

Normal-Patológico, Saúde-Doença: Revisitando Canguilhem *

MARIA THEREZA ÁVILA DANTAS COELHO **
NAOMAR DE ALMEIDA FILHO ***

RESUMO

Este artigo pretende reavaliar a obra de G. Canguilhem sobre a normalidade, a saúde, a doença e a patologia. Discute inicialmente a crítica canguilhemiana da abordagem positivista da dicotomia normal-patológico, avaliando-a como insatisfatória porque reafirma a disjunção qualitativo-quantitativo. Analisa ainda a distinção entre normalidade e saúde, juntamente com a proposição da saúde como capacidade normativa. Por fim, apresenta a reflexão ética pioneira de Canguilhem sobre a engenharia genética e a sua proposta de distinção entre saúde privada (subjéctiva) e saúde pública, apontando para a necessidade de investigações epistemológicas sobre o conceito de saúde.

Palavras-chave: Saúde; normalidade; epistemologia; Canguilhem.

-
- * Trabalho realizado com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), sob a forma de Bolsa de Mestrado para o primeiro autor e de Bolsa de Produtividade para o segundo (Proc. 520573/95-1). Os autores agradecem a valiosa colaboração de Jairnilson Silva Paim, Lígia Vieira da Silva e anônimos revisores de *Physis*, cuja leitura crítica rigorosa muito contribuiu para a versão final do presente texto.
 - ** Psicóloga, membro do Colegiado Diretivo do Colégio de Psicanálise da Bahia, doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.
 - *** Ph.D., Diretor do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Pesquisador I-A do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

ABSTRACT

Normal-Pathological, Health-Disease: Revisiting Canguilhem

This paper evaluates the work of the French philosopher G. Canguilhem on the relationship of the concepts of health, normality, disease and pathology. Canguilhem's critique of the positivistic approach on the dichotomy normal-pathological is considered unsatisfactory, because it reinforces the disjunction quantitative-qualitative. The distinction between normality and health, as well as the conception of health as normative capacity, is analysed. Finally, his pioneer ethical reflection on genetic engineering and his distinction between private, subjective health and public health are presented, pointing to the need for epistemological researches on the health concept.

Keywords: Health; normality; epistemology; Canguilhem.

RÉSUMÉ

Normal-Pathologique, Santé-Maladie: En Revisitant Canguilhem

Ce texte analyse l'oeuvre du philosophe français G. Canguilhem sur les rapports entre les concepts de santé, normalité, maladie et pathologie. La critique de Canguilhem sur l'approche positiviste de la dichotomie normal-pathologique y est considérée comme insatisfaisante, parce qu'elle réaffirme la disjonction quantitatif-qualitatif. La distinction entre normalité et santé, et également la conception de santé en tant que capacité normative, y sont analysées. À la fin, il présente la réflexion éthique pionnière de Canguilhem sur le génie génétique et sa proposition de distinction entre santé privé subjective et santé publique, en soulignant la nécessité de recherches épistémologiques concernant le concept de santé.

Mots-clé: Santé; normalité; épistémologie; Canguilhem.

Recebido em 19/10/98.

Aprovado em 20/05/99.

Introdução

A obra de Georges Canguilhem (filósofo francês contemporâneo, nascido em Castelnauday, em 1904) desempenhou importante papel na etapa inicial de construção da Saúde Coletiva no Brasil. Os estudos pioneiros de Sérgio Arouca (1975), Anamaria Tambellini (1976) e Cecília Donnângelo (1976), entre outros, buscaram estabelecer uma crítica filosófica do pensamento sanitário tradicional, com base numa perspectiva marxista, porém referindo-se principalmente às obras de Bachelard, Canguilhem e Foucault¹. Certamente que tal movimento foi bastante facilitado pelo fato de que dois desses autores efetivamente haviam analisado temas da área de saúde: Foucault e a história da loucura, da clínica e dos hospitais; Canguilhem e os modelos da explicação biológica e o binômio normal/patológico.

Uma interessante hipótese de história das ciências, a ser devidamente considerada, pelo menos para alguns desses autores, é que essa referência teria funcionado, dentre outros motivos, como uma camuflagem da base teórica marxista das análises propostas, num momento de intensa repressão política e censura ideológica. Faz parte do anedotário da época que o capítulo metodológico da tese de Sérgio Arouca (1975) sobre o “Dilema Preventivista” (aliás, o inédito paradoxalmente mais difundido de que temos notícia) havia sido escrito de modo hermético e propositalmente pouco compreensível, justamente para desencorajar censores e outros leitores indesejados. Desse modo, tanto Foucault como Canguilhem inadvertidamente vieram a adquirir, na literatura sanitária latino-americana, uma respeitosa consideração como expoentes teóricos de um pensamento epistemológico de esquerda.

Da parte de Foucault, essa aura foi rapidamente revisada, por iniciativa principalmente do próprio autor, com sua guinada genealógica nietzschiana, no início da década de oitenta (Rabinow, 1984). O mesmo não ocorreu com a epistemologia de Canguilhem, que, protegido de análises críticas mais profundas, talvez pelo desconhecimento do conjunto da sua obra², continuou a ser referida como base conceitual para importantes empreendimentos teóricos fundamentados no marxismo no campo da Saúde Coletiva. O exemplo mais marcante desse efeito talvez seja a teoria do “processo de trabalho e

¹ Para Machado (1981), tais autores constituem uma linhagem da filosofia da ciência enquanto história epistemológica.

² No campo da Saúde Coletiva, os trabalhos de Mendes-Gonçalves (1984) e Ayres (1995) constituem talvez importante exceção a esse “silêncio analítico”.

saúde”, elaborada por Laurell e colaboradores (Laurell e Noriega, 1989; Laurell, 1991), extremamente influente na área da Saúde do Trabalhador, que toma, em segunda mão, a expressão “modo de andar a vida”, supostamente originária da obra de Canguilhem, como conceito-chave.

Sem a pretensão de elucidar essas intrigantes hipóteses “genealógicas”, o presente ensaio busca discutir brevemente alguns elementos da obra canguilhemiana que poderiam compor uma teoria geral da saúde. O tratamento crítico de algumas dessas proposições, apresentado na seqüência, poderá resultar num conhecimento mais bem contextualizado das contribuições de Canguilhem, de certo modo abrindo espaço para reavaliar as suas potencialidades enquanto fundamento teórico e epistemológico de um pensamento sanitário progressista.

Normalidade e Patologia

No século XIX, a identidade entre os fenômenos vitais normais e patológicos apresentava-se como um dogma cientificamente endossado pela biologia e pela medicina (Canguilhem, 1943). Segundo a doutrina de Broussais, a distinção entre o normal e o patológico era de natureza quantitativa, tanto para os fenômenos orgânicos quanto para os mentais. A doença consistia em falta ou excesso de excitação dos tecidos abaixo ou acima do grau que constitui o estado normal. Nessa concepção, a saúde e a doença não passavam de um mesmo estado e dependiam de estímulos que variavam, nos diferentes casos, apenas por nível de intensidade.

O positivismo de Comte (1854), influenciado pelas idéias de Broussais, tinha como objetivo determinar as leis da normalidade capazes de fundamentar uma doutrina política de base científica. Assim, a política implicaria uma terapêutica das crises sociais buscando o retorno das sociedades à sua estrutura essencial e permanente. Para isso, o conhecimento do estado normal dos homens e das sociedades deveria preceder o do estado patológico individual e social.

Embora Claude Bernard não se refira a Comte, sabe-se que ele o leu com bastante atenção (Canguilhem, 1943). A fisiologia de Bernard expressou, no campo médico, a exigência de uma época que acreditava na onipotência da técnica baseada na ciência. A identidade essencial entre fenômeno fisiológico e patológico era consequência do postulado determinista, que explicava os fenômenos reduzindo-os a uma medida comum e tornando-os homogêneos, tal como na física. A idéia positivista fundamental, comum a Comte e a

Claude Bernard, é que se deve conhecer cientificamente para agir, ou seja, a técnica é a aplicação direta de uma ciência.

Em 1943, Georges Canguilhem defendeu a sua tese de doutorado sobre o normal e o patológico. O argumento de fundo dessa obra é que se trata de dois fenômenos qualitativamente diferentes e opostos, que implicam forças em luta. Dessa maneira, Canguilhem (1943) contrariava o pensamento dominante da época, segundo o qual os fenômenos patológicos seriam meras variações quantitativas dos fenômenos normais³. Para Canguilhem (1943), o conteúdo do estado patológico não pode ser deduzido, de maneira lógica ou analógica, do conteúdo da saúde, pois o primeiro é uma nova dimensão da vida, uma estrutura individual modificada. As reações patológicas jamais se apresentam no indivíduo normal da mesma forma e nas mesmas condições, pois o patológico implica uma relação com um meio novo, mais limitado, já que o doente não consegue mais responder às exigências do meio normal anterior.

Segundo Canguilhem (1943), a redução comteana da natureza qualitativa do normal e do patológico a uma perspectiva quantitativa seria devida a dois fatores: à necessidade de o organicismo se afirmar pela oposição à concepção vitalista dominante e ao desejo terapêutico de intervenção sobre o patológico. Com relação ao primeiro fator, como a doença era associada ao demônio e ao pecado, a afirmação da identidade quantitativa entre o normal e o patológico teria servido para engendrar uma concepção monista de recusa do mal. Dessa maneira, Comte teria tomado partido na polêmica antivitalismo, reafirmando as implicações religiosas daquela doutrina. Com relação ao segundo fator, antes de Comte, pensava-se que o patológico e o normal obedeciam a leis completamente diferentes, e que intervir no patológico não produziria efeitos de normalização, já que se tratava de naturezas distintas.

Canguilhem (1943) observou a ausência de qualquer exemplo médico concreto na exposição de Comte, que lhe pareceu demasiado abstrata. Considerou uma séria lacuna na proposta comteana a falta de critérios para reconhecer a normalidade de um fenômeno. Afirmou que a continuidade dos estágios intermediários entre o normal e o patológico não anula a diversidade dos extremos, de modo que estes são contínuos mas

³ Posteriormente, Canguilhem (1968) amplia a sua análise da filosofia biológica de Comte e da contribuição de Claude Bernard para a medicina experimental, na coletânea *Études d'histoire et de philosophie des sciences*. Não obstante, nessa obra mais recente, pouco atualiza da sua discussão anterior sobre o normal e o patológico.

não homogêneos. Um comportamento do organismo pode estar em continuidade com os comportamentos anteriores e ser, ao mesmo tempo, um comportamento novo, diferente. Para ele, a perspectiva comteana confundia o cálculo abstrato das identidades com a apreciação concreta das diferenças.

Canguilhem (1943) reconheceu a importância da perspectiva comteana sobre o normal e o patológico para o século XIX, mas considerou-a insatisfatória para o século XX. A idéia de uma anormalidade originária, de um erro genético, surgida na década de 30 nas obras de Goldstein e Leriche, dentre outros, teria engendrado essa nova forma de ver a doença como uma variação qualitativa do normal. No século XX, a medicina dos fenômenos orgânicos e a dos fenômenos mentais apontaram para uma diferença qualitativa entre o normal e o patológico.

Para Canguilhem (1943), o fracasso da teoria positivista sobre o normal e o patológico decorreria do fato de ela se apoiar no argumento da variação quantitativa para distinguir os dois fenômenos e não conseguir definir esta mesma variação, continuando a utilizar termos qualitativos, como exagero e desarmonia, para designar o patológico. O que parecia ser simples aumento ou diminuição da quantidade passava a ser visto como uma alteração no todo. Além do mais, nem toda doença implicava uma variação quantitativa da normalidade. A alcaptonúria, resultante do metabolismo incompleto da tirosina, tomada como exemplo por Canguilhem (1943), não teria relação quantitativa com o processo normal. A impossibilidade de definição da medida de normalidade, acima ou abaixo da qual se apresentaria o patológico, poderia significar a ressurreição da idéia de perfeição, de saúde ideal, e implicar tanto a possibilidade teórica de existir apenas doentes, quanto a de que eles não existiriam. Mas afirmar a inexistência da saúde perfeita não implicaria negar a existência da saúde, mas sim postular que ela se sustentaria não como existência, mas como norma com a qual a existência deveria buscar se conformar.

Um objeto ou fato normal se caracteriza por ser tomado como ponto de referência em relação a objetos ou fatos ainda à espera de serem classificados como tal (Canguilhem, 1943). O sentido da norma era existir, fora dela, algo que não correspondesse à sua exigência. Normalizar seria impor uma exigência a uma existência. O anormal, do ponto de vista lógico, deve ser posterior à definição do normal, designando a negação deste. No entanto, do ponto de vista existencial, esse anormal era considerado como anterior ao normal, provocando uma intenção normativa.

De acordo com a cuidadosa argumentação de Canguilhem (1943), não seria a ausência de normalidade que constituiria o anormal, ou seja, o patológico também seria normal, pois a experiência do ser vivo incluiria a doença. O patológico implicaria uma certa forma de viver, pois não haveria vida sem normas de vida. O estado fisiológico seria mais o estado são do que o estado normal, já que todo estado vital seria normal e o normal patológico seria diferente do normal fisiológico. A qualidade que diferenciava o estado de saúde do estado patológico seria a abertura a eventuais modificações, pois essa abertura estaria presente na saúde e ausente no estado patológico, o que conferiria à doença um caráter conservador.

O estado de doença constituía, portanto, uma norma de vida inferior, incapaz de se transformar em outra norma de vida, e o doente seria aquele que teria perdido a capacidade normativa por não poder mais instituir normas diferentes sob novas condições (Canguilhem, 1943). A saúde se caracterizaria pela possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, tolerando as infrações à norma habitual e instituindo novas regulações para novas situações. A cura não implicaria saúde, necessariamente. A cura poderia estar mais próxima da doença ou da saúde se, na estabilidade que ela proporcionasse, estivesse ausente ou presente a abertura a eventuais modificações.

Canguilhem (1943) não postula a existência do patológico em si, já que o caráter patológico só pode ser apreciado numa relação. Tornou-se clássica a ilustração de que um indivíduo com astigmatismo seria normal numa sociedade agrícola e anormal na marinha ou aviação. Além do mais, a própria norma mudaria ao longo do tempo. As novas invenções tornariam-se necessidade e ideal para os indivíduos que, em sua ânsia de dominar o meio, poderiam ser normais ou anormais com os mesmos órgãos, a depender da sua capacidade de lidar com os novos instrumentos. Assim, no que diz respeito à velhice, seria sadia a pessoa que manifestasse uma capacidade de adaptação ou de reparação dos desgastes orgânicos que outro não revelasse.

Sob esse prisma, a norma seria sempre individual, ou seja, ela não seria a média, mas sim uma noção-limite que definiria o máximo da capacidade de um ser. A média, por si só, não seria capaz de estabelecer o normal ou anormal para determinado indivíduo, já que certos desvios individuais não seriam necessariamente índices patológicos. Cada indivíduo teria a sua própria concepção do que seria o normal para si mesmo. Para ilustrar esse

ponto, Canguilhem (1943), filósofo infiltrado no olimpo médico⁴, busca ajuda em fontes de alta credibilidade. Do neurologista Goldstein: um indivíduo poderia se sentir capaz de realizar certas atividades em condições orgânicas que, para um outro indivíduo, seriam inadequadas para a realização da tarefa. Do mais eminente historiador da medicina, Henry Sigerist: se Napoleão conseguiu satisfazer as exigências que lhe eram impostas com um pulso de quarenta contrações por minuto, quando o número médio era de setenta pulsações, é porque o pulso de quarenta era normal para ele. Assim, se a fronteira entre o normal e o patológico era imprecisa para diversos indivíduos considerados simultaneamente, ela seria precisa para um único indivíduo considerado sucessivamente, pois, num mesmo indivíduo, esse limiar poderia variar ao longo do tempo. O que fosse normal numa situação poderia se tornar patológico noutra, caso permanecesse inalterado.

Observou Canguilhem (1943) que o médico não se interessa pelos conceitos de saúde e doença porque estes lhe parecem excessivamente vulgares ou metafísicos. Interessa-lhe diagnosticar e curar, fazer voltar ao normal. A definição médica de normalidade é tomada, sobretudo, da fisiologia. Por isso, não se considera que a doença seja uma nova forma de vida. Para Canguilhem (1943), o homem faz a sua dor e a sua doença, julgando se estas deixaram de ser normais ou se voltaram a sê-lo. Voltar a ser normal é retomar uma atividade interrompida, não ser inválido para ela. Uma terapêutica deve respeitar o novo modo de vida instaurado pela doença, não agindo intempestivamente no sentido do retorno ao normal. A vida não conhece a reversibilidade, mas admite reparações (as curas), que são inovações fisiológicas. A cura não implica a saúde, necessariamente. A cura pode estar mais próxima da doença ou da saúde se, na estabilidade que ela proporciona, encontra-se ausente ou presente a abertura a eventuais modificações.

Se os médicos utilizam técnicas de laboratório que lhes permitem reconhecer como doentes pessoas que assim não se sentem é porque, no passado, a sua atenção para certos sintomas foi despertada por pessoas que sofriam ou se queixavam de não serem mais as mesmas, suscitando o conhecimento que se tem hoje (Canguilhem, 1943). Uma observação anatômica e histológica, um teste fisiológico, um exame bacteriológico ou de outra natureza não diagnosticam por si mesmos. Fornecem apenas um resultado. Para fazer um

⁴ A formação básica de Canguilhem é em filosofia. Posteriormente, ele cursa medicina com o objetivo de completar a sua formação de historiador das ciências (Roudinesco, 1988) e, conforme confessa (Canguilhem, 1943), para ser apresentado a problemas humanos concretos.

diagnóstico é preciso observar o comportamento do doente. O diagnóstico pode até mesmo contrariar tal resultado. Em matéria de patologia, a primeira palavra e a última são da clínica. A clínica não é uma ciência, mesmo que utilize meios garantidos por ela. A clínica é inseparável da terapêutica, cujo fim escapa ao saber objetivo, na medida em que implica a satisfação subjetiva de saber que uma norma está instaurada, que se sente normal, em posição normativa. Em suma, para Canguilhem (1943), não há patologia objetiva. Objetivamente, só se pode definir variedades ou diferenças, sem valor vital positivo ou negativo.

Foucault (1976), inicialmente aluno herdeiro de Canguilhem, pretendeu aprofundar a análise do mestre, postulando uma diferença essencial entre o conflito normal e o “absurdo patológico”. O conflito normal dilacera a vida afetiva do sujeito a partir do exterior, ou seja, implica uma situação ambígua, estimuladora de formas opostas de conduta e perturbadora da estabilidade do sujeito, criando incoerências e causando atos que provocam remorso. Já o absurdo patológico é animado de dentro pela contradição e implica uma ambivalência da experiência e uma história patológica marcada pela monotonia circular. O absurdo patológico faz com que o doente se defenda contra a ansiedade com mecanismos limitados que servem apenas para aumentar a própria ansiedade.

Os Conceitos de Saúde em Canguilhem

Assinala Canguilhem (1978) que não foi por acaso que a palavra normal, derivada do *nomos* grego e do *norma* latino (cujo significado é lei), surgiu no século XVIII, em 1759, significando aquilo que não se inclina nem para a direita, nem para a esquerda, e que se conserva num justo meio-termo. Embora a temática da normalidade fosse tratada desde a Grécia Antiga, este termo só ressurgiu quando, com o movimento da Revolução Francesa, a burguesia funda uma nova ordem capaz de funcionar como norma para toda a sociedade: a ordem econômica capitalista. Com isso, a medicina adotou uma nova postura normativa. Com a concomitante industrialização e complexificação do trabalho, tornou-se necessário o estabelecimento de novas normas e padrões de comportamento. O rendimento e a saúde individual passaram a ser indispensáveis ao bom funcionamento da nova engrenagem social (Foucault, 1980).

Até o fim do século XVIII, como também nos elucida Foucault (1980), a medicina referiu-se mais à saúde do que à normalidade. Ela apontava para

as qualidades de vigor, flexibilidade e fluidez que a doença faria perder e que se deveria restaurar. A prática médica pré-Revolução Industrial destacava o regime, a dietética, enfim, toda uma regra de vida e de alimentação que o indivíduo impunha a si mesmo. Já a medicina do século XIX se apoiava na análise de um funcionamento regular, normal, para detectar onde o indivíduo teria se desviado. A partir das reformas da instituição pedagógica e da instituição sanitária, o termo *normal* passou a ser utilizado pelo povo, significando o estado da saúde orgânica e o protótipo escolar, conforme o indício de que a escola normal era aquela que ensinava a ensinar (Canguilhem, 1978).

A partir da segunda metade do século XIX, surgiram novos padrões de normalidade no âmbito da medicina geral e mental, bem como no âmbito das nascentes ciências humanas — sociologia e psicologia. Buscava-se intervir sobre o indivíduo humano, seu corpo, sua mente, e não apenas sobre o ambiente físico, para com isso normalizá-lo para a produção. Nessa perspectiva, o homem, tal como a máquina, poderia ser consertado e programado. Listar as possibilidades normais de rendimento do homem, suas capacidades, bem como os parâmetros do funcionamento social normal passou a ser tarefa da psiquiatria, psicologia e sociologia.

Com a descoberta, neste século, dos chamados erros inatos do metabolismo, as enzimas foram metaforicamente consideradas como intérpretes das mensagens genéticas no processo de síntese das proteínas (Canguilhem, 1978). O organismo passa a ser visto como uma espécie de linguagem. Concebe-se que a própria vida, a própria natureza erra. Uma hemoglobina pode transmitir informações erradas, como uma fala ou um escrito. Uma doença determinada geneticamente torna-se um mal-entendido. Deixa de ser falta ou excesso da parte de um indivíduo ou grupo, para ser um acaso genético, não implicando mais uma responsabilidade individual ou coletiva. Na medida em que o erro genético não tem um autor, ele dissolve o sentimento de culpa individual.

Se até o século XIX o médico visava apenas a restabelecer o estado vital inicial do paciente, do qual a doença o havia afastado, no século XX ele também poderia decidir sobre a não geração de seres doentes por fatores genéticos e sobre a elevação do padrão de normalidade (Canguilhem, 1978). Verifica-se, então, a regularidade dos genes antes da procriação e se interrompe a gestação quando se constata no bebê uma doença que não pode ser corrigida. O chamado “aborto terapêutico” passou a ser legitimamente adotado pela medicina de alguns países ocidentais, contrariando a própria lógica

médica de promoção da vida. A partir do lançamento do programa de criação de uma sociedade sem diferenças, através da eugenia, o homem passaria a ter a obrigação moral e social de intervir sobre si mesmo, através das técnicas de conservação do material seminal e da inseminação artificial, a fim de se elevar ao nível intelectual mais alto e vulgarizar o gênio.

Um debate ético surgiu, então, visando a discutir se a norma de um indivíduo deveria ser determinada por ele mesmo ou por um geneticista, ou seja, se uma intervenção dessa natureza deveria ser necessariamente uma decisão individual ou grupal (Canguilhem, 1978). Sendo grupal, poder-se-ia desembocar numa polícia genética de caça aos polimorfismos heterodoxos, bem como numa privação do direito de gerar por parte dos genitores suspeitos de ser portadores de anormalidades cromossômicas. Isso redundaria num simulacro do admirável mundo novo projetado por Huxley, no qual não haveria doentes nem médicos e todos seriam normais. Nesse caso, todos seriam normais não porque haveria diferentes normas e todas elas seriam saudáveis, mas porque só existiria um tipo de norma, a que não admite a doença, e esta norma não seria sã, ela seria patológica. Partindo da afirmativa de que todos seriam normais, Canguilhem (1978) desemboca na proposição de que todos seriam patológicos, ou seja, normais patológicos, o que termina por constituir uma concepção monista de ausência de saúde. Para ele, o homem normal saudável teria que se sentir capaz de adoecer e de afastar a doença. Se a possibilidade de testar a saúde através da doença lhe fosse eliminada, o ser humano não teria mais a segurança de ser normal e de poder enfrentar qualquer doença que porventura viesse a surgir. Isso, paradoxalmente, configuraria uma nova e devastadora patologia, a patologia da saúde perfeita.

Segundo Canguilhem (1965), a atividade clínica e o pensamento médico são incompreensíveis sem os conceitos de normalidade, saúde, doença e patologia, sendo necessário que estes se tornem claros, talvez através do que Bunge (1994) termina por conceituar como uma iatrofilosofia. Como vimos acima, nos seus primeiros escritos, ele ressaltou a ambigüidade do termo normal, que ora se refere a uma média, ora a um ideal. Uma das razões da identidade entre saúde e valor é de natureza etimológica: valor origina-se da palavra latina *valere*, que significa portar-se bem, passar bem de saúde (Canguilhem, 1965).

Nessa perspectiva, a hipótese foucaultiana, segundo a qual a dimensão normativa da saúde é uma invenção da modernidade, parece insustentável. O próprio Foucault (1980) afirmou que a prática médica anterior ao século

XIX implicava uma regra de vida. Como não reconhecer nessa regra de vida uma dimensão normativa? A medicina pré-científica também buscava um funcionamento regular e normal. As práticas de saúde pública (como a quarentena, o isolamento, acender fogueiras e desinfetar o ar através de perfumes e enxofre) eram normativas. Elas visavam a assegurar o ideal da saúde. Recomendava-se a moderação no comer, no beber, no relacionar-se sexualmente, banhar-se e suar (Czeresnia, 1997).

Segundo Foucault (1980), a norma da saúde do século XIX teria substituído o ideal religioso da salvação. O que dizer, então, da associação pré-científica entre a saúde e a própria salvação? A doença estava associada ao pecado. Uma das prescrições para se ter saúde era não pecar. A idéia da saúde como um ideal, uma norma, um modelo é, portanto, anterior à modernidade. A saúde enquanto valor não é algo que só se consolida neste século, como também afirmou Berlinguer (1978). Desde a Antigüidade, ela implica a norma, o ideal, o valor e se refere aos padrões sociais aceitos, estimados e desejados.

Canguilhem (1965) questiona se os conceitos de patológico e anormal, por um lado, e os de normal e são, por outro, seriam idênticos, na mesma medida em que o normal e o patológico seriam conceitos contrários ou contraditórios. Ele conclui que o patológico não é o contraditório lógico do conceito de normal. O patológico não é a ausência de normas, mas a presença de outras normas vitalmente inferiores, que impossibilitam ao indivíduo viver um modo de vida anterior, permitido aos indivíduos sadios. A rigor, o patológico será o contrário vital do sadio.

Nessa perspectiva de Canguilhem (1978, 1965), a saúde constitui um certo jogo de normas de vida e de comportamento, que se caracteriza pela capacidade de tolerar as variações das normas. O homem só é sadio quando capaz de muitas normas, quando é mais do que normal. A saúde constitui uma certa capacidade de ultrapassar as crises orgânicas para instalar uma nova ordem fisiológica. Biologicamente assegurada pela vida, a saúde significa o luxo de se poder cair doente e se restabelecer. As possibilidades do estado de saúde são superiores às capacidades normais. No que se refere ao psiquismo humano, para Canguilhem, a norma é a reivindicação e o uso da liberdade para a revisão e a instituição de normas, o que implica “normalmente” o risco da loucura. Quem pode sustentar que o anormal não obedece às normas? Ele pode ser anormal justamente porque as obedece em demasia. O conceito de normal será sempre, por conseguinte, um conceito normativo e filosófico.

Em 1988, Canguilhem retoma o assunto numa conferência sobre a saúde ministrada na Universidade de Estrasburgo (Canguilhem, 1990). Realiza um excursão etimológico: o termo saúde, originado do termo latino *sanus*, possui ascendência grega (*sáos*) e envolve dois sentidos: íntegro, intacto ou bem conservado e infalível ou seguro. Daí a expressão popular *são e salvo*. Revisitando as idéias de Hipócrates, Descartes, Leibniz, Diderot, Kant, Leriche, Valéry, Michaux, entre outros, Canguilhem observa que, ao longo da história, a saúde foi tratada como se ela não pudesse ser apreendida pela razão e não devesse pertencer ao campo científico. Na Grécia Antiga, por exemplo, Epicteto já considerava que a aplicação da saúde aos objetos e ao comportamento era incerta. No século XVIII, Kant teria afirmado que a saúde é um objeto fora do campo do saber e que, por isso, não é um conceito científico, mas uma noção vulgar, popular, ao alcance de todos. No século XIX, Daremberg propunha que, em um estado de saúde, todas as funções se cumprem no silêncio. Já no século XX, René Leriche afirmara que “a saúde é a vida no silêncio dos órgãos”⁵ e, Henri Michaux, que a saúde é silenciosa.

Compreensivelmente, o velho Canguilhem parece simpatizar mais com os filósofos que, como Nietzsche, postularam que a saúde implica a doença, no confronto e na superação das tendências mórbidas. Para Nietzsche, o corpo *são* seria um corpo completo, cujos ângulos são retos, feitos com o esquadro, sendo a saúde a retidão, a confiabilidade e a completude, que porá à prova todos os valores e todos os desejos.

A idéia de que a saúde é algo individual, privado, singular e subjetivo foi também defendida pelo eminente filósofo Hans-Georg Gadamer (1996), um dos principais expoentes da hermenêutica contemporânea. Segundo esse autor, o mistério da saúde reside em seu caráter escondido, enigmático. A saúde não se apresenta às pessoas, não pode ser medida, porque implica um acordo interior e não pode ser controlada por forças externas. Gadamer chega a dizer que o mistério da saúde é o mistério da vida. A distinção entre a saúde e a enfermidade não pode ser claramente definida. Trata-se de uma distinção pragmática, a que só tem acesso a pessoa que está se sentindo enferma e que, por não poder mais lidar com as demandas da vida, decide ir ao médico.

Já antecipando uma posição antagônica à de Gadamer, Canguilhem (1990) questiona a exclusão da saúde como objeto do campo científico. Ele con-

⁵ A esse respeito, vide a crítica de Clavreul (1980) a Leriche. Segundo o primeiro autor, quando Leriche diz que a saúde é o silêncio dos órgãos, esquece que as tensões do desejo sexual e da fome não são silenciosas. Para ele, uma boa saúde sem estados de tensão (como a fome e o desejo sexual) não seria saúde.

sidera que a saúde se realiza no genótipo e na relação do indivíduo com o meio, opondo uma saúde filosófica a uma saúde científica. Enquanto que a saúde filosófica é a saúde individual, a saúde científica teria sido a saúde pública⁶, ou seja, a salubridade e a doença. O corpo pode ser um dado ou um produto. Sendo algo dado por um genótipo singular, a saúde corresponde a um estado, à verdade do corpo, à ausência de erros no código genético. Ela é uma prova de que o corpo vivo é possível, já que o genótipo não se altera. A saúde individual precária implica uma restrição das margens de segurança orgânica, uma limitação do poder de tolerância e de compensação das agressões do ambiente. A doença, enquanto não-verdade do corpo, pode ser manifesta ou latente.

Sendo o corpo um produto das atividades do meio, na medida em que estas podem contribuir para determinar o fenótipo, a saúde corresponderia a uma ordem implicada tanto no fato biológico da vida, quanto no modo de vida (Canguilhem, 1990). Enquanto expressão de um corpo produto de um modo de vida, a saúde propicia um sentimento de poder enfrentar o risco, como uma segurança verdadeira contra os riscos. Nesse contexto se insere o discurso da Higiene ou da saúde pública. A Higiene, que se inicia como uma disciplina médica tradicional, feita de normas, possui uma ambição sócio-político-médica de regulamentar a vida dos indivíduos. A partir dela, a saúde torna-se um objeto de cálculo e começa a perder a sua dimensão de verdade particular, privada, passando a receber uma significação empírica como conjunto e efeito de processos objetivos. Para Canguilhem (1990), a saúde não é só a vida no silêncio dos órgãos, como afirmara Leriche. Ela é também a vida no silêncio das relações sociais. Se alguém diz que está bem, as pessoas lhe fazem interrogações estereotipadas. Se afirma que está mal, os outros perguntam como, por que, se tem plano de saúde e como se pode fazer para ser contabilizado numa instituição de saúde. Evidentemente, a presença da saúde nas relações sociais não se reduz à fala sobre a saúde. Além disso, afirmar que a saúde é o silêncio nas relações sociais implica desconsiderar as complicitades e antagonismos das tensões e interações sociais como saudáveis.

Canguilhem (1990) considera enfim que a saúde é uma questão filosófica na medida em que, tal como a filosofia, ela é um conjunto de questões no

⁶ Saúde pública, nesta conotação, não significa o importante campo das práticas coletivas de saúde, nem o movimento ideológico do sanitarismo (Paim e Almeida Filho, 1998). No glossário particular de Canguilhem (1990), a saúde pública significa mais a salubridade do que a saúde propriamente dita. A doença é que é pública, publicizada. Ela apela por ajuda, chama a atenção, é dependente.

qual ela mesma se faz questão. Essa saúde filosófica recobre a saúde individual. Ela é diferente da saúde do sanitarista, que compreende a saúde da população. A saúde filosófica, individual, está longe de ser medida com aparelhos, já que é livre, não condicionada e não contabilizável. Trata-se de uma saúde sem idéia, presente e opaca, suportada e validada pelo indivíduo e seu médico; implica o conceito de corpo subjetivo, que o médico crê poder descrever. O saber médico constitui, então, um dispositivo de promoção e proteção da saúde subjetiva. O médico acolhe o que o paciente lhe diz e o que o seu corpo anuncia através dos sintomas e sinais clínicos.

A divisão do corpo e o surgimento das várias especialidades médicas afetou a relação do saber médico com a saúde, uma vez que esta se constitui na unidade da vida (Canguilhem, 1990). Aludindo à abordagem illichiana da nênese médica (Illich, 1981), Canguilhem analisa como tal divisão gerou um protesto contra a expropriação da saúde e um movimento para buscar ressuscitá-la. A defesa da saúde privada implicou a desconsideração da saúde científica e condicionada. Canguilhem (1990) defende, enfim, que a saúde científica deve assimilar a saúde filosófica. Para ele, a saúde individual, subjetiva, filosófica, e não apenas a doença e a salubridade (ou, numa terminologia mais atualizada, os riscos) deve ser estudada pela ciência.

Atualidade de Canguilhem

Preliminarmente, no que diz respeito à crítica da diferença quantitativa entre o normal e o patológico, os argumentos de Canguilhem contra o positivismo não nos parecem satisfatórios. A idéia de que o normal e o patológico se constituem a partir de forças opostas em luta não necessariamente implica que os fenômenos patológicos são variações qualitativas dos fenômenos normais. Freud (1980) também pensava que o quadro de normalidade ou doença era devido a forças opostas em luta e, no entanto, manteve a perspectiva da variação das quantidades de energia de cada força em atuação. Mais recentemente, a concepção da “história natural das doenças” (Leavell e Clark, 1965) e seus corolários da saúde como um *steady state* e do processo saúde-doença como um *continuum*, base da abordagem preventivista (Arouca, 1975), também atualizam uma perspectiva da doença enquanto dimensionalidade, sem deixar de incorporar uma ontologia qualitativa da patologia.

O fato de a teoria comteana ter afirmado uma variação quantitativa entre o normal e o patológico e não ter definido esta variação não invalida a

hipótese de uma variação quantitativa. A demonstração, a partir do exemplo da alcaptonúria, de que nem toda doença implica uma variação quantitativa da normalidade, revela duas inconsistências. A primeira delas é que, se nem toda doença implica uma variação quantitativa da normalidade, disto resulta que algumas doenças podem se dar por excesso ou carência (variação quantitativa). A segunda inconsistência tem relação com a sua afirmativa de que, sendo a alcaptonúria o metabolismo incompleto da tirosina, ela não tem relação quantitativa com o processo normal. Como não visualizar aí, nesse metabolismo incompleto, simultaneamente uma dimensão quantitativa e uma relação com o processo normal?

Ao afirmar que não seria a ausência de normalidade que constituiria o anormal, ou seja, o patológico também pode ser normal, pois a experiência do ser vivo incluiria a doença, Canguilhem contraria a sua própria definição restrita de variação qualitativa entre o normal e o patológico. Para ele, todo estado vital seria normal e o normal patológico seria diferente do normal fisiológico. Vemos, portanto, que o Canguilhem de 1943 permanecia limitado à dicotomia entre quantidade e qualidade, um dos fundamentos da abordagem positivista que ele pretendia superar com a sua crítica. A sua própria constatação de que na teoria comteana a referência à quantidade se dava através de termos qualitativos parece demonstrar o quanto estas duas categorias – quantidade e qualidade – são indissociáveis. O normal e o patológico encontram-se imbricados, sendo simultaneamente quantitativos e qualitativos. Em síntese, o fato de Canguilhem tomar como ponto de partida a crítica de Comte não o torna um antipositivista, capaz de instrumentalizar modelos analíticos dialético-históricos. Nesse aspecto, a sua crítica revela-se insuficiente e ineficaz justamente por manter-se rigorosamente dentro do referencial positivista.

Para Canguilhem (1966),

“trabalhar um conceito é fazer variar sua extensão e sua compreensão, generalizá-lo pela incorporação dos sinais de exceção, exportá-lo para fora de sua região de origem, tomá-lo como modelo ou, inversamente, buscar-lhe um modelo: em suma, conferir-lhe progressivamente, através de transformações regradas, a função de uma forma”⁷.

⁷ Tradução dos autores.

Assim, a hermenêutica derivada da teoria do conhecimento subjacente a sua obra apóia a hipótese de ser esta uma perspectiva neokantiana que privilegia o conceito. Segundo Canguilhem (1968), o conceito exprime a normatividade do discurso científico e, por isso, deve ser prioritariamente estudado no campo das ciências. Privilegiar o conceito implica valorizar a ciência como processo. Enquanto que o conceito assinala a existência de uma questão, a teoria busca apresentar uma determinada resposta. Nesse sentido, a unidade de análise da história epistemológica deve ser o conceito, sendo a ciência um conjunto de conceitos de tempos heterogêneos. Dessa maneira, não é possível deixar de assinalar que, ao admitir uma primazia do conceito sobre a práxis na ciência, Canguilhem assume uma proposta de reificação da categoria do conceito, base da sua teoria do conhecimento.

Não obstante o acima exposto, quatro proposições de Canguilhem apresentam um potencial estruturante para uma teoria geral da saúde: a idéia de que a saúde é a capacidade normativa, a concepção da normalidade como uma norma de vida, a consideração de que a normalidade é um fenômeno relacional e a proposta de absorção da saúde filosófica pela ciência.

Canguilhem buscou sempre estabelecer uma distinção entre normalidade e saúde. Ele afirmou que a normalidade enquanto norma de vida é uma categoria mais ampla, que engloba a saúde e o patológico como distintas subcategorias, numa visão de conjunto. Nesse sentido, tanto a saúde quanto a doença são normais. Como discutimos acima, ambas implicam uma certa norma de vida, sendo a saúde uma norma de vida superior e a doença uma norma de vida inferior. O que caracteriza o padrão individual de saúde é a capacidade normativa, a possibilidade de instituir novas normas e ultrapassar o que define o normal momentâneo, como abertura a eventuais modificações.

Na concepção de Canguilhem, a saúde implica poder desobedecer, produzir ou acompanhar uma transformação, adoecer e sair do estado patológico. Embora o seu critério seja universal para todos os indivíduos, a sua estrutura e forma são singulares, na medida em que essas novas normas podem ser de naturezas diversas. Esse aspecto marca uma diferença em relação ao padrão médico universal, que se caracteriza pela homogeneidade das estruturas patológicas, podendo variar apenas a sua forma. Já o patológico é a perda da capacidade normativa, é a impossibilidade de mudança, é a fixação, a obediência irrestrita à norma. Essa distinção entre a normalidade e a saúde é uma contribuição canguilhemiana original, pois rompe com a concepção de saúde do século XIX enquanto adequação a uma norma, a um

modelo pré-definido. Com isso, os conceitos de normalidade e de saúde ganham uma nova dimensão, dado que eles não se reduzem mais a um único padrão.

Nesse sentido, a saúde não se reduz a um discurso normativo impositivo. Ela é também a possibilidade de normatividade pelo indivíduo. Promover a saúde não é apenas ordenar uma série de ações que gerem bem-estar ou evitem riscos. É também dar condições de escolha e criação aos indivíduos. A relação da saúde com a cultura não se restringe à obediência irrestrita às normas (Canguilhem, 1943). Pela intermediação cultural da interdição do incesto, o homem não apenas se subordina à cultura, mas também tem acesso ao universo simbólico e à condição desejante. Ele adquire capacidade normativa e de sublimação.

A partir de Canguilhem, não existe mais *a normalidade*, e sim distintas *normalidades*: a saúde é uma normalidade; a doença também é uma normalidade. O aspecto comum a essas diferentes manifestações normais da vida é a presença de uma lógica, uma organização própria, uma norma. A saúde, por seu turno, deixa de se limitar à perspectiva da adaptação, não sendo mais a obediência irrestrita ao modelo estabelecido. Ela é mais do que isso, na medida em que pode ser justamente a não-obediência e a transformação. Ela passa a expressar diferentes padrões. A própria oposição entre a saúde e a doença estabelecida por Canguilhem, em 1943, desaparece nas suas reflexões posteriores sobre o tema. De acordo com o Canguilhem (1978) da maturidade, a perda da possibilidade de testar a saúde através da doença é patológica. A saúde enquanto perfeita ausência de doença situa-se no campo da patologia.

Nessa perspectiva, a saúde está sempre relacionada à forma pela qual o indivíduo interage com os eventos da vida. Essa forma é construída ao longo da existência, desde a tenra infância. Canguilhem (1943, 1978) afirmou a existência de uma normatividade biológica. Para ele, *a vida* é normativa na medida em que ela institui normas. As normas orgânicas humanas variam também a depender da cultura, devido a uma relação essencial psique-soma. A espécie humana, ao inventar gêneros de vida, inventa modos de ser fisiológicos. Há, no homem, uma plasticidade funcional ligada a sua *normatividade vital*. A luta da vida contra os perigos que a ameaçam é uma necessidade vital permanente. A necessidade terapêutica é uma necessidade vital. O organismo é o primeiro dos médicos. Os tecidos cicatrizam e o sangue coagula. A medicina é um prolongamento da vida.

A normatividade vital apontada por Canguilhem (1943, 1978) pode ser encontrada em todos os fenômenos do campo da saúde-doença-cuidado. Embora a separação entre a normalidade mental e a orgânica tenha se efetivado no domínio das ciências médicas a partir do século XIX, aplicando na prática clínica a cisão cartesiana mente-corpo, Canguilhem não reconhece como válida qualquer distinção entre elas, abordando a normalidade como um todo. No que diz respeito especificamente aos fenômenos psíquicos, podemos no máximo admitir uma equivalência entre essa normatividade particular e o processo cotidiano de simbolização dos eventos da vida (Foucault, 1976). A questão que se torna premente, nesse contexto, é: o que faz com que alguns processos e efeitos sejam normativos em algumas situações e em outras não? Tal questão aponta para o processo de constituição do sujeito. É na relação com o outro que o indivíduo pode se deparar e assimilar as interdições, inserir-se no universo normativo e simbólico e abrir-se para novas relações. Se isso não acontece, ou se acontece com muitos conflitos e sofrimento, o indivíduo terá mais dificuldade em ser normativo. Quando o indivíduo não consegue dar um sentido ao que lhe acontece ou este sentido é por demais penoso, o resultado pode ser a doença. Os eventos que envolvem uma perda são mais difíceis de ser assimilados. Mas se o indivíduo é normativo e se sente predominantemente bem, pode-se a ele atribuir saúde, mesmo que apresente índices fisiológicos desviados do que se considera como um funcionamento regular, que revele algum grau de sofrimento ou que porte, até mesmo, sinais de uma doença.

Sendo assim, o limiar entre a saúde e a doença é singular, ainda que seja influenciado por planos que transcendem o estritamente individual, como o cultural e o socioeconômico. Porém, em última instância, a influência desses contextos dá-se no nível individual. Isso se verifica na medida em que há diferentes respostas diante de uma mesma estimulação num mesmo grupo socioeconômico e cultural (Bibeau, 1994). Enquanto que alguns nada sentem, outros adoecem. Ao mesmo tempo em que um indivíduo resiste a um estímulo considerado mais forte, outro pode sucumbir a um agressor mais fraco.

É claro que o genótipo também influencia o modo pelo qual o indivíduo interage com os eventos da vida. Entretanto, tal influência não determina diretamente o resultado dessa interação, ou seja, a saúde ou a doença, na medida em que seus feitos se subordinam aos processos de simbolização ou normatividade. Com uma argumentação impecável, Canguilhem (1978, 1990) demonstrou como a determinação da saúde pelo genótipo conduziria à perda

da capacidade normativa e, portanto, à doença. A sua discussão pioneira sobre os efeitos éticos da engenharia genética continua extremamente atual, revelando a sua sensibilidade e capacidade de antecipação.

Rabinow (1992) analisou um caso de registro de patente sobre as células de um corpo humano vivo que, por ilustrar com precisão a perspectiva de Canguilhem sobre o tema, merece neste momento destaque. Um cidadão chamado Moore, que se submetera a uma cirurgia de extração do baço num hospital universitário e teve as suas células cultivadas e patenteadas por uma equipe de cientistas, reivindicou o direito de propriedade sobre tais células e a participação nos lucros advindos da sua comercialização. Após um longo embate judicial, a Suprema Corte da Califórnia considerou o seu pedido indevido, julgando que essas células não mais lhe pertenciam. Este caso indica que os direitos individuais de propriedade, liberdade e privacidade, corolários da saúde privada, tornaram-se secundários em relação à saúde pública (Rabinow, 1992). O corpo teria se reduzido a uma mercadoria com fins lucrativos. Hoje, o corpo fragmentado tem mais valor potencial para a indústria, a ciência e o indivíduo do que o corpo integral. Os pedaços do corpo de Moore, processados e imortalizados, podem ser usados para produzir mais conhecimento, mais saúde e mais lucro. Não esqueçamos que, recentemente, o próprio Canguilhem (1990) havia proposto que a saúde filosófica, privada, individual e silenciosa fosse tomada como um objeto privilegiado pela ciência. Canguilhem não revelou, entretanto, como se poderia fazer isso, porém uma das alternativas óbvias consiste em tornar público o corpo privado.

O problema não está em decidir construir esse objeto, mas em como fazê-lo. O corpo privado poderia se tornar público sem que isto implicasse, necessariamente, a subtração da dimensão individual. Moore não havia pedido que as suas células deixassem de ser utilizadas para a solução de problemas alheios, mas apenas que elas fossem reconhecidas como também de sua propriedade. Embora esse predomínio da autoridade científica na sociedade atual possa, numa situação extrema, levar à patologia, conforme assinalou Canguilhem, tal perspectiva parece utópica, na medida em que, provavelmente, nem todas as situações ficarão sob o domínio desta autoridade. Além disso, permanecem abertas as possibilidades de simbolização e normatividade diante de tais perdas. De qualquer modo, o alerta de Canguilhem para essa situação-limite é instrutivo, na medida em que marca a influência dos eventos sociais nos

processos saúde-doença-cuidado e chama a atenção para a necessidade de se considerar o exercício individual de produção de normatividade.

Considerações Finais

A avaliação do pensamento de Canguilhem aqui esboçada nos permite levantar algumas questões cujo tratamento transcende os objetivos do presente texto. Será mesmo viável a proposta canguilhemiana de estudar cientificamente o objeto *saúde*? É possível fazê-lo neste modelo atual de ciência? Caso contrário, que mudanças paradigmáticas serão necessárias para que a ciência possa estudar a contradição saúde privada/saúde pública?

A antropologia médica contemporânea nos ensina que as concepções e práticas de saúde são culturais, na medida em que uma teoria satisfaz várias exigências e postulados intelectuais do momento histórico-cultural em que é formulada (Corin, 1994). É plausível que a falta de estudos sobre a saúde propriamente dita não se deva exclusivamente a razões epistemológicas, mas também à influência da indústria farmacêutica e à cultura da doença, que têm restringido o interesse e os investimentos de pesquisa nesta área. De acordo com Foucault (1980), as concepções de saúde refletem os valores sociais dominantes da cultura e da época e não seria de se esperar que uma cultura biomédica baseada nas noções de sofrimento, morte e doença pudessem produzir um interesse institucional e acadêmico pelo antagonismo conceitual incorporado no conceito de saúde.

Por outro lado, alguns movimentos ideológicos recentes no campo da Saúde Coletiva, como a Promoção da Saúde, Cidades Saudáveis e Vigilância à Saúde, juntamente com as propostas para uma Nova Saúde Pública (Paim e Almeida Filho, 1998), têm apontado para a necessidade de se centrar numa concepção e prática positivas da saúde, vez que as políticas de saúde voltadas para a dimensão curativa das doenças e para a dimensão preventiva dos riscos parecem encontrar seus limites (Paim, 1986, 1992; Mendes, 1996). Nesse contexto, as questões aqui postas apontam para uma linha de investigação extremamente importante no campo da saúde: a pesquisa epistemológica senso estrito. Nessa agenda, destacam-se os problemas referentes ao objeto de conhecimento das ciências-base da Saúde Coletiva e à correspondência entre a produção de saberes e a incorporação tecnológica no campo da saúde.

Esforços de reavaliação das bases filosóficas e teóricas do conhecimento científico, tal como ensaiado neste texto, muito poderão contribuir para a

construção das novas práticas e saberes necessários para uma abertura cada vez maior do campo da Saúde Coletiva. Nessa direção, é importante ressaltar a proposição de Canguilhem (1968), segundo a qual o conceito não se limita ao interior de uma única ciência, mas segue as filiações conceituais em ciências diferentes, bem como suas relações com saberes não-científicos e com práticas sociais e políticas. Um conceito científico portador de algum grau de fertilidade não respeitará fronteiras epistemológicas e sim apresentará uma autonomia relativa perante o sistema conceitual ao qual pertence. Cada conceito tem a sua história: forma-se numa determinada época e vai sendo retificado (e reificado) ao longo do tempo. O conceito de saúde disso não será exceção.

Referências Bibliográficas

- AROUCA, A. S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. Tese (Doutorado em Medicina Social). Departamento de Medicina Social da UNICAMP, Campinas, 1975. 259p.
- AYRES, J. R. *Epidemiologia e emancipação*. São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec / Abrasco, 1995. 231p.
- BERLINGUER, G. *Medicina e política*. São Paulo: Hucitec, 1978.
- BERNARD, C. *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. Paris: Garnier-Flammarion, 1966.
- BIBEAU, G. Hay una enfermedad en las Americas? Outro caminho de la Antropologia médica para nuestro tiempo. In: *Cultura y salud en la construccion de las Americas*. Bogotá: Instituto Colombiano de Cultura, 1994, p. 44-70.
- BUNGE, M. Iatrosilofia. In: *Filosofia da tecnologia*. São Paulo, Alfa-Omega, 1994. p. 211-221.
- CANGUILHEM, G. *Le normal e le pathologique*. Paris: Presses Universitaires de France, 1943. 224 p.
- _____. *La connaissance de la vie*. Paris: Vrin, 1965. 198 p.
- _____. *Nouvelles réflexions sur le normal et le pathologique*. Paris: PUF, 1966.
- _____. *Études d'histoire et de philosophie des sciences*. Paris: Vrin, 1968. 394 p.
- _____. *La santé: concept vulgaire et question philosophique*. Toulouse: Sables, 1990. 36p.
- _____. Novas reflexões sobre o normal e o patológico. In: *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.
- CLAVREUL, J. *A ordem médica*. São Paulo: Brasiliense, 1980.

- COMTE, A. *System of positive polity*. New York: Lenox Hill, 1854.
- CORIN, E. The social and cultural matrix of health and disease. In: EVANS R. G.; BARER, M. L.; MARMOR, T. R. (eds.). *Why are some people healthy and others not? The determinants of the health of populations*. Hawthorne, NY: Aldine, 1994. p. 93-132.
- CZERESNIA, D. Do contágio à transmissão: uma mudança na estrutura perceptiva de apreensão da epidemia. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, v. IV, n. 1, p. 75-94, mar./jun. 1997.
- DONNÂNGELO, M. C. Medicina e estrutura social (o campo da emergência da medicina comunitária). Tese (Doutorado em Medicina Preventiva). Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo, 1976. 121p.
- FOUCAULT, M. *Mental illness and psychology*. New York: Harper and Row, 1976.
- _____. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980. 241p.
- FREUD, S. Cinco lições de psicanálise. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas*. Rio de Janeiro: Imago, v. XI, p. 3-51, 1980.
- GADAMER, H.-G. *The enigma of health*. California: Stanford University Press, 1996. 180p.
- ILLICH, I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1981. 196p.
- LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec, 1989. 333p.
- _____. Trabajo y salud: estado del conocimiento. In: FRANCO, S.; NUNES, E.; BREILH, J.; LAURELL, C. *Debates em Medicina Social*. Quito: OPAS/ALAMES, 1991, p. 249-323 (Série Recursos Humanos, 92).
- LEAVELL, H.; CLARK, E. G. *Preventive medicine for the doctor in his community*. New York: McGraw-Hill, 1965. 744p.
- MACHADO, R. *Ciência e saber: a trajetória da arqueologia de Foucault*. Rio de Janeiro: Graal, 1981, 218 p.
- MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996. 300p.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. *Medicina y historia: raíces sociales del trabajo médico*. México: Siglo XXI, 1984.
- PAIM, J. S. *Saúde, crises e reformas*. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1986. 250 p.
- _____. Collective health and the challenges of practice. *PAHO. The crisis of public health: reflections for the debate*. Washington, 1992, p. 136-150 (*Scientific Publication*, 540).

- PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. A crise da saúde pública e a saúde coletiva: uma nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, n. 32, s/p, 1998.
- RABINOW, P. Introduction. In: *Foucault reader*. New York: Pantheon, 1984. p. 3-30.
- _____. Severing the ties: fragmentation and dignity in late modernity. *Knowledge and society: the anthropology of science and technology*, v. 9, p. 169-187, 1992.
- ROUDINESCO, E. *História da psicanálise na França. A batalha dos cem anos* (v. 2: 1925-1985). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988. 835p.
- TAMBELLINI, A. Medicina de comunidade: implicações de uma teoria. *Saúde em Debate*, n. 1, p. 20-23, 1976.