

SANDRA CAPONI

A SAÚDE COMO ABERTURA AO RISCO

[pp.65-91]

IN

**DINA CZERESNIA
CARLOS MACHADO DE FREITAS
(ORGANIZADORES)**

***PROMOÇÃO DA SAÚDE
CONCEITOS, REFLEXÕES E TENDÊNCIAS***



**FIOCRUZ
RIO DE JANEIRO
2003**

Promoção da Saúde

conceitos, reflexões, tendências

SANDRA CAPONI

A SAÚDE COMO ABERTURA AO RISCO

Dina Czeresnia
Carlos Machado de Freitas
organizadores

1ª reimpressão



Copyright © 2003 dos autores

Todos os direitos desta edição reservados à FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ/EDITORA

ISBN: 85-7541-024-5

1ª edição: 2003

1ª reimpressão: 2003

Capa, projeto gráfico e editoração eletrônica:

Guilherme Ashton

Imagem da capa:

produzida a partir do quadro *Troncos II*, de Sandra Felzen. Nossos agradecimentos à artista pela cessão de direitos de uso da imagem para elaboração da capa.

Preparação de originais, copidesque e revisão:

Janaina S. Silva e Maria Cecília G. B. Moreira

Catálogo-na-fonte

Centro de Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca Lincoln de Freitas Filho

C998p Czeresnia, Dina (org)
Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência. /organizado
por Dina Czeresnia. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003.
[176]p.

1.Promoção da Saúde -tendências 2. Vigilância da
população. 3.Política Social I. Freitas, Carlos machado de (org)
II. Título.

CDD - 20.ed. – 613

2003

Editora Fiocruz

Av. Brasil, 4036 – 1º andar – sala 112 – Manguinhos

21040-361 – Rio de Janeiro – RJ

Tels.: (21) 3882-9039 e 3882-9041

Telefax: (21) 3882-9006

<http://www.fiocruz.br/editora>

e-mail: editora@fiocruz.br



Sumário

<i>Apresentação</i>	9
1 - <i>Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde</i> <i>Paulo Marchiori Buss</i>	15
2 - <i>O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção</i> <i>Dina Czeresnia</i>	39
3 - <i>A Saúde como Abertura ao Risco</i> <i>Sandra Caponi</i>	55
4 - <i>Dédalo e os Dédalos: identidade cultural, subjetividade e os riscos à saúde</i> <i>Luis David Castiel</i>	79
5 - <i>Holopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde - doença como base para a promoção da Saúde</i> <i>Naomar de Almeida Filho & Roberto Fernandes Silva Andrade</i>	97
6 - <i>O Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios</i> <i>José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, Ivan França Júnior, Gabriela Junqueira Calazans & Haraldo César Saletti Filho</i>	117
7 - <i>A Vigilância da Saúde para a Promoção da Saúde</i> <i>Carlos Machado de Freitas</i>	141
8 - <i>Vigilância da Saúde: tendências de reorientação de modelos assistenciais para a promoção da saúde</i> <i>Jairnilson Silva Paim</i>	161

3

A Saúde como Abertura ao Risco

Sandra Caponi

Introdução

Hoje, mais do que nunca, tudo parece nos levar a afirmar que uma compreensão do conceito de saúde depende de parâmetros científica e claramente estabelecidos. Os recentes estudos genéticos parecem estar abrindo um horizonte ilimitado de possibilidades terapêuticas e de prevenção de enfermidades. Por trás do impacto provocado por estudos como o projeto genoma humano, a saúde perfeita parece ter deixado de fazer parte da utopia para entrar no horizonte do possível. O mapeamento dos genes, que predisporiam nosso organismo a determinadas enfermidades, e a possibilidade de intervir na prevenção de certos riscos nos permitem imaginar um futuro promissor. Não somente as intromissões no interior do organismo de cada indivíduo parecem trazer novas esperanças, mas também multiplicaram-se os conhecimentos e a identificação dos riscos que ameaçam a saúde das populações. A bioestatística e a aplicação da tecnologia de informática na ação sanitária nos permitem mapear os riscos mais freqüentes nas diferentes populações e criar estratégias de prevenção das enfermidades e de promoção da saúde a partir de campanhas sanitárias bem direcionadas.

Se, por um lado, podemos definir claramente os códigos genéticos 'defeituosos', de modo a poder evitar o aparecimento de anomalias genéticas, e se, por outro, podemos definir condutas e ações de risco para controlar as enfermidades, é porque temos muito claro que é isto o que deve ser alcançado com estas intervenções. No primeiro caso, trata-se de nos aproximarmos do que seria um código genético normal; no segundo, trata-se de estimular a prevenção de atos e condutas visando a garantir a existência de populações saudáveis. Porém, se nos interrogarmos sobre este código genético normal ou, de um modo mais amplo, se nos perguntarmos qual é o estado saudável que se quer alcançar com essas ações, veremos que, quase inevitavelmente, os conceitos de saúde e de normalidade tendem a se confundir com o conceito de 'freqüência'.

O saudável se define pela busca de um código genético normal, sem alterações ou anomalias, e essa normalidade se define em termos de frequência estatística: o que se encontra em maior quantidade na média da população. É então que começam a aparecer as dificuldades dessas tentativas de definir em termos 'científicos' o conceito de saúde. Se nos restringirmos aos valores que devem ser considerados normais para um determinado órgão, veremos que "não encontramos apenas um intervalo normal para cada função de um órgão: rigorosamente falando, encontramos um número infinito destes intervalos" (Nordenfeld, 2000: 60). Se nos referirmos ao código genético 'normal', veremos que existem infinitos exemplos de variações e desvios, de 'anomalias' que não podem ser, em absoluto, consideradas como de valor negativo ou patológicas. Reconheceremos que, assim como não é possível identificar anomalia com patologia, é impossível associar normalidade e saúde.

Ainda hoje, esta associação entre saúde e normalidade parece ser a base de sustentação daquela que poderíamos considerar como a definição mais corriqueira e, sem dúvida, a mais utilizada pelos profissionais da área de saúde. Pensemos, por exemplo, na definição do conceito de saúde enunciada por Christopher Boorse, referindo-se à normalidade no cumprimento das funções das diferentes partes do organismo: "O normal é objetiva e propriamente definido como aquele cuja função está em acordo com o seu desenho" (Boorse, 1975: 57). Nesse caso, o elemento essencial para a definição de desenho biológico é a noção de função natural e qualquer alteração nesta função pode trazer ou provocar enfermidade. A saúde é pensada, então, como ausência de doença e, inversamente, a doença se define como: "o estado de um indivíduo que interfere nas funções normais (ou no funcionamento normal) de alguns órgãos ou sistema de órgãos" (1975: 61).

Assim sendo, quando nos interrogamos sobre a função normal de um órgão ou um sistema de órgãos, deveremos nos referir necessariamente à função estatisticamente representativa, isto é, ao resultado encontrado na média da população. Como vemos, quando Boorse define seu conceito bioestatístico de saúde-enfermidade, não existe nenhum espaço para sofrimentos individuais. Existem valores padrões dessas funções normais e uma alteração nesses padrões, independentemente de qualquer vinculação às capacidades ou ao sofrimento dos indivíduos, o que indicaria interferência nestas funções, subnormalidade ou patologia. Quando falamos de mapa genético e de código normal, reproduzimos e ampliamos esta definição bioestatística dada por Boorse, e reiteramos também seus limites e circularidades: a frequência aparece, às vezes, como parâmetro de normalidade e a identificação entre saúde e normalidade se apresenta como inquestionável.

O presente trabalho, pretende analisar os conceitos de saúde, doença, normalidade e patologia tentando fugir de uma modalidade de estudos que limita a discussão a questões tais como frequência estatística, desvio, normas etc.

A Problematização Filosófica da Saúde

Embora a definição estatística dada por Boorse seja posterior aos estudos sobre normalidade, patologia, saúde e doença desenvolvidos por George Canguilhem, quase 30 anos antes, podemos tentar compreender os argumentos explicitados em *O Normal e o Patológico* (1990a) como uma resposta à definição de saúde-enfermidade enunciada por Boorse.

Para Canguilhem, não é possível reduzir o conceito de saúde a um termo 'científico'. Considerando que é impossível associar normalidade e saúde, ou anomalia e patologia, o recurso às medidas estatísticas, aos valores freqüentes e aos cálculos nada nos esclarece a respeito deste conceito. Não é possível imaginar que a vida se desenvolva na solidão do organismo individual, nem que possamos alcançar um conhecimento dela pela comparação entre organismos. "O ser vivo e o meio não podem ser chamados de normais se forem considerados em separado" (Canguilhem, 1990a: 145); só se pode afirmar que um ser vivo é normal se o vincularmos ao seu meio, se considerarmos as soluções morfológicas, funcionais, vitais, a partir das quais ele responde às demandas que seu meio lhe impõe. "O normal é poder viver em um meio em que flutuações e novos acontecimentos são possíveis" (Canguilhem, 1990a: 146). Dito de outro modo, não são as médias estatísticas, nem a fuga dos intervalos assim chamados normais que nos indicam o momento em que se inicia uma doença, mas sim as dificuldades que o organismo encontra para dar respostas às demandas que seu meio lhe impõe. E é justamente a consideração deste sofrimento e deste sentimento de impotência individual que escapa às médias estatísticas; o que nos permite tentar uma definição menos restrita do conceito de saúde.

Dagognet (1996: 19-20) dirá, tomando como exemplo o diabético, que

não é possível ater-se à dose de açúcar para afirmar um diagnóstico. Devemos renunciar a uma teoria puramente quantitativa da doença. Escutemos o doente, porque a verdadeira diabetes implica um 'conjunto' que ultrapassa a pura e simples glicemia. Não somente diz respeito ao pâncreas, mas também afeta a circulação. A doença sempre se irradia como se o organismo todo estivesse afetado, como se ele estivesse limitado em suas iniciativas. Estar doente é, então, perder a liberdade, é viver na restrição e na dependência.

Mirko Grmek formulará a seguinte pergunta: "Quando o médico, o doente e o entorno do doente falam de doença, será que eles se referem verdadeiramente à mesma realidade?" (1995: 17). É por isso que, para tratar de dotar o conceito de doença de uma especificidade maior, a literatura científica utiliza o termo *disease* para referir-se à conceitualização de enfermidade/doença realizada pelo médico; o termo *illness* para designar a experiência subjetiva da doença, a vivência ou sofrimento individual; e se reserva um terceiro termo, *sickness*, para designar a percepção da doença pelo entorno não médico da pessoa afetada.

Um conceito operativo de saúde deverá integrar esses aspectos sem reduzir-se a uma definição negativa (ausência de *disease*, *illness* ou *sickness*). Acreditamos que, para construir este conceito, será necessário desviar o olhar, aproximar-se desta questão não com os instrumentos do cientista, mas sim com os argumentos do filósofo.

A problematização da saúde como uma questão filosófica parece ter, ao menos, duas justificativas plausíveis. A primeira é que a saúde foi um tema filosófico freqüente na época clássica; dela ocuparam-se, entre outros autores, Leibniz, Diderot, Descartes, Kant e, posteriormente, Nietzsche. Porém, quando falamos de saúde, parece ter sido Descartes quem se converteu em referência obrigatória, e isto desde o momento em que lhe é atribuída a "invenção de uma concepção mecanicista das funções orgânicas" (Canguilhem: 1990b: 20). Para ele, é essencial respeitar a distinção, entre um mecanismo e um corpo humano, conforme o que se indica na "VI meditação"; não é possível estabelecer uma identidade, por exemplo, entre um "relógio desregulado" e um "homem hidrópico" (Descartes, 1981: 73). Esta distinção, que difere daquela que podemos fazer entre um relógio regulado e um desregulado, indica a diversidade existente entre a regulação das máquinas e as funções orgânicas de um homem.

Tal como afirma Maurice Merleau-Ponty (apud Canguilhem, 1990b), será também Descartes quem reconhecerá a existência de uma parte do corpo humano vivo, inacessível aos outros, que é pura e exclusivamente 'acessível a seu titular'. Será justamente a partir desta indicação de Descartes que Canguilhem construirá sua argumentação referente à saúde como um conceito vulgar e como uma questão filosófica – ainda que insista na necessidade de não se levar a sério o mecanismo cartesiano, pois, conforme dirá, é impossível falar de saúde de um mecanismo.

A segunda justificativa para a problematização da saúde como questão filosófica será enunciada por Canguilhem em *La Santé: concept vulgaire & question philosophique* (1990b). Neste livro, o autor nos lembrará, acompanhando Merleau-Ponty, que "a filosofia é o conjunto de questões onde aquele que questiona é, ele próprio, questionado" (Canguilhem, 1990b: 36). Na medida em que todos nós compartilhamos esses fatos próprios da condição humana, que são o padecimento da dor e do sofrimento, e na medida em que todos vivemos silenciosamente este fenômeno ao qual damos o nome de saúde, parece que todos, sendo ou não, profissionais da saúde, devemos nos deparar, inevitavelmente, com esta questão.

Como afirma Nordenfeld (2000), a saúde não tem sido um fenômeno alheio à reflexão filosófica, ainda que muitas vezes tenha ocupado um lugar marginal entre outras questões mais valorizadas pelos filósofos, como a ética ou a política. De fato, não foi só a filosofia clássica que se ocupou da saúde, basta para isso que lembremos de Nietzsche, Maurice Merleau-Ponty e Georges Canguilhem; eles consideraram a saúde como objeto de problematização filosófica. O primeiro, em suas preocupações com o sofrimento individual; o segundo, centralizando-se na temática da

corporeidade, e Canguilhem, ao interrogar-se sobre a oposição normal-patológico e sobre a história das ciências biomédicas.

Tanto na primeira edição de *O Normal e o Patológico*, que data de 1943, como nos ensaios que depois de vinte anos darão lugar à versão revisada desta obra, Canguilhem tomará como ponto de partida, para analisar o conceito de saúde, a terceira parte do livro *Conflito das Faculdades* (1967), de Kant:

Podemos nos sentir bem, isto quer dizer, julgar segundo nossa impressão de bem-estar vital, porém nunca podemos *saber* se estamos bem. A ausência da impressão (de estar doente) não permite ao homem expressar que ele está bem senão aparentemente, só pode dizer que ele está *aparentemente* bem (Kant apud Canguilhem, 1990b: 13 – Grifos do autor).

Kant sugere, nestas linhas, que a saúde é um objeto alheio ao campo do saber objetivo, e é a partir deste enunciado que Canguilhem pôde sustentar sua tese de que 'não há ciência da saúde'. A saúde, dirá ele, "não é um conceito científico, é um conceito vulgar. Isto não quer dizer trivial, mas simplesmente comum, ao alcance de todos" (1990b: 14). Digamos o mesmo de outro modo: a saúde não pertence à ordem dos cálculos, não é o resultado de tabelas comparativas, leis ou médias estatísticas e, portanto, seu estudo não é exclusivo das investigações biomédicas, sejam elas quantitativas ou não.

Canguilhem mostrará que fisiologistas e biólogos preferem prescindir da exigência de enunciar um conceito de saúde. Este é o caso de Starling, fisiologista inglês, inventor do termo 'hormônio', em cujo tratado não aparece em nenhum momento indexada a palavra *health*. Claude Bernard, por sua vez, parece associar saúde com divagações metafísicas, afirmando que: "Somente existem em fisiologia condições próprias para cada fenômeno que devemos determinar exatamente, sem nos perdermos em divagações sobre a vida, a morte, a saúde, a doença e outras entidades da mesma espécie" (Bernard apud Canguilhem, 1990b: 19).

Esta exclusão explícita do conceito de saúde do âmbito do discurso científico aparece a partir do momento em que nos negamos a aceitar esta antiga e arraigada associação pela qual se veicula a saúde do corpo com a eficiência de um mecanismo. Se não aceitarmos a associação corpo-mecanismo e pensarmos que para uma máquina seu estado de funcionamento não é a sua saúde e o seu desarranjo nada tem a ver com a doença, deveremos, então, excluir do conceito de saúde as exigências de cálculo (de contabilidade) que pouco a pouco absorveram o seu sentido individual e subjetivo. A partir do momento em que falamos da saúde como um fenômeno "não contabilizado, não condicionado, não medido por aparelhos", parece que ela deixa de ser um objeto exclusivo "daquele que se diz ou se imagina especialista em saúde" (Canguilhem, 1990b: 24).

Lembrando Dagognet, Paul Rabinow (1999: 127) afirma que "Canguilhem deslançou um ataque frontal àquele edifício da normalização tão essencial aos

procedimentos da ciência e da medicina positivistas. É o sofrimento, e não as medições normativas ou os desvios-padrão, que estabelece o estado de doença". Quando falamos de saúde, não podemos evitar as referências à dor ou ao prazer e, desse modo, estamos introduzindo, sutilmente, algo que escapa às medições, algo que Canguilhem chamou de 'corpo subjetivo'. Se considerarmos este elemento, não poderemos deixar de falar na primeira pessoa, ali, onde o discurso médico teima em falar na terceira.

A trajetória de Canguilhem como epistemologista e historiador das ciências nos impede de pensar que estas afirmações pretendam defender uma volta à natureza selvagem ou a um individualismo radical. Canguilhem cuidará de manter distância entre o conceito de corpo subjetivo, 'saúde em estado livre', dessas modalidades de pensamento que são o naturalismo e o anti-racionalismo. Ele é consciente de que "a defesa da saúde selvagem, privada, por desconsideração da saúde cientificamente condicionada adotou todas as formas possíveis, inclusive as mais ridículas" (Canguilhem, 1990b: 34).¹

O corpo subjetivo não é o oposto do saber científico, um não representa a alteridade radical do outro. Pelo contrário, o corpo subjetivo precisa destes saberes que lhe indicam e sugerem uma série de artifícios úteis à sua sustentação, pois

uma coisa é preocupar-se com o corpo subjetivo e outra é pensar que temos a obrigação de nos liberarmos da tutela, julgada repressiva, da medicina (...). O reconhecimento da saúde como verdade do corpo, no sentido ontológico, não só pode, mas também deve admitir a presença, como margem e como barreira da verdade no sentido lógico, ou seja, da ciência. Certamente, o corpo vivido não é um objeto, mas para o homem viver é também conhecer. (Canguilhem, 1990b: 36-37)

Assim, estes conhecimentos que consideram o corpo como objeto são aliados e não inimigos de uma compreensão mais ampla do conceito de saúde.

Esta saúde sem 'idéia', 'presente e opaca' é, de todos os modos, o que valida e dá suporte às intervenções que o saber médico pode 'sugerir' como artifícios para sustentá-la. E se falamos em sugerir é porque é preciso que o saber médico se disponha a aceitar que cada um de nós o instrua sobre o que 'somente eu estou capacitado a dizê-lo'. Um bom médico será, então, aquele que possa auxiliar na tarefa de dar o sentido que para cada um não é evidente, a este conjunto de sintomas, que, de maneira solitária, não se consegue decifrar. Um verdadeiro médico, dirá Canguilhem, será aquele que aceitar ser um exegeta, um tradutor, mais do que um conhecedor. O certo é que aceitar um determinado conceito ou idéia de saúde implica escolher certas intervenções efetivas sobre o corpo e a vida dos sujeitos

¹ Canguilhem fará uma referência importante sobre este ponto, dizendo que "o mesmo homem que militou para uma sociedade sem escolas apelou para uma insurreição contra o que chamou de *expropriação da saúde*" (1990b: 34 – grifos do autor), fazendo, assim, uma clara alusão a *Nêmesis de la Medicina*, de Ivan Illich (1975).

individuais e implica, ao mesmo tempo, uma redefinição deste espaço onde se exerce o controle administrativo da saúde dos indivíduos, entendidos como grupo humano, como população.

A Saúde como Margem de Segurança

O conceito vulgar de saúde, que escapa de qualquer cálculo, tanto de médias estatísticas como de medição por aparelhos; esta saúde não condicionada é pensada por Canguilhem em termos de 'margem de segurança'. Por isso, ele dirá que, ao falar de uma saúde deficiente, estamos falando da "restrição da margem de segurança, da limitação do poder de tolerância e de compensação às agressões do meio ambiente" (1990b: 35). Como vemos, 50 anos depois, Canguilhem permanecerá fiel àquilo que chamou de um esboço de definição de saúde no ano de 1943: a saúde era entendida, então, em relação à possibilidade de enfrentar situações novas, pela margem de tolerância (ou de segurança) que cada um possui para enfrentar e superar as infidelidades do seu meio.

Talvez a maior riqueza da análise de Canguilhem consista na sua insistência em tomar como ponto de partida as infidelidades, os erros. *O Normal e o Patológico* (1990a) introduz uma importante inversão nos estudos referentes à saúde; uma inversão em que se privilegia o estudo das anomalias, das variações, dos erros, das monstruosidades, das infrações e das infidelidades para assim compreender e tentar demarcar o alcance e os limites dos conceitos de normalidade, média, tipo e saúde.

Canguilhem enfrenta, desse modo, toda esta tradição médica que privilegia o normal e que imagina e reduz qualquer tratamento a um restabelecimento da normalidade perdida. Para esta tradição, "A prática médica estava direcionada a estabelecer cientificamente estas normas e – a prática seguindo a teoria – ao retorno do paciente à saúde, restabelecendo a norma da qual o paciente se desviara" (Rabinow, 1999: 127).

Como o próprio Canguilhem dirá, 20 anos da primeira edição: "hoje insistiria na possibilidade e ainda na obrigação de esclarecer as formações normais pelo conhecimento das formas monstruosas. Afirmaria ainda com maior convicção, que não há diferença entre uma forma viva perfeita e uma forma viva malograda" (Canguilhem, 1990a: 13). Este privilégio concedido ao erro nos fala claramente de um conceito de saúde, que é alheio a qualquer padronização e a qualquer determinação fixa e preestabelecida. O conceito de saúde, que será enunciado a partir daí, deverá considerar e integrar as variações e as anomalias, deverá poder atender às particularidades daquilo que para uns e outros está implicado em sua percepção do que é 'saúde' e 'doença'.

Seguindo esta mesma linha de argumentação, Christophe Dejours afirmará, referindo-se especificamente ao mundo do trabalho, que: “É a variedade, a variação, as trocas, o que resulta de mais favorável à saúde” (Dejours, 1986: 8).

Pensar a saúde a partir de variações e de anomalias implica negar-se a aceitar um conceito que se pretenda de valor universal e, conseqüentemente, implica negar-se a considerar a doença em termos de desvalor ou contravalor.

Ao contrário de certos médicos sempre dispostos a considerar as doenças como crimes, porque os interessados são de certa forma responsáveis, por excesso ou omissão, acreditamos que o poder e a tentação de tornar-se doente é uma característica essencial da fisiologia humana. Transpondo uma frase de Valéry, pode-se dizer que a possibilidade de abusar da saúde faz parte da saúde. (Canguilhem, 1990a: 162)

A partir dessa perspectiva, a saúde pode ser pensada como a possibilidade de “ficar doente e de poder recuperar-se, como um guia regulador das possibilidades de ação” (Canguilhem, 1990a: 146). Esta possibilidade de abusar da saúde pode ser compreendida a partir das atuais polêmicas referentes à necessidade de que as estruturas orgânicas satisfaçam o requisito de *Symorphosis* (Weibel, 1998: 2). Com isto, quer-se designar este ajuste, ao qual se refere Boorse, entre desenho estrutural e requerimento funcional ou orgânico. Esta tese supõe que o desenho dos organismos tende a ser ótimo, quer dizer, que não existe estrutura além daquela necessária para cumprir uma função” (Weibel, 1998: 3). Pelo contrário, para Canguilhem, o que caracteriza os organismos é a sua prodigalidade, um certo excesso de cada um dos nossos órgãos, que nos permite garantir uma certa margem de segurança acima do desempenho normal. “Pulmão demais, rins demais, pâncreas demais, ainda cérebro demais se limitássemos a vida à vida vegetativa. O homem se sente portador de uma super abundância de meios, dos quais é normal abusar” (Canguilhem, 1990: 133).

Porém, se por um lado o conceito de saúde se refere às funções orgânicas; por outro, deve referir-se também ao ‘corpo subjetivo’. É a partir desta singularidade que deve ser pensado o ser vivo: “este existente singular cuja saúde exprime os poderes que o constituem, a partir do momento em que deve viver sob a imposição de tarefas, isto é, em relação de exposição a um meio que ele próprio escolheu” (Canguilhem, 1990b: 22). É esta polaridade dinâmica com o meio que define um ser vivo. Trata-se, simultaneamente, de uma atividade polarizada, os dois pólos são saúde e enfermidade; ao mesmo tempo, trata-se de uma atividade normativa, na qual se indica que um desses pólos é o desejável enquanto o outro deve ser evitado. Esta polaridade dinâmica difere em cada um de nós e esta diferença torna-se radical no modo como representamos o conjunto de capacidades ou poderes que possuímos para enfrentar as agressões a que estamos inevitavelmente expostos.

Sendo assim, este corpo não é uma essência presente para sempre sem que suponha uma certa duplicidade. Por um lado, é aquele que nos é dado, seu genótipo; por outro, é algo que pertence à ordem do efeito, é um produto, seu fenótipo. É no

jogo desta duplicidade que se recortam as singularidades e que se definem as capacidades para enfrentar as infidelidades. No primeiro caso, e ao falar das composições peculiares do patrimônio genético que existe em cada um de nós, Canguilhem ressaltará que os erros de codificação genética podem ou não determinar a existência de patologias conforme as demandas impostas pelo meio aos sujeitos. Ele insiste em afirmar que uma anomalia, seja ou não genética, não pode ser associada imediatamente a uma patologia. As anomalias possuem valor neutro enquanto as patologias, valor negativo. Assim, uma anomalia só poderá ser considerada patológica se estiver vinculada a um sentimento direto e concreto de sofrimento, 'um sentimento de vida contrariada'. Neste caso, e somente neste caso, estarão justificadas as intervenções no código genético com sentido terapêutico.

Porém, o corpo não é só o resultado de seu patrimônio genético, tese elementar que os novos estudos parecem teimar em esquecer (Dagognet, 1996: 55), o corpo deve ser compreendido como o efeito, como o produto, e é então que surgem as questões teóricas e políticas, que merecem ser analisadas detidamente. "O corpo é um produto na medida em que sua atividade de inserção em um meio característico, seu modo de vida escolhido ou imposto, desporto e trabalho contribuem para modelar seu fenótipo, isto é, para modificar sua estrutura morfológica, levando a singularizar suas capacidades" (Canguilhem, 1990b: 24).

Diversas são as questões a serem consideradas com relação ao vínculo saúde-sociedade. Existem condições de vida impostas, convivência em um meio com determinadas características que não são nem poderiam ser escolhidas: alimentação deficiente, analfabetismo ou escolaridade precária, distribuição perversa da riqueza, condições de trabalho desfavoráveis, condições sanitárias deficientes. Todas essas características constituem um conjunto de elementos que precisa ser considerado na hora de programar políticas públicas e intervenções com tendência a criar formas de transformação dessas desigualdades que reconhecemos como causas de predisposição para diferentes enfermidades. Até aqui a etiologia social da doença nos remete ao âmbito do público, e é nesse âmbito que deveriam delinear-se as estratégias de intervenção. Porém, existem estilos de vida escolhidos, eleições e condutas individuais pertencentes ao âmbito do privado que também consideramos como dados a serem explicitados quando falamos de 'etiologia social'.

É preciso lembrar que a normalização das condutas e dos estilos de vida faz parte do próprio nascimento da medicina social. Desde o seu início, o âmbito do público e o âmbito do privado começaram a misturar suas fronteiras, fazendo com que as políticas de saúde se convertessem em intervenções, muitas vezes coercitivas, sobre a vida privada de sujeitos considerados 'promíscuos', 'alienados', ou simplesmente 'irresponsáveis'. Ao falar do corpo como um produto, devemos considerar a complexidade dessa distinção aparentemente trivial – basta pensar nas políticas de vacinação –, pois até hoje parece existir uma falta de simetria entre

as intervenções que privilegiam um ou outro desses âmbitos. Tudo parece indicar que é mais simples normalizar condutas do que transformar condições perversas de existência.

Giovanni Berlinguer (1996) diferenciara estes dois espaços de intervenção ao referir-se ao conceito de iniquidade. Acompanhando Margaret, ele considera que devem ser pensadas como diferenças injustas, como iniquidades, aquelas derivadas de comportamentos insalubres, quando a escolha do indivíduo é claramente limitada; a exposição a condições de vida estressantes e insalubres e o acesso inadequado a serviços de saúde essenciais. Pelo contrário, não podem ser consideradas injustas as diferenças derivadas de condições naturais, patrimônio genético, por exemplo, nem os comportamentos prejudiciais à saúde que foram livremente escolhidos.

Para Berlinguer, é preciso dirigir as políticas públicas para controlar as desigualdades do primeiro grupo, evitando intromissões indesejáveis em condutas que os indivíduos tenham escolhido livremente. As intervenções que tendem a diminuir a exposição a condições de vida insalubres resultam essenciais se compreendermos que a saúde só pode ser pensada nesta polaridade dinâmica, vinculada ao indivíduo e ao meio. É no interior de um meio capaz de garantir uma existência saudável que o indivíduo pode constituir-se como um sujeito capaz de tolerar as infrações e as infidelidades a que estamos expostos. Pelo contrário, a diminuição da saúde supõe limites a essas compensações contra as agressões do meio; e da mesma maneira que certas doenças contribuem para diminuir esta margem de tolerância, existe todo um conjunto de condições desfavoráveis de existência que deve ser considerado como sendo causa de predisposição para doenças futuras: falta de alimentação adequada, trabalho infantil, desnutrição ou exposição a inclemências ambientais.

A saúde não pode ser reduzida a mero equilíbrio ou capacidade de adaptação, pode definir-se como "o conjunto de *seguranças* no presente e de *seguros* para o futuro" (Canguilhem, 1990b: 30 – Grifos nossos), como a possibilidade de ficar doente e de se recuperar. A saúde é algo assim como 'um luxo biológico' que nada tem a ver com equilíbrio, adaptação ou conformidade com o meio ambiente.

Poderíamos dizer que a definição de saúde dada por Canguilhem supõe uma certa capacidade da adaptação, porém que a excede. É que a explicação orgânica de ajuste ou adaptação corresponde, desde a sua perspectiva teórica, não ao conceito de saúde, mas sim ao conceito de 'normalidade'.

A capacidade de ajuste nos fala de um organismo normal que podemos ou não considerar como saudável. Pensemos, por exemplo, em uma pessoa que, por alguma razão, possuísse somente um rim; suponhamos também que esta pessoa conseguisse cumprir as exigências impostas por seu meio, conseguisse levar uma vida livre de obstáculos e dar respostas ativas de modo a conquistar um ajuste e uma

inter-relação de forma e de função com seu meio ambiente. Diremos, neste caso, que esta pessoa é normal no sentido restrito da compatibilidade com a vida, mesmo que não possa ser considerada 'saudável', e isto se baseia na incapacidade, que caracteriza esta pessoa, para viver em um meio diferente, em um meio que não seja restritivo e controlado, em relação ao qual já se tenha obtido um estado de equilíbrio. Neste caso, pensemos em certas malformações ou afecções: uma pessoa pode ser normal em um determinado meio e não sê-lo diante de qualquer variação ou infração do mesmo. Por 'normal', devemos entender algo além de 'compatível com a vida'; como vimos, o conceito de normal está indissolúvelmente ligado ao de média estatística ou tipo. Sabemos que esses conceitos, longe de serem estritamente biológicos, respondem a parâmetros ou médias considerados como 'normas' de adaptação e de equilíbrio com o meio ambiente.

Canguilhem estabelece, a este respeito, um debate com aqueles teóricos que supõem existir uma identificação entre norma e média pela qual os valores considerados como médias estatísticas nos dariam as medidas certas daquilo que deve ser considerado como normal para um organismo. Em *O Normal e o Patológico*, o autor inverterá essa suposição e afirmará que, num sentido estrito, não é a média que estabelece o normal, mas, pelo contrário, "as constantes funcionais exprimem normas de vida que não são o resultado de hábitos individuais e sim de valores sociais e biológicos" (Canguilhem, 1990a: 146). Ele afirma que devemos considerar as medidas (constantes) fisiológicas como expressão de normas coletivas de vida, histórica e socialmente mutantes.

Isto implica afirmar que quando o homem inventa formas de vida, inventa também modos de ser fisiológicos, e que é através da variação das normas sociais e vitais que se produzem variações nas médias estatísticas que consideramos constantes funcionais. "O normal não tem a rigidez de um determinante que vale para todas as espécies, mas somente a flexibilidade de uma norma que se transforma em relação às condições individuais, então é claro que o limite entre o normal e o patológico se apresenta impreciso" (Canguilhem, 1990a: 145).

Esta imprecisão que se refere às fronteiras estatísticas que separam vários indivíduos considerados simultaneamente é, em compensação, "perfeitamente precisa para um único e mesmo indivíduo considerado sucessivamente" (1990a: 145). Como Canguilhem insistirá, a distinção entre o normal e o patológico é algo muito diferente de uma simples variação quantitativa, como supuseram Claude Bernard, Auguste Comte ou Emile Durkheim; existe, pelo contrário, uma diferença qualitativa substancial entre um e outro estado que não pode reduzir-se a cálculos, médias ou constantes. "O patológico implica em um sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência, sentimento de vida contrariada" (Canguilhem, 1976: 187). A saúde, por sua vez, implica muito mais do que a possibilidade de viver em conformidade com o meio externo, implica a capacidade de 'instituir novas normas em situações novas'.

Norma e Valor

Insistimos até aqui nas dificuldades inerentes a uma associação entre os conceitos de normalidade, saúde e frequência. Porém, o conceito de 'normal' é duplo – de um lado nos remete, como já vimos, à noção de média estatística, constantes e tipos; de outro, trata-se de um conceito valorativo que se refere àquilo que é considerado como desejável em um determinado momento e em uma determinada sociedade. O primeiro sentido é solidário ao conceito de saúde enunciado por Boorse. O segundo vincula o normal com valores sociais ou vitais: diz-nos como uma função ou processo “deveria ser” (Nordenfeld, 2000: 64). Tal como afirma Michel Foucault (1992: 181), “é o elemento que circula do disciplinário ao regulador, que se aplica ao corpo e às populações, e que permite controlar a ordem do corpo e os fatos de uma multiplicidade humana, é a norma”. Acreditamos que este sentido valorativo do normal pode nos permitir uma melhor compreensão do conceito de saúde enunciado pela Organização Nacional da Saúde (OMS): “A saúde é um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não a mera ausência de moléstia ou doença” (Moura, 1989: 43).

Esta definição é freqüentemente objeto de críticas, diz-se, por exemplo, que é um conceito utópico porque este estado é inatingível; diz-se que é impossível medir o nível de saúde de uma população a partir deste conceito porque as pessoas não permanecem constantemente em estado de bem-estar; e afirma-se, na maioria das vezes, tratar-se de uma definição que carece de objetividade porque está baseada em um conceito subjetivo, o conceito de bem-estar. Madel Luz, por exemplo, dirá que “não é preciso, nem possível adotar a poética definição da OMS porque não teríamos como medir, pela subjetividade implícita na definição, a extensão da ausência de saúde na população brasileira, ao longo de sua história” (Luz, 1979: 165).

Parece que a maior dificuldade desta definição está no caráter 'mutante', 'móvel' e 'subjetivo' que acredita-se inerente ao conceito de bem-estar. Acreditamos, contudo, que o caráter subjetivo parece ser um elemento inerente à oposição enfermidade-doença. É necessário pensar que, ainda que se restrinja o fenômeno saúde ao âmbito do puramente biológico, existe um elemento, caracterizado e categorizado como sintoma, que não pode jamais ser liberado totalmente de seu caráter subjetivo, referimo-nos à 'dor'. Na medida em que toda dor é uma sensação, ela variará necessariamente de acordo com aquele que a sente e nem sempre poderá ser enunciada do mesmo modo por diferentes sujeitos, ainda que possa ser reduzida a um 'padrão constante'. Sendo assim, será preciso afirmar que, inclusive o mais rigoroso e estrito mecanismo biologicista, na medida em que não pode prescindir de referências a 'sintomas' e, conseqüentemente, a estados subjetivos de 'dor', não pode escapar desta crítica. Isto é, o caráter subjetivo é inseparável do conceito de saúde, e esta associação permanecerá restrita ou ampliada, não importa a definição que dermos da mesma.

Acreditamos que a maior dificuldade deste conceito não se deva a seu caráter utópico e subjetivo, mas somente ao que pode resultar politicamente conveniente para legitimar estratégias de controle e de exclusão de tudo aquilo que consideramos como fora do normal, indesejado ou perigoso. A partir do momento em que se afirma o 'bem-estar' como valor – físico, psíquico e social –, reconhece-se como pertencente ao âmbito da saúde tudo aquilo que, em uma sociedade e em um momento histórico preciso, nós qualificamos de modo positivo – aquilo que produz ou que deveria produzir uma sensação de bem-estar, aquilo que se inscreve no espaço da normalidade: a laboriosidade, a convivência social, a vida familiar, o controle dos excessos. Ao fazê-lo, se desqualificará inevitavelmente, como um desvalor, como o reverso patológico e doentio de tudo aquilo que se apresente como perigoso, indesejado ou que simplesmente é considerado como um mal. Como afirma Canguilhem, citando Bachelard: "A vontade de limpar precisa de um adversário que esteja à sua altura" (Canguilhem, 1990b: 27). Por isso, o conceito de normal entendido como valor não se opõe nem à doença nem à morte, mas somente à monstruosidade que é seu contravalor vital. A monstruosidade não é senão um fenômeno biológico intermediário entre o médico e o jurídico. A monstruosidade se associa à diferença, à variabilidade de valor negativo, no sentido vital e social: é aquilo que consideramos como social e medicamente perigoso e nocivo (Canguilhem, 1976: 204).

Parece haver algo que escapa a estas definições da OMS, algo que Nietzsche soube enunciar em um de seus aforismos de *La Gaya Ciência* (1984), quando denuncia que aqueles que pretendem socorrer aos outros "não pensam que o infortúnio pode ser uma necessidade pessoal e que você e eu podemos necessitar tanto do terror, das privações, da pobreza, das aventuras, dos perigos, dos desenganos como dos bens contrários" (1984: 338). O certo é que os infortúnios, assim como as doenças, sejam eles procurados ou desejados, fazem parte de nossa existência e não podem ser pensados em termos de crimes e de castigos. Esta é a dimensão que negamos quando pensamos nas infrações, em termos de doença, quando assistimos medicamente aos 'indesejáveis', quando consideramos como objeto de medicalização aquelas pessoas que não desejam, ou simplesmente não procuram conquistar esse amplo e equívoco valor, que chamamos de 'bem-estar'.

Esta ambigüidade parece ser ainda mais difícil de aceitar quando falamos de bem-estar social ou mental. Dejours (1986) afirmará não somente que é difícil definir o que devemos entender por bem-estar mental, mas que, vendo mais longe, pode tornar-se muito perigoso tentar defini-lo. Para explicar tal afirmação, ele recorrerá a dois exemplos: o alcoolismo e a angústia.

O estado de bem-estar parece supor uma existência sem angústias, desconsiderando que os erros, os fracassos, as infidelidades fazem parte de nossa história e que, em alguns casos, o mal-estar pode resultar mais estimulante do que a absoluta carência de desafios. A partir do momento em que nosso mundo é um mundo de acidentes possíveis, a saúde não poderá ser pensada como carência de

erros, mas sim como a capacidade de enfrentá-los. É por isso que Canguilhem dirá que não existe nada igual a uma saúde perfeita, e que a experiência do vivo inclui a experiência da doença.

Porém, ao falar de bem-estar social e mental sem problematizar estes conceitos, o discurso médico acaba ocupando o lugar do discurso jurídico e tudo aquilo que consideramos perigoso torna-se objeto de uma intervenção que já não se baseia na pretensão de proteger a sociedade desses sujeitos indesejáveis, mas ao contrário, se baseia na certeza de que esta intervenção persegue um objetivo altruísta, seja o caso da recuperação das pessoas ou da prevenção de riscos. Acreditamos que é preciso negar-se a aceitar qualquer tentativa de caracterizar os infortúnios como patologias que devem ser assistidas medicamente, bem como é preciso negar-se a admitir um conceito de saúde baseado em uma associação com tudo que consideramos como moral ou existencialmente passível de valorização. Pelo contrário, é preciso pensar em um conceito de saúde capaz de contemplar e integrar nossa capacidade de administrar de forma autônoma esta margem de risco, de tensão, de infidelidade, e por que não dizer, de 'mal-estar', com que inevitavelmente devemos conviver.

Isto nos conduz a outra dificuldade. No momento em que se associam conceitos de normalidade e saúde, também, e como consequência inevitável, se associarão os conceitos de patologia e anomalia. Sendo assim, qualquer variação do tipo específico – esta é a definição que Canguilhem dá de anomalia – será considerada como patológica, isto é, como uma variação biológica de valor negativo, e conseqüentemente, passível de medicalização. Esta extensão da terapêutica a qualquer variabilidade parece esquecer que a patologia só pode ser assim considerada no que diz respeito ao reconhecimento que o ser vivo faz de si próprio como doente, pois só ele pode conhecer o momento exato em que começa a doença, e este momento será caracterizado pela incapacidade de dar resposta aos deveres que seu meio lhe impõe.

Por fim, digamos que as mesmas dificuldades assinaladas por Dejours (1986), ao falar de bem-estar mental, se repetem ao falar de bem-estar social. Canguilhem afirmará, em sua crítica a Comte, que não podemos falar sem ambigüidade de normalidade e de patologia social: o normal e o patológico, embora nos remetam a valores sociais, não podem ser pensados independentemente dos valores vitais e, conseqüentemente, não podem ser predicados de fenômenos sociais sem gerar dificuldades.

Segundo a concepção de Canguilhem, não existem as assim chamadas patologias, nem as assim chamadas anomalias sociais. Nesse sentido, em um 'mal-estar social', tal como, por exemplo, aquele que é experimentado por um estrangeiro diante das dificuldades e infidelidades que seu novo meio lhe impõe, nem o mais insignificante aspecto poderia ser pensado como uma patologia; é justamente nesse exemplo das chamadas patologias sociais que se centraram suas críticas a Comte e a Durkheim – ambos supuseram, ainda que de maneiras diferentes, que é possível

traçar analogias entre o corpo e a sociedade e que, conseqüentemente, é possível falar de anomalias ou de patologias sociais, um amplo espectro que pode incluir o suicídio, o crime ou a revolução.

A relação entre fatores biológicos e sociais ou entre normas biológicas e sociais é um problema teórico complexo (Grmek, 1995). Não é simples decidir o que devemos compreender por normalidade ou bem-estar social, mas, sem dúvida, ficarão excluídas desse espaço as atitudes chamadas de 'desajuste social'.

Como afirma Aubrey Lewis (1998), o desajuste social de um indivíduo nunca será total, e se compreendermos que muitas vezes o que chamamos de desajuste está diretamente ligado à "não conformidade com as instituições, práticas tradicionais, costumes verbais e outros costumes predominantes na sociedade, este tipo de desajuste social poderia ser, claro, aceito e admirado" (1998: 163). É surpreendente que, durante tanto tempo, a insistência em vincular mal-estares biológicos e sociais tenha podido se repetir e ser utilizada como instrumento teórico privilegiado na área da saúde pública sem que tenha sido realizada uma crítica dos inúmeros problemas que esta associação supõe.

Se assumirmos a necessidade de uma crítica dirigida a essas "construções conceituais pouco sólidas", deveremos concordar com a afirmação de que "apesar de politicamente generosa, nossa profissão de fé nos determinantes sociais", que se estendeu por uma geração inteira de expoentes do pensamento social em saúde, acabou substituindo o 'texto' pelo 'contexto' (Castro Santos, 1998: 148), confundindo dois níveis de análise, o das condições sociais de existência e o das patologias sociais.

Normalidade e Saúde Coletiva

Falta interrogarmo-nos sobre a operatividade do conceito de saúde esboçado por Canguilhem quando pretendemos falar, não dos sujeitos individuais, mas de grupos ou populações, isto é, quando nos preocupamos com a saúde pública. Canguilhem destaca um feito que muitas vezes não é considerado na hora de programar políticas públicas e ações coletivas de saúde, um feito que deriva quase necessariamente do enunciado de Lerich, que serve como ponto de partida para sua reflexão: "A saúde não é só a vida no silêncio dos órgãos, é também a vida na discrição das relações sociais" (Lerich apud Canguilhem, 1990a: 26).

Se considerarmos este simples feito, que é a 'discrição', veremos que o próprio conceito de 'saúde pública' parece discutível. Para Canguilhem, seria mais correto falar de 'salubridade'. Isto porque a saúde como fenômeno que não possui uma idéia que lhe corresponda; como um fenômeno que é, ao mesmo tempo, presente e opaco, parece ser alheio ao espaço do 'público'; ela se desenvolve no silêncio do cotidiano, no anonimato. "O homem sadio, que se adapta silenciosamente às suas tarefas, que vive sua existência na liberdade relativa de suas escolhas, está presente

na sociedade que o ignora" (Canguilhem, 1990b: 28). A vida, no silêncio dos órgãos, reclama, como contrapartida, que este seja ignorado, reclama a discricção das relações. Quem solicita atenção, quem precisa ser escutado, é aquele que se sabe e se sente doente: "é o doente quem pede ajuda, quem chama a atenção" (Canguilhem, 1990b: 27). É por isso que deveria ser a doença e não a saúde a inscrever-se no domínio do 'público', no domínio da 'publicidade'.

Se nosso mundo é um mundo de acidentes possíveis, de dificuldades e de infidelidades, e se a saúde é entendida a partir do conjunto de poderes que nos permite viver sob as exigências de um meio em princípio não escolhido, então é preciso e necessário que pensemos que a 'discricção' deve ser um dos elementos mais importantes, e não o menos importante, a ser considerado na hora de planejar políticas públicas, tanto de assistência quanto de promoção e prevenção. Mas, para que esta discricção possa ser efetiva, para que ela não se transforme em 'omissão', devemos recordar, uma vez mais, que a definição de saúde esboçada por Canguilhem implica que esta margem de segurança e de tolerância deva ser ampliada ao máximo possível. A saúde, como produto, implica não só segurança contra os riscos, mas também capacidade para corrigir a margem de tolerância, ampliando-a de modo a nos permitir enfrentá-los. "Sem poder de expansão, sem domínio sobre as coisas, a vida é indefensável" (Canguilhem, 1990b: 27).

Só podemos falar de saúde quando detemos os meios para enfrentar nossas dificuldades e compromissos, e a conquista e ampliação destes meios é uma tarefa ao mesmo tempo individual e coletiva.

A saúde é a liberdade de dar de comer ao corpo quando ele tem fome, de fazê-lo dormir quando tem sono, de dar-lhe açúcar quando baixa a glicemia. Não é anormal estar cansado ou com sono, não é anormal ter uma gripe (...). Pode ser que seja anormal ter algumas doenças. O que não é normal é não poder cuidar desta doença, não poder ir para a cama, deixar-se levar pela doença, deixar que as coisas sejam feitas por outros por algum tempo, parar de trabalhar durante a gripe e poder volta. (Dejours, 1986: 11)

A saúde entendida como margem de segurança exige que integremos aqueles elementos relativos às condições de vida que foram enunciados na definição ampliada da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília no ano 1986; acontece que esta integração se dá de um modo diferente. Tanto Dejours quanto Canguilhem partem de uma mesma suposição: "A saúde das pessoas é um assunto ligado às próprias pessoas. Esta idéia é primordial e fundamental, não se pode substituir os atores da saúde por elementos externos" (Dejours, 1986: 8). Dito de outra maneira, a fronteira entre o normal e o patológico só pode ser precisa para um indivíduo considerado 'simultaneamente'; é cada indivíduo quem sofre e reconhece suas dificuldades para enfrentar as demandas que seu meio lhe impõe.

Não é exclusivamente por esta referência à polaridade indivíduo-meio que os estudos de Canguilhem podem contribuir para a saúde coletiva; existem outros

elementos que precisam ser considerados. A tese de que a experiência do ser vivo inclui a doença, isto é, a idéia de que não existe saúde perfeita, nos fala da ilegitimidade dessas políticas de saúde preocupadas em alcançar objetivos impossíveis; talvez descubramos que essas políticas estão mais próximas das estratégias de mercado do que dos efetivos programas de promoção da saúde.

A tese que afirma não ser possível identificar anomalia com patologia pode contribuir para redefinir certos programas sanitários. Lembremos que a anomalia é uma variação individual, uma irregularidade que escapa das frequências médias, não é um termo normativo ou apreciativo, mas sim descritivo. Se a anomalia se vincula a sofrimento individual, a 'sentimento de impotência e de vida contrariada', então, e só então, poderá ser considerada como uma patologia. Acontece que este *phatós* não está registrado nas estatísticas que estabelecem frequência e normalidade e, muitas vezes, os programas de saúde coletiva omitem este fato, identificando desvio da média com patologias a serem corrigidas ou com condutas de risco a serem prevenidas.

Em contrapartida, o conceito de saúde como abertura ao risco nos permite repensar os conceitos de prevenção e de promoção da saúde. Lembremos que, para Canguilhem, a saúde implica segurança contra os riscos, audácia para corrigi-los e possibilidade de superar nossas capacidades iniciais. Nesse sentido, competirá aos programas de saúde coletiva criar estratégias de prevenção das doenças capazes de minimizar a exposição a riscos desnecessários e, ao mesmo tempo, gerar políticas de promoção da saúde que nos permitam maximizar a capacidade que cada indivíduo possui para tolerar, enfrentar e corrigir aqueles riscos ou traições que inevitavelmente fazem parte da nossa história.

Definimos aqui prevenção e promoção da saúde em função do propósito que se pretende alcançar e não exatamente pela atividade realizada. Assim, enquanto a promoção da saúde reúne o conjunto de atividades realizadas com o propósito de melhorar um estado de saúde positivo – cuidado ambiental, por exemplo –, a prevenção das doenças e danos é o conjunto de atividades – vacinação, por exemplo – que perseguem o propósito de evitar conseqüências negativas ou riscos para a saúde (Liss, 2001).

Não é todo e qualquer risco que pode ou deve ser evitado. Lembremos que em *O Normal e o Patológico*, saúde é 'poder ficar doente e recuperar-se' e, assim, ao superar as doenças, converter-se em um corpo 'mais válido'. É a partir daqui que podemos pensar em Pasteur. Acaso "a vacina não é o artifício de uma infecção justamente calculada para permitir que o organismo se possa opor, a uma infecção agressiva?" (Canguilhem, 1990b: 26). Inversamente, a saúde deficiente é aquela cuja margem de tolerância é reduzida. O que mais tememos ao ficarmos doentes é a debilidade que nos expõe a doenças futuras, diminuindo nossa margem de segurança.

Porém, se partirmos da certeza de que os riscos, as infidelidades e até as doenças fazem parte de nossas vidas, será preciso que nos interroguemos sobre o alcance do conceito de risco. Dizer que a busca da saúde perfeita é um objetivo ilegítimo para a saúde pública significa afirmar que os riscos fazem parte da saúde. Isto nos exige poder diferenciar quais são os riscos que podem e devem ser evitados e quais são inerentes à existência humana. Só quando tivermos clareza a respeito desta distinção é que poderemos construir táticas que respeitem a exigência, considerada fundamental por Canguilhem, de 'discrição das relações sociais', isto é, estratégias capazes de admitir que a saúde das pessoas é um assunto que se refere primordialmente a elas próprias.

O certo é que esta discrição se manteve, por muito tempo, como um elemento alheio à saúde pública. "É aqui que certo discurso encontra sua ocasião e justificação. Este discurso é o da higiene, disciplina médica tradicional, recuperada e travestida por uma ambição sócio-político-médica de regulamentação da vida dos indivíduos" (Canguilhem, 1990b: 24). Esta pesada herança da higiene e da medicina legal, da qual a saúde pública parece ainda não ter podido libertar-se, se reitera por vezes em certas políticas atuais dirigidas ao controle das consideradas populações e condutas de risco.

Desde os estudos de Villermé (1840) sobre as condições de vida dos operários da indústria de algodão até o último estudo epidemiológico sobre a violência no trânsito, uma mesma estratégia se mantém igual: apresentar, com o auxílio de modelos estatísticos mais ou menos sofisticados, os riscos detectados e o modo de preveni-los e administrá-los. Existe algo, entretanto, que desde 1846 até nossos dias, parecia ficar necessariamente excluído desses estudos. Este espaço do risco que não traz obrigatoriamente a marca do indesejado, que parece ser quase deliberadamente procurado, como se nós imaginássemos que ali, onde as estatísticas mostram o negativo a ser controlado, ocultara-se certa positividade, menos evidente e transparente do mesmo fato, certa margem de sedução associada ao mesmo. Foi assim que, em 1846, Villermé dirigiu seus esforços de higienista para argumentar em favor da necessidade de controlar os riscos vinculados ao consumo de álcool, no caso concreto dos trabalhadores da indústria produtora de algodão, riscos evitáveis de empobrecimento, imoralidade, indolência. Porém, este mesmo fenômeno era tratado de um modo muito diferente pelos operários aos quais se referia este estudo: eles podiam encontrar ali um espaço de fuga, de auto-reconhecimento, de camaradagem, enfim, de prazer.

Em um maravilhoso estudo realizado em 1870, chamado *Le Sublime: ou le travailleur comme il est en 1870* (1980), seu autor, um empresário chamado Denis Poulot, tenta apresentar os costumes e hábitos dos operários parisienses de sua época; sua intenção era transformar as condutas que ele desaprovava. Porém, no momento de descrevê-las e explicitá-las, Poulot acabou revelando um mundo desconhecido, a vida interior das oficinas do século XIX, um mundo onde os hábitos valorizados e os costumes considerados 'sublimes' resultam completamente opostos aos valorizados tanto pelos empresários quanto pelos higienistas.

Poulot não se limita a analisar a vida do trabalhador dentro das fábricas e oficinas, entra em sua existência quotidiana, em um mundo de resistência criado fora da fábrica, um ano antes da Comuna de Paris. São analisadas, assim, por meio de estudos estatísticos rudimentares, o grau de embriaguez e sobriedade; o grau de indolência e disposição para o trabalho; o grau de conformidade com o modelo familiar burguês; o grau de violência entre companheiros (Cotterau, 1980: 14).

Contra qualquer desejo dos higienistas, o estudo de Poulot mostra que a categoria de operários mais respeitada entre eles, os operários de elite, chamados de sublimés, se caracterizam por serem "verdadeiros alcoólatras, funcionam à base de vinho, tanto na fábrica como fora dela" (Poulot, 1980: 183). O fato é que somente junto com o álcool aparecem a camaradagem, o respeito dos colegas, as lutas coletivas. Entre muitas outras coisas, tais como uma péssima vida familiar, esses operários se caracterizam também por serem "leitores de jornais levianos, e apaixonados pela leitura de romances ignóbeis" (Poulot, 1980: 165).

Este mesmo raciocínio pode ser repetido em relação a diferentes estudos que se detêm no cálculo e na gestão de riscos, isto é, na identificação dos efeitos adversos potenciais do fenômeno em análise, e nos modos de evitá-los, sem considerar que possa existir algo de desejável nesta busca.

Se nos perguntarmos até onde é possível estender o conceito de saúde como abertura ao risco, excluindo os temores e os fantasmas que têm estado classicamente associados aos conceitos de 'grupo de risco' ou de 'comportamento de risco', é possível que possamos encontrar em Canguilhem um bom ponto de partida para iniciar esta reflexão. Em primeiro lugar, porque ele considera que a tentação de 'ficar doente' ou de assumir riscos é uma característica essencial da fisiologia humana. Em segundo lugar, pelo esforço dedicado a diferenciar as duas modalidades que confluem para a idéia de anormalidade (frequência e valor). A partir desta perspectiva, não pode existir nenhum espaço para as chamadas 'condutas de risco', nem para os assim chamados 'grupos de risco', estatisticamente determinados, quando os associamos às idéias de abuso ou excesso ou simplesmente às de irresponsabilidade e descuido.

Os Usos do Risco

Robert Castel (1986) nos fala de uma transformação sofrida pelo conceito de risco que pode ajudar a complementar os trabalhos de Canguilhem. Ele dirá que, recentemente, produziu-se um deslocamento das intervenções curativas terapêuticas para um "gerenciamento administrativo preventivo das populações de risco" (1984: 153) aliado a estratégias de promoção da saúde que nos conduzem a exercer um certo 'trabalho' sobre nós mesmos, destinado à produção de corpos saudáveis, eficientes

e adaptáveis. Prevenção significa agora 'mapeamento de riscos'; este mapeamento já não se refere, como nos tempos de Villermé, à presença de um perigo concreto para um indivíduo ou grupo, correlação álcool – proletariado, sem que se tenha disseminado na somatória variável de dados impessoais, de fatores independentes que podem, eventual e potencialmente, conjugar-se para levar este grupo a realizar condutas medicamente indesejáveis. "Em termos de lógica, o diagnóstico de periculosidade sobrepõe a categoria do possível à categoria do real, com o pretexto de que o possível é – mais ou menos – provável" (1984: 155).

É por isso que, como afirma Castel, prevenir é, antes de tudo, vigiar, "antecipar a emergência de acontecimentos indesejáveis" (doenças, anomalias, condutas desviadas etc.) "no seio de populações estatísticas detectadas como portadoras de risco" (1984: 154). Promover a saúde, quando não se trata de controlar politicamente as condições sanitárias de trabalho e de vida da população em geral, mas criar 'hábitos saudáveis', é uma vigilância que cada um de nós deve dirigir a si próprio, tomando como ponto de partida esta mesma identificação entre a probabilidade estatística e o real. Estas estratégias podem gerar tanto ações inócuas ou efetivamente benéficas para nossa saúde como modos de controle e exclusão.

O risco se mede pela correlação de critérios associados: alguns são critérios médicos; outros, sociais. Assim, quando nos questionamos, por exemplo, sobre o perigo da mortalidade materna no parto, aparecem fatores, tais como a idade da mãe, se realizou ou não o pré-natal, se é solteira, se trabalha, se é usuária de drogas etc. Se estes fatores convergem no quadro do que se denomina uma 'mãe de risco', então se pedirá, mesmo que nem sempre aconteça, a intervenção de diferentes olhares médicos, o assistente social, o psicólogo, o agente comunitário, a enfermeira etc. Sendo ou não eficaz, este tipo de ação permitiria "organizar um fichário geral de anomalias" (Castel, 1986: 140). Se possibilitaria, assim, a separação dos universos familiares: "as famílias normais, as que não têm história ou cujas histórias não chegaram aos serviços sociais" (Castel, 1986: 141), e as outras, que se destacam de modo indefinido e confuso como anormais, as que representam riscos médicos ou sociais.

Assim, "a prevenção é a vigilância não do indivíduo, mas de prováveis ocorrências de enfermidades, anomalias, comportamentos desviados a serem minimizados, e de comportamentos saudáveis a serem maximizados (promoção)" (Rabinow, 1999: 145). Já não se trata de normalizar indivíduos pelo restabelecimento da norma da qual o paciente se desviara, mas de prever, antecipar a emergência/aparecimento de acontecimentos indesejáveis, desvios possíveis do normal, entre populações estatisticamente detectadas como de risco.

Uma vez mais, o que nos permite trazer o mapa dos comportamentos que devem ser considerados normais e aqueles que não devem ser assim considerados é a freqüência. Nesse caso, os fatores de risco podem concentrar perfeitamente as duas

caras do normal. As populações ou condutas de risco são aquelas que consideramos, ao mesmo tempo, como desvio da média – norma como frequência – e que identificamos como médica ou socialmente perigosa – norma como valor. Fica difícil considerar, neste contexto, a exigência de ‘discrição das relações sociais’ postuladas por Canguilhem. Do mesmo modo, dificilmente pode ser pensada a inevitabilidade ou ainda a positividade de certos riscos e desafios que, em determinadas circunstâncias, podemos considerar como desejáveis e que poderiam ser integrados no conceito de saúde.

Porém, existe um outro problema que deve ser observado. Quando o olhar médico privilegia as populações consideradas de risco, pode desprezar as necessidades médicas dos grupos considerados normais. É o que parece ter ocorrido em relação à Aids, com as ‘donas de casa’. Na Folha de São Paulo de 26 de novembro (Biancarelli, 2001), aparece um dado alarmante: não são as prostitutas, nem os homossexuais, nem os usuários de drogas injetáveis que lideram as mortes por Aids na cidade de São Paulo, mas sim as ‘donas de casa’. Entre os motivos, encontramos a escassez de informação e o isolamento em que elas costumam viver, porém, encontramos também um dado médico significativo – elas são as principais vítimas da idéia, ainda compartilhada por muitos profissionais da saúde, de que existem grupos de risco: “Heterossexuais, casadas e não usuárias de drogas injetáveis, elas estariam fora da linha de perigo” (Biancarelli, 2001). Tal fato explicaria o número de diagnósticos tardios, o que pode significar, hoje, em relação à Aids, uma condenação à morte.

Lamentavelmente, as atuais políticas de saúde parecem encontrar ainda um suporte teórico na idéia de ‘periculosidade do risco’. Como afirma Castel: “Não se trata tanto de enfrentar uma situação já perigosa, mas de antecipar todas as imagens possíveis da erupção do perigo. O que marca o vazio do lugar do perigo é a distância numérica, em relação às normas médias” (1984: 154).

As cifras mostram que os maiores riscos são sofridos pelas populações marginais, estrangeiros, desocupados, homossexuais, e isto permitiu que a saúde pública construísse sua história através de uma série de intervenções dirigidas, fundamentalmente, para as chamadas populações de risco, herdeiras da clássica associação entre ‘classes pobres e classes perigosas’. Para conhecer o modo como elas viviam, para compreender suas condutas e calcular seus riscos, utilizou-se uma antiga estratégia que ainda hoje não nos parece distante: ‘penetrar no interior das famílias’ para poder, assim, descobrir e prevenir enfermidades futuras. Nossos atuais programas de saúde da família podem acabar reproduzindo, mais uma vez, essas estratégias; podem converter-se nos herdeiros dos programas higienistas, aos quais se refere Canguilhem, mantendo intacta sua ‘ambição sócio-político-médica’ de controle da vida dos indivíduos e das populações de risco.

Conclusão

Parafraseando Castel, poderíamos retomar uma inquietante e muito pouco tranquilizadora questão: "O que nos qualifica como médicos, sanitaristas ou agentes comunitários a desempenhar o papel de conselheiros do príncipe e de mediadores do povo? O que existe em nossa teoria e em nossa prática que possa nos autorizar a intervir sobre fatores, tais como a miséria, a insalubridade da moradia, a 'subeducação', a violência ou a moralidade? Parece que, para poder responder a estas perguntas, e para limitar esta ambição de intromissão na vida dos indivíduos, devemos alcançar uma certa clareza em relação a conceitos, como saúde, risco, normalidade. Talvez a conceitualização da saúde como segurança contra o risco e audácia para corrigi-lo, a separação entre anomalia e patologia e o privilégio concedido ao sofrimento individual possam nos auxiliar a enfrentar o desafio de gerar estratégias de saúde pública mais efetivas e solidárias.

Pouco a pouco, parece surgir um novo discurso que nos fala da aceitação do risco. Embora muitas formas de controle permaneçam intactas, parece estar emergindo um novo modo de tematização, que nos permite, por exemplo, pensar de outro modo as estratégias de prevenção da Aids. Pelo menos no que diz respeito a esta doença, sabemos hoje que já não é possível falar em população ou grupo de risco. Práticas preventivas estimuladas, tais como o uso de preservativos ou os programas de troca de seringas para usuários de drogas parecem falar de certa tolerância para com os riscos. Essas práticas sinalizam um novo modo, mais solidário e menos punitivo, de conviver com condutas consideradas perigosas.

Referências Bibliográficas

- BERLINGUER, G. *Ética da Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.
- BIANCARELLI, A. Donas-de-casa lideram mortes por Aids. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 26. nov. 2001. Cotidiano.
- BOORSE, C. On the distinction between disease and illness. *Philosophy and Public Affairs*, 5: 40-68, 1975.
- CANGUILHEM, G. *El Conocimiento de la Vida*. Barcelona: Anagrama, 1976.
- CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1990a.
- CANGUILHEM, G. *La Santé: concept vulgaire & question philosophique*. Paris: Sables, 1990b.
- CASTEL, R. *La Gestión de los Riesgos*. Barcelona: Anagrama, 1986.
- CASTRO SANTOS, L. A. Os Significados da Saúde: uma leitura de Audrey Lewis. Rio de Janeiro. *Physis*, 8(1): 145-150, 1998.

- COTTEREAU, A. *Vie Quotidienne et Résistance Ouvrière à Paris en 1870*. Paris: Maspero, 1980.
- DAGOINET, F. *Pour une Philosophie de la Maladie*. Paris: Textuel, 1996.
- DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 1: 2-15, 1986.
- DESCARTES, R. *Meditaciones Metafísicas*. Madri: Hispamérica, 1981.
- FOUCAULT, M. *Genealogía del Racismo*. Buenos Aires: Altamira, 1992.
- GRMEK, M. *Declin et emergence des maladies*. *Revista História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 2(2): 9-32, 1995.
- ILLICH, I. *Nêmesis de la Medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- KANT, I. *Conflito das Faculdades*. Buenos Aires: Losada, 1967.
- LEWIS, A. *A Saúde como Conceito Social*. *Physis*, 8(1): 151-175, 1998.
- LISS, P. *Seminário: ética e saúde*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2001. (Mimeo.)
- LUZ, M. Saúde e instituições médicas no Brasil. In: GUIMARÃES, R. (Org.) *Saúde e Medicina no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- MOURA, D. *Saúde Não se Dá, Conquista-se*. São Paulo: Hucitec, 1989.
- NIETZSCHE, F. *La Gaya Ciencia*. Madri: Editora Sarpe, 1984.
- NORDENFELD, L. *Conversando sobre Saúde: um diálogo filosófico*. Florianópolis. Bernuncia, 2000.
- POULOT, D. *Le Sublime ou le Travailleur comme il est en 1870 et ce qu'il Peut Être*. Paris: Maspero, 1980.
- RABINOW, P. *Antropologia da Razão*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999.
- VILLERMÉ, L. *Tableau de l'Etat Physique et Moral des Ouvriers*. Paris: Impr. Impériale, 1846.
- WEIBEL, E. Symmorphosis and Optimization of Biological design: introduction and questions. In: WEIBEL, E.; TAYLOR, R. & BOLIS, L. (Eds.) *Principles of Animal Design: the optimization and Symmorphosis Debate*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.