença aparece assim como fidelidade a uma norma única.* Daí a definição:

uma vida sã, uma vida confiante na sua existência, nos seus valores, é uma vida em flexão, uma vida flexível (...) Viver é organizar o meio a partir de um centro de referência que não pode, ele mesmo, ser referido sem com isso perder sua significação original (Canguilhem, 2003, p. 188).

Isso implica uma noção bastante particular de meio. Em um artigo intitulado “O ser vivo e seu meio”, Canguilhem lembrava, contrariamente à noção do etologista Jacob von Uexküll (cf., por exemplo, 1909) sobre a completa conformação entre organismo e meio ambiente, que, contrariamente à máquina, o organismo tem sua essência no ajustamento às *infidelidades* do meio. Nesse sentido, o meio não é mera potência condicionante. Para compreender esse ponto, o filósofo francês propõe uma certa arqueologia do sentido da noção de “meio”. Uma noção que veio à biologia através da física newtoniana. Os mecanicistas franceses do século XVIII chamaram de meio o que Newton entendia por “fluido” e cujo paradigma era o éter. O problema a resolver através da noção de fluido concernia à ação a distância entre indivíduos físicos distintos. Ou seja, tratava-se de compreender como é possível pensar um sistema de relações entre indivíduos aparentemente sem relações entre si. Foi baseando-se nessa ideia de Newton que Lamarck procurou explicar o ser vivo e seu comportamento através de um sistema de conexão com o meio ambiente. Sistema mecânico onde os efeitos seriam deduzidos diretamente das causas que o determinam a distância, tal como no sistema de ação e reação próprio à física newtoniana.

Aos poucos, o meio vai se transformando em uma espécie de instrumento universal de dissolução de individualidades. Como se a noção de meio acabasse validando o dito de Descartes: “É a natureza que age nos organismos animais através de seus órgãos”. Isso nos levou, por exemplo, a algumas situações, como as defendidas por Watson com seu behaviorismo radical, para quem a situação do ser vivo é, necessariamente, uma situação de condicionamento.

Não é essa a noção de meio que Canguilhem reconhece. Pois ela não pode dar conta da maneira com que o organismo é capaz de trazer várias soluções a um mesmo conjunto de problemas postos pelo meio, nem de definir a significação valorativa da ação operada no meio. Um reflexo, por exemplo, não é uma simples reação, mas ação a partir de uma intenção dotada de sentido e de orientação. “A ciência tem por objeto uma série de ambientes e meios (*Umwelt, Merkwelt, Gegenwelt*) nos quais os estímulos intervêm segundo o que eles significam e valem para a atividade típica da espécie considerada” (Merleau-Ponty, 2002, p. 140). Um meio deve ser assim o que se estrutura a partir de operações de determinação de valor postas pelo próprio organismo. Quando ele não é capaz de operar tais determinações, trata-se então de uma situação de doença. Isso nos explica tanto porque, para Canguilhem, a norma própria ao normal é individual, assim quanto a razão pela qual a doença é compreendida como um “abismo de impotência” vivenciado como tal pelo organismo em questão.

Como deve ter ficado claro, os exemplos que trouxe dizem respeito tanto àquilo que hoje chamamos de “doenças mentais” quanto a situações vinculadas a doenças orgânicas. Essa indistinção entre dois campos do patológico, indistinção que nos permi-

te passar ao largo de discussões, por exemplo, a respeito da organogênese e da psicogênese, tem como pressuposto uma ideia de fundo: recompreender o que normalmente entendemos por “natureza”, com seu sistema de leis e ajustamento. Daí porque podemos sintetizar a experiência intelectual de Canguilhem através de uma pergunta: compreendemos bem um organismo biológico quando vemos nele apenas um feixe de funções e órgãos que se submetem a padrões gerais de mensuração e quantificação, feixe de funções que responde a exigências de ajustamento a um meio causalmente fechado? Essa vida não seria apenas o exemplo de uma razão que se transformou em princípio de autoconservação; princípio que tem em vista apenas as configurações imediatas do meio ambiente em um presente instantâneo e pontual? Vida mutilada por não reconhecer mais sua potência de produção de valores? Nesse sentido, só poderíamos terminar lembrando, com Canguilhem:

Porque a saúde não é uma constante de satisfação, mas o *a priori* do poder de dominar situações perigosas, esse poder é usado para dominar perigos sucessivos. A saúde, depois da cura, não é a saúde anterior. A consciência do fato de curar não ser retornar ajuda o doente em busca de um estado de menor renúncia possível, liberando-o da fixação ao estado anterior (2005, p. 70).

Notemos, ainda, como as colocações de Canguilhem nos permitem abrir questões importantes sobre a função do conceito de *vida* no interior de nossas reflexões sobre a normatividade social. Sendo o meio ambiente humano um meio, desde o início, permeado pela presença da dimensão social, não poderíamos utilizar os mesmos conceitos de normal e patológico para dar conta de nossas formas sociais *de vida* ou, ainda, para dar conta do sofrimento social que nossas formas de vida produzem? No interior da reflexão social, é bem provável que precisemos de um conceito especulativo de vida. Conceito que, longe de impor uma normatividade reguladora única a nossas expectativas de realização, seja capaz de expor a raiz da profunda a-normatividade e indeterminação que parece nos guiar no interior dos embates na vida social. É possível que noções como estas desenvolvidas por Canguilhem possam nos auxiliar, o que nos deixa com a questão de saber até que ponto reflexões epistemológicas como estas guardam forte potencial político e emancipatório. Isso certamente nos permitiria pensar situações nas quais:

O disfuncionamento social não diz respeito apenas a um prejuízo contra os princípios de justiça. Trata-se, na verdade, de criticar as perturbações que partilha com as doenças psíquicas a característica de restringir ou alterar as possibilidades de vidas supostamente ‘normais’ ou ‘sãs’ (Honneth, 2006, p. 89).

Para desenvolver tal crítica, é possível que a reflexão sobre a experiência intelectual de Georges Canguilhem seja de grande valia.☞

Vladimir SAFATLE

Professor livre-docente do Departamento de Filosofia,
Universidade de São Paulo.
Bolsista de produtividade do CNPq, Brasil.

ABSTRACT

This article discusses the concept of vital normativity in the light of Georges Canguilhem's distinction between the normal and the pathological. After showing how the basis of this distinction can be found in his definition of normality as a flexible relationship between an organism and its environment, I will show how conceiving of vital normativity in this way opens space for reflection on the nature of social norms.

KEYWORDS • Normality. Pathology. Environment. Life.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BERNARD, C. *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. Paris: Flammarion, 2010.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.
- _____. *La connaissance de la vie*. Paris: Vrin, 2003.
- _____. *Escritos sobre a medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.
- DEBRU, C. *Georges Canguilhem, science et non-science*. Paris: Presses de l'École Normale Supérieure, 2004.
- DERRIDA, J. *De la grammatologie*. Paris: Minuit, 1967.
- FITZGERALD, S. *Crack-up*. Porto Alegre: L&PM, 2007.
- FOUCAULT, M. *Dits et écrits II*. Paris: Quarto, 2001.
- _____. *La naissance de la clinique*. Paris: PUF, 2005.
- HONNETH, A. *La société du mépris*. Paris: La Découverte, 2006.
- KOYRÉ, A. *Études d'histoire de la pensée scientifique*. Paris: Gallimard, 1973.
- LE BLANC, G. *Canguilhem et les normes*. Paris: PUF, 1998.
- MERLEAU-PONTY, M. *La structure du comportement*. Paris: PUF, 2002.
- NIETZSCHE, F. A gaia ciência. In: _____. *Obras incompletas*. São Paulo: Nova Cultural, 1987.
- POLITZER, G. *Critique des fondements de la psychologie*. Paris: PUF, 2000.
- UEXKÜLL, J. VON. *Umwelt und Innenwelt der Tiere*. Berlin: J. Springer, 1909.