

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

Milton Nuevo de Campos Neto

**A MEDICINA ENTRE O CONCRETO E O ABSTRATO: consequências da
exclusão do sujeito como exigência metodológica da medicina científica.**

MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

**São Paulo
2015**

Milton Nuevo de Campos Neto

A MEDICINA ENTRE O CONCRETO E O ABSTRATO: consequências da exclusão do sujeito como exigência metodológica da medicina científica.

MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

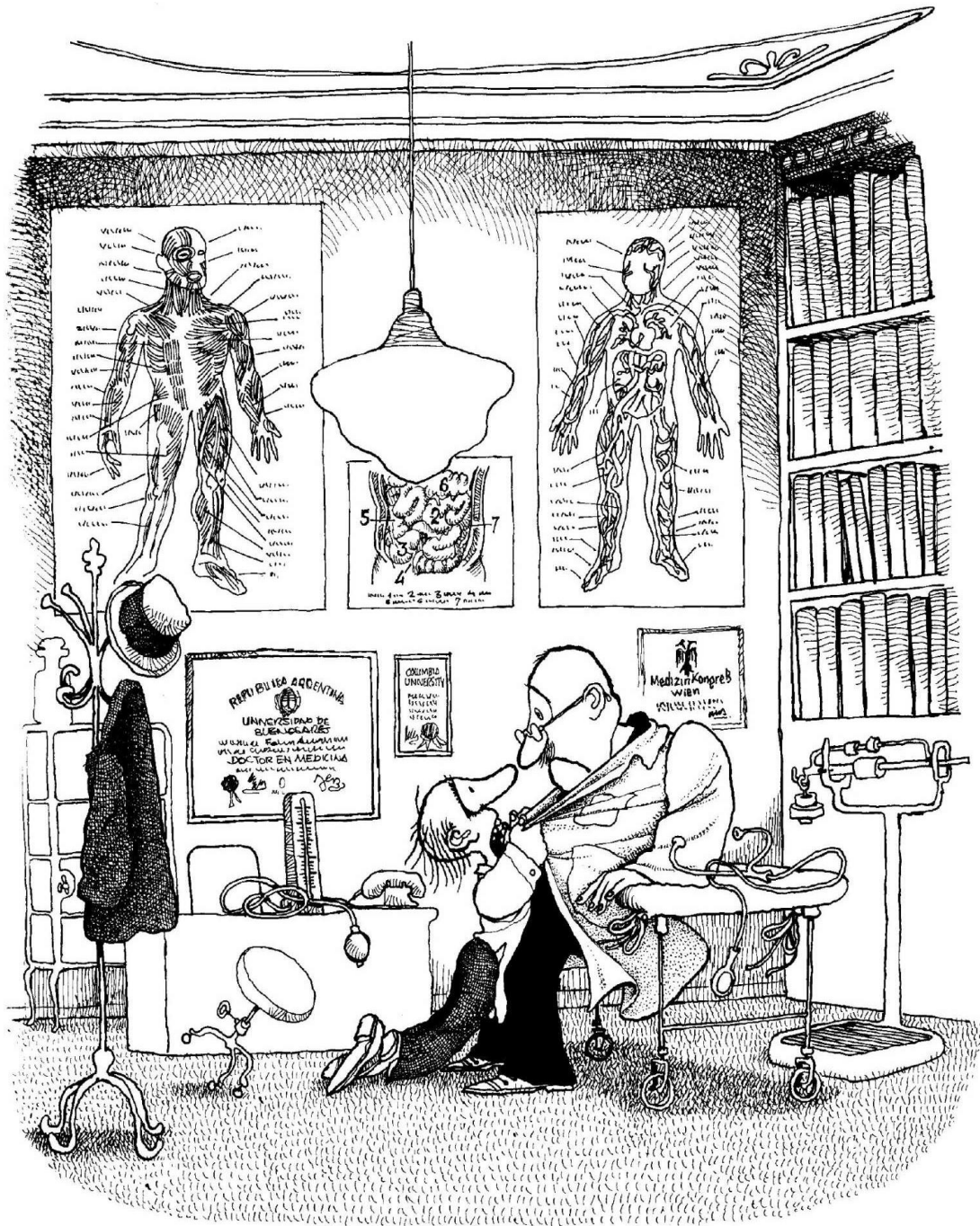
Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Psicologia Social, sob orientação do Prof. Dr. Raul Albino Pacheco Filho.

São Paulo
2015

CAMPOS NETO, M. N. **A MEDICINA ENTRE O CONCRETO E O ABSTRATO: consequências da exclusão do sujeito como exigência metodológica da medicina científica.** Dissertação apresentada ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo como exigência parcial para a obtenção do título de MESTRE em Psicologia Social.

Aprovado em: _____

BANCA EXAMINADORA



-¿ POR TERRIBLE QUE SEA QUIERO SABER LA VERDAD, DOCTOR: ¿SER UN SER HUMANO ES UNA ENFERMEDAD INCURABLE?

QUINSO

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por terem inculcido em mim o desejo por estudar sem o qual eu certamente não teria seguido até aqui.

Ao meu orientador Raul Pacheco pela liberdade que me foi concedida para a realização da pesquisa e pelo respeito com que sempre tratou meu trabalho.

Aos membros da Banca Examinadora, Sonia Alberti e Maria do Carmo Guedes pelo carinho que me demonstraram desde o exame de qualificação e pelas ricas contribuições que me permitiram olhar para o que escrevi de outro lugar.

À Ana Laura, por ter escutado o que significa para mim este trabalho, me permitindo escutar a mim mesmo quanto a isso.

Ao Navio Pirata sem o qual eu certamente não teria conseguido atravessar o mar tempestuoso do meu último ano. Toda a gratidão, Rodrigo Noia, Otavio Fantinato, Jorge Ribero e Miky Sugiyama (nossa capitã).

Aos companheiros de clínica, especialmente ao Gabriel pela amizade, pelas trocas teóricas e por todas as noites do fim do mundo.

Aos amigos do Núcleo de Psicanálise e Sociedade, em especial: Mariana, Joana, Priscila e Rebecca, por todas as angústias que dividimos e pelas risadas que pudemos tirar disso.

À Marlene Camargo, secretária do Programa, pela paciência com que acolheu meus percalços no processo e pela presteza com que sempre me ajudou.

Ao CNPq, por financiar esta pesquisa.

CAMPOS NETO, M. N. **A MEDICINA ENTRE O CONCRETO E O ABSTRATO:** consequências da exclusão do sujeito como exigência metodológica da medicina científica.

RESUMO

Esta pesquisa procurou estudar alguns aspectos inerentes à medicina em sua relação com a ciência moderna que permitem um desvio no objetivo final dessa (que entendemos como sendo: restabelecer a saúde ao doente). Para isso, nos utilizamos de uma concepção genealógica, a partir de Foucault, articulada a algumas contribuições contundentes da obra de Canguilhem sobre esse campo. No percurso, procuramos ainda por algumas contribuições de Politzer e Lacan com relação à crítica da ciência moderna que, pensamos, enriquecem nossa discussão. O presente trabalho teve como objetivo principal investigar o modo pelo qual a medicina, em sua inserção no campo da ciência moderna, realiza uma manobra discursiva que, ao adotar o método experimental como via régia de pesquisa, se submete à distinção cartesiana entre *sujeito* e *objeto*. Concluimos, assim, que tal manobra discursiva permite que a medicina procure fazer equivaler certa distinção do caráter *subjetivo* e *objetivo* (no circuito de pesquisa) ao que entenderá, respectivamente, como *abstrato* e *concreto*; essa equivalência constituirá, então, a condição de possibilidade não apenas da hegemonia de uma perspectiva positivista de pesquisa em medicina, mas o entendimento de que o *fato patológico*, uma vez entendido como fenômeno empírico puro, pode ser estudado em termos *quantitativos* em detrimento de seu caráter *qualitativo* relativo à experiência do sujeito que sofre. Com isso, inaugura um modo de produção discursiva que procura elevar o saber estatístico (abstrato) produzido experimentalmente à condição de verdade (concreta), o que desqualifica absolutamente a experiência do sofrimento do paciente, alienando-o de sua condição em prol da aceitação do saber médico em sobreposição ao seu.

Palavras-chave: medicina; clínica; patologia; norma; ciência moderna.

CAMPOS NETO, M. N. **MEDICINE BETWEEN CONCRETE AND ABSTRACT:** consequences of exclusion of the subject as a methodological requirement of scientific medicine.

ABSTRACT

This research intended to study some aspects of medicine in its relation to modern science that enable a shift in the ultimate purpose of this (that we understand as: restore health to the patient). For this, we use a genealogical design, from Foucault, to articulate some incisive contributions of Canguilhem's work on this field. Along the way, we seek even by some contributions of Politzer and Lacan regarding the critique of modern science that we believe enriches our discussion. This study aimed to investigate the way in which medicine in their insertion in the field of modern science, performs a discursive maneuver that, by adopting the experimental method as royal road of research, submits itself to the cartesian distinction between *subject* and *object*. We conclude that such discursive maneuver allows that medicine look equate certain distinction of *subjective* and *objective* character (in the research circuit) to understand them, respectively, as *abstract* and *concrete*; this equivalence will be, then, the condition of possibility not only to the hegemony of a positivist perspective of research in medicine, but to the understanding of the *pathological fact*, once understood as pure empirical phenomenon, as something that can be studied in *quantitative* terms to the detriment of their *qualitative* character related to the experience of the subject who suffers. With this, introducing a discursive mode of production which seeks to raise the statistical knowledge (abstract) produced experimentally to the truth condition (concrete), which disqualifies absolutely the patient experience of suffering, alienating him from his condition in favor of acceptance of the medical knowledge, overlapping his own.

KEYWORDS: medicine; clinic; pathology; norm; modern science.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO:.....	10
CAPÍTULO 1. UMA GENEALOGIA DA CLÍNICA: as relações entre a medicina, a ciência e a prática clínica.....	17
1.1 O aparecimento da ciência moderna.....	19
1.2 As origens da medicina moderna.....	25
1.3 O aparecimento da clínica moderna: o encontro entre hospital e universidade.....	32
1.4 A mudança de estatuto do olhar na clínica.....	37
1.5 A estrutura da clínica.....	43
CAPÍTULO 2. UM CAMPO DE PESQUISA PROBLEMÁTICO: os impasses entre o normal e o patológico.....	47
2.1 De Augusto Comte ao <i>Princípio de Broussais</i>	49
2.2 Claude Bernard e o método experimental em fisiologia.....	53
2.3 René Leriche e a primazia da clínica.....	59
CAPÍTULO 3. PROBLEMAS CONCEITUAIS DO NORMAL E PATOLÓGICO: a norma é uma lei natural?.....	66
3.1 As ciências do normal e do patológico.....	70
3.2 O conceito de <i>anomalia</i> como pivô da <i>normatividade vital</i>	72

3.3 <i>Saúde como normal, normal como médio</i>	78
CAPÍTULO 4. DA CIÊNCIA À POLÍTICA: a medicina entre o concreto e o abstrato	81
4.1 A crítica de Politzer para além da psicologia.....	82
4.2 O método experimental e a abstração em fisiologia.....	89
4.3 As noções de <i>saúde, doença e cura</i>	91
4.4 A questão política no saber médico contemporâneo.....	95
CONCLUSÃO	103
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109

INTRODUÇÃO:

Este trabalho se inicia, na verdade, no próprio campo. Antes mesmo do projeto de pesquisa que deu origem ao que se segue, foi minha própria atuação no SUS, no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira¹, o que possibilitou o vislumbre de uma trama complexa de interações entre diferentes disciplinas, práticas clínicas, contextos institucionais e tensões ético-políticas. Daí por diante se mostrava mais necessário, a cada dia, a formalização dos impasses vividos no cotidiano dos serviços da Rede Substitutiva de Assistência à Saúde Mental – atualmente chamada de RAPS (Rede de Atenção Psicossocial). Problemas que, no entanto, se estendem para muito além do campo da RAPS, atingindo outros pontos das práticas assistenciais em saúde como um todo.

O que se vê no cotidiano dos serviços de saúde, e que orientou o questionamento, é uma dificuldade enorme de diálogo entre diferentes perspectivas clínicas, bem como uma predominância da perspectiva biomédica de entendimento da doença. Mas mesmo entre os profissionais específicos dos serviços de saúde mental, me deparei com uma espécie de “torre de babel”, onde se procurava lidar com a desorientação e pulverização clínica por meio de uma espécie de acordo tácito de tolerância entre diversas linhas de trabalho e perspectivas pessoais. Tal fenômeno transformava em um problema qualquer discussão clínica acerca de um caso, pois se fosse demandado um posicionamento clínico-teórico por parte dos profissionais presentes nessas discussões, eles frequentemente se sentiam pessoalmente ofendidos. Isso acontecia por ser muito comum a presença de profissionais despreparados que simplesmente não saberiam oferecer um posicionamento minimamente consistente diante das contingências do campo.

¹ Importante esclarecer que quando dizemos “Reforma Psiquiátrica”, nos referimos ao conjunto de modificações do modelo assistencial em saúde mental ocorrido no Brasil a partir da década de 1980. Isso deve ficar claro considerando que quando se fala em reforma psiquiátrica é necessário ter em mente que não se trata de um único evento histórico. Como nos lembram Couto e Alberti (2008), podemos entender a primeira reforma da psiquiatria como aquela operada por Pinel ainda no séc. XVIII. Além disso, mesmo no Brasil, podemos entender como uma reforma psiquiátrica a reorientação do modelo assistencial de cunho higienista, responsável pelo início da grande reclusão manicomial no início do séc. XX. (COUTO, R.; ALBETI, S. 2008)

Ou seja, diante da tentativa de uma discussão efetivamente rigorosa, o que se evidenciava era o quanto a ação dos profissionais se balizava apenas por suas impressões pessoais acerca dos casos, ou por um discurso permeado por certa pedagogia política que pretende tratar um sujeito pela inserção deste na militância em prol da própria Reforma Psiquiátrica – tomando-o unicamente por um sujeito de direitos e compreendendo seu sofrimento, na totalidade, como efeito de uma produção sócio-histórica de exclusão. Em minha própria prática, me vi inúmeras vezes cedendo ao mesmo tipo de discurso. Pude experimentar diretamente alguns dos momentos de embaraço que, na minha leitura, pareciam ser causados por simples inexperiência (muitas vezes foi meu caso), mas que também se faziam por uma espécie de tendência discursiva que levava as discussões para uma série de impasses capazes de ofuscar a questão da direção do tratamento – frequentemente obliterada por questões como a direção administrativa das ações no município, ou outros tantos jogos ideológicos e de poder envolvendo até mesmo a relação entre diferentes categorias profissionais.

Falo a partir de uma experiência pessoal restrita ao local onde trabalhei (São Bernardo do Campo – SP), mas que encontra ressonância nas falas de colegas trabalhando em outros lugares, nas discussões em eventos e fóruns desde o nível estadual até o nacional, de modo que não parece se tratar de uma perspectiva isolada.

Tal panorama colocava algumas questões: como haveria chegado a esse estado de coisas, uma rede de assistência orientada pela perspectiva antimanicomialista? Seria a Reforma Psiquiátrica apenas um artifício retórico que não se exerce na prática? Não é difícil se deparar com profissionais que sequer sabem da existência histórica (ou da legislação vigente) de uma reorientação dos serviços de assistência à saúde no Brasil, especialmente no contexto da saúde mental.

É certo que há um número considerável de autores que já se dedicam ao estudo desses fenômenos e muitos deles partem de um viés orientado pela psicanálise lacaniana. No entanto, procurando por trabalhos que dessem conta dos problemas vividos no campo, encontrei uma escassez de material que tratasse propriamente da clínica (em seu sentido mais estrito) no contexto da

Reforma Psiquiátrica. No geral, os autores que se debruçam mais diretamente sobre isso são lacanianos – tais como Kyrillos Neto (2001; 2007), Alberti (2005), Dunker (2011), Figueiredo (1997), Amancio (2012), Kyrillos Neto; Dunker (2004) entre alguns outros.

Assim, conforme pude percorrer algumas das obras desses autores, bem como de outros que referenciam as perspectivas antimanicomialistas, o que encontrei foram trabalhos críticos e consistentes sobre a história da clínica, das práticas em saúde mental, da própria Reforma, algumas formalizações de problemas vividos no cotidiano dos serviços, também sobre a inserção (ou exclusão) da psicanálise nesses contextos, sobre a prevalência da psiquiatria biomédica e os problemas surgidos da recente direção que esta toma, etc. Porém, todos esses tópicos são trabalhados, na maioria das vezes, de maneira ampla demais – tratando de estruturas gerais que se precipitam para muito além do contexto brasileiro e da Reforma Psiquiátrica –, ou então sobre aspectos muito localizados – procurando por problemas na inserção de determinado modelo clínico ou de uma prática terapêutica, também por propostas que se referem a determinado modelo institucional localizado, ou mesmo com relação aos problemas observados no tratamento de determinada categoria diagnóstica (como a psicose ou o autismo, por exemplo).

Assim foi que, durante minha atuação e pesquisa, encontrei uma brecha na qual minhas questões ficavam sem resposta e encontrei aí a necessidade de produzir algo. E minha busca passou a ser a de subsídios para uma descrição do desencontro entre as perspectivas clínicas operantes nos serviços da RAPS. O caminho que escolhi, todavia, se mostrou amplo demais para uma dissertação, mas ao invés de abandonar minha questão decidi desdobrá-la de modo que fosse possível concluir o mestrado como uma etapa, deixando aberto o caminho para futuras produções (uma vez que não pretendo abrir mão da atuação e pesquisa nesse contexto). Por isso o que se segue são os primeiros passos em direção à tentativa de uma genealogia das práticas clínicas no contexto da RAPS.

Para isso foi necessário voltar às bases e optei por visitar tantas obras quanto pude encontrar que tratassem da história da clínica, antes mesmo da psiquiatria, ou da própria invenção da psicanálise e mesmo da psicologia. E o

que pude verificar foi a existência de um vasto material crítico que trata dos problemas relativos ao campo da saúde. Após algum tempo de revisão bibliográfica, acabei me decidindo por um recorte. Para isso, priorizei os trabalhos de quatro autores que compõem certa tradição de pensamento expoente na França no que se refere aos temas da clínica, da medicina, da ciência moderna, entre outros. A saber: Foucault, Canguilhem, Politzer e Lacan.

Neste percurso me dei conta de que os problemas se remetiam cada vez mais a questões anteriores às minhas. Assim, me deparei com a reformulação de algumas de minhas perguntas iniciais e ao invés de me questionar sobre o que haveria causado um aparente estancamento institucional no contexto da RAPS, foi necessário fazer outras indagações: não seria primário pensar sobre como se constitui o que é chamado de medicalização do sofrimento – no sentido de pensar os deslocamentos da clínica médica na modernidade? E, para isso, não seria necessário formalizar alguns impasses da prática clínica como um todo, a fim de melhor entender, para só aí questionar o que acontece nas clínicas da subjetividade? Foi assim que o projeto inicial para esta dissertação sofreu modificações radicais.

O trabalho que inicio aqui segue, então, por uma revisão de literatura na busca de elementos que permitam uma genealogia mínima de uma manobra discursiva desenvolvida no campo da medicina científica que a afasta das práticas clínicas, enquanto se aproxima da perspectiva positivista de ciência. Decidi partir, então, da diferenciação entre a clínica *clássica* e a *moderna* a partir da medicina para posteriormente (em outro trabalho) procurar pelos processos de constituição do que designo por “clínicas da subjetividade” – a saber, psiquiatria, psicologia clínica e psicanálise.

No percurso realizado, me pareceu imprescindível atentar para a constituição da própria medicina, seguindo, mais ou menos paralelamente, pela constituição do discurso científico na modernidade para finalmente poder cruzar esses dois caminhos. Por isso, procuro compreender a clínica moderna a partir do cruzamento histórico entre o saber médico e o científico – em concordância com alguns dos autores antes referidos.

Tal cruzamento permitiu que eu pensasse a própria constituição da psicologia como ciência que procura estabelecer a *subjetividade* como seu objeto. A construção da subjetividade como objeto, por sua vez, só pode se dar a partir de sua exclusão operada pelo método cartesiano. É por essa via que, retroativamente, a noção mesma de subjetividade como objeto de estudo se interpõe sobre os desenvolvimentos da psiquiatria (enquanto procurava sua inserção na racionalidade médica/científica) que constituía até então uma prática disciplinar mais que outra coisa. Desse ponto em diante, procurei examinar os caminhos que possibilitaram a constituição (em sua imanente diferenciação) da psiquiatria, da psicanálise e da psicologia, atentando para o que esta última propõe com relação a uma prática clínica.

Uma das maiores dificuldades nesse percurso residiu na tentativa de pensar *A Psicologia* (no sentido de uma única psicologia). Isso porque é profundamente difícil estabelecer um paradigma que unifique tal campo do conhecimento, razão pela qual Foucault insiste em tantos momentos na pergunta: *seria a psicologia uma ciência?* Foi por conta deste problema que procurei pelas contribuições não apenas de Foucault em *Doença Mental e Psicologia* ([1954] 1984), mas pelo que Canguilhem tem a dizer, especialmente em *O que é psicologia?* ([1958] 1972), mas também pela *Crítica dos fundamentos da psicologia* de Politzer ([1928] 2004). Por esta via, a melhor forma que encontrei para unificar diferentes modelos clínicos em psicologia – como a *Gestalttheorie*, o behaviorismo metodológico e a psicanálise freudiana, sujeitos à crítica de Politzer – foi tentar aproximá-los em sua falha metodológica na tentativa de estudar a subjetividade objetivamente. Embora escolham metodologias diferentes que incorrem em diferentes problemas (algumas vezes, como é o caso do behaviorismo, implicando mesmo o abandono da subjetividade enquanto objeto), toda tentativa de construção de uma psicologia balizada pelos ideais da ciência moderna parece convergir justamente para o problema central: ao tentar isolar a subjetividade como objeto de estudo, acaba por afastar a possibilidade de observá-la. Algo como, para utilizar uma expressão coloquial, “jogar fora o bebê com a água do banho”.

Mas é preciso demarcar uma diferença entre psicologia e psicanálise. E, para isso, Lacan parece oferecer a contribuição mais radical, ao mesmo tempo

que a mais subversiva. Por meio de suas teorizações a partir da linguística, da lógica, topologia, dentre outros campos, além da proposta de uma ética própria para a psicanálise, oferece alguns posicionamentos suficientemente demarcados capazes de diferenciar a invenção freudiana dos demais modelos clínicos, avançando até mesmo para uma reorientação política da clínica. Movimento este, no qual Lacan parece procurar responder às exigências da crítica politzeriana como mostra Mariguela (2007). Assim, encontrei em *A ciência e a verdade* ([1965-66] 1998), *Psicoanálisis y Medicina* ([1967] 1985), bem como em alguns dos livros do *Seminário*, como o *livro 7 – a ética da psicanálise* ([1959-60] 2008), *17 – o avesso da psicanálise* ([1969-70] 2007a) e *23 – o sinthoma* ([1975-76] 2007b), material capaz de dar algum contorno para a questão.

Foi quando, na ocasião do exame de qualificação, me foi sugerido que desmembrasse efetivamente esta pesquisa em duas. Para a dissertação não seria possível avançar pelas clínicas da subjetividade uma vez que havia muito a ser estudado antes disso. Além do mais, meu problema de pesquisa vinha se modificando (talvez seja melhor dizer “decantando”) e o que realmente se mostrava como incômodo era um certo caráter nebuloso quando se procura pela definição de subjetividade e de sua relação com as exigências metodológicas da ciência moderna. Assim, pude finalmente me deparar com essa manobra presente no cruzamento dos discursos médico e científico que exige certas formas de lidar com o binômio objetividade/subjetividade na pesquisa em medicina. Ao que procuro articular com o binômio *concreto/abstrato*, notadamente a partir da crítica politzeriana, na tentativa de tornar evidente certa manobra retórica que influencia os caminhos da biomedicina contemporânea.

Para encerrar esta apresentação, gostaria de deixar claro que esta dissertação não chegará a tratar do tema da Reforma Psiquiátrica. Trata-se, no fim das contas, de um estudo sobre a exclusão do *sujeito* como exigência do método científico – de orientação positivista – e de suas consequências no âmbito da prática clínica (notadamente em medicina). Ou seja, muito embora seja heterodoxo introduzir o trabalho contando sobre o que ele não foi, me pareceu de suma importância deixar claro não apenas o lugar de onde parte

meu questionamento, mas apontar minha intenção aqui. Intenção esta que pretendo manter ao longo de meu percurso, fazendo com que este seja um trabalho de base que tenha sua derivação em próximos escritos – esperançosamente uma tese de doutorado – onde pretendo seguir pelos desenvolvimentos específicos no campo da clínica que tiveram sua incisão e sobredeterminaram a Reforma Psiquiátrica e o discurso antimanicomialista no Brasil.

CAPÍTULO 1. UMA GENEALOGIA DA CLÍNICA: as relações entre a medicina, a ciência e a prática clínica

Para o início deste trabalho, será necessário buscar por uma genealogia da prática clínica que conduza ao problema a ser pesquisado. Nesse sentido, daremos especial importância à *clínica moderna*, compreendendo que é a partir de seu surgimento – a partir de sua inserção no contexto da ciência moderna – que se faz presente o problema da subjetividade na atividade do clínico.

Assim, tracemos um esboço de nosso entendimento a respeito de uma genealogia, tal como nos propusemos a trabalhar a partir da obra de Foucault. Ele se propõe a realizar uma investigação genealógica dos processos de produção discursiva existentes na fundação das práticas de poder e dominação presentes nas sociedades ocidentais capitalistas. Sua hipótese inicial é a de que:

“(...) em toda sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade.” (FOUCAULT, M. [1970] 2008, p.9)

A concepção de *poder* para Foucault não parte de uma teoria geral, não há uma noção global, generalizada, natural de poder. Ao contrário, ele procura conferir um estatuto de prática social ao poder, prática essa que se constituiria historicamente, sem características universais, que se encontra sempre em constante processo de modificação. Há uma noção dinâmica dos processos de estabelecimento do poder. Foucault procura situar essa problemática no campo da descontinuidade e a razão pela qual procura entender dessa forma a questão do poder é seu entendimento de que toda teoria é provisória, dependente das condições de pesquisa em que está se fundamentando e, portanto, modificável (e modificada efetivamente) ao longo da acidentalidade histórica a que todo fato está sujeito.

Ele procura estabelecer uma coerência em seu projeto genealógico na medida em que não intenta fundar, com ele, uma ciência, um sistema de pensamento. Entende que para realizar um estudo rigoroso acerca do estabelecimento das práticas de poder nos discursos que permeiam a história

dos sistemas de pensamento é preciso que o proferido a esse respeito não estabeleça uma nova forma de dominação, de interdição, ou ainda de retenção do poder no discurso. É aqui que se coloca o problema do *saber*. (MACHADO, R. *In*: FOUCAULT, M. 1979)

Foucault procura estabelecer inicialmente, com sua arqueologia, o percurso de constituição histórica dos saberes tentando responder como se deu sua aparição e transformação. Passa, então, para uma mudança de foco sobre a questão dos saberes, ou seja, a passagem do questionamento de **como** esses saberes se constituem, privilegiando as inter-relações discursivas que se apresentavam concomitantemente com os estabelecimentos institucionais, para um questionamento que considera o **porquê** esses saberes se consolidam. O foco, neste caso, considera esse processo estratégico dentro da consolidação de poderes e demarca um refinamento no método foucaultiano que articula agora a arqueologia dos saberes com a genealogia dos poderes.

“(...) o que pretende é, em última análise, explicar o aparecimento de saberes a partir de condições de possibilidades externas aos próprios saberes, ou melhor, que imanentes a eles – pois não se trata de considerá-los como efeito ou resultante – os situam como elementos de um dispositivo de natureza essencialmente estratégica. É essa análise do porquê dos saberes, que pretende explicar sua existência e suas transformações situando-o como peça de relações de poder ou incluindo-o em um dispositivo político, que em uma terminologia nietzscheana Foucault chamará genealogia.” (MACHADO, R. p.X *In*: FOUCAULT, M. 1979)

Servirmo-nos, então, da larga produção foucaultiana sobre o tema da clínica, da história da medicina e da medicalização, bem como da psiquiatria e suas práticas de poder. Porém, trabalhamos com outras referências conjuntamente, procurando articula-las. Por exemplo: os trabalhos de Canguilhem sobre a questão da medicina e das relações entre normal e patológico; a tese de Christian Dunker sobre a *Estrutura e Constituição da Clínica Psicanalítica* (2011), trabalho no qual realiza uma extensa revisão arqueológica dos processos de constituição da clínica moderna, a partir dos quais, apoiado no referencial foucaultiano, formaliza uma estrutura das práticas clínicas.

Nossa leitura sobre a constituição da clínica moderna, via medicina científica, exigiu uma análise que se divide em três momentos: 1) foi necessário, primeiramente, examinar o processo de constituição da ciência moderna, buscando compreender suas bases e, assim, as exigências requeridas pelo discurso científico; 2) em um segundo momento, remontamos alguns dos processos que nos pareceram fundamentais quanto ao desenvolvimento da prática clínica desde os primórdios da medicina; 3) finalmente, em um terceiro momento, articulamos os dois passos iniciais para encontrar algumas das principais condições de possibilidade da aliança entre medicina e ciência na modernidade. Neste último ponto, partimos da hipótese de Foucault, compartilhada por Dunker, de que a clínica moderna é um acontecimento no panorama da medicina social.

1.1 O aparecimento da ciência moderna.

Sandra Torres Serra (2009) aborda o problema da diferenciação entre psicanálise e medicina por meio da atuação clínica e dos processos de formação dos médicos na atualidade. Nesse percurso, nos oferece alguns operadores fundamentais para a discussão das consequências da associação entre o discurso científico e a medicina. Parte do princípio de que “O limite em que o médico deve atuar, marca o descompasso entre a crescente complexificação do saber biomédico pautado nos paradigmas da ciência, e a prática clínica, que aborda sempre um sujeito singular.” (SERRA, S. T. 2009, p.4)

Nesse sentido é que se pode discernir dois momentos na medicina, ou seja, há uma mudança de configuração que parte de um ponto onde se considera a singularidade para outro onde esta é substituída por um discurso universalizante e serial. Procuramos demonstrar que essa mudança ocorre mediante uma aliança entre medicina e ciência. Serra (2009) se apoia também no referencial foucaultiano para argumentar que a biomedicina, que figura como pivô dessa mudança e apoia os atuais paradigmas médico-científicos, é herdeira direta dos avanços da fisiologia que, por sua vez, advém da anátomo-patologia. Perspectiva com a qual concordamos.

Para que possamos avançar, é importante investigar o que significa a atribuição do adjetivo “científica” à medicina. Quanto a isso, a medicina se apoia na ciência na tentativa de produzir um conhecimento, antes de tudo, confiável e a atribuição de confiabilidade em uma perspectiva científica moderna diz respeito à possibilidade de estabelecimento de uma verdade por meio de provas válidas, sólidas. Além disso, é preciso considerar que tal estabelecimento de uma verdade por meio de provas passará por uma subordinação a um método científico, ponto em que figura o método experimental, derivado do “(...) que se estabelece como relacionado às matemáticas ou às ciências experimentais da natureza, em oposição ao filosófico, literário, moral ou social.” (SERRA, S. T. 2009, p.15)

O aparecimento das universidades se dá no século XII, porém, nesse período, essa instituição estava ligada à igreja católica de modo que ficava responsável pela propagação do conhecimento por uma via bastante específica: a escolástica. Tal modelo, o da filosofia da Escola (escolástica), procurava conciliar os avanços do conhecimento pela via da razão às exigências da fé. Através da releitura dos escritos aristotélicos, cujos responsáveis mais conhecidos são Santo Agostinho e São Tomás de Aquino, a escolástica procurava submeter toda investigação científica à empreitada de justificar e comprovar a existência do divino e, portanto, à sustentação de sua teologia. É apenas no séc. XVII que ocorrerá um corte, uma descontinuidade nesse modelo epistêmico, pela via de uma forte influência da revolução intelectual promovida pelo iluminismo, conforme a leitura de Koyré (1957 *apud* SERRA, S. T. 2009). Tal revolução demarca um modelo antigo constituído por uma cosmovisão segundo a qual o universo era finito, fechado e regido segundo uma ordem Divina e total que opunha os mundos do Céu e da Terra, o que passa a ser substituído por outra em que o universo se torna infinito e governado por leis universais todas remetidas a um mesmo plano de existência.

Conforme tal modelo novo, que dará origem à ciência moderna, estando tudo o que existe no mesmo plano, sem divisão entre Céu e Terra, a possibilidade de conhecer as leis regentes da existência não se dá mais pela via das escrituras sagradas – que representam a palavra do Pai –, mas pela via

da experimentação e verificação. É em oposição à fé que se pretende conhecer com a razão, e se torna digno do título de ciência aquilo que é interpretado racionalmente dos resultados de um experimento. É Galileu, segundo a leitura de Koyré (1957 *apud* SERRA, S. T. 2009), quem realiza esse corte epistêmico:

“Galileu foi um dos primeiros homens que compreenderam o papel do experimento na ciência, que se diferencia da experiência comum, da simples observação. Este fato é fundamental para a nova concepção de ciência: a experiência sensível, de acordo com a tradição medieval, é o equivalente à apreensão dos fenômenos pelos sentidos, distinguindo-se radicalmente da experimentação, método da ciência moderna, inaugurado por Galileu, quando interrogava metodicamente a natureza. O experimento, diferentemente da contemplação, envolve uma interferência planejada na natureza, orientada pela teoria.” (SERRA, S. T. 2009, p.17)

Tal modelo de ciência – chamemos galileana – propõe como seu objeto o conjunto daquilo que existe empiricamente. O empírico como objeto dessa ciência deverá poder ser descrito em uma linguagem que permita sua comunicação de modo universal, tal concepção de ciência, portanto, culmina na fundação de uma gramática universal. Isso corresponde a uma articulação entre a *empiricidade* e a *matematização* como traços fundamentais desse modelo (SERRA, S. T. 2009, p. 17-20). No entanto, essa ainda não é a ciência moderna na medida em que ainda está lidando com o problema da apreensão do pesquisador por meio dos sentidos. A experiência é conduzida por um experimentador e este deve contar com seus sentidos para que possa verificar o que acontece e daí tirar conclusões por meio de uma reflexão sobre seus resultados. Se está aí a base estrutural necessária para o advento da ciência moderna, esta se diferencia da galileana na medida em que se depara com o problema da técnica.

Conforme tal perspectiva passa a embasar a pesquisa científica, vai se tornando mais necessário o desenvolvimento de uma técnica consistente que permita confiabilidade no processo de interpretação dos resultados e é sabido que os sentidos não são capazes de avançar diante de certos limites. Um exemplo privilegiado aqui poderia ser o do próprio olhar: não se pode observar a “olho nu” certas coisas. Um simples grão de areia possui características que escapam à visão humana comum. Isso permite um duplo movimento: por um

lado a possibilidade de formular questões mais precisas em ciência, uma vez que passa a ser possível perceber que não se pode chegar a determinadas conclusões (sobre um grão de areia, por exemplo) já que não há recurso técnico para observá-lo – uma consciência do limite da técnica; por outro lado, no mesmo golpe, por meio das questões certas torna-se possível determinar as necessidades de avanço técnico, o que iniciará um movimento de valorização (e a própria invenção) de instrumentos capazes de ampliar a ciência fazendo-a avançar sobre os limites do “observável”. A ciência moderna, portanto, é antes uma ciência instrumental do que empírica à medida que o método passa a figurar como a garantia de seus resultados.

Chegamos, assim, ao “*Discurso do método*” (DESCARTES, R. 2005), por muitos considerado o marco da ciência moderna. Descartes defendeu o modelo de ciência criado por Copérnico – e desenvolvido por Kepler e Galileu –, de modo a se colocar na contramão da escolástica, por meio da tentativa de renúncia de qualquer ideia pré-concebida. Quanto a isso, o esforço cartesiano se concentrava no projeto de eliminar a influência subjetiva sobre a apreensão de qualquer fenômeno, pois, somente por essa via, seria possível fazer uso da razão, se não perfeitamente, ao menos da melhor maneira possível.

Podemos dar mais alguns passos no exame do que acontece aqui. O que apontamos nesse primeiro momento foi justamente o problema da apreensão do fenômeno pelo pesquisador. Conforme o que desenvolvemos, o principal problema do método científico estava referido à percepção, ou seja: não havia outro meio de conhecimento do fenômeno que não se apoiasse nos sentidos do pesquisador, portanto uma apreensão estética no sentido mais forte do termo. De modo que a experimentação, tal como proposta por Galileu – como interferência planejada na natureza, orientada pela teoria – seria justamente uma tentativa de articulação entre a percepção e a razão, uma leitura racional do dado perceptivo. O que Descartes propõe é, então, uma manobra que procuraria retirar radicalmente – ou, ao menos, o mais próximo disso possível – a dependência da percepção do circuito da pesquisa científica. Tal concepção abriria caminho para um uso da técnica em detrimento da estética. Nossa leitura do movimento operado por Descartes, portanto, é a seguinte: ele propõe como um avanço, por meio da lógica, uma subversão

metodológica capaz de promover uma virada que retira a ciência do campo da estética e a recoloca no campo da técnica. Nesse sentido, examinemos os quatro princípios que orientam o pensamento cartesiano.

O primeiro princípio refere-se a não aceitar absolutamente nada que não se conheça propriamente, de modo que não se faça nenhum juízo do que se apresenta por meio de comparações entre isso e qualquer outro fenômeno. Com isso deveria ser possível conhecer um fenômeno em si mesmo, na pureza de sua manifestação.

O segundo princípio é referente à análise como método privilegiado, ou seja, à necessidade de divisão do fenômeno estudado em quantas partes forem possíveis e necessárias para chegar à determinação de suas interações – análise (procedimento de dissolução em partes, oposta à síntese), propriamente dita.

O terceiro princípio seria uma ordenação do segundo, ou seja, a necessidade de ordenar o pensamento e a análise indo da parte mais simples até a mais complexa. Isso seria necessário por certa ordem considerada óbvia segundo a qual os elementos mais simples são mais fáceis de conhecer, permitindo, nesse processo, o avanço sobre o conhecimento dos mais complexos. Nesse ponto está bem marcada a aceitação do princípio da causalidade.

O quarto princípio seria referente à necessidade da revisão geral e sistemática do que fosse produzido, de modo a não deixar de fora nenhum aspecto que possa ter sido omitido ou esquecido. (DESCARTES, R. 2005)

Se o método de pesquisa respeitasse a execução desses princípios, segundo Descartes, seria possível alcançar a verdade de determinado fenômeno, ou ao menos o mais próximo possível disso. Tal compreensão torna claro um conjunto de pressupostos, tais quais: a verdade de determinado fenômeno é concebida como o fenômeno em si, sem interferência de uma percepção sobre ele; a única maneira pela qual um pesquisador poderia investigar a verdade de um fenômeno seria a partir do uso da razão; o método correto seria capaz de eliminar as influências subjetivas de um processo de

investigação, de modo que o resultado seria a evidência do fenômeno verdadeiro.

Sobre esse ponto, nossa leitura do método cartesiano está em conformidade com a que propõe Lacan em *A ciência e a verdade* ([1965-66] 1998): Descartes compreende o conhecimento da verdade apenas como objetivo final, pois seu objetivo mais imediato é o isolamento do sujeito do circuito da experimentação. Isso corresponde ao que procuramos argumentar quanto à virada no discurso científico de uma apreensão estética para uma técnica. Tal é o caminho pelo qual o esforço cartesiano culmina na própria fundação do sujeito da ciência – segundo Lacan ([1965-66] 1998), aquele com o qual trabalha a psicanálise!

Ao localizar o *sujeito* como aquele que é responsável pela apreensão do fenômeno e que difere do *objeto* – este por sua vez correspondendo a algo como a base material do fenômeno – Descartes aponta para a existência do sujeito na própria tentativa de isolá-lo.

Trata-se de uma tentativa de estabelecer uma espécie de procedimento de segurança “anti-subjetividade” que teria como resultado o desvelamento da verdade independente de qualquer julgamento derivado de uma perspectiva isolada. Uma tentativa de fazer com que a verdade última comparecesse por si mesma, independente de qualquer sujeito. Ademais, é necessário deixar claro que Descartes faz da dúvida o seu método. Ou seja, a *verdade* é alcançada mediante a colocação de qualquer coisa em dúvida, ou seja, sem aceitar qualquer pré-julgamento. O que fosse duvidoso deveria ser eliminado até que não restasse nada além da verdade, ainda que esta fosse a de que não se pode ter certeza de nada. Em seu percurso, porém, Descartes chega ao *cógitio* como a única certeza – note-se aqui, também, uma equivalência entre *certeza* e *verdade* – pois mesmo para duvidar é necessário pensar e o pensamento pressupõe alguém que pensa: “penso, logo sou”. Tal seria uma verdade indubitável para Descartes.

Nesse ponto, concordamos com Alberti e Fulco (2005) quando leem o feito de Descartes da seguinte forma:

“Diante da incerteza quanto à realidade do mundo objetivo – em função do corte com o dogmatismo religioso –, Descartes afirma a

certeza do *cogito* – Penso, logo existo. O homem existe porque é possível inscrevê-lo no simbólico, no pensamento que lhe dá uma morada no *cogito*. Descartes distinguiu um mundo em que as coisas existem através de sua representação conceitual, deixando de fora outro mundo onde as coisas não são conceituadas. Era então a criação de um novo discurso: o da ciência.” (ALBERTI, S.; FULCO, A. P. M. L. 2005, p.722)

Com a introdução do método cartesiano, procuramos estabelecer as bases do experimentalismo, compreendendo que: “Descartes foi o instaurador do paradigma mecanicista na ciência. Enunciou o método que sintetizou os princípios do reducionismo, do mecanismo e do racionalismo: *considerar o corpo como uma máquina e a razão separada desta.*” (SERRA, S. T. 2009, p.22). O que está em jogo na constituição da racionalidade científica moderna é nada menos que um novo método de produzir verdades. A partir de um novo modo de ordenação do mundo, cria-se um regime de produção de enunciados de verdade onde os meios e condições de sua produção se tornam mais importantes que a própria veracidade (LUZ, M. 1988). O que significa dizer que, por meio de uma manobra discursiva, uma *certeza* é que garante o estatuto de *verdade* a algo e não o contrário.

A partir, então, de uma nova visão de homem e, mais importante, de corpo, a medicina fará uso dessa nova ciência procurando estabelecer como exigência o método experimental – oposição máxima à escolástica, nesses termos. No campo da medicina, isso coloca uma oposição bastante marcada com relação aos fundamentos hipocráticos que, ao modo da escolástica (embora não se tratasse da mesma coisa), mantinha uma atitude predominantemente teórica, sistemática e filosófica sobre o saber médico. Interessa-nos, portanto, examinar algumas condições de possibilidade dessa mudança na medicina, bem como suas consequências para a clínica.

1.2 As origens da medicina moderna.

É importante deixar claro o movimento que realizamos neste ponto. Aqui será necessário retroceder na história, pois, uma vez que procuramos descrever as condições do surgimento da ciência moderna, precisamos

examinar agora alguns aspectos da constituição do saber médico – incluindo aquilo que o alicerçou muito antes de haver tal concepção de ciência – para somente em um terceiro momento procurarmos pelas condições do cruzamento entre ciência e medicina. É importante, ainda, demarcar que realizamos um recorte de alguns pontos dessa história, procurando apenas pelo que consideramos serem condições de possibilidade para tal cruzamento.

Podemos situar, então, na medicina hipocrática um ponto de corte epistêmico na medicina grega. Antes de Hipócrates, a medicina conservava uma concepção da doença que se colocava em referência aos desígnios divinos. Tal concepção compreendia a doença como efeito do castigo divino, mas, antes disso, como destino (sem que isso implicasse necessariamente um castigo por uma transgressão). Diante disso, a terapêutica era realizada de modo ritualístico, fazendo uso de substâncias e técnicas hipnóticas que deveriam conduzir o doente ao encontro de seu destino para que, então, pudesse realizar ações que o curariam. O homem adoecia e se curava conforme a vontade dos deuses, estava submisso aos caprichos divinos. Quanto à prática médica, ou mais especificamente à formação do médico, devemos considerar que se dava por dois caminhos: uma forma de se tornar médico era submeter-se aos ensinamentos de um médico experiente e receber dele o conhecimento; outro modo era passar a frequentar uma escola.

As escolas eram locais onde se ensinava a terapêutica. A figura do médico na antiguidade era identificada no curador ou terapeuta.

“Tem-se notícia de escolas nas cidades de Crotona, Cirene, Cnido, Rhodes e Cós, esta última, a escola onde Hipócrates estudou. Não se sabe ao certo o que era ensinado nestas escolas, mas acredita-se que algumas noções de anatomia (baseadas em dissecções de animais) e alguns conhecimentos semiológicos, farmacológicos e cirúrgicos (ENTRALGO, Tomo II, p. 77). No começo do século V a.C, uma *tékhnē* não é somente saber praticar um ofício, mas averiguar como este saber meramente empírico pode se transformar em um outro, que merecesse o adjetivo de “técnico”.” (SERRA, S. T. 2009, p.24-5)

A medicina hipocrática propõe que as doenças seriam causadas por certas interações entre o corpo e o meio, além de interações entre elementos

do próprio corpo. De modo que o aprendizado da medicina deveria se dar por meio do estudo do corpo, bem como do estudo das relações desse corpo com seu ambiente. Nessa perspectiva, vale destacar, há uma abertura para aquilo que será designado propriamente como clínica. A prática médica passa de uma terapêutica para uma prática clínica em que se encadeiam não apenas as formas de tratamento, mas o conhecimento das causas, a nomeação correta dos fatores causadores da enfermidade e a habilidade de distinguir uma forma de doença de outras – em outras palavras, uma primeira conjugação entre terapêutica, etiologia, semiologia e diagnóstica. É importante, porém, ressaltar as particularidades dessa clínica na intenção de diferenciá-la das concepções modernas, bem como da diferenciação entre uma prática clínica e o conhecimento médico enquanto disciplina.

As concepções de Hipócrates eram baseadas no que se entendia por *physis*, que correspondia, grosso modo, à natureza no sentido de conjunto de tudo que existe materialmente. Há então um primeiro pressuposto filosófico que influenciará a medicina hipocrática: a *physis* é harmônica. Disso resulta que a doença seria precisamente uma desarmonia, uma desregulação entre agentes que se daria por meio do excesso ou da falta – dedicaremos grande parte de nossa discussão a isso mais adiante. É interessante notar que não há, nessa concepção, outra forma de conhecer o corpo e suas interações senão por meio do próprio paciente. A medicina hipocrática conjuga, então, três fatores: a doença, o doente e o médico. Sendo que o médico assumiria o lugar do responsável por articular o que fosse possível para combater a doença e, para isso, faz do doente um fator necessário, pois é por meio da colaboração dele que se pode conhecer seus hábitos e também seu sofrimento. (SERRA, S. T. 2009)

Serra (2009) descreve aspectos fundamentais das concepções e da prática hipocrática. Nós, para os fins deste trabalho, extrairemos apenas algumas contribuições essenciais a fim de evidenciar algumas características que perpetuaram sua influência até a medicina moderna.

Em um breve resumo, Hipócrates foi capaz de sistematizar seu conhecimento num conjunto extenso de obras – 56 tratados e 72 livros, conjunto ao qual se dá o nome de *Corpus Hippocraticum* (SERRA, S. T. 2009)

– nas quais estavam presentes os princípios que deveriam regular a prática médica e que têm sua influência até a atualidade. Tais princípios podem ser resumidos à prática da *beneficência e não maleficência*. Mas nos parece importante destacar que há um encadeamento clínico profundamente coerente nesse modelo. Mencionamos que a prática depende dos três fatores, médico, doença e doente, mas é importante ressaltar que o médico figuraria aí como o fator articulador entre a doença e o doente. Para tanto, deveria fazer uso de três recursos: seus próprios sentidos, a expressão do doente (tanto no que ficasse evidente aos sentidos, quanto àquilo que este pudesse verbalizar) e, finalmente, o seu raciocínio enquanto médico. Isso permitia uma orientação bastante precisa quanto ao tratamento, que deveria ser promovido por meio do exame tanto do corpo quanto do ambiente em que vivia o doente; a escuta de sua queixa e concepção sobre o próprio sofrimento; e, finalmente, por meio do uso de sua razão. O médico, indutivamente, seria capaz de determinar com maior ou menor precisão a causa da doença que levaria à prescrição e execução da terapêutica mais adequada.

Interessante notar que esse modelo permitia não apenas o estabelecimento de uma prática médica bastante singular, respeitando as contingências de cada situação, mas uma indiferenciação entre aspectos objetivos e subjetivos do processo patológico – aliás, a própria consideração da patologia como processo já figura aqui como ponto importante.

Estamos falando de uma concepção médica que data do século V a.C. e podemos, então, seguir procurando por outros determinantes dessa medicina que podemos denominar clássica. Chegaremos então à Galeno no século II d.C. (SERRA, 2009). Galeno se orientou pela filosofia aristotélica na tentativa de produzir avanços na medicina hipocrática, por compreender que a medicina é um conjunto de procedimentos teóricos – com os quais a lógica aristotélica deveria contribuir.

“Para Galeno, a ciência aristotélica implicava o método lógico, o qual tinha especial importância, pois era ele que permitia ao médico penetrar na natureza física e na estrutura dos corpos, através da divisão em gêneros e espécies, do uso da análise e da síntese, constituindo-se em um instrumento que dotaria de rigor científico a medicina. Para Galeno, os médicos deveriam dominar três partes

fundamentais do saber: a lógica, a física e a ética, senão o médico seria um simples “receitador””. (SERRA, S. T. 2009, p.27)

A principal influência da filosofia aristotélica na medicina de Galeno foi a diferenciação entre um conhecimento empírico e um conhecimento técnico. O primeiro figurando, por exemplo, em concepções médicas derivadas da simples observação (fazendo uso dos sentidos) e a segunda implicando modificações no saber médico que permitissem reconhecer categorias nos fatos observados segundo uma medicina teórica. Tal aspecto já estava presente de algum modo em Hipócrates, mas é Galeno quem trará uma preocupação maior com relação à *semiologia*. A começar pela determinação das causas da doença em categorias bem demarcadas – sendo as causas: externa ou primitiva, interna ou dispositiva e, por fim, continente, conjunta ou imediata (SERRA, S. T. 2009).

Note-se, aqui, que a medicina galênica retoma duas grandes tendências históricas da concepção de patologia, ambas partindo da ideia de que é preciso localizar para agir sobre algo – noção que remonta à relação intrínseca entre *patologia* e *diagnóstica*. As duas tendências, conforme nos aponta Canguilhem ([1943] 1978) se distinguem no campo da *etiologia*. A primeira indicaria a origem do mal no universo externo ao corpo, ou seja, algo que invade o corpo. Lógica influenciada pela teoria das possessões, veemente na medicina egípcia e que procura operar uma localização do fator patógeno num tipo qualquer de agente da doença que invadiu o corpo e, portanto, pode ser expulso. A segunda tendência explicaria, ao modo hipocrático, a origem da patologia numa desarmonia do corpo, compreendendo o corpo como um sistema de forças e a patologia como um desajuste dessas forças. A primeira tendência seria referente a uma ontologia da doença, enquanto a segunda operaria sua lógica a partir de uma concepção dinâmica do corpo.

Essas linhas lógicas não são excludentes, mas complementares. Canguilhem trabalha as duas como uma continuidade histórica (onde a concepção ontológica vem antes da dinamista), por meio da qual se estabelece uma oscilação recorrente entre ambas na medicina: “As doenças de carência e todas as doenças infecciosas ou parasitárias fazem a teoria ontológica marcar um tento; as doenças endócrinas e todas as doenças marcadas pelo prefixo *dis*

reafirmam a teoria dinamista ou funcional” (CANGUILHEM, G. [1943] 1978, p.21).

Havia, ainda, na medicina galênica, uma leitura e reorganização da terapêutica hipocrática. Galeno considerava, em ordem de importância, três instâncias para a terapêutica: a dietética, a farmacologia e a cirurgia. Isso implicou duas consequências mais relevantes para a história da medicina, que foram, primeiro a criação de uma “farmacologia racional” – oferecendo a Galeno um lugar na história como o “pai da farmácia” (SERRA, S. T. 2009) –, mas também a necessidade de aprofundamento nos estudos anatômicos. Quanto a isso, sua pesquisa sempre foi realizada por meio de dissecções de animais e, a partir disso, acreditava ser possível chegar a conclusões, por analogia, sobre o organismo humano. Se temos certa tradição na pesquisa médica relativa à anatomia como campo de estudo privilegiado, isso se deve, inicialmente ao trabalho de Galeno. Ele acreditava ser possível, por meio do estudo anatômico, chegar ao estabelecimento mais preciso tanto do diagnóstico, quanto do prognóstico e da terapêutica, mas houve consequências no fato de não ter realizado seus estudos em corpos humanos. Isso somente foi questionado e redescrito por Andreas Versalius.

Com relação a isso, Dunker (2011) traz o exemplo da estrutura descrita e nomeada por Galeno como *rete mirabile*. Tratava-se de um tecido poroso observado no coração, tecido que sustentava a teoria de Galeno sobre a circulação sanguínea. Ele acreditava que o sangue fluía do ventrículo direito para o esquerdo através dos poros da *rete mirabile*. Tal estrutura jamais foi observada novamente e, no entanto, há algo semelhante no coração suíno, o que indica que os estudos anatômicos de Galeno (ao menos quanto a isso) tenham sido realizados unicamente em porcos. O que há de relevante neste exemplo em particular é o fato de que Versalius e Harvey, no século XIV, já haviam corrigido tal aspecto referente à anatomia e funcionamento do coração. Isso, no entanto, não foi capaz de alterar significativamente a lógica da ação terapêutica ou tampouco da razão diagnóstica antes do século XVIII (DUNKER, C. I. L. 2011).

O ponto aqui é que, embora já houvesse uma descrição anatômica melhor à disposição, ainda se realizavam pesquisas que poderiam incorrer nos

mesmos erros, uma vez que a concepção central na pesquisa médica era ainda embasada por uma teoria dos elementos e das diferenças materiais entre eles. O que levava à realização da pesquisa médica por meio da comparação entre massa e volume na busca da determinação de uma diferença entre o estado normal e o patológico, sem que se recorresse propriamente à descrição anatômica como substrato fundamental para o campo da patologia. Não estamos, ainda, no apogeu da anatomia patológica. A pesagem e não a auscultação, por exemplo, embasavam ainda a clínica clássica e a pesquisa em medicina, conforme nos mostra Foucault (1963 *apud* DUNKER, C. I. L. 2011).

“Seria, portanto, incorreto dizer que são os novos avanços da fisiologia que desencadeiam a formação da clínica como uma estrutura. O caso da *rete mirabile* mostra que estes avanços eram em parte bem anteriores ao século XVIII. O que os avanços técnicos e os saberes fisiológicos tornam assimiláveis e realmente funcionais é sua integração sob a forma de uma estrutura: a estrutura da clínica.”
(DUNKER, C. I. L. 2011, p.397)

É necessário, portanto, procurar por outra compreensão do processo de formação da clínica moderna, pois não é o simples avanço técnico que se apresenta como a única e principal condição de possibilidade de sua formação. Retomaremos tal ponto no início do segundo capítulo deste trabalho, onde aprofundaremos a discussão sobre as pesquisas em patologia na modernidade a partir da tese de Canguilhem.

De imediato, nos interessa continuar até o ponto em que chegamos ao nosso terceiro momento onde teremos de nos debruçar sobre a relação da medicina e da ciência e faremos isso procurando investigar como a formação do médico se vinculará às exigências da universidade. O encontro da medicina com a ciência moderna é o encontro do hospital e da universidade. As escolas onde se formavam os médicos na antiguidade passarão a dar lugar ao hospital universitário na modernidade.

1.3 O aparecimento da clínica moderna: o encontro entre hospital e universidade.

O nascimento do que se entende por *clínica moderna* se dá no período entre os séculos XVIII e XIX e constitui uma composição relativamente heterogênea tanto de práticas, quanto de discursos e dispositivos. Assim, pensaremos, com Dunker, a clínica como:

“(...)encontro de três personagens: o cirurgião (cirurgião barbeiro errante, parteiro, curandeiro), o médico (servidor de famílias abastadas, administrador hospitalar) e o professor-pesquisador (estudioso da anatomia, teórico do funcionamento do corpo). Ela é também a fusão de dois lugares: o hospital e a universidade.”
(DUNKER, C. I. L. 2011, p.389)

É necessário deixar claro que nossa leitura do desenvolvimento da clínica parte da perspectiva – com Dunker, em concordância com Foucault – de que ela é um acontecimento no campo da medicina, que tem por pano de fundo a medicina social. Ou seja, trabalharemos com a perspectiva de que a clínica é um saber estruturado que se constitui a partir de certo desenvolvimento da medicina na modernidade, desenvolvimento esse que se dá no sentido de aplicar o saber médico a contextos sócio-políticos – o que implica consequências nas duas direções. Portanto, não nos parece cabível pensar sua estrutura como simples aprimoramento de um saber técnico, mas, antes, é uma modificação no estatuto da própria medicina. Modificação esta, que se deu na relação da medicina com certa estratégia de fundamentação, sucessivamente, do poder estatal, da urbanização e da manutenção da força de trabalho.

Em busca de uma genealogia da medicalização, Foucault faz uma leitura da história da medicina social partindo da hipótese de que a medicina evolui para uma prática coletiva na modernidade e não o contrário, onde a prática médica teria se tornado privada e individualizada nos tempos modernos, se diferenciando da antiguidade onde não seria centrada no indivíduo. Ele nos diz:

“Procurarei mostrar o contrário: que a medicina moderna é uma medicina social que tem por *background* uma certa tecnologia do corpo social; que a medicina é uma prática social e somente em um

de seus aspectos é individualista e valoriza as relações médico-doente.” (FOUCAULT, M. 1979, p.79)

Podemos, ainda, citar Dunker quanto a isso, quando afirma, comentando a perspectiva foucaultiana:

“Entenda-se por isso, um imenso empreendimento estatal, originado na Prússia do início do século XVIII, e de lá disseminado para o resto da Europa. O modelo dessa normalização do médico replica o bem-sucedido programa de formação dos exércitos profissionais, no qual a Prússia foi também pioneira. Secundariamente, essa normalização é aplicada à relação entre médico e paciente.” (DUNKER, C. I. L. 2011, p.390)

Foucault (1979) traz o exemplo da Prússia – retomado por Dunker – para explicar os modos de criação de uma *medicina de estado*, que corresponderia ao primeiro estágio de desenvolvimento das políticas de saúde como forma de controle social. Apesar do caráter inusitado do exemplo, Foucault entende que:

“O Estado moderno nasceu onde não havia potência política ou desenvolvimento econômico e precisamente por estas razões negativas. A Prússia, o primeiro Estado moderno, nasceu no coração da Europa mais pobre, menos desenvolvida economicamente e mais conflituada politicamente. E enquanto a França e a Inglaterra arrastavam suas velhas estruturas, a Prússia foi o primeiro modelo de Estado moderno.” (FOUCAULT, M. 1979, pag. 82)

Dentro dessa concepção, Foucault (1979) entende que, com os desenvolvimentos do capitalismo no fim do séc. XVIII e início do XIX, ocorre a socialização do corpo enquanto força de trabalho e, para chegar até esse contexto, a medicina passa por três processos de desenvolvimento na Europa: inicialmente uma “*medicina de Estado*” onde a preocupação é registrar a mortalidade e natalidade da população em razão do espaço territorial, buscando controle do corpo social como base para a sustentação do Estado; posteriormente uma “*medicina urbana*” preocupada com o esquadramento do espaço urbano (em largo desenvolvimento) na tentativa de higienizar tal espaço e inicia-se um processo de estabelecimento de classes urbanas, enquanto medidas higienizantes (tais como a remoção dos cemitérios e matadouros para a periferia das cidades) são tomadas para proteger os

detentores de capital paralelamente à expulsão dos pobres, paulatinamente, para áreas cada vez mais periféricas; e, finalmente, uma “*medicina da força de trabalho*” em que a preocupação em salubritizar os espaços urbanos tem como objetivo último preservar o corpo social enquanto força de trabalho e gerador de capital. (FOUCAULT, M. 1979)

Com relação a esses três modelos, é possível, ainda, descrever com maior minúcia o que acontece internamente nas mudanças do saber médico. Assim, voltemos ao exame das mudanças ocorridas na medicina que culminaram na produção dos saberes clínicos na modernidade – tendo por base as correspondências entre modificações na teoria e técnica e as dinâmicas sócio-políticas desse período.

Temos, então, três linhagens na teorização médica que passam a convergir na modernidade: 1) a primeira, *clinicalista*, ou seja, voltada para noção de que a prática médica se dá mediante a observação do doente, sendo esta a via de formalização de um saber sobre o corpo e a patologia. Linhagem esta, que privilegia a prática médica que diz respeito ao contato direto e cotidiano com o doente (portanto dos primeiros médicos clínicos, servidores de famílias abastadas) e que se desdobrará, posteriormente, na dissecação e autópsia, por exemplo. 2) Uma segunda linhagem seria a *fisiologista*, relativa aos estudos aprofundados das chamadas “ciências auxiliares” do campo médico, ou seja, desde as experimentações laboratoriais, às teorizações biológicas, com finalidade de testagem de hipóteses etiológicas, assim como a descrição minuciosa do funcionamento dos tecidos (linhagem em cujos maiores expoentes são cientistas, os professores-pesquisadores). 3) Como terceira linhagem temos a *vitalista*, representada pelo trabalho dos filósofos e teóricos políticos que realizam tentativas de adequação do novo projeto da medicina moderna, científica, aos contextos sócio-políticos – de onde vem, por exemplo, a epidemiologia e o higienismo. (DUNKER, C. I. L. 2011)

Para melhor verificar a relação dessas três linhagens com o desenvolvimento da clínica é necessário que se compreenda a fusão entre hospital e universidade. Conforme ocorre a entrada do médico (clínico) no hospital e, portanto, diante de um “jardim das espécies” capaz de oferecer um amplo terreno de observação sistemática da evolução das mesmas doenças

em diversos pacientes, o que acontece é a necessidade de implementação de certa normatização da prática médica. Ou seja, há uma confluência entre a entrada do médico no hospital, que passa a ser campo de observação e experimentação, e a ascensão dos ideais da ciência moderna, representada, nesse caso, pelos pesquisadores da corrente fisiologista. Às vistas do pesquisador-professor, a experiência do clínico no hospital deve ser submetida ao rigor da normatização operada pela universidade. Eis as condições de possibilidade para o encontro entre essas duas instituições (hospital e universidade), a partir do encontro dos personagens mencionados (a princípio o médico e o pesquisador), o que resultará na transformação do discurso médico de modo que possa servir a interesses políticos.

A título de ilustração um pouco mais precisa, recorreremos à leitura de Comte com relação ao processo de pesquisa em patologia, conforme nos indica Canguilhem ([1943] 1978). É importante deixar claro que Comte figura aqui como um representante da vertente vitalista da tradição médica, no entanto, nos oferece um raciocínio que torna clara a modificação que o hospital pode promover no saber médico mediante a ampliação (em termos numéricos) do contato entre os médicos e os doentes.

Dando seguimento ao seu raciocínio, os fenômenos patológicos seriam eventos que oferecem dados empíricos aos moldes de uma experimentação. Eventos espontâneos que ofereceriam, aos olhos do médico/pesquisador, elementos que não poderiam ser alcançados por ele. A experimentação seria entendida aqui – ao modo da concepção de Galileu, como descrevemos anteriormente – como o ato do pesquisador de inserir uma modificação ao conjunto do fenômeno pesquisado com a finalidade de extrair leis sobre seu funcionamento normal por meio da resposta contida no desvio operado no fenômeno, o que não seria possível operar intencionalmente, especialmente no caso das patologias da mente. Dessa forma o fenômeno patológico se apresentaria como uma “experimentação espontânea”. Acrescentando que o retorno ao estado normal ofereceria, também espontaneamente, uma contra-prova verificadora. (CANGUILHEM, G. [1943] 1978)

É com relação a isso, justamente, que Foucault ([1973-1974] 2006b) apontará sua crítica ao modelo de constituição do saber psiquiátrico nos

séculos XVIII e XIX. Apoiada nessa lógica, a psiquiatria, na tentativa se sustentar pela racionalidade médica, apresentaria como base de dados para suas categorias nosográficas a confissão do doente no momento de sua cura, como prova do que se passou. Confissão, no entanto, que seria obtida por meio de estratégias de coerção. Produção de categorias nosográficas sob a designação de descoberta.

Feita esta digressão, analisemos, com Dunker (2011), o referido processo de influência da medicina social sobre a clínica em três movimentos. O primeiro movimento se configura na medida em que a medicina social começa a desenvolver uma verdadeira tecnologia no sentido de uma engenharia das populações. De acordo com os três processos envolvidos na medicalização, como descritos por Foucault – da passagem de uma Medicina de Estado, para uma Medicina Urbana e, finalmente, da Força de Trabalho –, surge uma aliança mais ou menos heterogênea entre concepções monárquicas de incremento de poder por meio do aumento da população em razão do território, com interesses de inserção da medicina no contexto do ideário iluminista e revolucionário. Ambas as perspectivas contribuem para a construção da epidemiologia, higienismo, quantificação e controle da mortalidade e natalidade, enfim, diversas formas de inserir a medicina não apenas em um contexto normativo e replicável, mas de sua inserção em um projeto de fundamentá-la numa antropologia (DUNKER, C. I. L. 2011).

É em um segundo movimento, que deriva deste primeiro, que ocorre um abandono da medicina tal como sistematizada por Hipócrates e Galeno – medicina dos humores, concepções médicas advindas de sua articulação com a filosofia – e tal abandono se justifica pela ascensão de outra perspectiva, segundo a qual o conhecimento médico deveria ser alcançado por meio da observação rigorosa e neutra dos processos de adoecimento (DUNKER, C. I. L. 2011). Nesse sentido, a observação deverá servir para o encontro de fatores que liguem a evolução das doenças (observação clínica direta) a fatores causais (etiológicos) diretamente relacionados ao funcionamento dos tecidos (fundamentação fisiológica). Essa articulação crescente entre a prática da observação clínica e as teorias e hipóteses etiológicas advindas da fisiologia é

que constitui o passo necessário para o entrelaçamento entre a prática dos médicos clínicos e as teorizações dos pesquisadores fisiologistas.

Foi a entrada do clínico no hospital o que abriu campo para estudos comparativos, por exemplo. Ou seja, em um tempo onde o clínico assume um lugar de administrador dessa instituição, o hospital, há uma mudança em seu *status* que faz com que o fisiologista possa se aproximar. Ora, as pesquisas no campo da fisiologia, da química, física, biologia, entre outros, já aconteciam na vinculação com essa outra instituição, a universidade (DUNKER, C. I. L. 2011). Está posto o cenário onde haverá a fusão dessas duas instituições sob um direcionamento que se esboça a partir da medicina social: houve, paralelamente, um redirecionamento da prática clínica em sua inserção no hospital, enquanto as pesquisas em fisiologia passavam a encontrar na atuação dos médicos no hospital um possível campo de experimentação e verificação, campo de mútua influência. Esse movimento de articulação entre as duas perspectivas, cabe esclarecer, só é possível mediante os novos projetos e orientações sócio-políticas da medicina social enquanto tecnologia aplicável à engenharia das populações. Assim é que ocorre o abandono das perspectivas médico-filosóficas, em prol da ascensão de um novo projeto ordenado pela nova concepção de ciência e, portanto, pela aplicação do método experimental em medicina.

1.4 A mudança de estatuto do olhar na clínica.

Antes de passar a uma descrição da estrutura da clínica, retomemos alguns pontos que contextualizam a questão do olhar na prática médica. Esse percurso será importante para que possamos delimitar algumas alterações importantes na fundação da medicina científica como fenômeno discursivo e, assim, analisar algumas de suas consequências na prática clínica. Nesse contexto é possível notar, na constituição do pensamento clínico, uma série de mudanças acontecendo. A clínica que é, na visão foucaultiana, não a simples retomada do empirismo médico, mas uma das aplicações iniciais da *análise* em medicina (FOUCAULT, M. [1963] 2006a), passa por um período – até o século XVIII – em que a doença era estudada sob uma óptica derivada do

pensamento botânico, uma *Medicina das Espécies*, onde a pesquisa era realizada por meio da observação de sintomas e o conjunto de sintomas deveria remeter a doença à uma nosografia estabelecida. Essa observação não se realizava no nível de uma fisiologia profunda, mas por meio da observação do estado do paciente, bem como da fala deste. O sintoma era muito mais um signo linguístico do que uma realidade empírica e observável (FOUCAULT, M. [1963] 2006a). Concepção clínica que evidencia, no momento histórico em que acontece, o aparecimento de uma:

“Estrutura coletiva do sujeito da experiência médica; caráter de coleção do campo hospitalar: a clínica se situa no encontro de dois conjuntos; a experiência que a define percorre a superfície de seu confronto e de seu recíproco limite. Adquire aí sua inesgotável riqueza, mas também sua figura suficiente e fechada. É o recorte do domínio infinito dos acontecimentos pelo entrecruzamento do olhar e das questões combinadas.” (FOUCAULT, M. [1963] 2006a, p.121)

É somente na passagem para o século XVIII que há uma alteração na clínica que se estende até o séc. XIX e para além dele: a clínica orientada pela anatomia patológica. Uma nova era que tem seu início com importantes modificações na estrutura das pesquisas médicas.

“E nessa nova imagem que dá a si mesma, a experiência clínica se arma para explorar um novo espaço: o espaço tangível do corpo, que é ao mesmo tempo essa massa opaca em que se ocultam segredos, invisíveis lesões e o próprio mistério das origens. E a medicina dos sintomas, pouco a pouco, entrará em regressão, para se dissipar, diante da medicina dos órgãos, dos focos e das causas, diante de uma clínica inteiramente ordenada pela anatomia patológica.” (FOUCAULT, M. 2006a, p.135)

O que Foucault aponta é justamente a tendência, também aqui, de compreender as alterações no pensamento médico como simples efeito de um avanço técnico. Esta perspectiva oculta os processos discursivos que figuram como condições para essas alterações. Ademais, já constitui uma manobra discursiva a simples denominação de “evolução” quando se fala da mudança de orientação das pesquisas em medicina pelo advento da anatomia patológica. Existe uma tendência, nos estudos históricos, à vinculação do nascimento da anatomia patológica com esse novo espírito clínico que se

caracteriza a partir do último quarto do séc. XVIII até o final do XIX por uma reorganização das escolas e hospitais, da formação do médico e de uma nova medicina: analítica e positiva. Essa leitura da História seria, para Foucault, errônea:

“Essa reconstituição é historicamente falsa. Morgagni, em meados do séc. XVIII, não teve dificuldades em fazer autópsias; (...) Portanto, nenhuma escassez de cadáveres no século XVIII, nem sepulturas violadas ou missas negras anatômicas; está-se em pleno dia da dissecação. Por uma ilusão, freqüente no século XIX, e a que Michelet impôs as dimensões do mito, a história prestou o fim do antigo Regime as cores da Idade Média em seus últimos anos, confundiu problemas e debates da *Aufklärung*² com os dilaceramentos do Renascimento.” (FOUCAULT, M. 2006a, p.137)

A mudança real na concepção médica e principalmente na clínica não seria, então, uma simples reformulação técnica, mas uma mudança na concepção médica acerca da morte, que agora ocupa um lugar de destaque anteriormente negligenciado sob a acusação de que o corpo morto não poderia esclarecer coisa alguma sobre a doença (tendo esta cumprindo com seu ciclo natural e, portanto, desaparecido da possibilidade de visualização):

“A vida, a doença e a morte constituem agora uma trindade técnica e conceitual. A velha continuidade das obsessões milenares que colocava, na vida, a ameaça da doença e, na doença, a presença aproximada da morte é rompida: em seu lugar, se articula uma figura triangular, de que o cume superior é definido pela morte. É do alto da morte que se podem ver e analisar as dependências orgânicas e as seqüências patológicas.” (FOUCAULT, M. [1963] 2006a, p.159)

Há, nesse ponto, uma alteração bastante importante no paradigma médico: a morte agora é detentora da verdade sobre a medicina, é o que define o conhecimento sobre os processos do adoecimento e, por conseguinte, sobre a vida. O corpo morto, objeto de estudo da anátomo-patologia, é agora o grande revelador dos processos de adoecimento.

Mas para que possamos discutir propriamente a questão do olhar – que aparece como um ponto ao mesmo tempo determinante e complexo – interessa-nos descrever algumas conseqüências da aliança entre a linhagem

² Palavra alemã para “Iluminismo”.

clinicalista e a fisiologista, bem como o modo pelo qual tal aliança é influenciada pela medicina social. Nesse sentido, é necessário observar que as modificações na prática clínica se dão mediante uma nova maneira de relacionar a *semiologia* e a *diagnóstica* – em um primeiro momento, pelo menos. Ou seja, uma vez postas em diálogo, observação clínica e pesquisa fisiológica alcançam novas possibilidades. Isso se dá por diversas vias e recorreremos apenas a algumas delas, mais emblemáticas. Primeiro, consideremos que:

“O movimento da medicina clínica se exprime em duas etapas: a partir de 1750 está caracterizado pela formação de uma cultura clínica baseada na observação e, entre 1800 e 1850, pelo desenvolvimento dos instrumentos que melhoram e refinam as técnicas diagnósticas.” (DUNKER, C. I. L. 2011, p.392)

Dado este contexto, é possível compreender o aparecimento, nesse período histórico, de diversos instrumentos para fins diagnósticos – speculum (1812), oftalmoscópio (1853), uretroscópio (1853), entre outros (DUNKER, C. I. L. 2011). No entanto, não era somente a disponibilidade técnica, como já afirmamos, que determinava o uso de tais instrumentos, mas antes uma série de aspectos do próprio entendimento do médico sobre a patologia operada no nível da *semiologia*. Assim foi que, por exemplo, a utilização do termômetro para a medição de febres começou a acontecer muito após a existência desse instrumento. O motivo disso foi o fato da febre ser considerada uma patologia em si até meados de 1840 para, só depois disso, passar a ser considerada um signo comum a diversos estados patológicos. Uma separação semiológica entre um fenômeno como *sintoma* (signo da doença) e *doença* propriamente dita, portanto, é capaz de determinar modificações precisas e profundas nas técnicas diagnósticas (DUNKER, C. I. L. 2011, p.392). Este é apenas um exemplo de como a pesquisa fisiológica influencia a prática clínica, pois é somente mediante os estudos fisiológicos sobre o fenômeno da febre que ocorre tal modificação. Tal aliança poderia ser expressa da seguinte forma: “Enquanto os clínicos produzem *histórias naturais* os fisiologistas inferem nexos causais entre pontos dessa história” (DUNKER, C. I. L. 2011, p.393).

Há outros exemplos que nos permitem conduzir a análise para outros sentidos. Interessa-nos aqui, para isso, examinar o problema da dor e do

sofrimento dos pacientes para as linhagens médicas descritas. Houve um período de forte relutância em relação às técnicas de alívio e supressão da dor. Examinar os motivos disso nos interessa na medida em que permite pensar algumas determinações que vão para além do avanço teórico-técnico como na questão da febre, ou da morte. O que acontece com o problema da dor demonstra outros aspectos:

“Ora, a recusa em admitir que a redução terapêutica da dor é finalidade da medicina deve-se a diferentes motivos, que ajudam a compreender o hibridismo formativo da clínica clássica. Para os fisiologistas a dor acusa a presença de um elemento subjetivo que interessava caracterizar como indiferente à ordem dos procedimentos investigativos. Para os clínicos a dor era a fonte mesma de seu *savoir-faire*, os tipos de dor, o discurso da dor era a matéria prima de sua atividade, diminuí-la ou evita-la simplesmente complicava a atividade diagnóstica.” (DUNKER, C. I. L. 2011, p.394)

Para a medicina social, por outro lado, havia uma concepção profundamente marcada por uma moral religiosa, segundo a qual a dor constituía sinal da graça e purificação, uma espécie de punição divina capaz de expurgar o pecado e a desgraça. Há, posteriormente, uma corrente progressista da medicina social que passará a aceitar procedimentos de supressão da dor, muito embora compreenda a possibilidade de suportar a dor como uma virtude. Nesse ponto é que se torna clara a importância do fator político que representou a liberação moral da doença, agora não mais ligada aos desígnios divinos, movimento que acontece com forte influência do iluminismo. Assim é que a clínica moderna não representa apenas uma reorganização teórico-técnica da clínica clássica – reorganizando estruturalmente suas funções e procedimentos – mas uma condição de aliança política entre o saber médico e diversos projetos de intervenção no nível das populações.

“Tratar uma epidemia é um assunto médico-policial; tratar um doente mental é um assunto médico-jurídico; tratar uma criança ou uma mulher, um problema médico-moral. Essa nova forma de medicina baseia-se na autoridade transferida pelo Estado sob o domínio dos corpos, pela ciência universitária sob o domínio dos organismos e pela moral sob o domínio da individualização do patológico. O surgimento da medicina social é contemporâneo do renascimento da

clínica e da era das descobertas fisiológicas, mas isso não significa que estejam todas estas formas da medicina regidas pela mesma estratégia de biopoder.” (DUNKER, C. I. L. 2011, p.395-396)

Na modernidade, a medicina passa de um conhecimento sobre as causas do adoecimento e um conjunto de técnicas de cura, para um discurso capaz de promover o homem-saudável ao estatuto de ideal a ser prescrito (FOUCAULT, M. [1963] 2006a). Isso se alia a diversos interesses político-econômicos emergentes, desde a aliança com seguradoras, instituições de educação, militares, alcançando principalmente o mundo do trabalho. Uma vez abandonadas as concepções médico-filosóficas – como a sistematização da medicina hipocrática realizada por Galeno, em prol de uma inserção da medicina e principalmente da clínica nos ideais da ciência – ocorrem mudanças centrais nos processos que compõem sua estrutura. O que terá como consequência, por exemplo, a mudança sobre o modo pelo qual se realiza o atendimento ao paciente. A partir desse ponto, a pergunta feita ao paciente passa a ser “onde lhe dói” ao invés de “o que você sente”.

Mediante essa alteração no discurso médico, ocorre uma separação muito bem marcada na linguagem médica em relação à linguagem popular. Por essa via, o clínico passará a ser uma espécie de intérprete do sofrimento com o objetivo de “limpar” o discurso do paciente dos aspectos subjetivos, procurando pela verdade da patologia. Há um deslocamento da *verdade* nessa alteração do discurso, ela passa do sujeito que sofre para o conhecimento científico do clínico – para o *saber* científico e não para a figura do clínico, que apenas passa a representa-lo.

A tarefa de clinicar continua resguardando suas origens no sentido do dobrar-se sobre o leito e observar o estado do enfermo. Mas agora o olhar aplicado nesse processo possui outro estatuto. Este olhar que prevê a exclusão de aspectos subjetivos, intenta com isso operar uma descrição precisa e “verdadeira” do estado patológico, esquivando-se do julgamento moral, o que não acontece completamente³ e acaba constituindo uma estratégia capaz de

³ Podemos pensar, por exemplo, na crítica lacaniana à epistemologia da ciência tal como proposta em *A ciência e a verdade* (LACAN, J. [1965-66] 1998), especialmente quando aponta para o sujeito com o qual trabalha a psicanálise como sendo o sujeito da ciência (no sentido de que o cientista é um sujeito), mas voltaremos a este ponto adiante por se tratar de um aspecto fundamental de nossa discussão.

velar a implicação do poder do médico sobre o paciente, fazendo com que este apareça apenas como responsável pela aplicação asséptica da ciência como verdade.

1.5. A estrutura da clínica.

A partir daqui, podemos avançar na configuração mesma de uma estrutura da clínica. De saída, importa-nos enunciar que trabalharemos no detalhamento de quatro operações que se modificam da clínica clássica para a moderna. Tais operações podem figurar como “pilares” de sustentação dessa estrutura. São eles: *semiologia*, *diagnóstica*, *etiologia* e *terapêutica* (DUNKER, C. I. L. 2011). Procuraremos descrever cada uma dessas operações em separado para que seja possível mostrar suas características particulares. No entanto, essa é uma tarefa razoavelmente difícil na medida em que as quatro operações se relacionam mutuamente. Interessa-nos descrever com alguma precisão essas quatro operações por se tratarem de categorias fundamentais para a análise que empreendemos neste trabalho.

Quando falamos da alteração do olhar na prática clínica, falamos de uma modificação direta sobre a *semiologia*. Para compreender a relação entre os desenvolvimentos semiológicos e a configuração do olhar é preciso ter em mente que o estabelecimento de uma linguagem médica, uma linguagem classificatória, será o fator decisivo para a prática diagnóstica. *Semiologia* é o que constitui o estudo dos signos, portanto, uma área de estudo diretamente relacionada à linguagem. No que se refere à clínica, a semiologia será aquilo que constitui uma sistematização dos signos, sintomas, traços, enfim de todos os sinais que devem orientar o olhar do clínico na observação comparativa de diferenças significativas em cada quadro clínico. O termo “quadro” clínico, inclusive, parece ser bastante adequado nessa discussão, afinal se trata justamente da observação do estado do doente tal como se observa um quadro. Ou seja, implica na capacidade de estabelecer, por um golpe de olhar, relações entre formas, intensidades, distâncias, de modo que isso constitua um todo minimamente coeso e capaz de oferecer direcionamento.

Isso já indica uma íntima relação entre *semiologia* e *diagnóstica*, afinal a atividade de estabelecer um todo coeso sobre o quadro apresentado pelo paciente é também o que constitui um diagnóstico. Importa, então, deixar claras as diferenças: se a *semiologia* constitui um sistema organizado de signos reconhecíveis, a *diagnóstica* configura um ato do clínico. Ato esse que só se pode realizar orientado pelo conjunto de signos. O exemplo da febre que utilizamos anteriormente é capaz de ilustrar o que descrevemos neste momento.

Mas, ainda quanto à *semiologia*, é importante ressaltar que no processo de inserção da medicina no contexto da ciência moderna, essa passa a ser uma via não apenas de normatização da prática clínica (implicando em uma linguagem médica comum), mas uma via de separação entre a linguagem médica e a linguagem popular. Isso explica o que também dissemos anteriormente quanto à modificação da pergunta inicial feita ao doente, que ao invés de “o que você sente?” passa a ser “onde lhe dói?”. O médico passa a ser, definitivamente, aquele que detém um saber capaz de identificar a verdade da patologia e o paciente entra, então, nesse circuito apenas como um informante desavisado.

O relato do paciente deverá ser traduzido pelo médico conforme os avanços semiológicos. No curso dessa mudança no discurso médico, duas consequências são imediatas: primeiramente a passagem para uma perspectiva onde a subjetividade do paciente se torna um contratempo, uma inconveniência a ser eliminada por seu caráter “deturpador” – afinal, a descrição que um paciente faz de seu estado é, normalmente, de ordem subjetiva e não técnica; ao mesmo tempo, ou ainda por conta mesmo disso, há um investimento em técnicas diagnósticas que tornam cada vez menos necessária a fala do paciente – na atualidade isso se mostra de forma vívida, bastando que nos lembremos de quanto falamos na consulta com um médico e quantos exames laboratoriais devemos realizar após a consulta.

Quando afirmamos que a *semiologia* orienta o olhar clínico não queremos, com isso, dizer que as outras operações clínicas não o façam. Ainda assim, partimos da perspectiva de que os avanços e modificações entre *semiologia* e *diagnóstica* figuram como pivô para as mudanças na *etiologia* e

terapêutica (ainda que isso retorne posteriormente numa circulação constante). É por meio de estratégias semiológicas, então, que a medicina realiza operações de reducionismo nominalista. Tudo que é observado na atividade clínica deve ser remetido a certa maneira de nomeação, de significação, fazendo com que cada sinal observado no caso precise ser remetido a um signo (este, antes de tudo, linguístico). Não se trata simplesmente de nomear o que se observa, mas o que queremos destacar é que o que não pode ser nomeado propriamente, de modo que se insira no conjunto da semiologia, não poderá ser observado.

Passemos, então, à *diagnóstica*. Definimos, com Dunker (2011), o diagnóstico como um ato do clínico. A partir da observação dos sinais aparentes em determinado quadro, dá-se um passo em direção a um diagnóstico, sendo este o responsável por conferir direção a um tratamento. Para a realização de um diagnóstico é necessária uma operação lógica de investigação dos sinais apresentados e, cruzando os dados oferecidos por esses, pode-se então chegar ao reconhecimento de um processo patológico estável e regular. A isso, damos o nome de *hipótese diagnóstica*. Trabalha-se sempre com uma hipótese porque somente ao final do ciclo de um processo patológico (sendo isso a cura, ou mesmo a morte) se poderá afirmar por certo se a hipótese se confirma. Além disso, as hipóteses diagnósticas podem mudar ao longo do tratamento tão logo se realize intervenções que provoquem, por sua vez, novos sinais. Quanto a isso, estamos já no campo da relação entre a *diagnóstica* e a *terapêutica* (ação sobre a doença). Mas primeiro seria o caso de discutir as influências mútuas entre *diagnóstica* e *etiologia*.

A *etiologia*, enquanto o estudo das causas, tanto sofre influência do que se estabelece a partir da atividade diagnóstica, quanto a modifica, confirma, exclui. Um exemplo disso é a ascensão da anátomo-patologia e das pesquisas fisiológicas em patologia. Tais perspectivas possibilitaram a verificação de diversas causas de enfermidades no nível do funcionamento dos órgãos e dos tecidos com razoável precisão. Isso faz com que o ato de diagnosticar passe pela ligação entre um *signo semiológico* e uma *hipótese etiológica*. Ponderar uma possível causa para um determinado sintoma é um ato diagnóstico.

Finalmente, tais procedimentos permitem a delimitação de uma *terapêutica*. Ou seja, a partir do reconhecimento de signos (*semiologia*), que levam a ponderar possíveis causas (*etiologia*) e, por meio disso, estabelecer um reconhecimento de um processo regular e estável de ação da doença (*diagnóstica*), abre-se a possibilidade de traçar uma estratégia de intervenção visando o combate à doença (*terapêutica*). É por este caminho que chegamos à necessidade de investigar as relações entre terapêutica e patologia, afinal nos parece ser este o ponto onde a clínica poderá incorrer num exercício de poder e coerção sobre o paciente. Assim passaremos à análise das concepções do normal e do patológico como um todo.

Por meio de todo o processo descrito até o momento sobre a aliança entre medicina e ciência, o que culmina na constituição dessa estrutura da clínica moderna, haverá uma reorganização das concepções de *normal* e *patológico*. Tal ponto é particularmente importante porque permite verificar como os desenvolvimentos teóricos a esse respeito são atravessados por impasses epistemológicos que chegam a um ponto crítico: delimitar o que é normal e o que é patológico é um problema que diz respeito, no limite, a normas sociais mais do que a aspectos naturais/fisiológicos. Isso coloca em cheque a possibilidade de uma ciência neutra, ou, mais especificamente, de uma medicina científica neutra, afastada de interesses sócio-políticos. Seguremos nos próximos capítulos pela sustentação desta crítica.

CAPÍTULO 2. UM CAMPO DE PESQUISA PROBLEMÁTICO: os impasses entre o normal e o patológico

Até o momento, procuramos descrever genealogicamente o percurso da aliança entre medicina e ciência na modernidade, chegando até a formalização de uma estrutura da clínica moderna. Tal percurso nos leva à necessidade de investigação das concepções de *normal* e *patológico*, pois é nesse ponto que poderemos observar alguns dos impasses epistemológicos decisivos que permitem desvelar estratégias políticas acerca da aliança entre teorias no campo amplo das chamadas “ciências da saúde” e certas tecnologias de controle social. Assim, nos valem, neste capítulo, de um estudo do trabalho de Canguilhem em *O Normal e o Patológico* ([1943] 1978) sobre algumas das principais influências teóricas em medicina como base. Acreditamos ser possível, com isso, seguir por um caminho que reatualiza tudo o que descrevemos até o momento, bem como permite observar com maior minúcia o modo pelo qual os desenvolvimentos da medicina científica, o entrelaçamento entre medicina e ciência, repercutem numa certa tendência à desvalorização da prática clínica.

Devemos ressaltar, então, que nossa intenção a partir deste momento é seguir a trilha aberta por Canguilhem buscando por argumentos capazes de sustentar não apenas nossa afirmação de que medicina científica envereda para uma desvalorização da prática clínica, mas que tal efeito decorre muito precisamente da tentativa de estabelecimento de uma continuidade quantitativa que vai do fenômeno fisiológico ao patológico – e que procura negar variações qualitativas. A aceitação de tal perspectiva implica o cumprimento de uma exigência metodológica que está calcada justamente no isolamento dos aspectos subjetivos em um circuito de pesquisa a fim de desvelar uma suposta “verdade objetiva”, em outras palavras, o isolamento do *sujeito* tal como compreendido a partir da virada cartesiana – o que não é livre de consequências ético-políticas.

Canguilhem ([1943] 1978) inicia sua tese com a apresentação de uma questão: “Seria o estado patológico apenas uma modificação quantitativa do estado normal?” (p. 19).

Tal pergunta refere-se já ao caminho das pesquisas em patologia na modernidade. Lembremos, por um momento, do que foi descrito em nosso primeiro capítulo sobre as duas tendências da medicina na antiguidade: as teorias ontológica e dinâmica sobre a doença. A primeira, mais diretamente relacionada à medicina egípcia, pensa a doença como um ente que invade o corpo e pode, então, ser expulso – o que permite que a chamemos também de teoria das possessões, sendo a doença aquilo que possui o corpo; a teoria dinâmica ou funcional, é referente à concepção grega, mais precisamente hipocrática, e estabelece que a doença é um efeito de desarmonia entre forças naturais que, em equilíbrio, produzem o estado saudável. Com isso se estabelece, em ambas as formas, uma diferenciação *qualitativa* entre saúde e doença, normal e patológico, sendo a experiência patológica uma realidade polêmica. Haveria ainda uma tendência que seria o pensamento naturalista, que se aproximaria da teoria dinâmica, mas não concebe intervenção, compreendendo que é a natureza mesma que deve operar para o reestabelecimento de sua harmonia. A prática médica, portanto, no uso de qualquer uma das teorias apresentadas (ou mesmo qualquer outra), teria como característica unívoca *o desejo de operar contra a natureza, ainda que a partir dela, para restituir a saúde ao corpo doente*. Amor à vida que leva aquele que se dedica ao estudo do campo médico a procurar formas de apreender a natureza em seu fenômeno entendido como patológico e se tornar capaz de operar sobre ele.

Assim é que, na tentativa de construção de uma *patologia científica*, a medicina recorrerá à fisiologia. Enquanto procurava pelo estabelecimento de categorias nosográficas ao modo da botânica, a medicina não se afastava muito do naturalismo, ou da biologia classificatória. É com o advento da fisiologia – em certa medida derivada da anatomia patológica – que a medicina associará sintomas de determinadas categorias nosográficas a lesões em órgãos específicos, conforme nos mostra Foucault ([1963] 2006a). O substrato anatômico que permite à prática clínica observar grupos de sintomas estáveis

em suas categorias nosográficas, operará uma alteração significativa no nível de entendimento da doença, que será notado pela alteração semiológica. O patológico passará a ser designado semanticamente com relação ao normal, não como *a* ou *dis*, mas como *hiper* ou *hipo*. (CANGUILHEM, G. [1943] 1978).

“A necessidade de restabelecer a continuidade, para melhor conhecer, a fim de melhorar e agir é tal que, levando-se às últimas consequências, o conceito de doença se desvaneceria. A convicção de poder restaurar cientificamente o normal é tal que acaba por anular o patológico. A doença deixa de ser objeto de angústia para o homem são, e torna-se objeto de estudo para o teórico da saúde. É no patológico, com letra maiúscula, que se decifra o ensinamento da saúde, de certo modo assim como Platão procurava nas instituições do Estado o equivalente, ampliado e mais facilmente legível, das virtudes e vícios da alma individual.” (CANGUILHEM, G. [1943] 1978, p. 22-23)

Há então uma espécie de “dogma” de que pretensamente a diferença entre normal e patológico se daria por uma via quantitativa, correspondendo o patológico ao excesso ou falta. Tal concepção, que influencia sobremaneira tanto a filosofia quanto a psicologia, foi sustentada durante o século XIX (momento de seu auge) por Auguste Comte e Claude Bernard, segundo a leitura de Canguilhem ([1943] 1978). Há, porém, uma diferença fundamental entre os dois: Comte faria sua argumentação no sentido do patológico para o normal, enquanto Bernard faria o caminho oposto.⁴

2.1 De Auguste Comte ao *Princípio de Broussais*.

Retornando a Auguste Comte, Canguilhem aponta para o uso que esse faz do que nomeia como “princípio de Broussais”. Tal princípio poderia ser expresso de modo simplificado da seguinte forma:

“(…) todas as doenças consistem basicamente “no excesso ou falta de excitação dos diversos tecidos abaixo ou acima do grau que constitui o estado normal”. Portanto, as doenças nada mais são que

⁴ A ideia de que se pode conhecer a identidade do estado normal por meio do patológico – na medida em que o patológico seria a forma caricata do normal – encontra sua maior repercussão, por exemplo, na psicologia. Concepção que leva a entender os estados alterados como o sonambulismo, os delírios, alucinações, obsessões, manias, como formas ampliadas e caricaturais dos processos psíquicos normais (CANGUILHEM, G. [1943] 1978).

os efeitos de simples mudanças de intensidade na ação dos estimulantes indispensáveis à conservação da saúde.” (CANGUILHEM, G. [1943] 1978, p. 28)

Quando se fala em “princípio de Broussais” é preciso que se leia aí certa operação discursiva dentro da medicina científica. O que Comte chama de “princípio de Broussais” é uma determinada posição assumida na pesquisa médica que permitiu a ascensão da fisiologia sobre a anátomo-patologia – talvez fosse melhor dizer uma articulação entre elas que coloca a primeira em destaque. Tal posição consiste em uma reconfiguração do modo pelo qual se entende o organismo e que passou a figurar como fundamento da pesquisa, nas palavras de Foucault:

O que é modificado com o advento da medicina anátomo-clínica não é a simples superfície de contato entre o sujeito cognoscente e o objeto conhecido; é a disposição mais geral do saber que determina as posições recíprocas e o jogo mútuo deste que deve conhecer e o que há a conhecer (FOUCAULT, M. [1963] 2006a, p. 139).

Ou seja, assume-se uma reconfiguração da maneira pela qual se entende o conjunto do corpo, que passa a ser agora um espaço mais complexo e abstrato designado por formações que têm como unidade mínima o tecido. É o conjunto dos tecidos que formará os órgãos, que por sua vez formarão sistemas e etc. Isso constitui uma nova gramática que, por redução, leva à ideia de que tudo aquilo que se possa inserir na ordem do patológico deverá corresponder a lesões no nível do tecido em última instância – e que se reatualiza nas pesquisas biomédicas contemporâneas, adentrando agora o nível da célula e da molécula por exemplo. Tal é o princípio geral de decifração que está presente na nova gramática inaugurada pela fisiologia: a pesquisa patológica deve procurar pelas lesões no nível do tecido e o *normal* passaria a corresponder ao funcionamento dos tecidos não lesionados.⁵ Ou seja, disso é possível deduzir uma lei segundo a qual todo sintoma é uma expressão

⁵ Importante destacar que tal modificação da pesquisa fisiológica acontece mais ou menos em paralelo às formulações de Broussais. Portanto, acrescentamos que há nesse contexto uma aliança da pesquisa fisiológica às conclusões (já bastante criticadas) de Broussais. Aliança que procura alinhar a reorientação do olhar que leva a anatomia patológica à articulação com a fisiologia da constituição dos tecidos. Compreenda-se que essa manobra discursiva permite a ascensão da histologia, por exemplo, como uma área de suposto avanço da cientificidade da medicina, quando pode funcionar como sustentáculo de certo reducionismo organicista – o que, no caso das neurociências e suas aplicações em psiquiatria, por exemplo, será tomado como justificativa para a invalidação do discurso do sujeito sobre seu sofrimento.

patológica que deve ter como substrato uma lesão no nível do tecido – esta, por sua vez, causada por aumento ou diminuição de fatores essenciais à conservação da saúde (equivalente ao normal). Antes dessa leitura, as leis que regiam os estados normais e patológicos não se encontravam na mesma ordem. Portanto, aquilo que pudesse ser decisivo para o conhecimento de um estado normal, nada tinha a dizer ou decidir sobre qualquer fenômeno patológico (e vice-versa).

Essa é a leitura da qual Comte se valerá para exceder os limites da medicina e aplicar seu “princípio de Broussais” de modo axiomático para a obtenção de qualquer conhecimento positivo. Assim, virá a determinar que esse princípio nosológico é aplicável de maneira universal até mesmo ao campo da política. Chega a exemplificar tal aplicação como uma possibilidade de análise das revoluções (CANGUILHEM, G. [1943] 1978). Note-se que, por essa leitura, uma revolução seria equivalente a uma patologia. Algo como uma inflamação do corpo social indicando processos em estado hiper ou hipostático com relação ao funcionamento normal da sociedade. Reducionismo que ignora a complexidade dos fenômenos sociais à medida que naturaliza o funcionamento da sociedade.

Mas há, ainda, outras lacunas. No caso de Comte, o primeiro problema trata-se do seguinte: não há nenhum substrato clínico em suas formulações, não há demonstração em casos específicos. Assim, Canguilhem tecerá sua crítica a Comte com um exemplo retirado de Sigerist, no qual ele aponta para o aumento do número de glóbulos brancos durante a digestão, tal qual acontece nas infecções, demonstrando que um mesmo fenômeno pode ser fisiológico ou patológico, dependendo das condições que o causaram. Além disso, Comte é bastante insistente quanto à necessidade de delimitar o campo dos estados normais antes de procurar metodicamente a ocorrência de um estado patológico. Isso acaba por desfazer a regra, na medida em que afirma a possibilidade de conhecimento do estado saudável pela observação direta sem os ensinamentos da doença. (CANGUILHEM, G. [1943] 1978)

A principal falha de Comte estaria na ausência do estabelecimento de diferenças entre os estados *normais*, *fisiológicos* e *naturais*. Agrupamento conceitual que fará com que procure numa razão naturalista de harmonia a

delimitação que distingue normal e patológico – relação de homeostase como saúde, em diferença com o *hiper* e *hipo* da doença. É por recorrer à noção de harmonia na teorização de Comte, que Canguilhem fará sua leitura de que ele estabeleceu sua diferenciação de normal e patológico sobre um “conceito qualitativo e polivalente, estético e moral, mais ainda que científico.” (CANGUILHEM, G. [1943] 1978, p. 33)

Ao avaliar diretamente a tese de Broussais, Comte procura resumir sua teoria atentando para a definição de fato vital, primordial: a excitação. Broussais procura afirmar a diferenciação entre normal e patológico por meio da ideia de que constituem apenas uma variação na quantidade de excitação, acrescentando que tais excitações são compreendidas na interação das forças exercidas pelas contingências ambientais a que o organismo estaria exposto, em conjunto com a reação gerada no sistema nervoso. Desse modo, a excitação seria proveniente do ambiente externo e também do próprio organismo – questão que também atravessa as teorizações de Freud quanto à teorização do aspecto topológico do aparelho psíquico, por exemplo.

Na tentativa de determinar os estados patológicos como simples variações quantitativas do normal, as formulações de Broussais se dirigem à conclusão de que a patologia é uma extensão da fisiologia. Assim, o que distingue tais domínios estaria contemplado em uma relação de homogeneidade ou de continuidade. “No entanto é preciso dizer que a continuidade de uma transição entre um estado e outro pode muito bem ser compatível com a heterogeneidade desses estados” (CANGUILHEM, G. [1943] 1978, p.35).

Canguilhem aponta diversas falhas no modo com que Broussais conduz seu raciocínio sendo uma das mais importantes a indiferenciação entre os termos *anormal*, *patológico* e *mórbido*. O que levará a uma imprecisão nas noções de excesso e falta de excitação nos tecidos, suposto fator etiológico dos estados patológicos. Portanto apareceria um caráter implicitamente qualitativo e normativo nas definições de *normal* operadas por sua teoria. Se não há medida devidamente quantificada que defina a normalidade em termos numéricos, se não há quantificação capaz de dar conta da explicação positiva tanto da homeostase quanto dos desvios da fisiologia, só restaria o apoio em

uma norma. Aspecto que faria a definição de normal deixar de ser “(...) apenas uma disposição detectável e explicável como um fato, para ser a manifestação do apego a algum valor.” (CANGUILHEM, G. [1943] 1978, p.36)

Canguilhem recorre então a Bichat e Brown – referências de Broussais – para aprofundar sua crítica. Da teoria de Brown e de um de seus discípulos (Lynch), Canguilhem somente apontará para o método de quantificação por escalas numéricas de incitação/incitabilidade dos tecidos, para mostrar como tal método apenas expressa uma caricatura dessa linha de pensamento herdada por Broussais. Acerca disso diz:

“É verdade que Brown e Lynch só chegam, na realidade, a uma hierarquia conceptual dos fenômenos patológicos, a uma localização qualitativa de estados entre dois pontos extremos: a saúde e a doença. Localizar não é medir, um grau não é uma unidade cardinal.” (CANGUILHEM, G. [1943] 1978, p.39)

Será em articulação às concepções de Comte e Broussais que Canguilhem trará Claude Bernard para a discussão.

2.2 Claude Bernard e o método experimental em fisiologia

Dando seguimento à análise do problema, Claude Bernard desenvolveu pesquisas fisiológicas próprias e teorizações mais específicas sobre o problema do normal e do patológico, mas ainda em conformidade com a tese de que normal e patológico, fisiologia e patologia, estabelecem uma relação de continuidade que permitiria determinar suas diferenças por meio de uma escala quantitativa.

“Ao contrário de Broussais e Comte, Claude Bernard traz, para sustentar seu princípio geral de patologia, argumentos controláveis, protocolos de experiências, e sobretudo métodos de quantificação dos conceitos fisiológicos. (...) Desde então, quando se acha que a doença é a expressão exagerada ou a expressão diminuída de uma função normal, sabe-se exatamente o que se quer dizer. Ou pelo menos tem-se os meios de sabe-lo, pois apesar desse progresso incontestável da precisão lógica, o pensamento de Claude Bernard não está isento de qualquer ambiguidade.” (CANGUILHEM, G. [1943] 1978, p.52)

Antes de adentrar a análise da argumentação de Bernard, Canguilhem estabelece uma problemática aparente na tentativa de definição do normal e patológico em termos de continuidade. Tal definição procura substituir o conceito de *doença* pelo de *distúrbio*, operando no nível da des-armonia, desproporção, ao invés do nível da doença enquanto experiência singular, qualitativamente oposta à saúde, ou seja, trata-se de uma tentativa de transformar o *patológico* em um conceito negativo⁶. Assim caminha a estratégia que visa definir saúde e doença por meio de diferenciações quantitativas. Enquanto opera por essa via, a teorização parece visar uma forma de anular o caráter qualitativo da experiência – que, se mantido, corresponderia à posituação do conceito de *patológico* –, esvaziando seu valor e substituindo pela possibilidade de determinação quantitativa apenas, deslocamento que fará *valor* equivaler à *quantidade*. O problema que se coloca aqui é o seguinte:

“(...) o conceito de doença será o conceito de uma realidade objetiva acessível ao conhecimento científico quantitativo? A diferença de valor que o ser vivo estabelece entre sua vida normal e sua vida patológica seria uma aparência ilusória que o cientista deveria negar?” (CANGUILHEM, G. [1943] 1978, p.53).

O que Canguilhem procura pontuar com seu questionamento é que a formulação de uma continuidade entre saúde e doença será utilizada em certas discussões médicas para uma recusa da definição tanto de uma coisa como de outra. Disso decorrem sérios problemas: se a saúde perfeita é pensada como um estado inatingível, chega-se a conclusão de que todos os indivíduos são doentes – problema profundamente atual conforme o que designa a Organização Mundial de Saúde como estado saudável equivalendo a Bem-Estar Bio-Psico-Social. Mas, da mesma forma, se poderia afirmar o contrário, ou seja, que não existem doentes – o que parece se evidenciar, por exemplo, nas formulações da anti-psiquiatria quando compreende a doença mental

⁶ Sobre a tentativa de transformação do *patológico* em um conceito negativo (no sentido de “não-saúde”), esta corresponde a uma inversão de certa tendência nas teorizações acerca de saúde/doença. Antes do discurso científico, o que figurava como ponto de apoio para a conceitualização de saúde ou doença era a própria experiência do sujeito (como procuramos demonstrar em nosso primeiro capítulo). Portanto, não havia polêmica em fazer da saúde um conceito negativo (como ausência de doença). Ou seja, somente tendo como base a empiricidade e a positividade exigidas pelo método científico moderno é que passará a ser necessário definir a saúde como conceito positivo (e sem recorrer à experiência de um sujeito) e pensamos que isso constitui as bases do que pretendemos criticar.

unicamente como uma produção discursiva da própria psiquiatria. Fazemos uma discussão mais aprofundada dessas perspectivas em nosso terceiro capítulo, deixando para este momento apenas a indicação do problema.

Seguindo, então, diante da dificuldade de definição do que é saúde ou doença, “os médicos perceberam que estavam ressuscitando pura e simplesmente o problema da existência da perfeição e o argumento ontológico?” (CANGUILHEM, G. [1943] 1978, p.54). O problema da definição da existência da perfeição é análogo ao problema de definição da saúde perfeita e o que esse problema acarreta não é o esvaziamento do conceito de saúde, mas apenas aponta para o fato de que tal conceito não se refere a uma existência, mas a uma norma que teria por função relacionar-se, enquanto norma, à existência.

No caso de das formulações de Bernard, Canguilhem realiza sua crítica procurando pelo exemplo que poderia ser considerado paradigmático dentro delas: o estudo da diabetes (CANGUILHEM, G. [1943] 1978). Bernard procura demonstrar por meio do estudo dessa patologia a continuidade entre o fisiológico e o patológico e, de início, se está diante de um deslocamento discursivo, pois se antes o patológico seria definido em relação ao natural (este equivalendo à saúde) pelo que se pode depreender das formulações de Comte, com Bernard haverá um deslocamento do *natural* para o *fisiológico*, o que também demonstra certa equivalência entre os dois conceitos no discurso médico.

Bernard procura demonstrar por meio dos sintomas aparentes na diabetes que sua manifestação se dá pela disfunção de características fisiológicas normais. Assim dirá da existência de sintomas como poliúria, polidipsia, autofagia e glicosúria no organismo em estado fisiológico. O problema apontado por Canguilhem se refere à glicosúria, pois não há como fazer uma averiguação direta de que tal fenômeno se apresenta em um organismo não diabético. Quanto a isso, Bernard formula uma leitura da glicosúria que procura demonstrar que ela se dá por meio de um atravessamento do limiar fisiológico da glicemia no organismo e, para sustentar seu argumento de que se trata apenas de uma alteração quantitativa de um estado fisiológico, formula a ideia de que já está presente a glicosúria no

organismo saudável ainda que em nível indetectável (portanto, não verificável). Cria assim, uma noção que aponta para uma espécie de potencial orgânico para tal fenômeno, ainda que não seja possível a comprovação disso. É nesse ponto justamente que Canguilhem fará incidir sua crítica, demonstrando a fragilidade de tal noção, pois se o método experimental figurava como o principal avanço de Bernard em relação a Comte, nesse ponto demonstrará seu ponto fraco.

Adiante, há várias indicações de como a mesma lógica se processa em outros exemplos. No entanto não será proveitoso para este trabalho reproduzir os argumentos utilizados. Aqui, pretendemos nos ater aos resultados a que chega Canguilhem.

A partir das teorizações de Bernard, se poderá afirmar que há uma identidade entre o *patológico* e *fisiológico*, mas da mesma forma em que há identidade entre o *patológico* e o *químico*, por exemplo. Assim, o fisiológico nada mais seria do que uma apresentação no organismo de fenômenos naturais, homologia entre o natural e o fisiológico que esvazia ao mesmo tempo o conceito de *fisiológico* e de *patológico*. Tal concepção se ancora em um modo de compreensão da fisiologia estudada por meio do isolamento de um órgão ou função, culminando em outra fragilidade conceitual: a definição de *organismo*. Canguilhem dirá que:

“Em resumo, a teoria de Claude Bernard é válida em certos casos limitados:

1.º – Quando se restringe o fenômeno patológico a algum sintoma, *não levando em conta seu contexto clínico* (hipercloridria; hipertemia ou hipotermia; hiperexcitabilidade reflexa).

2.º – Quando se vai buscar a causa dos efeitos sintomáticos nos mecanismos funcionais *parciais* (glicosúria por hiperglicemia; alcaptonúria por metabolismo incompleto da tirosina).”

(CANGUILHEM, G. [1943] 1978, p.60)

Quanto a isso, a limitação da teoria de Bernard se encontra no fato de que no organismo vivo não há funcionamento isolado de uma ou outra função. Portanto, mesmo sendo possível realizar experimentações com órgãos ou funções isoladamente, constitui um erro interpretar que o organismo funcionaria do mesmo modo que na experimentação. Não no sentido direto, no nível dos

fenômenos químico-físicos, nesse nível é perfeitamente aceitável a equiparação entre os resultados da experimentação e o funcionamento desta ou daquela função no organismo. O problema se encontra na contextualização dessa função ou órgão em sentido mais amplo, ou seja, em relação às outras funções ou órgãos.

O que se procura demonstrar a partir disso é que existe uma descontinuidade qualitativa entre a *experiência* do normal e do patológico. Pois um organismo adoecido reagirá às pressões de seu meio de modo qualitativamente distinto de um organismo saudável. A alteração de um órgão ou função acarreta uma reorganização do funcionamento holístico do organismo e tal reorganização o lança em um novo estado, não apenas à continuidade do estado anterior em caráter aumentado ou diminuído. Isso levará a uma primeira possibilidade de estabelecimento de um estatuto para o *fato patológico*, qual seja: que só se poderá considerar que determinado fato possui caráter patológico mediante o estabelecimento da interferência que esse fato gera na totalidade do funcionamento orgânico. (CANGUILHEM, G. [1943] 1978, p.65)

Nessa determinação há dois pontos fundamentalmente importantes para nosso trabalho: 1) uma retomada radical da clínica como ferramenta indispensável à pesquisa em patologia, pois é o conhecimento obtido por meio da investigação clínica o único capaz de oferecer reconhecimento do sintoma em seu contexto singular, no nível da experiência; 2) a consideração do funcionamento orgânico nos seres vivos, ou seja, a diferenciação entre o que ocorre com um organismo em relação ao seu ambiente e uma porção simples de matéria (afinal, uma pedra não apresenta reação às intempéries do meio a não ser em nível químico-físico, enquanto um organismo resiste de maneira mais autônoma). Ambos os pontos implicam a necessidade de considerar o peso da experiência de um ser vivo sobre seu processo de adoecimento para a possibilidade de designar algo como doença em primeiro lugar – discussão que procuramos esmiuçar no capítulo a seguir.

Isso fica exposto de modo contundente no seguinte trecho:

“O que é um sintoma, sem contexto, ou um pano de fundo? O que é uma complicação, separada daquilo que ela complica? Quando

classificamos como patológico um sintoma ou um mecanismo funcional isolados, esquecemos que aquilo que os torna patológicos é sua relação de inserção na totalidade indivisível de um comportamento individual. De tal modo que a análise fisiológica de funções separadas só sabe que está diante de fatos patológicos devido a uma informação clínica prévia; pois a clínica coloca o médico em contato com indivíduos completos e concretos e não com seus órgãos ou suas funções. A patologia, quer seja anatômica ou fisiológica, analisa para melhor conhecer, **mas ela só pode saber que é uma patologia – isto é, estudo dos mecanismos da doença – porque recebe da clínica essa noção de doença cuja origem deve ser buscada na experiência que os homens têm de suas relações de conjunto com o meio.**” (CANGUILHEM, G. [1943] 1978, p.65. Grifo nosso)

E acrescenta, em seguida, uma pergunta que, aparentemente, se faz mais atual a cada dia: “Se as proposições precedentes têm algum sentido, como explicar o fato do clínico moderno adotar mais frequentemente o ponto de vista do fisiologista do que o ponto de vista do doente?” (CANGUILHEM, G. [1943] 1978, p.65)

A tentativa de Canguilhem para responder à pergunta sobre a tendência do clínico de assumir, na modernidade, a perspectiva do fisiologista antes da do doente se dá por meio da constatação de uma dissonância entre a linguagem do médico e do paciente. O modo como alguém que sofre descreve seu sofrimento não oferece ao clínico (na maior parte das vezes) os dados necessários para que ele possa precisar alguma causa do problema que remeta à fisiologia do paciente. Na medida em que um paciente vem se queixar de, por exemplo, ‘dor no peito’ o procedimento médico é realizar exames para averiguação de alguma alteração no funcionamento cardíaco e pulmonar, por exemplo. Tal virada no discurso médico não acontece sem consequências.

Retomemos um ponto exposto ao final de nosso primeiro capítulo acerca da relação entre *semiologia* e *diagnóstica*: dissemos que aquilo que se observa na atividade clínica deve ser remetido a certo modo de nomeação, de significação, fazendo com que cada sinal observado seja remetido a um signo (este, antes de tudo, linguístico) reconhecível pela racionalidade médica. Dissemos, acerca disso, que o que não puder ser nomeado de acordo com os

requisitos dessa nova gramática, de modo que se insira no conjunto da semiologia, não poderá ser observado, diagnosticado.⁷ Eis um ponto capaz de gerar diversos problemas e é chegado o momento de examinarmos isso com um pouco mais de profundidade.

Nessa direção, Canguilhem passará ao exame das formulações de René Leriche, cirurgião que dirigiu suas pesquisas também no sentido do estabelecimento das distinções entre o normal e o patológico. A relevância da obra de Leriche está no fato de que suas concepções de saúde e doença seguem uma linha que se aproxima do exposto sobre Comte e Bernard, mas possui diferenças importantes que, mediante exame, podem oferecer novos rumos para a discussão.

2.3 René Leriche e a primazia da clínica.

Encontramos em Leriche definições conceituais bastante relevantes. De início podemos destacar que, para ele, saúde seria “a vida no silêncio dos órgãos” (CANGUILHEM, G. [1943] 1978, p.67), enquanto a doença seria constituída como uma perturbação do exercício normal das atividades vitais. Isso leva a alguns desdobramentos, necessariamente, e o primeiro deles é que o estado saudável de um indivíduo seria a inconsciência de seu corpo, ou seja, alguém está saudável quando nada chama atenção para o corpo. No sentido contrário, para Leriche, a percepção dos limites do corpo – é o que se toma por consciência do corpo, aparentemente, embora Canguilhem não aponte para uma definição precisa disso na obra de Leriche – só pode ser adquirida mediante a experimentação de alterações. “Tomando essas afirmações em seu

⁷ Pensamos que estaria ancorado neste processo, por exemplo, o recente aumento dos encaminhamentos para atendimento psiquiátrico. Pois se uma queixa não puder ser remetida a um problema fisiologicamente observável, o médico poderá presumir que se trata de um aspecto relativo à interpretação que seu paciente faz da “realidade” dos sinais de seu corpo. Isso leva a um curto-circuito na racionalidade médica, pois a biopsiquiatria contemporânea somente seria responsável pela interpretação das relações de sentido que um paciente estabelece com seu meio na medida em que possam indicar determinado distúrbio em nível bioquímico no cérebro – o que fragiliza a distinção entre psiquiatria e neurologia, por exemplo. Ao mesmo tempo, ainda que um encaminhamento desse tipo aparentemente resolva a disjunção entre *semiologia* e *diagnóstica* (na medida em que a psiquiatria seria capaz de realizar um diagnóstico por remeter o discurso de seu paciente a signos semiológicos capazes de levar a um possível diagnóstico de transtorno mental) o problema da *etiologia* permanece.

sentido pleno, elas significam que a noção de normal que se tem depende da possibilidade de infrações à norma.” (CANGUILHEM, G. [1943] 1978, p.67)

Aparentemente, as formulações de Leriche estabelecem novas coordenadas conceituais, pois já não é tão fácil estabelecer uma homologia entre *saudável* e *natural*, tal qual acontece muitas vezes pelo viés de Comte e Bernard. Dessa vez, ao menos inicialmente, saúde e doença estão ambos no campo do natural e o que virá a definir a distinção entre esses termos encontra-se no nível da *normatividade*. Não se trata de compreender o estado saudável como funcionamento natural (equivalendo ao fisiológico) e o doente como um desvio nessa natureza. Há, finalmente, condições de estabelecer o conceito de *normal* (na medida em que ainda há uma homologia entre *normal* e *saudável*), pois a determinação dos estados saudável e doente será realizada em função de uma *norma* mais relativa, não necessariamente *natural*. Aqui, a *norma* passa a ser tomada como uma leitura da realidade a partir de certa intencionalidade – prestando contas à atividade vital do homem – e não mais como simples lei natural. (CANGUILHEM, G. [1943] 1978)

Canguilhem recorre a Leriche na intenção de tencionar novamente o problema, pois Leriche, enquanto cirurgião, extrai sua teoria da prática. Em sua obra, prática e teoria possuem uma interconexão diferente daquela presente em um positivismo mais radical sustentado por Comte e Bernard. Enquanto estes dois autores falavam do lugar de cientistas, de teóricos, na tentativa de empreender direções para a terapêutica, Leriche fala enquanto técnico, que produz teoria a partir da prática e para solucionar problemas trazidos por esta, o que indica certa tendência pragmática em detrimento de uma postura positivista estrita. No entanto é necessário um exame cuidadoso, pois embora a perspectiva de Leriche tenha dado seus passos na direção de um avanço com relação à descontinuidade entre fisiologia e patologia, ainda traz alguns problemas. O primeiro deles encontra-se na distinção do que é um *fato patológico* para o doente e para a ciência, pois Leriche foi capaz de demonstrar que existem estados patológicos que passam despercebidos pela consciência do doente. E é nesse sentido que o problema da definição conceitual se complexifica. (CANGUILHEM, G. [1943] 1978)

Na tentativa de conceitualização da doença, diante do problema exposto, Leriche aponta para a necessidade de desumanização da doença e, desse modo, não será mais a experiência do doente que determinará seu estado e sim um retorno à ideia de que a doença só pode ser definida a partir de uma alteração anatômica ou fisiológica. Nesse ponto, coloca-se um problema:

“Tomemos como exemplo um homem, cuja vida – sem incidente patológico por ele conhecido – tenha sido interrompida por um assassinato ou um acidente. Segundo a teoria de Leriche, se uma autópsia para fins médico-legais revelasse um câncer do rim ignorado por seu portador já falecido, deveríamos concluir que havia uma doença, apesar de não ser possível atribuí-la a pessoa alguma: nem ao cadáver – já que um morto não é mais capaz de ter doenças – nem, retroativamente, ao vivo de outrora que a ignorava, tendo terminado sua vida antes do estágio evolutivo do câncer em que, segundo as probabilidades clínicas, as dores teriam enfim criado o mal.” (CANGULHEM, G. [1943] 1978, p.68)

E as linhas seguintes são ainda mais contundentes:

“A doença, que jamais tinha existido na consciência do homem, passa a existir na ciência do médico. Ora, achamos *que não há nada na ciência que antes não tenha aparecido na consciência* e que especialmente no caso que nos interessa, é o ponto de vista do doente que, no fundo, é verdadeiro.” (CANGULHEM, G. [1943] 1978, p.68)

A cada passo de sua crítica, Canguilhem parece se aproximar mais de Politzer (particularmente em sua *Crítica dos Fundamentos da Psicologia*). Pois embora haja uma distância no nível do objeto de estudo – a *patologia* no caso de Canguilhem e a própria *psicologia* no caso de Politzer – ambos realizam sua discussão no que se poderia chamar de primazia da experiência concreta (e que aponta, pensamos, para a prática clínica como indispensável no caso das ciências da saúde). Afinal, há um estreitamento da posição de ambos na direção do concreto, tomado aqui no nível de uma categoria de análise necessária para certa ciência que não desconsidere o sujeito da experiência.

O caminho que Canguilhem percorre em sua leitura leva a uma conclusão bastante importante de que a medicina existe por haver pessoas que

adoecem e não por haver médicos capazes de informar as pessoas sobre suas doenças (ainda que na contemporaneidade isso, infelizmente, não seja tão claro, como discutimos em nossa conclusão). Nesse sentido, afirma que “A evolução histórica das relações entre o médico e o doente na consulta clínica não muda em nada a relação normal permanente entre o doente e a doença.” (CANGUILHEM, G. [1943] 1978, p. 69). Porém, nesse ponto discordamos de Canguilhem, pois nossa leitura – a partir de Foucault ([1963] 2006a) principalmente, mas também com o próprio Lacan ([1967] 1985) – é de que, primeiramente, as relações entre médico e paciente na consulta são determinadas pela evolução histórica da prática clínica e, em seguida, essa série de dispositivos (clínica, patologia, técnica médica) é capaz de influenciar a própria experiência da doença pelo sujeito que sofre. E é por essa via, inclusive, que pretendemos concluir nossa crítica neste trabalho.

Mas, ainda quanto a Leriche, Canguilhem encontra uma resposta à crítica que procura sustentar. Em dado momento de sua obra, Leriche procura corrigir o percurso de sua teoria por meio da distinção entre os pontos de vista estático e dinâmico no estudo das patologias, apontando para a primazia do dinâmico. Pois, embora possa haver uma lesão ao nível do tecido como fator causal do adoecimento, Leriche reivindicará que tal lesão é secundária a uma disfunção no nível dinâmico/funcional do organismo. Além disso, procura explicar que ainda assim a lesão é um fato secundário por constituir apenas um elemento da doença, não sendo esse elemento sequer o dominante. Mas, “convém não atribuir a Leriche mais do que ele está disposto a aceitar. Com efeito, o que ele entende por doente é muito mais o organismo em ação, em funções, do que o indivíduo consciente de suas funções orgânicas.” (CANGUILHEM, G. [1943] 1978, p.70)

A retomada do problema causa um redirecionamento da teoria, não no sentido do homem concreto, que aqui poderíamos chamar de sujeito da experiência, mas no sentido de um deslocamento da anatomia patológica para uma fisiologia patológica. A determinação do patológico não se orientará mais pelo estudo dos órgãos em seu estado alterado, mas pelo estudo das alterações funcionais no nível do organismo. Desse modo, Leriche adentra novamente o campo em que estavam Comte e Bernard e conduzirá sua teoria

aceitando que há continuidade e indiscernibilidade entre a fisiologia e a patologia. O que Canguilhem procura sustentar contra isso não é uma simples negação de que há algum limiar em que ocorra identificação plena entre o fisiológico e o patológico, mas que tal limiar apenas existe do ponto de vista dos métodos objetivos de quantificação e isso não informa sobre a existência do patológico na medida em que uma quantidade, um grau, não é um valor em si. Se o critério tomado para a distinção for uma oposição qualitativa entre os estados normais e patológicos, aparentemente a distinção se torna mais clara. Além disso, há aspectos do patológico que não possuem escala correspondente no nível normal (se tomado por equivalente a fisiológico). Assim é que Canguilhem chega ao exame do problema trazido pela dor na obra de Leriche.

“Em relação ao problema da dor, conhecemos a tese original e profunda de Leriche. É impossível considerar a dor como expressão de uma atividade normal, de um sentido capaz de exercício permanente, sentido este que seria exercido pelo órgão de receptores periféricos especializados, de vias próprias de condução nervosa e de analisadores centrais delimitados; impossível também considerá-la como um detector e um sinal de alarme imediato das ameaças externas ou internas à integridade orgânica, nem como uma reação de defesa salutar que o médico deveria respeitar e até mesmo reforçar.” (CANGUILHEM, G. [1943] 1978, p.71)

A dor é considerada por Leriche um fato da doença e que nada tem de conforme às leis naturais do organismo – no máximo podemos considerá-la como fenômeno fisiologicamente possível, mas que serve de aviso para quando as leis naturais do organismo estão sendo violadas. O que se produzirá a partir dessa concepção é uma nova noção da fisiologia, na qual se afirmará que a doença produz uma nova fisiologia e que a função da terapêutica seria adaptar o doente a essa nova ordem de seu funcionamento. Ainda nessa direção, tal perspectiva do problema levará à possibilidade de compreensão de que a dor é um fenômeno reativo global e tal reação não poderá ser pensada desvinculada da experiência humana concreta e do sentido que isso toma na experiência.

Assim, se poderia concluir que o doente produz sua dor, produz seu modo de adoecimento no modo mesmo pelo qual interpreta sua dor. Se

tomada no sentido inverso, tal ideia levaria à compreensão de que a dor é uma impressão sentida em um ponto do corpo e transmitida como informação ao cérebro, ou seja, que ela é toda constituída como um fenômeno orgânico que não sofre interferência da atividade concreta do doente (CANGUILHEM, G. [1943] 1978). Desse modo, a interpretação do doente seria apenas uma consequência ilusória do fenômeno orgânico em questão, simples resultado de reações físico-químicas. O que se pode ver aqui é mais um ponto de ruptura, a partir do qual diferentes linhas seguirão direções clínicas marcadamente diferentes. Em outras palavras, queremos apontar aqui mais um exemplo local de como as exigências de isolamento do sujeito farão com que a medicina científica esteja impedida de interpretar o fenômeno para além da segunda opção – que leva em consideração o fenômeno orgânico desvinculado do sujeito da experiência.

Quanto à teoria de Leriche, o que fica exposto no exame de seus problemas é, primeiramente, a possibilidade de um avanço na conceitualização do normal e do patológico e o aparecimento de novos problemas profundamente instrutivos na medida em que mostram os limites da conceitualização proposta até o momento. Apesar das críticas, Canguilhem reconhece que Leriche traz também uma contribuição sobre a importância da prática clínica, tomada como ponto fundamental de direcionamento da teoria. Sua leitura mais impressionante, nesse sentido, é de que a fisiologia tal como a conhecemos é apenas o conjunto das soluções teóricas atingidas a partir das doenças vividas pelos doentes e que o corpo é potencialmente capaz de fenômenos fisiológicos que ultrapassam a normatividade da ciência e que esta só poderá alcançá-los na medida em que puder se atentar para as ocorrências clínicas de desvio da norma (CANGUILHEM, G. [1943] 1978). Primazia da clínica sobre a teoria que coloca Leriche em um patamar diferente do de Comte e Bernard, pois embora se alinhe a eles em diversos momentos, há uma postura muito mais disposta à aceitação de uma primazia da clínica médica sobre a teoria (que deve estar submetida às necessidades da clínica) – postura, aliás, semelhante a do próprio Freud, dentre outros clínicos memoráveis.

Pensamos que as perspectivas analisadas até o momento podem nos conduzir ao exame de alguns problemas conceituais, não mais na vinculação com o pensamento deste ou daquele teórico, mas levando em conta o que sustenta alguns paradigmas na teoria médica. Procuramos, no capítulo seguinte, seguir ainda com Canguilhem por alguns problemas que a medicina encontra na sustentação de algumas perspectivas centrais.

CAPÍTULO 3. PROBLEMAS CONCEITUAIS DO NORMAL E PATOLÓGICO: a *norma* é uma *lei natural*?

Após termos percorrido, com Canguilhem, alguns aspectos das teorias de Comte, Bernard e Leriche que visam a sustentação de uma suposta continuidade entre fisiologia e patologia (a partir do ponto de vista quantitativo) passamos agora ao exame da noção de *norma* para a medicina científica. Esclarecemos desde já que este capítulo traz uma quantidade relativamente grande de noções utilizadas pela medicina para sustentar sua concepção de *normal*. A ressalva neste ponto tem a intenção de tornar claro ao leitor que não é nossa intenção analisar profundamente cada uma dessas noções, mas utilizá-las para a discussão da própria conceitualização do *normal* em medicina.

Ou seja, nos utilizamos de noções razoavelmente complexas como *anomalia*, *doença*, *saúde*, entre outras, para tensionar a discussão sobre a noção de *normal* em medicina procurando, com isso, demonstrar a falibilidade presente em uma perspectiva que procure sustentar uma diferença entre *normal* e *patológico* por meio de supostas *leis naturais*. Retomando nosso percurso até o momento, iniciamos buscando pelas condições de possibilidade da aliança entre medicina e ciência moderna para, em seguida, refazermos a trilha de Canguilhem no que se refere à crítica de três autores altamente influentes no campo da medicina científica/moderna, procurando com isso identificar as teorias nas quais se sustenta a perspectiva que nos dispusemos a criticar. Buscamos, agora, examinar algumas das noções que embasam essa corrente de pensamento e faremos isso ainda orientados por Canguilhem, pois ele seleciona diversas noções que tensionam e fragilizam a determinação positiva da *norma* para a medicina. No entanto, nos valeremos não apenas da tese exposta em *O Normal e o Patológico*, mas de outros escritos do autor capazes de enriquecer a discussão.

O que se pode extrair dessa linha teórica – expressa nos trabalhos de Comte, Bernard e Leriche –, é que a determinação de uma continuidade quantitativa entre o fisiológico e o patológico acaba enveredando para a sustentação de uma inexistência do *mal* na medida em que procura pela

anulação do *valor* de um estado patológico para o sujeito que sofre – substituindo, como procuramos apontar no capítulo anterior, *valor* por *quantidade*. Ou seja, acaba por tentar esvaziar o conceito de *patológico* fazendo com que seja apenas uma variação quantitativa de um estado *fisiológico*, colocando assim a patologia dentro do conjunto da fisiologia.

“A recusa de uma concepção ontológica da doença, corolário negativo da afirmação de identidade quantitativa entre o normal e o patológico é, em primeiro lugar, talvez a recusa mais profunda de admitir a existência do mal. (...) Mas só porque o mal não é um ser não se deve concluir que seja um conceito desprovido de sentido, ou que não existam valores negativos, mesmo entre os valores vitais; não se pode concluir que, no fundo, o estado patológico não seja nada mais que o estado normal.” (CANGUILHEM, G. [1943] 1978, p.78)

O que Canguilhem defende, é que existe uma inversão lógica nesse caminho de estabelecimento conceitual, pois não se trata de obter primeiramente uma fisiologia para, posteriormente, poder pensar a patologia como variante quantitativa. Ao contrário, é preciso a ocorrência da doença para que se possa empreender o estabelecimento de conceitos na tentativa de dar conta do mal que a doença representa. E é a prática clínica – de certo modo apoiada na anatomia patológica – que oferece à medicina os meios para reconhecer as doenças e, por vezes, corrigir os equívocos presentes na concepção fisiológica. Se há como apontar um caminho aí, devemos dizer que a fisiologia nasce da patologia. (CANGUILHEM, G. [1943] 1978, p. 81)

As teorias examinadas até agora, que propõem identidade (por continuidade) entre o patológico e o fisiológico, enveredam para um determinismo exacerbado que acaba se fechando à possibilidade de correção quando segue em direção a um reducionismo organicista. Abandonam uma via importante de progresso científico quando realizam a inversão lógica que dá primazia à fisiologia em detrimento da prática clínica e da anatomia patológica. No entanto é preciso dizer que existe uma razão para tal empreendimento, a consequência maior do postulado determinista da primazia do fisiológico é em si mesma a própria tentativa de redução da qualidade à quantidade. Isso constitui uma estratégia no campo da teorização científica que encontra seu

sentido na necessidade de trabalhar com os dados mais exatos possíveis. Assim sendo, o caminho da produção teórica tentará realizar um apagamento do caráter qualitativo dos fenômenos e aqui estamos diante de um problema relativo à epistemologia da ciência. Reiteramos que a busca pela redução do qualitativo ao quantitativo tem como função o apagamento do sujeito – tomado no sentido epistemológico do binômio *sujeito/objeto* – pois se a função da ciência é conhecer seu objeto de estudo o mais verdadeiramente possível, há sentido em toda tentativa de apagamento do sujeito na intenção de valorizar apenas o objeto (que seria tomado, assim, como verdadeiro).⁸

Retornemos ao problema da negação da qualidade presente nos fenômenos. Canguilhem nos aponta:

“A quantidade é a qualidade negada, mas não a qualidade suprimida. A variedade qualitativa das luzes simples, percebida pelo olho humano como cores, é reduzida pela ciência à diferença quantitativa de comprimentos de onda, mas é a variedade qualitativa que persiste ainda sob a forma de diferenças de quantidade, no cálculo dos comprimentos de onda.” (CANGUILHEM, G. [1943] 1978, p.83)

O que parece se esboçar em sua crítica é a proposição de uma dialética entre o qualitativo e o quantitativo no estudo do normal e do patológico. O que ele sustenta não é apenas uma opção alternativa de pesquisa, mas propriamente a proposição de um limite na teoria sobre a qual investe sua crítica. Isso se dá no nível do que poderia ser considerada uma manobra discursiva, por meio da qual a medicina procura estabelecer o estatuto do fenômeno fisiológico como um resumo, sem valoração, de constantes quantitativas compreendidas nos fatos físico-químicos presentes no organismo. O problema de tal empreendimento está no fato de que a própria designação de *fisiológico* para um estado apreendido de fenômenos físico-químicos quantificáveis seria já designar um caráter qualitativo para chama-lo de fisiológico, uma vez que se está atribuindo uma possível identidade entre *normal* e *fisiológico*. Nesse sentido é que se poderá contestar a afirmação de que os termos *mais* e *menos*, quando entram na definição do patológico como

⁸ Não nos parece demasiado esclarecer nosso ponto de vista com relação a isso: dizer que há sentido em tal movimento, não significa dizer que isso se justifica (a não ser pela perspectiva interna desse modelo positivista). Não se deve perder de vista que ao assumir tal perspectiva, a medicina assume um posicionamento ético responsável por consequências políticas.

variação quantitativa do normal, tenham uma significação puramente quantitativa. (CANGUILHEM, G. [1943] 1978)

Parece-nos que se esboça uma proposição da necessidade do estabelecimento de uma inter-relação entre a pesquisa científica e a prática clínica em medicina – ademais, não seria absurdo pensar por esta perspectiva para qualquer prática clínica, não apenas médica – por uma razão concreta, ainda que não seja pensada unicamente pela via da materialidade, que é justamente a ideia de *norma* enquanto um pivô na determinação dos estados normais ou patológicos. Ou seja, mesmo as medições quantitativas efetuadas nas pesquisas laboratoriais não possuem sentido se distanciadas da prática clínica por meio da qual é possível estabelecer as características normativas de tal medição. Colocado em outros termos, ainda que obtenhamos o conhecimento sobre o funcionamento fisiológico, será necessário recorrer à clínica, ou seja, à avaliação da experiência do sujeito, para a determinação valorativa (necessariamente qualitativa) de um estado patológico. A norma é apreendida por meio da avaliação do caráter subjetivo da experiência. Lembramos que a posição que assumimos concorda com Serra (2009) quando afirma que a prática clínica implica sempre em se defrontar com a perspectiva singular de um sujeito. A partir disso, será necessária a avaliação de múltiplos fatores capazes de intervir nessa experiência, fatores esses muito mais plurais do que pode compreender a pesquisa de fenômenos endógenos pensados em termos físico-químicos.

É importante, no entanto, deixar claro que a perspectiva de Canguilhem (tomando o conjunto de sua obra) atenta muito mais para a tentativa de estabelecimento do que ele chama de *sentido biológico* do que propriamente a perspectiva de um sujeito sobre a experiência. Isso porque seu esforço se dará muito mais na direção da biologia do que de uma antropologia. Ou seja, quando Canguilhem se refere a um *sentido biológico* de determinado fato, não está restringindo sua discussão ao campo humano, ao contrário, fala de qualquer ser vivo. Sua intenção é retomar (para fazer avançar e mesmo restabelecer) a noção de *vida* na medida em que esta é o que constitui o objeto de estudo da biologia. Perspectiva que não reduz o humano a mero conjunto de constantes orgânicas semelhante a qualquer ser vivo, mas que procura

elevar qualquer ser biológico à categoria de manifestação dinâmica e singular da vida.

Tal perspectiva, especialmente expressa em *O conhecimento da vida* (CANGUILHEM, G. 2012) é bastante complexa e servirá para nossa discussão. No momento, porém, nos limitamos apenas a apontá-la pela relevância que assume para que possamos seguir com a argumentação, onde procuramos esclarece-la.

Uma vez analisada a perspectiva teórica exposta nas compreensões de Comte, Bernard e Leriche e, tomando contato com a crítica de Canguilhem, passemos à análise de alguns conceitos essenciais nesse campo. Se iniciamos pelo questionamento sobre a possibilidade de afirmar que o patológico é apenas variação quantitativa do normal, agora seria o caso de procurar nos questionar se existem ciências do normal e do patológico.

3.1 As ciências do normal e do patológico

Canguilhem recorre à própria psiquiatria para que seja possível a colocação do problema da existência de ciências do normal e patológico de modo mais direto. Interessante notar que, embora não esteja realizando sua crítica sobre a psiquiatria, o simples apontamento de Canguilhem nas seguintes linhas já constitui uma contundente crítica indireta:

“É interessante observar que os psiquiatras contemporâneos operam na sua própria disciplina uma retificação e uma atualização dos conceitos de normal e patológico, da qual os médicos e fisiologistas não parecem ter tirado nenhum proveito, no que se refere a suas respectivas ciências.” (CANGUILHEM, G. [1943] 1978, p.87)

O distanciamento das concepções da psiquiatria com relação ao todo da medicina se deve, até a primeira metade do século XX ao menos, à prevalência da anátomo-patologia e da fisiologia como sustentáculos da medicina científica. Diante dos problemas encontrados pela pesquisa psiquiátrica em construir um conhecimento anátomo-patológico ou fisiológico das afecções mentais, sua nosografia acabará servindo como exemplo da atividade normativa presente na prática clínica, na medida em que estabelece uma caricaturização desse aspecto. O que as discussões nosológicas em psiquiatria revelam é muito mais

uma perspectiva moral do que propriamente científica – no sentido experimental – enquanto recorrem a um diagnóstico absoluto, antes do diagnóstico diferencial. Não se trata de determinar de início o modo pelo qual opera a doença, mas declarar se o paciente é louco ou não para, em seguida à sua internação, poder realizar as investigações clínicas que se julgem necessárias. (FOUCAULT, M. 2006a)

Canguilhem recorre à psiquiatria para destacar o quanto é problemático procurar estabelecer a norma que determinará definitivamente saúde e doença para todos. Mas, embora se utilize da psiquiatria em muitos exemplos, essa é apenas uma passagem para se chegar ao real problema. Tal problema, bem como o caminho de sua resolução é de suma importância para este trabalho uma vez que oferece o alicerce de diversos conceitos que pretendemos utilizar adiante na discussão. Assim sendo, se a fisiologia é o que estabelece, para a medicina, a melhor forma de compreender as constantes orgânicas e se esse funcionamento ordenado do organismo é o que define a normalidade no paradigma médico, seria necessário apontar que só se faz do funcionamento regular do organismo médio o equivalente à saúde se esta for tomada como ideal da atividade terapêutica, notadamente normativa. Portanto não se trata apenas de constatar que:

“As constantes fisiológicas são, portanto, normais no sentido estatístico, que é um sentido descritivo, e no sentido terapêutico, que é um sentido normativo. Mas o que interessa é saber se é a medicina que converte – e como? – os conceitos descritivos e puramente teóricos em ideais biológicos, ou então se, recebendo da fisiologia a noção de fatos e de coeficientes funcionais constantes, a medicina não receberia também, e provavelmente sem que os fisiologistas o percebessem, a noção de norma no sentido normativo da palavra. E trata-se de saber se, assim, a medicina não estaria retomando da fisiologia o que ela própria lhe havia dado.” (CANGUILHEM, G. [1943] 1978, p.94)

A partir daqui é necessário passar a uma complexificação do problema. Passaremos, então, ao exame do conceito de *anomalía* para que possamos ampliar algumas noções até chegarmos à questão da *normatividade vital*, para além do *normal*.

3.2 O conceito de *anomalía* como pivô da *normatividade vital*.

O *normal* tomado isoladamente é um conceito passível de provocar grandes equívocos, pois, quando não é contextualizado, torna-se demasiadamente generalista e perde seu valor quando aplicado a um contexto específico. Pela tradição filosófica realista, o *normal* é tomado como “aquilo que é como deve ser” (CANGUILHEM, G. [1943] 1978, p.95) e isso constitui uma das principais estratégias metodológicas da medicina científica na qual será considerado *normal* o que se encontra com maior frequência do ponto de vista estatístico. O que procura promover uma naturalização da norma – ao mesmo tempo em que faz equivaler *norma* e *média*. Tomada em sua aplicação na medicina, tal proposta se torna alvo de um equívoco imediato, pois:

“É certo que, em medicina, o estado normal do corpo humano é o estado que se deseja restabelecer. Mas será que se deve considerá-lo normal porque é visado como fim a ser atingido pela terapêutica, ou, pelo contrário, será que a terapêutica o visa justamente porque ele é considerado como normal pelo interessado, isto é, pelo doente?” (CANGUILHEM, G. [1943] 1978, p. 96)

Nessa direção, pode-se compreender que é necessário encontrar outras exigências para o estabelecimento do que seria a normalidade no sentido médico, ou melhor, clínico do termo. Não basta apenas encontrar uma frequência estatística para extrair disso a conclusão de que se está vendo a realidade como ela pretende ser. O equívoco em questão se encontra na tentativa da fisiologia de explicar o funcionamento orgânico da mesma forma que se procura por constantes nas ciências naturais. Ora, não é simplesmente porque a fisiologia tem como objeto de estudo o organismo em seu funcionamento que ela é, por isso, uma ciência natural. Um funcionamento considerado patológico do ponto de vista da fisiologia não está em desacordo com nenhuma das leis da química ou da física. Nem por isso deixa de ser patológico, porque o que está em questão na fisiologia não é da ordem da *lei*, mas da *norma*. As ciências que compõem a medicina não buscam a compreensão de *leis orgânicas*, mas os fatores determinantes de uma certa *norma*. Busca-se um saber sobre a forma pela qual a vida se faz normativa.

Canguilhem, diante deste problema, assume uma posição que pode parecer *naturalista*, sustentando que haveria na própria vida um fator normativo e que os homens apenas se espelhariam nesse fator imanente da vida para gerar suas próprias apreensões da *normatividade vital*. Chega a afirmar que “É a vida em si mesma, e não a apreciação médica, que faz do normal biológico um conceito de valor e não um conceito de realidade estatística.” (CANGUILHEM, G. [1943] 1978, p. 100). Porém sua perspectiva permitiria uma leitura de que se está sustentando uma posição naturalista apenas se tomássemos a tese (*O Normal e o Patológico*) isoladamente. Quando Canguilhem fala em “vida em si mesma”, é necessário compreender bem o que se está chamando de vida e, para isso, será necessário entender melhor a que ele se refere quando fala em *normatividade vital* – ou seja, é necessário (no mínimo) articular o que está exposto em *O Normal e o Patológico*, às formulações presentes em *O conhecimento da vida* (CANGUILHEM, G. 2012). E, ainda mais especialmente, qual seria a relação entre *normatividade vital* e *normatividade social*.

Isso porque afirmar uma imanência das normas em relação à vida desloca razoavelmente alguns caminhos da discussão, permitindo que avancemos em direção a uma reflexão biopolítica que não se resume a criticar certo modo de produção da atividade vital como categoria de normatização e legitimação de procedimentos disciplinares – tal como pensa Foucault ([1976] 1988). O estatuto de um *fato biológico*, portanto, não seria pensado por Canguilhem (2012) como produto de um discurso, mas como certo aspecto da vida que exigiria – pelo espanto que produz em nós – a construção de conceitos. Ou seja, a própria experiência da vida seria a causa que nos impeliria a produzir, como efeito, discursos. Isso é o que permitira, para Canguilhem, pensar a produção de discursos que, inclusive, façam frente a outros discursos previamente arquitetados e que nos submetem à sensação de limitação (própria do estado patológico).⁹

Ainda nesse sentido, é importante pensar quais as relações disso com a ideia de *norma*. Pois se a posição assumida por Canguilhem abre caminho

⁹ Tal reflexão só nos foi possível, graças ao trabalho de pesquisa que vem sendo desenvolvido (ainda não publicado) pelo Prof. Dr. Vladimir Safatle, vinculado ao Laboratório de Teoria Social, Filosofia e Psicanálise (LATESFIP), USP, a partir de 2014.

para críticas que apontem, equivocadamente, seus argumentos como formas de sustentação de uma naturalização do problema das origens (perspectiva comumente marcada por fascinações ideológicas), tais críticas só seriam possíveis ignorando a questão da *normatividade*. Ou seja, o conceito de vida almejado por Canguilhem não aponta para as condições de determinação positiva de normas de regulação de condutas ou do funcionamento do organismo, mas, ao contrário, indica a possibilidade de pensar a vida como processualidade que admite sempre a contingência. E nosso interesse não é o estabelecimento de um estatuto para a normalidade, mas justamente a evidenciação da forma pela qual a noção de normalidade aparece na prática clínica como determinante de seus processos que se dão, antes de tudo, sobre modos de realização da vida tomada nesse sentido contingente.

Por trazer à tona o caráter contingente da vida devemos passar, então, ao exame do conceito de *anomalía*, que reverbera fortemente na conceitualização do *normal*. E já de início, Canguilhem nos oferece uma análise, partindo da etimologia do termo *anomalía*. O que se evidencia a partir do *Vocabulaire philosophique* de Lalande é que “*Anomalía* é um substantivo ao qual, atualmente, não corresponde adjetivo algum e, inversamente, *anormal* é um adjetivo sem substantivo(...)” (CANGUILHEM, G. [1943] 1978, p.101). Assim, o que faz equivaler um ao outro é o uso comum da língua, não havendo nenhuma correlação propriamente etimológica que torne possível a articulação dos dois termos.

Anomalía designa puramente uma variação da expressão de determinada forma do ponto de vista descritivo, sem que se possa atribuir a isso, de saída, algum valor. Toda *anomalía* está de acordo com as leis depreendidas das ciências naturais, não implicando em saída da ordem natural – o que constituiria a impossibilidade de valorar uma *anomalía* como algo *anormal* uma vez que a ciência médica pretende equivaler *normal* e *natural* – “e a palavra *desordem*, tomada em seu verdadeiro sentido, não poderia ser aplicada a nenhuma das produções da natureza.” (CANGUILHEM, G. [1943] 1978, p.102). Então, o que poderia designar um valor para determinada forma anômala é o modo pelo qual ela se expressa em termos funcionais e, ademais, que isso possa ser pensado pela perspectiva do organismo (o que complexifica

o problema quando pensamos em normatividade social, como mostraremos adiante). Assim, se for constatado que uma forma diferente produz alterações funcionais que prejudiquem a atividade vital, poderá ser considerada fora da norma, portanto patológica. Nisso já se está estabelecendo que *patológico* é o contrário de *normal* e não o contrário de *natural*. Da mesma maneira, pode-se estabelecer que as expressões patológicas são naturais – respeitam as leis naturais.

Resta, ainda, um ponto fundamental: não se pode pensar em alteração funcional sem a consideração do meio ambiente. Isso acrescenta uma variável à equação e tem-se que uma *anomalia* só poderá ser considerada *patológica* se sua ocorrência causa desvantagem em relação ao meio no qual o organismo está inserido. Ainda assim, é importante lembrar que uma anomalia é uma simples contingência e pode, inclusive, gerar um organismo melhor adaptado às condições de um meio. A biologia é repleta de exemplos disso que é, inclusive, um princípio da teoria darwinista. *Anomalia*, biologicamente falando, é o resultado de um processo de mutação e não é necessariamente patológica.

Avançando, então, em direção às consequências da inserção do meio enquanto variável na definição do normal e patológico, chega-se à noção de *normatividade*.

O termo *normatividade* na obra de Canguilhem aparece como uma forma de procurar por outros modos de definir diferenças entre normal e patológico para além de simples referências fisiológicas quantitativas. Assim, deve-se entender que a vida mesma é entendida por Canguilhem como uma relação entre organismo e meio ambiente, na qual se produz sempre um sentido (biológico). É na tentativa de sustentar sua tese de que não há possibilidade, em termos clínicos, de redução da qualidade a constantes quantitativas que Canguilhem envereda pela questão da *normatividade*. Safatle esclarece:

Isso nos permite sintetizar uma definição de saúde não mais vinculada à entificação de constantes fisiológicas. Saúde é a posição na qual o organismo aparece como produtor de normas na sua relação ao meio ambiente. Até porque a norma, para um organismo,

é exatamente sua capacidade em mudar de norma. O que implica uma noção de relação entre organismo e meio ambiente que não pode ser compreendida como simples adaptação e conformação. Um organismo completamente adaptado e fixo é doente por não ter uma margem que lhe permita suportar as mudanças e infidelidades do meio. *A doença aparece assim como fidelidade a uma norma única.* (SAFATLE, V. 2011, p.24)

Ou seja, quando Canguilhem conserva o termo *norma* nesse contexto, o faz na tentativa de inverter a noção comumente utilizada de *atividade normativa* como determinação de padrões ordenados e baseados na regularidade tornando previsível qualquer manifestação de um organismo. Desloca, com isso, a potência normativa do meio e a devolve para o organismo vivo. Faz da vida uma atividade normativa em si, capaz de alterar suas relações com o meio.

Ainda sobre isso, em *O Vivente e seu Meio* – artigo presente em *O conhecimento da vida* (CANGUILHEM, G. 2012) –, Canguilhem questionará a noção de Jacob von Uexcüll – etologista que defendia a ideia de uma conformação radical entre meio-ambiente e organismo. Nesse artigo, Canguilhem trabalha por uma redefinição da noção de *meio*. É necessário, então, compreender que a noção de *meio* utilizada na biologia e na medicina é constituída a partir da influência direta da física, mais precisamente da mecânica newtoniana.

“Os mecanicistas franceses do século XVIII chamaram de meio o que Newton entendia por “fluido” e cujo paradigma era o éter. O problema a resolver através da noção de fluido concernia à ação a distância entre indivíduos físicos distintos.” (SAFATLE, V. 2001, p.25).

Noção que leva à ideia de organismo vivo identificado a qualquer outra porção de matéria: como se o organismo representasse uma porção de átomos, organizados em moléculas e assim por diante até a formação de cada parcela do corpo, estando assim submetido diretamente (e passivamente) às leis da física e da química (leis naturais). Isso equivale a pensar o organismo como um meio em si, como parte do meio natural, plenamente inserido (e indiferenciado) no conjunto do que é natural. Canguilhem, no entanto, procura pensar o organismo em oposição ao meio. Procura estabelecer uma diferenciação que seja capaz de dar conta da experiência do organismo em

sua relação com o meio. Buscando uma nova articulação, coloca o *organismo* em oposição à *máquina* (para a qual a noção de von Uexküll se aplicaria), pois um organismo vivo seria capaz, essencialmente, de se ajustar às variações do meio enquanto a máquina apenas segue numa linha contínua de funcionamento.

O que Canguilhem procura propor é uma nova leitura que leve em consideração a possibilidade (efetivamente observável) de um organismo oferecer diferentes soluções ao mesmo conjunto de problemas apresentados pelo meio. Isso implica pensar que o estado saudável é aquele em que o organismo possa ser normativo, produtor de normas mais do que apenas submetido a normas – que não poderiam ser tomadas por leis.

Uma vez que se entenda que a valoração de um estado vital será feita a partir de sua funcionalidade, é possível compreender algo que parece ter perdido cada vez mais a devida importância no trabalho do clínico e que representa uma falta de cuidado. “O *anormal* não é o *patológico*. *Patológico* implica em *pathos*, sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência, sentimento de vida contrariada. Mas o *patológico* é realmente o *anormal*.” (CANGUILHEM, G. [1943] 1978, p.106). O que Canguilhem aponta pode ser expresso em termos lógicos: se considerarmos *anormal* e *patológico* como dois conjuntos, devemos compreender que o *patológico* é um subconjunto de outro que é o *anormal* e não o mesmo conjunto. O conjunto do que é *patológico* está contido no conjunto do que é *anormal*, mas não representa sua totalidade.

Para diferenciar *anomalia* de *doença* é necessário compreender que “a anomalia se manifesta na multiplicidade espacial, a doença na sucessão cronológica.” (CANGUILHEM, G. [1943] 1978, p.107) Então, é possível compreender a doença como algo que afeta a vida ao longo do tempo, ou ainda algo que, ao se instalar na vida, a distingue daquilo que ela era no passado, impedindo o sujeito de se identificar a seu passado. Enquanto a anomalia constituiria apenas uma diferença perceptível no espaço, em tempo presente, com relação às outras formas às quais se esperaria que fosse semelhante. *Anomalia* enquanto impossibilidade de identificação ao semelhante em termos sincrônicos, diferente de *doença* enquanto impossibilidade de identificar-se a si mesmo em termos diacrônicos. É preciso

cuidado, então, para não se perder quanto à determinação do que constitui uma doença, bem como para não ignorá-la quando ela ocorre.

Quanto a isso se faz necessário um aprofundamento. É possível, por uma operação conceitual – desde que seja feita uma equivalência entre *anormal* e *patológico* –, chegar a uma identificação (equivocada) entre o *patológico* e o *normal*. Isso se processa por meio da utilização da *frequência estatística* relativa para a determinação conceitual do que é *saúde*. Procuramos demonstrar este ponto a seguir.

3.3 Saúde como normal, normal como médio.

Nossa discussão avança agora para outro campo conceitual, o da *norma* em relação à *média*. “Parece que o fisiologista encontra, no conceito de média, um equivalente objetivo e cientificamente válido do conceito de normal ou de norma.” (CANGUILHEM, G. [1943] 1978, p.118) Por meio dessa equivalência é que será possível, em medicina, procurar por uma supressão do conceito de *norma*, substituindo-o pela *média* e procurando por constantes estatísticas. Ao final, o equívoco possível é a afirmação e validação supostamente científicas do caráter de certas normas (tomadas aqui no sentido coercitivo do termo) disfarçadas de simples aferições. No entanto, a afinidade entre as pesquisas fisiológicas e as metodologias estatísticas não é uma constante na história do saber médico. Os fisiologistas, incluindo Bernard, sempre procuraram rechaçar os resultados médios afirmando que não seriam úteis à determinação do normal, “o normal é definido muito mais como tipo ideal em condições experimentais determinadas, do que como média aritmética ou frequência estatística.” (CANGUILHEM, G. [1943] 1978, p.119)

Para fazer equivaler *saúde* a uma *média* estatística, deverá primeiramente se trabalhar com *normal* equivalendo a *frequente* e, finalmente, a *saudável*. Esta é outra tentativa de se chegar a um conceito positivo de saúde que não recorra a aspectos subjetivos, a nenhum julgamento de um sujeito sobre sua condição – em outras palavras, outra via da estratégia de anulação do valor de uma experiência e sua substituição por uma constante quantitativa.

No entanto, mais uma vez a tentativa incorre em falhas, pois por esta perspectiva é possível chegar a postulados, no mínimo, absurdos tais como: 1) por uma lógica indutiva, pensando a saúde como um estado previamente estabelecido experimentalmente em laboratório, ou seja, construindo um conceito ideal de saúde para, em um segundo momento, verificar estatisticamente a ocorrência de tal estado numa amostra de pacientes, poderíamos facilmente concluir que a saúde perfeita (ideal e abstrata) é uma anormalidade (não sendo frequente) e isso obrigaria julgar tais pacientes como doentes; 2) por uma lógica dedutiva, se recorrêssemos primeiro à verificação do estado dos pacientes em uma amostra, para extrair disso o conceito de saúde (a partir de uma curva gaussiana, por exemplo), poderíamos concluir que uma doença é normal, portanto, um estado saudável (por ser frequente).

A discussão gira em torno da impossibilidade de determinar algo de caráter concreto a partir da média, pois ela representa um momento que não se atinge – ou que é bastante raro – na realidade. Um simples experimento da física é capaz de elucidar tal ponto: a velocidade média de um veículo que percorre determinado percurso, não representa necessariamente a velocidade real do veículo na maior parte dos pontos desse percurso.

O que Canguilhem procura demonstrar, nesse sentido, é que a norma estaria relacionada, como discutido anteriormente, a uma valoração da experiência em termos qualitativos e que tal valoração se faz necessariamente a partir da experiência que o sujeito tem em sua interação com o meio. Quanto a isso, é importante destacar uma especificidade humana com relação ao meio que é sua capacidade de alterá-lo. Desse modo:

“O homem é um fator geográfico e a geografia está profundamente impregnada de história, sob a forma de técnicas coletivas. (...) Se é verdade que o corpo humano é, em certo sentido, produto da atividade social, não é absurdo supor que a constância de certos traços, revelados por uma média, dependa da fidelidade consciente ou inconsciente a certas normas da vida. Por conseguinte, na espécie humana, a frequência estatística não traduz apenas uma normatividade vital, mas também uma normatividade social. Um traço humano não seria normal por ser frequente; mas seria frequente por ser normal, isto é, normativo num determinado *gênero de vida* no

sentido que lhes foi dado pelos geógrafos da escola de Vidal de La Blache.” (CANGUILHEM, G. [1943] 1978, p.125-126)

Sem a consideração disso nos parece que uma medicina que se proponha científica torna-se desorientada. Verificamos que o campo conceitual examinado é repleto de equívocos possíveis conquanto procure por uma definição positiva de saúde para, posteriormente, chegar ao conceito de doença (negativamente). Nosso percurso nos leva, então, à possibilidade de pensar as influências de uma *normatividade social*.

Até o momento, cremos ter deixado claro que a noção de *norma* em medicina não pode ser reduzida a uma *lei natural*. Buscamos nossa justificativa para essa afirmação em Canguilhem porque ele nos aponta que tal estratégia teórica incorre em falhas conceituais que não se iniciam na medicina, mas na própria biologia. Ou seja, a própria biologia não pode deixar de lado a noção de *valor* ou perde de vista a direção concreta presente em qualquer manifestação da vida. Se o objeto próprio da biologia é a vida, é necessário refletir sobre as particularidades deste objeto de estudo, compreendendo que há sempre um sentido biológico em suas manifestações, sentido este que é sempre valorativo. Mas será necessário refletir sobre algumas especificidades do universo humano, para além do biológico.

Precisamente neste ponto devemos adentrar o problema final deste trabalho, ou seja: devemos nos debruçar diretamente sobre as consequências que a ascensão de uma perspectiva positivista de ciência produz na medicina. Consequências essas de cunho ético e político.

CAPÍTULO 4. DA CIÊNCIA À POLÍTICA: a medicina entre o concreto e o abstrato.

Chegando à discussão final deste trabalho, nosso principal objetivo é evidenciar de que modo as teorizações no campo da medicina científica vacilam entre o *concreto* e o *abstrato* e, ademais, como isso denota certas condições de estabelecimento de uma manobra discursiva que fundamenta uma bio-política em seu sentido mais nefasto.

Se decidimos trabalhar tomando as noções de *concreto* e *abstrato* como categorias de análise, é importante destacar a razão dessa escolha – pois haveria outros caminhos possíveis. Sentimo-nos capturados durante todo o trabalho de pesquisa por certa vacilação do discurso científico moderno entre dois polos quando se propõe a dar conta de alguns problemas relativos à vida. E, desde o estudo dessa (que chamaremos de) tradição crítica que conjuga Canguilhem, Politzer, Foucault e Lacan, nos parecia sempre haver algo que se repetia e que se apresentava justamente como as noções de *concreto* e *abstrato* figurando como esses dois polos por entre os quais a ciência vacila. De modo que, enquanto procurávamos compreender o que significa dizer que uma medicina é científica, o que se desenhava era sempre uma espécie de afastamento da medicina com relação à vida no que tem de concreta, quanto mais essa se aproximava da ciência e suas abstrações.

Com isso não queremos dizer, ingenuamente, que a ciência é por si só um mal a ser evitado. Nossa intenção está longe de um combate à ciência, mas pelo contrário, nos apoiando nesses grandes pensadores críticos almejamos contribuir nesse debate que nos foi apresentado concretamente na prática clínica. Em outras palavras, nossa intenção é contribuir na construção de ferramentas conceituais que possibilitem um desvio nos caminhos pelos quais a medicina contemporânea parece seguir, desvio que deve advir como possibilidade de liberá-la desse torpor onde se perde de vista a vida. E, neste movimento, apostamos que não se trata de um retorno às origens, algo como abandonar a pesquisa científica e retornar a um misticismo antigo. Pelo contrário, trata-se de apontar alguns limites do atual modelo de ciência, bem como (e principalmente) tornar evidentes alianças políticas que fazem da

ciência mero instrumento de produção das abstrações fantásticas responsáveis por controlar sujeitos afastando-os do que lhes é necessário concretamente (e para muito além do necessário). E, no mesmo passo, assumimos que nosso trabalho não tem condição de ser mais do que um pequeno grão no que é preciso para causar esse desvio. Porém isso não diminui nosso desejo.

Encontramos, assim, em Politzer uma referência de peso capaz de articular algumas das questões que examinamos com Canguilhem. Por isso damos início à discussão com a exposição de alguns aspectos da *Crítica aos fundamentos da psicologia* (POLITZER, G. [1928] 2004) que tornem possível estender tal crítica ao campo da medicina científica. Pois entendemos que a *Crítica...* nos apresenta algumas condições para pensar como a virada no discurso científico moderno, que apontamos em nosso primeiro capítulo, afasta a ciência do que Politzer chama de *homem concreto*. Ou seja, ainda com Canguilhem encontramos alguns pontos capazes de mostrar que o problema trazido à medicina pela perspectiva científica moderna têm início já na biologia. Agora, nos apoiando em Politzer, pensamos ser possível encontrar derivações do problema em outros campos posteriores à medicina, como a psicologia. Se a biologia serve como exemplo de certos antecedentes do problema que nos propusemos a examinar na medicina, pensamos que é possível verificar na psicologia – tomada como exemplo – derivações do mesmo problema. E apostamos que este caminho nos esclarece aspectos que enriquecem nossa discussão quanto à *normatividade social*.

4.1 A crítica de Politzer para além da psicologia.

Para a empreitada à qual nos propusemos aqui – qual seja, a de procurar estender a crítica politzeriana para além da psicologia, aproximando-a da obra de Canguilhem – será necessário expor alguns aspectos de seu percurso teórico, procurando por algumas articulações.

Assim, o primeiro ponto a ser compreendido em relação à *Crítica dos fundamentos da psicologia* (POLITZER, G. [1928] 2004) é que ela não apenas outra intenção de Politzer no campo da filosofia: a de crítica ao neokantismo predominante no cenário francês da década de 1920. Tal crítica se refere a

certa tentativa de Politzer de restaurar, contra o neokantismo da época, àquilo que considerava ser o aspecto mais importante da *Crítica da Razão Pura* de Kant: o papel essencial do sujeito e da experiência na produção do conhecimento. (GABBI JR, O. F. *In*: POLITZER, G. [1928] 2004)

É por conta desta perspectiva de Politzer – de restauração das categorias de *sujeito* e *experiência* na produção do conhecimento, desde Kant – que vemos a possibilidade de articular sua produção ao que viemos trabalhando até este ponto. Assim:

“A chamada revolução copernicana de Kant consistiu em acreditar, com o empirismo, que somos afetados pelos objetos e que, todavia contra o empirismo, só podemos conhecê-los à medida que impomos a eles certas condições *a priori*. Ora, a primeira proeza da psicologia clássica consiste em transformar, apesar de todas as advertências do próprio filósofo, o sujeito do conhecimento em sujeito psicológico; em seguida, ela o despoja de qualquer papel na produção do psíquico; finalmente, o fato psicológico passa a ser estudado como se fosse algo em si, ou seja, algo totalmente exterior a qualquer sujeito.”
(GABBI JR, O. F. *In*: POLITZER, G. [1928] 2004, p. IX)

Não se trataria, então, do mesmo problema em termos radicais – problema relativo à própria epistemologia da ciência – quando Canguilhem aponta a tentativa (via fisiologia) de redução da qualidade à quantidade para a obtenção de conhecimento positivo em medicina? Afinal, embora o *sujeito* não constitua o *objeto* sobre o qual a medicina, a fisiologia, ou mesmo a biologia devem se debruçar, isso não as autoriza a anular tão simplesmente essa categoria uma vez que se tenha por objeto o organismo em seu funcionamento (no caso da fisiologia), ou a própria vida (no caso da biologia) – ademais, é preciso dizer que não nos parece livre de polêmica considerar a medicina como uma ciência, ao invés de uma prática que tem como objetivo último a restauração da saúde e que, para isso, procura se sustentar por algumas ciências. Ademais, se a medicina passa ao estatuto de uma disciplina científica e com isso se distancia da importância, constitutiva para ela mesma, que tem a prática clínica enquanto uma atividade que se depara sempre com um sujeito em sua singularidade, isso não se realiza sem consequências sensíveis.

No entanto, não pretendemos nos centrar nos objetos próprios de cada ciência para sustentar nossa crítica, mas atentar para o fato de que não parece ser possível constituir um conhecimento científico sobre alguns objetos mediante uma simples aplicação do método experimental – como se realiza idealmente nas ciências naturais – quando nos encontramos no campo dessas outras disciplinas, a biologia, a fisiologia, a patologia e especialmente a psicologia. Há particularidades que devem ser respeitadas nesses campos e que concernem ao modo de estabelecer um estatuto para o objeto de estudo que não exclua a perspectiva do sujeito do conhecimento. O respeito a essas particularidades não representa necessariamente um abandono da possibilidade de um conhecimento científico, mas certamente a condição necessária para que a ciência não recaia em pura abstração.

Entendemos que reside justamente nesse ponto a crítica de Lacan ([1965-66] 1998) à ciência quando ele procura estabelecer uma distinção entre o *homem da ciência* e o *sujeito da ciência*. Parece-nos que tal distinção tem um acento marcadamente politzeriano porquanto constitua, no limite, uma distinção entre um homem *abstrato* produzido como objeto da ciência e um sujeito *concreto* produtor do conhecimento científico. O que Lacan procura evidenciar é um movimento presente nas ciências humanas quando tentam produzir um homem ideal (e abstrato, portanto) como objeto de estudo, que as desvia da possibilidade de contemplar o próprio sujeito (enquanto agente) que produz a ciência – e que possui intenção nesse ato – que constituiria mais propriamente o humano a ser estudado. Há, então, um movimento de objetificação (que corresponde a uma desumanização) do homem para estudá-lo e acredita-se que com isso se poderá produzir algum resultado que faça sentido para o *homem concreto* (cujo desejo foi a única razão da própria iniciativa de produzir do que se chamou de uma ciência humana).

Sabemos que a intenção final de Lacan em *A ciência e a verdade* ([1965-66] 1998) é procurar pelo estabelecimento de um estatuto do sujeito com o qual trabalha a psicanálise, mas trazemos sua contribuição por vermos, no caminho de seus desenvolvimentos, uma crítica que evidencia certo equívoco no campo das ciências humanas desde que assumam uma orientação positivista. Não pretendemos discutir algumas distinções de cunho

(atualmente) mais burocrático que de outra ordem como a definição da medicina ou da psicologia como ciências humanas, biológicas ou da saúde – seria um desafio duplo, uma vez que já se poderia discutir se constituem ciências a princípio. Mas a posição que assumimos até aqui nos impele a colocar em questão: as ciências, ou as práticas sustentadas por estas, que se debruçam sobre a saúde dos seres humanos estariam autorizadas a se separarem de uma antropologia?

Cabe, então, esclarecermos algo sobre o que Politzer propõe como *homem concreto*. Ao menos na *Crítica...* Politzer pensa o *homem concreto* a partir da possibilidade de uma *psicologia concreta* em uma relação dialética: uma psicologia só poderia se fazer concreta caso pudesse se debruçar sobre um homem concreto. Nisso interfere diretamente o que se entenderá por *fato psicológico*. Estaria no entendimento do que é um fato psicológico a distinção entre uma psicologia *clássica (abstrata)* e outra *concreta* e para que se pudesse pensar um fato psicológico concreto este deveria ser interpretado como um *drama* no lugar de pensa-lo, como propõe Gabbi Jr. (*In: POLITZER, G. [1928] 2004*), a partir do modelo do *espelho interno*.

Estes dois modelos interpretativos – pela via do *drama* ou do *espelho interno* – são determinantes do que se entenderá por um *fato psicológico* porque exigem alguns pressupostos, ou seja, a consideração de condições *a priori*, para determinar o objeto com o qual a pesquisa se defronta. É assim que, a um só tempo, Politzer é capaz de unificar as diferentes matrizes epistemológicas da psicologia¹⁰ sob a designação única de *psicologia clássica* para em seguida, analisando em que medida cada uma (psicanálise freudiana, *Gestalttheorie* e behaviorismo metodológico de Watson) avança sobre alguns dos pressupostos da *psicologia clássica*, poderá pensar algumas condições de

¹⁰ Sobre a polêmica discussão sobre a ausência de paradigma em psicologia, podemos citar Canguilhem em *O que é a psicologia*: “À questão “O que é a psicologia?” pode-se responder fazendo aparecer a unidade de seu domínio, apesar da multiplicidade dos projetos metodológicos. É a este tipo que pertence a resposta brilhantemente dada pelo Professor Daniel Lagache, em 1947, a uma questão colocada, em 1936, por Edouard Claparède. A unidade da psicologia é aqui procurada na sua definição possível como teoria geral da conduta, síntese da psicologia experimental, da psicologia clínica, da psicanálise, da psicologia social e da etnologia.” Acrescente ainda: “Observando bem, no entanto, se diz que talvez essa unidade se parece mais com um pacto de coexistência pacífica concluído entre profissionais do que com uma essência lógica, obtida pela revelação de uma constância numa variedade de casos.” (CANGUILHEM, G. [1958] 1972, p.105)

uma *psicologia concreta*. Não nos aprofundaremos em cada um dos pressupostos (são cinco) propostos por Politzer, pois pensamos que será suficiente para este trabalho considerar em que diferem os dois modelos de interpretação referidos anteriormente.

Os diferentes modelos de pesquisa em psicologia recairiam no campo do *abstrato* por tentarem sempre procurar fazer uma ciência positiva, uma ciência da coisa em si. E para tanto, precisam elevar o psíquico à categoria de *coisa em si*. Tomando, então, o psíquico – entendido como a *mente*, daí a designação de *mentalismo* – como coisa em si a psicologia acaba por produzir este objeto abstrato que não corresponde a sujeito algum e que será avaliado mediante a fidelidade com que representa a realidade, esta última entendida como o conjunto das unidades objetivas (empiricamente observáveis) do mundo. Ou seja, tudo se passa como se a mente fosse um objeto empírico e separado do sujeito e este, por sua vez, seria um mensageiro que informa ao mundo externo o que se passa no mundo interno. A metáfora do *espelho interno* caberia aí: trata-se de considerar a mente como um espelho interno que reflete os objetos externos e o sujeito como aquele responsável por informar, por meio da linguagem, ao pesquisador o que o espelho reflete. Esta aí, inclusive, a matriz do que norteará grande parte das discussões sobre o normal e o patológico no campo da psicologia clínica: o normal é o espelho representar fielmente a realidade (cabendo a infinidade dos mal-entendidos possíveis).

Note-se que por essa via não fica estabelecido nenhum estatuto para este sujeito que informa o pesquisador/psicólogo. É deste ponto, precisamente, que surge o incômodo de Politzer e que pensamos, com Mariguela (2007), influenciou de maneira perene a releitura que Lacan faz da psicanálise em seu retorno à Freud.

Chegamos, então, ao segundo modelo interpretativo, oposto ao *espelho interno*: o do *drama*. Politzer ([1928] 2004) utiliza o teatro como metáfora possível para descrever esse modelo. O que ele procura propor é que da perspectiva do *homem concreto* (que poderia ser entendido como o *sujeito do conhecimento*) tudo se passa numa dimensão dramática e, portanto, repleta de sentido e, portanto, **valor**. De modo que desmembrar um fato ocorrido na vida de alguém em diversas unidades essenciais – um problema emocional, ou de

memória, ou de atenção, etc... – buscando compreender o que se passa é somente um caminho para a abstração, capaz apenas de afastar o pesquisador (por que não o clínico?) do que realmente importa. A metáfora do teatro serve para tornar mais claro este ponto: se nos predispomos a estudar uma peça de teatro experimentalmente, de que serviria esse esforço? Se produzirmos aferições sobre as condições de iluminação, de propagação e amplitude do som, de predominância desta ou daquela cor, o que estes resultados poderiam dizer sobre o que o drama encenado produz em um espectador? Que tipo de valor teriam os resultados dessa análise para alguém? Por isso Politzer entende o *drama* como categoria capaz de incluir o sujeito na pesquisa, exigência para a construção de uma *psicologia concreta*. Faz questão de pontuar, nesse sentido:

“Entenda-se, *de uma vez por todas*, que designamos pelo termo “drama” um *fato* e que fazemos abstração total das ressonâncias românticas dessa palavra. Portanto pedimos que o leitor se habitue a essa acepção simples do termo e esqueça sua significação “emotiva”.” (POLITZER, G. [1928] 2004, p.43. Grifos do autor)

Esta ressalva é feita em referência ao que é dito em um parágrafo que nos despertou particularmente o interesse na medida em que não pudemos lê-lo sem uma ligação direta com nossa leitura de Canguilhem:

“As ciências da natureza que se ocupam do homem não esgotam tudo que se pode aprender a respeito deste. O termo “vida” designa um fato biológico, ao mesmo tempo que a vida propriamente humana, *a vida dramática do homem*. Essa vida dramática apresenta todas as características que tornam uma área suscetível de ser estudada cientificamente. Mesmo que não existisse psicologia, é em nome dessa possibilidade que ela deveria ser inventada.” (POLITZER, G. [1929] 2004, p.43. Grifos do autor)

Agora, para retornar ao problema do nosso trabalho, o que gostaríamos de apontar sobre os caminhos da pesquisa em psicologia e, mais precisamente, sobre os aspectos criticáveis destes caminhos tais como mostrados por Politzer, é um duplo movimento que nosso estudo nos permitiu vislumbrar. Quando dissemos anteriormente que a psicologia (em seus equívocos) poderia figurar como um exemplo de derivação dos problemas trazidos à medicina por sua filiação ao discurso científico – assim como, a partir

de Canguilhem, dizemos que este problema se apresenta à medicina desde a filiação da própria biologia ao mesmo discurso – o que quisemos apontar foi precisamente o seguinte: tudo se passa como se a psicologia (especialmente sua vertente clínica) encontrasse as condições de possibilidade de sua existência apenas como artifício que visa dar conta do que fica excluído do discurso médico; e que, no entanto, ao procurar dar conta desse projeto por meio da mesma perspectiva científica, acaba por constituir um objeto abstrato no lugar do sujeito com o qual deveria se defrontar e devolve à medicina apenas isso.

De um degrau ao outro – biologia, medicina, psicologia, etc – o modelo de ciência inaugurado por Descartes e sustentado até a atualidade em suas derivações não se mostra capaz de apreender o sujeito. Por ser sempre insensível a este polo do binômio (sujeito/objeto) está sempre afastado da possibilidade de resolver problemas vividos por este homem concreto, produzindo, no lugar de soluções, abstrações capazes de alienarem-no de sua própria vida.

Quanto a isso, pedimos licença ao leitor para citar um trecho relativamente longo que introduz a discussão de *O conhecimento da vida* (CANGUILHEM, G. 2012), ao qual gostaríamos de reproduzir nas exatas mesmas palavras:

“Conhecer é analisar. Nós o dizemos de melhor bom grado do que o justificamos, pois é um dos traços de toda filosofia preocupada com o problema do conhecimento que a atenção que se dá às operações do conhecer acarrete a distração no que concerne ao sentido de conhecer. No melhor dos casos, acontece de respondermos a esse último problema por meio de uma afirmação de suficiência e de pureza de saber. E, no entanto, saber por saber não é mais sensato do que comer por comer, ou matar por matar, ou rir por rir, porquanto é a um só tempo a confissão de que o saber deve ter um sentido e a recusa de lhe encontrar um outro sentido diferente dele mesmo.

Se o conhecimento é análise, mesmo assim não é para permanecer nisso. Decompor, reduzir, explicar, identificar, medir, pôr em equações deve ser claramente um benefício do lado da inteligência, já que, manifestamente, é uma perda para o gozo. Gozamos não das leis da natureza, mas da natureza, não dos números, mas das

qualidades, não das relações, mas dos seres. Para dizer tudo, não se vive de saber. Vulgaridade? Talvez. Blasfêmia? Mas em quê? Pelo fato de alguns homens se terem voltado a viver para o saber devemos crer que o homem só vive verdadeiramente na ciência e por ela?” (CANGUILHEM, G. 2012, p.1)

Com isso podemos dar mais um passo, retornando à discussão no campo médico examinando agora alguns problemas referentes ao método experimental.

4.2 O método experimental e a abstração em fisiologia.

“Em que sentido o aferimento e a mensuração de laboratório são suficientes para servir de norma à atividade funcional do ser vivo fora do laboratório?” (CANGUILHEM, G. [1943] 1978, p.114). Esta indagação concerne tanto à obra de Canguilhem quanto à crítica proposta por Politzer à psicologia. E procuraremos mostrar de que forma o experimentalismo pode lançar a medicina no campo do *abstrato*.

Ora, há um problema inicial com relação ao método experimental que é, justamente, a exigência de condições para a experimentação. O que está proposto na experimentação fisiológica em laboratório é um método capaz de isolar variáveis na tentativa de compreender o funcionamento pontual de cada mecanismo funcional orgânico tomado como fenômeno puro. Isso gera certo paradoxo: para compreender o funcionamento de algo em condições normais, o cientista precisa garantir certas condições experimentais que são, por definição, diversas das condições normais. Isso porque as condições experimentais se dão justamente pelo isolamento de variáveis. Ou seja, procura-se criar uma simulação de uma situação em condições normais, mas que afete unicamente o ponto que se quer pesquisar. Isso retira da cena as variáveis de sua condição normal, tornando-a experimental.

A fisiologia experimental, quando utilizada para pesquisas no campo da patologia, procura recriar em laboratório as condições normais da doença. Assim pode empreender o estudo desse fenômeno para compará-lo ao funcionamento normal – também conhecido por meio do mesmo método, o que já coloca o problema relativo à possibilidade de chama-lo propriamente de

normal. O problema se expressa da seguinte maneira: *a fisiologia experimental é praticamente uma patologia artificial*. Ademais é preciso considerar que tais pesquisas são realizadas com outras espécies. Experimenta-se em ratos, ou outros animais, para posteriormente procurar por comparações entre o fenômeno produzido em laboratório com estas cobaias e o fenômeno que ocorre em condições normais com humanos. “Ninguém pode contestar a grande margem de incerteza que tais comparações admitem. É tão inútil negar a existência dessa margem quanto é pueril contestar *a priori* a utilidade de tais comparações.” (CANGUILHEM, G. [1943] 1978, p. 116)

O que tal crítica pretende é deixar claro que, se é possível determinar o caráter normal de um aspecto do ser vivo por meio do modo pelo qual ele se ajusta ao meio, é necessário lembrar que o laboratório constitui um meio distinto do natural. Meio esse ao qual o ser vivo certamente se esforçará para se ajustar na intenção de manter-se funcional.

“O meio de laboratório é, para o animal ou para o homem, um meio possível, entre outros. É claro que o cientista tem razão em ver, nos seus aparelhos, apenas as teorias que eles materializam, nos produtos empregados, apenas as reações que eles permitem, e de postular a validade universal dessas teorias e dessas reações; para o ser vivo, porém, aparelhos e produtos são objetos entre os quais ele se move como num mundo insólito. Não é possível que os modos de vida no laboratório não conservem alguma especificidade em relação com o local e com o momento da experiência.” (CANGUILHEM, G. [1943] 1978, p.117)

Não atentar para o fato de que um ser vivo não é um objeto da mesma ordem de uma molécula é um problema nevrálgico nesse campo. Parece haver uma inversão na ordem das coisas: ao invés da fisiologia utilizar o método experimental **porque** ele lhe é útil para conhecer positivamente seu objeto, ela parece precisar utilizá-lo, mesmo alterando-o, **como forma de** garantir a ela a inscrição num campo discursivo que lhe garanta o lugar de ciência. Nessa mesma direção, Politzer afirma:

“O uso que os físicos fazem das matemáticas, algumas vezes, já se ressentem do fato de elas representarem para eles apenas um traje de aluguel; a pura envergadura dos matemáticos pode ser-lhes inacessível e eles são frequentemente *bitolados*. Mas tudo isso é

nada comparado ao que acontece no andar de baixo. Os fisiólogos já mergulham terrivelmente na magia dos números, e o entusiasmo pela forma quantitativa das leis transforma-se neles em adoração do fetiche. Todavia, esse impedimento não pode fazer esquecer a seriedade fundamental que encobre. (...) O mesmo se dá com o método experimental. É o físico que detém uma visão séria dele; só ele não brinca com ela, é só nas mãos dele que ela é uma técnica racional que não degenera em magia. O fisiólogo já tem forte tendência para a magia: nele, o método experimental degenera frequentemente em *pompa* experimental.” (POLITZER, G. [1928] 2004, p.39. Grifos do autor)

Lembramos que o esforço de Canguilhem (2012) é procurar pelas condições de uma biologia capaz de considerar o ser vivo nessa especificidade que possui de produzir uma resposta ativa diante do ambiente, do conjunto de leis naturais responsáveis por submetê-lo às flutuações com as quais deverá lidar. É a partir da consideração de um caráter ativo na vida mesma, que se poderá construir condições de solucionar os problemas concretos dos seres vivos. Um organismo vivo é diferente de uma pedra mesmo os dois estando submetidos às condições estabelecidas pelo meio, isso porque uma pedra diante de um choque mecânico apenas se rompe, sem que haja nisso qualquer sentido biológico e, portanto, nenhum valor; enquanto para um ser vivo a coisa se passa de maneira bastante diferente.

Devemos avançar na discussão de modo que não apenas possamos diferenciar um ser vivo de um objeto passivo, mas distinguir também uma *normatividade vital* de uma *normatividade social* (particularmente humana). E para isso nos parece que o melhor caminho é adentrar as definições médicas que não poderão escapar da noção de *valor*: como *doença*, *saúde* e *cura*.

4.3 As noções de *saúde*, *doença* e *cura*.

Entendemos que as noções de *saúde*, *doença* e *cura*, não permitem que a medicina se esquive do problema do *sentido biológico* presente nos fatos vitais como propõe Canguilhem (2012). E por meio dessas noções poderemos chegar ao problema da *normatividade social* que traz a questão política à medicina. Atentando, então, para o que se pode compreender como *saúde*,

podemos propor, com Canguilhem, que se trata de um estado a ser determinado a partir de uma norma individual (podemos tomar *individual* como *singular*). Por isso, a perspectiva que toma uma média como equivalente à norma, não é suficientemente coerente quando se trata de fenômenos vitais. Isso porque “A fronteira entre o normal e o patológico é imprecisa para diversos indivíduos considerados simultaneamente, mas é perfeitamente precisa para um único e mesmo indivíduo considerado sucessivamente.” (CANGUILHEM, G. [1943] 1978, p.145)

Canguilhem procura determinar o estado saudável não apenas como a inserção em determinada norma tomada do ponto de vista geral, coletivo, mas como um estado no qual a vida se encontra potencialmente segura diante de flutuações e instabilidades do meio. “O que caracteriza a saúde é a capacidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir novas normas em situações novas.” (CANGUILHEM, G. [1943] 1978, p.158). Ou seja, *saúde* é o estado em que alguém se encontra quando goza de capacidade normativa, ou seja, possibilidade de adaptação a novas contingências. Não se trata, então, apenas de estabilidade em determinado conjunto de coordenadas, mas da possibilidade de estabelecer novas normas conforme as coordenadas possam variar. Avaliando os estudos de Goldstein em neurologia, Canguilhem afirma:

“O que Goldstein notou em seus doentes foi a instauração de novas normas de vida por uma redução no nível de sua atividade, em relação com um meio novo, mais limitado. A redução do meio, nos doentes afetados por lesões cerebrais, corresponde à sua impossibilidade de responder às exigências do meio normal, isto é, anterior. Num meio que não seja extremamente protegido, esses doentes só teriam reações catastróficas; ora, não sucumbindo à doença, a preocupação do doente é escapar à angústia das reações catastróficas. Daí a mania de ordem, a meticulosidade desses doentes, seu gosto positivo pela monotonia, seu apego a uma situação que sabem poder dominar. O doente é doente por só poder admitir uma norma. Como já dissemos muitas vezes, o doente não é anormal por ausência de norma, e sim por incapacidade de ser normativo.” (CANGUILHEM, G. [1943] 1978, p.148)

Por meio dessa colocação, temos uma articulação das noções de *saúde* e *doença*. A *doença* é tomada aqui em sentido positivo. Ou seja, o estado patológico é produtivo no sentido positivo, um processo de adoecimento produz uma norma singular e, a partir daí, só se define como *doença* por ser fixo e não permitir variação dessa norma. Trata-se de uma norma única e não da ausência de norma. Uma vez que esteja determinado minimamente o que se entende por *saúde* e *doença*, é chegado o momento de pensar a noção de *cura*.

A princípio, Canguilhem pensa a *cura* como um processo de estabelecimento de uma nova norma individual. É necessário deixar claro que não se trata de um restabelecimento, portanto, mas da criação de um processo criativo que não implica em retorno. Ou seja, trata-se de um restabelecimento da *saúde* (tomada como um estado), mas, ao mesmo tempo, da criação de uma nova norma capaz de garantir esse estado. Isso fica claro quando se entende que o processo de cura não acontece sem perdas essenciais do organismo – podemos pensar o mesmo para o modo de vida do sujeito – o que implica a necessidade de criação/invenção de um novo modo de funcionamento no qual a vida se faça possível em termos normativos, adaptativos (CANGUILHEM, G. [1943] 1978, p.157). A ideia de adaptação, porém, será um ponto polêmico para se pensar a *normatividade social*. Isso porque será necessário pensar a adaptação em relação a quê. Quando a questão se coloca em relação ao social, não será possível formular soluções tão simples quanto readaptar alguém do ponto de vista da funcionalidade. Isso porque a funcionalidade não se refere, no universo humano, somente a poder caminhar, movimentar os membros, ou manter as funções orgânicas operando de modo regular. A funcionalidade é pensada, no universo humano, especialmente no contemporâneo, em sua relação com o mundo do trabalho e das trocas monetárias, por exemplo.

O mais importante nesse momento é tornar claro que a articulação entre *saúde*, *doença* e *cura*, aponta para a possibilidade de compreensão da vida a partir da experiência, o que, no concernente ao humano, torna insustentável pensar na diferenciação entre normal e patológico simplesmente por meio de variações quantitativas. Será necessário considerar o homem na relação com

seu meio tomando ambos (homem e meio) como variáveis na determinação do normal e do patológico. Isso acarreta duas consequências fundamentais: 1) a clínica como prática imprescindível à produção de conhecimento em patologia; 2) e, também, a imanência de um aspecto ético-político na atividade clínica que tem consequências na construção de uma patologia ou psicopatologia por exemplo.

Se observarmos as conclusões de Canguilhem em sua tese, o que está sendo defendido é que patologia e fisiologia estão em descontinuidade não podendo ser identificadas, pois “o que distingue o fisiológico do patológico não é uma realidade objetiva de tipo físico-químico, e sim um valor biológico” (CANGUILHEM, G. [1943] 1978, p.180). E isso nos parece de suma importância por ser uma via de desconstrução lógica dos caminhos contemporâneos pelos quais seguem as pesquisas médicas – especialmente em psiquiatria. Via essa que parece abrir mão do conhecimento clínico. Distanciada da clínica, a pesquisa fisiológica recai em uma tentativa de conceitualização que ignora as questões relativas ao valor que a experiência assume para o sujeito – sendo isso a única coisa capaz de determinar como patológica ou não, tal ou qual experiência. Se o experimentalismo em fisiologia for considerado o método privilegiado e único de produção do conhecimento médico, isso pode levar a medicina aos mais graves erros. Canguilhem aponta isso muito claramente:

“Conforme progride a minúcia da análise, a doença será colocada no nível do órgão – como Morgagni – ao nível do tecido – como Bichat – ao nível da célula – como Virchow. Mas, assim procedendo, esquecemos que, historicamente, logicamente e histologicamente chegamos até a célula por ordem regressiva, a partir do organismo total e com o pensamento, ou talvez mesmo o olhar, voltado para ele. Procurou-se no tecido ou na célula a solução de um problema levantado pelo organismo inteiro e que se apresenta primeiro para o doente, e, em seguida, para o clínico. **Procurar a doença ao nível da célula é confundir o plano da vida concreta – em que a polaridade biológica estabelece a diferença entre a saúde e a doença – e o plano da ciência abstrata – em que o problema recebe uma solução.** Não queremos dizer que uma célula não possa ser doente se, por célula entendermos um ser vivo unicelular considerado como um todo, como, por exemplo, um protista; mas

queremos dizer que a doença de um ser vivo não se situa em determinadas partes do organismo.” (CANGUILHEM, G. [1943] 1978, p.183. Grifo nosso)

É de suma importância a compreensão, com Canguilhem, de que a fisiologia é um estudo de constantes orgânicas, ou seja, “um estudo da estabilidade das normas fisiológicas” (CANGUILHEM, G. [1943] 1978, p.188). E que a patologia é o estudo da relação entre os aspectos fisiológicos e o meio, sendo isso o que poderia determinar saúde e doença como relativas a um valor biológico, normativo e vital. No entanto, não se deve perder de vista que Canguilhem parece compreender as relações entre fisiologia e patologia a partir da formação de uma dialética entre ambas, sem a qual não seria possível compreender o caminho de produção conceitual de nenhuma dessas disciplinas.

4.4 A questão política no saber médico contemporâneo.

Em *Novas Reflexões Referentes ao Normal e ao Patológico* (CANGUILHEM, G. [1963] 1978, p.205), vinte anos depois de sua tese em medicina datada de 1943, Canguilhem retoma algumas de suas discussões de maneira nitidamente mais politizada do que o exposto em suas concepções iniciais. A preocupação agora não é tanto a definição médica do normal e do patológico, mas o estudo da noção de *norma* em sua articulação com o meio social e político. E nesse percurso é retomada a concepção de *norma* como tipo ideal, parâmetro normativo para a valoração de objetos de estudo, por exemplo. No entanto, a análise é conduzida em direção aos paralelos possíveis entre a normatividade em medicina e a aplicação dessa lógica ao funcionamento social, bem como aos problemas que tais paralelos podem ocasionar, ou mesmo à impossibilidade de sua aplicação.

Parte-se da ideia de que “O normal não é um conceito estático ou pacífico, e sim um conceito dinâmico e polêmico” (CANGUILHEM, G. [1963] 1978, p.211). E para sua determinação, é necessário compreender – retomando o que já havia sido colocado, agora com mais veemência – que uma norma requer, necessariamente, seu desvio para ser verificada e mesmo produzida. Ou seja, se define uma *norma* a partir de uma exigência que se

mostra necessária unicamente a partir de um desvio, de uma infração. Com essa colocação, torna-se compreensível uma dimensão profundamente importante da atividade normativa: a função de uma norma é “(...) impor uma exigência a uma existência, a um dado, cuja variedade e disparidade se apresentam, em relação à exigência, como um indeterminado hostil, mais ainda do que estranho” (CANGUILHEM, G. [1963] 1978, p.211).¹¹

Com a leitura de Canguilhem, fica bastante claro que a produção de normas, quando aplicada à vida do homem, é uma atividade de caráter político na medida em que pretende regular as possibilidades de existência de algo em um contexto – tomemos isso por um *sujeito* em uma *sociedade*.

O autor procura por pressupostos lógicos para o estabelecimento de uma norma para, posteriormente, procurar evidenciar certo modo de inversão dessa lógica. Tal inversão será promovida falaciosamente e nossa intenção é mostrar de que modo isso se processa para pensar a serviço do quê essa inversão pode ocorrer. Para tal, é necessário compreender que uma norma se coloca imediatamente de modo valorativo em relação a um contexto. É normal aquilo que se espera e, portanto, se qualifica o *normal* como *bom*. Por essa via, o contrário do *normal* será considerado *ruim* e não indiferente, é por essa via, justamente, que se faz a equivalência do *anormal* ao *patológico*, por exemplo. A consequência mais importante da determinação lógica de uma norma é que a mesma lógica pode sofrer uma inversão sem perder inicialmente sua coesão (no entanto, alterando profundamente seu sentido), ou seja, mantendo-se os dois polos – bom e ruim, normal e anormal, normal e patológico – aquilo que a norma pretende regular pode ser colocado em qualquer um dos lados, modificando seu funcionamento e, por consequência, o funcionamento social por este procurar se regular por normas.

“No entanto, a inversão de uma norma lógica não tem como resultado outra norma lógica, e sim, talvez, uma norma estética, assim como a inversão de uma norma ética não tem, como resultado, outra norma ética e sim, talvez, uma norma política. Em resumo, sob qualquer forma implícita ou explícita que seja, as normas comparam o real a valores, exprimem discriminações de qualidades de acordo com a

¹¹ Cabe o comentário de que essa lógica é precisamente a mesma que a utilizada por Lacan, já no Seminário 17 (LACAN, J. [1969-70], 2007a) para discutir, a partir de “Totem e Tabu”, a norma fálica.

oposição polar de um positivo e um negativo.” CANGUILHEM, G. [1963] 1978, p.213)

A partir disso é possível avançar na conceitualização de uma organização social como uma unidade virtual das normas sociais. Tal unidade se define a partir da possibilidade das normas serem relativas umas às outras formando um sistema organizado (CANGUILHEM, G. [1963] 1978, p.222). Por essa via é que se faz possível compreender como a filosofia positiva de Comte procura pela formalização de uma sociologia a partir da noção de *organismo*. O problema da proposta comteana de compreender de maneira homóloga a *normatividade vital* e a *normatividade social*, se dá por meio de um equívoco que equivale *organismo biológico* à *organização social* e faz isso se valendo de uma concepção da *normatividade* como algo regular que se processa do mesmo modo do biológico ao social. Canguilhem investe sua crítica nesse ponto, apontando para a diferença inerente às normatividades vital e social, propondo que, ao invés de uma homologia, poderia se propor unicamente uma analogia, e para além disso, que mesmo em caráter análogo, as duas formas normativas não possuem continuidade lógica. (CANGUILHEM, G. [1963] 1978, p.224)

A principal diferença, do ponto de vista lógico, entre uma norma social e vital se dá pela perspectiva temporal. As duas formas – norma social e vital – se estabelecem à posteriori com relação à sua infração na medida em que é necessária a ocorrência da infração para sua determinação, mas a primeira se refere ao futuro enquanto a segunda se refere ao passado. Uma norma social exige um esforço ativo para sua sustentação (digamos, para que seja instituída), enquanto que para uma norma vital, biológica, sua continuidade é passiva do ponto de vista do sujeito. Uma norma do ponto de vista biológico tem caráter de fato, enquanto que uma norma social é uma atividade. A tentativa de sustentação de normas sociais em homologia às normas biológicas aponta para uma espécie de mecanicismo funcionalista que culmina na origem de um processo disciplinar, prática discursiva a serviço do Estado.

“Entre 1759, data do aparecimento da palavra normal, e 1834, data do aparecimento da palavra normalizado, uma classe normativa conquistou o poder de identificar a função das normas sociais com o uso que ela própria fazia das normas cujo conteúdo determinava.

Bom exemplo de ilusão ideológica...” (CANGUILHEM, G. [1963] 1978, p.218)

A ideia de *normatividade social* como uma atividade, uma prática, se dá a partir da compreensão de que a norma, nesse caso, determina como a organização social deverá se dar, visa o controle de seu funcionamento. Isso está em perfeita dissonância com o que se compreende do organismo biológico, no qual a descoberta de uma norma – embora tenha, também, certo aspecto de *produção*, do ponto de vista discursivo – permite verificar como tal organismo funciona e não determinar como passará a funcionar. No máximo determina como passará a ser esperado que o organismo funcione. O funcionamento orgânico é, de certa forma, automático, não exigindo que o sujeito atente para isso para colocar tal funcionamento em prática. Ao contrário, a organização social é ativa e exige constante esforço para que a vida dos sujeitos em uma sociedade se mantenha conforme a norma. Para dizer de uma vez, entendemos dialeticamente que a norma interfere na própria possibilidade, retroativamente, de modos de vida para um sujeito. Com a utilização da noção de *necessidade* é possível localizar melhor tal problema:

“As necessidades e normas da vida de um lagarto ou de um carapau em seu habitat natural se exprimem pelo próprio fato desses animais estarem naturalmente vivos nesse habitat. Mas basta que um indivíduo questione as necessidades e as normas dessa sociedade e as conteste – sinal de que essas necessidades e essas normas não são as de toda a sociedade – para que se perceba até que ponto a necessidade social não é imanente, até que ponto a norma social não é interna, até que ponto, afinal de contas, a sociedade, sede de dissidências contidas ou de antagonismos latentes, está longe de se colocar como um todo. Se o indivíduo levanta a questão da finalidade da sociedade, não seria porque a sociedade é um conjunto mal unificado de meios, por falta justamente de um fim com o qual se identificaria a atividade coletiva permitida pela estrutura?” (CANGUILHEM, G. [1963] 1978, p.229)

Isso leva à possibilidade de conceitualização da norma biológica como a apreensão de uma característica mais ou menos natural – ainda que valorada na medida em que é inserida em uma norma – enquanto que a norma social é puro valor, a ser aplicado sobre a vida na tentativa de normatizá-la.

Dando continuidade a essa diferenciação, Canguilhem avança em direção às suas consequências na medicina. Para tanto, insere a dimensão da terapêutica para apontar que uma diferença substancial entre as normas citadas se dá na possibilidade de tratamento. Se o conceito de *norma* for utilizado para a determinação da saúde e da doença e se procurarmos uma equivalência entre a norma vital (biologicamente) e social, é possível chegar com alguma facilidade à ideia de uma doença social. No entanto, tal ideia é absolutamente perigosa na medida em que se tem uma concepção de *saúde* derivada do *natural* na medicina científica, o que visa conferir certa margem de segurança sobre a conceitualização da saúde quando se pensa em uma terapêutica na prática médica. Assim o médico saberia de antemão qual é o estado que a terapêutica visa restabelecer e isso nada (ou quase nada) teria a ver com a singularidade da experiência de um sujeito. No campo da sociedade, para que se possa definir um funcionamento como saudável ou doente pelos mesmos moldes, é necessário criar uma espécie de sociedade natural, ou ainda, leis do funcionamento natural de uma sociedade. Tal forma de conduzir o pensamento é, no mínimo, insensata – problema absolutamente premente nos campos da medicina social, da epidemiologia, da saúde coletiva.

O presente problema, já esboçado no exame realizado sobre a obra de Comte, ganha maior proporção nas *Novas reflexões...* de Canguilhem. Buscando um aprofundamento na análise do problema, ele retoma o caráter valorativo implícito na diferenciação da saúde e doença – estados que assumem os valores, respectivamente, de bem e mal – para instaurar uma polêmica relativa ao campo social. “Pois a determinação do mal supõe a definição prévia do estado social normal, e a procura dessa definição divide aqueles que a ela se dedicam” (CANGUILHEM, G. [1963] 1978, p.232). Isso porque “É sobre o próprio bem social que se discute na sociedade, o que faz com que uns considerem justamente como mal aquilo que outros procuram como sendo a saúde!” (idem)

O mais impressionante é que quando avançamos para a influência da medicina no campo da *normatividade social*, parece que a enorme preocupação em evitar a questão do valor, substituindo-o pela quantidade é superada sem grandes problemas.

Nossa análise parte, então, para as produções teóricas que modificam o campo da patologia e o ponto mais importante são as descobertas da genética no campo da biologia. Com o avanço das pesquisas genéticas, a biologia obtém um novo recurso para a determinação do normal biológico por meio da frequência de aparecimento de uma determinada característica. Os caminhos para a verificação do *normal* passam a ser as pesquisas genéticas em sua articulação com a teoria gaussiana dos erros (CANGUILHEM, G. [1963] 1978, p.236) que propõe que um erro é tão mais distante do normal quanto for menos frequente. Assim vai se esboçando o que Canguilhem designa como um novo conceito em patologia: o *erro*.

Considerar o *erro* pensado como uma formalização das possibilidades de variação constitui uma estratégia de revitalização da tentativa de verificar o normal por uma via quantitativa, positiva. Isso porque, à medida que se toma a *curva de Gauss* como ferramenta de análise estatística, torna-se possível uma formalização de certa previsibilidade para o desvio na frequência de aparecimento de determinada característica esperada. Trata-se de uma nova tentativa, agora mais rebuscada, de anulação do caráter *contingente* das manifestações da vida – caráter que tornaria necessária a consideração do valor de dada experiência para o sujeito como parte do circuito de pesquisa.

Na tese inicial de Canguilhem já estava presente a ideia de saúde como uma *normatividade*, ou seja, a possibilidade de estabelecimento de novas normas diante das possíveis variações do meio. Tal conceito de saúde mostra uma perspectiva que, sem cuidado, permite uma leitura adaptacionista que serve de base para um darwinismo social. Por isso é importante deixar claro que quando se fala em adaptação a uma norma, é preciso observar a impossibilidade de aplicar tal conceito em analogia direta do biológico ao social, “pois sendo o normal considerado como um índice de uma aptidão ou de uma adaptabilidade é sempre preciso indagar em relação a que circunstância e para que finalidade se deve determinar a adaptabilidade e a aptidão.” (CANGUILHEM, G. [1963] 1978, p.244).

Segue-se a isso que, no humano, a forma e as funções do corpo expressam um modo *socialmente* estabelecido de viver para estar em um meio.

“No homem, ao contrário do animal de laboratório, os estímulos ou agentes patogênicos jamais são recebidos pelo organismo como fatos físicos em estado bruto, mas são também experimentados como sinais de tarefas ou de provas a serem realizadas.” (CANGUILHEM, G. [1963] 1978, p.247)

Com base nisso é possível avaliar criticamente tanto as perspectivas médicas quanto algumas perspectivas políticas que entram em consonância a partir da adoção de concepções biologicistas. Isso porque as teorias genéticas e, mais ainda, a bioquímica trazem uma nova perspectiva ao campo da medicina que permite procurar por uma espécie de re-naturalização do humano. Ou seja, a bioquímica proposta como uma ciência natural, serviria de base cientificamente sólida para que a medicina possa agir sobre a vida, por meio de “intervenções terapêuticas” supostamente não valorativas. Tal avanço do conhecimento bioquímico, capaz de determinar a maneira pela qual os genes são fatores causais da expressão da vida orgânica, parece constituir a principal base epistemológica que coloca atualmente a medicina em condições de exercer – ou, no mínimo legitimar – ações políticas de grande impacto na vida social.

Pensamos que se esboça, então, o caminho de uma legítima forma biopolítica. E para a crítica desse processo gostaríamos de apontar que:

“Na medida em que os conceitos fundamentais da bioquímica dos aminoácidos e das macromoléculas são conceitos tirados da teoria da informação, tais como código e mensagem, na medida em que as estruturas da matéria da vida são estruturas de ordem linear, o negativo da ordem é a intervenção, o negativo da sequência é a confusão, e a substituição de um arranjo por outro é o erro. (...) A introdução do conceito de erro na patologia é um fato de grande importância por dois motivos: em primeiro lugar por manifestar uma transformação na atitude do homem em relação à doença – e não, como se poderia supor, por provocar essa transformação – e, em segundo lugar, por supor que esteja estabelecendo um novo status na tentativa de denunciar a confusão estabelecida entre pensamento e natureza, de protestar contra o fato de se atribuir à natureza os processos do pensamento, de protestar que o erro é o próprio julgamento que a natureza pode ser testemunha, mas nunca juiz, etc...” (CANGUILHEM, G. [1963] 1978, p.250-251)

Em seguida, Canguilhem faz uma colocação irônica que gostaríamos de citar nas exatas mesmas palavras:

“Aparentemente, com efeito, tudo acontece como se o bioquímico e o geneticista atribuíssem aos elementos do patrimônio hereditário seu saber de químico e de geneticista, como se supuséssemos que as enzimas conhecessem ou devessem conhecer as reações de acordo com as quais a química analisa sua ação, e pudessem, em certos casos ou em certos momentos, ignorar uma delas ou ler errado o enunciado de uma dessas reações.” (CANGUILHEM, G. [1963] 1978, p.251)

A utilização da bioquímica em patologia (ou, especialmente, em psicopatologia) provoca, como consequência, um entendimento da doença que desresponsabiliza o sujeito e a sociedade. À medida que os seres vivos são apenas a expressão das leis de multiplicação da vida por transmissão genética, vai se apagando a possibilidade de atribuir intencionalidade aos atos das pessoas. Tudo passa a ser compreendido como simples expressão de uma ordenação genética, o que nos parece, com Canguilhem, bastante absurdo. De fato, tal modificação no discurso médico aponta para uma prática discursiva que permite o fortalecimento de um poder sobre a vida enquanto institui um saber sobre a doença e o mal – orgânico ou social –, Uma vez que se resgatou a possibilidade de equivaler (“cientificamente”) tal *saber* à *verdade* – movimento que exime o cientista da responsabilidade sobre tal movimento político.

Virada discursiva bastante séria, com consequências nefastas:

“Na meta de chegada deste sonho, encontra-se a polícia dos genes, encoberta pela ciência dos geneticistas. No entanto, não se deve deduzir daí a obrigação de adotar uma permissividade genética, mas apenas a obrigação de relembrar à consciência médica que sonhar com remédios absolutos é, muitas vezes, sonhar com remédios piores que o mal.” (CANGUILHEM, G. [1963] 1978, p.255)

Lembrando que essas palavras foram escritas no início da década de 60, reiteramos o quanto são pertinentes na atualidade, onde a ciência médica avançou muito na direção de tal “sonho”.

CONCLUSÃO

Procuramos, ao longo do nosso trabalho, recuperar algumas contribuições bastante contundentes da obra de Canguilhem sobre o campo da medicina em sua relação com a ciência. No percurso, vimos a possibilidade de articular tais contribuições às perspectivas de nossos outros autores de base, como Foucault, Lacan e Politzer. Nossa intenção com isso foi formalizar o que aparece para nós como uma manobra discursiva capaz de produzir uma estratégia biopolítica no campo da medicina.

Tal estratégia, conforme procuramos apontar, tem seu início com o entrecruzamento da prática médica e do discurso científico moderno. E isso implica consequências que representam um desvio no objetivo da medicina à medida que permite reduzi-la a uma espécie de ferramenta ideológica. Esse nosso entendimento decorre do que expusemos já no primeiro capítulo deste trabalho: a prática médica nasce do amor à vida, procura constituir uma técnica capaz de conservar a vida. Este é, para nós, o sentido último da medicina e tomamos como um desvio, portanto, qualquer movimento que a reorienta para outra direção.

Fazemos questão de reafirmar esse ponto em nossa conclusão porque nos parece fundamental deixar claro que não é nossa intenção produzir uma crítica à medicina como um todo, mas justamente ao desvio que pudemos observar a partir do momento em que ela assume a perspectiva da ciência moderna em sua metodologia de pesquisa. Tampouco é nossa intenção criticar a ciência como um todo, mas apenas o que dela pode transformar-se em uma espécie de rolo compressor que procura esmagar o valor concreto que as coisas tomam para os homens, fazendo restar apenas construções abstratas que servem, no mais das vezes, para controlá-los. Pensamos ter deixado claro que criticamos certa aplicação do método experimental (e não o método experimental), quando passa a ser assumido como único capaz de produzir ciência sobre a totalidade dos objetos sobre os quais se possa querer produzir algum saber.

Desse modo, nossa intenção com todo o desenvolvimento teórico realizado foi mostrar algumas das condições de estabelecimento, no discurso médico, de uma equivalência produzida entre dois binômios: objeto/sujeito e concreto/abstrato. E nossa intenção é sustentar que tal equivalência se trata na verdade de uma ferramenta retórica falaciosa, ou seja, produz uma inversão que passa despercebida permitindo a validação de um poder sobre a vida.

Para tornar claro nosso ponto de vista é preciso dizer, com todas as letras, que entendemos o campo da clínica como aquele responsável por definir o normal a partir da apreensão de certo padrão regular da atividade do ser vivo. Padrão este, referente a algum modelo de funcionamento do meio. Tal perspectiva é o que nos permite manter a tensão entre a dimensão social e a dimensão singular do sujeito sem excluir a importância de nenhuma. Recorremos novamente a uma citação do nosso primeiro capítulo “O limite em que o médico deve atuar, marca o descompasso entre a crescente complexificação do saber biomédico pautado nos paradigmas da ciência, e a prática clínica, que aborda sempre um sujeito singular.” (SERRA, S. T. 2009, p.4). Quando falamos dessa manobra discursiva que faz equivaler *objetivo a concreto* e *subjetivo a abstrato*, estamos apontando justamente o que nos parece ser a causa do “descompasso” em que deve atuar o médico (diríamos, o clínico). Tal manobra, portanto, realiza taticamente uma exclusão da prática clínica.

Remontando nosso percurso, procuramos mostrar que a constituição do que se chama de medicina científica é um processo de encontro entre a medicina e a ciência que produz consequências diretas na prática clínica. Pudemos ver, então, uma medicina que surge completamente imersa na clínica desde a antiguidade, procurando fortalecer o homem na luta contra a morte e uma ciência que se mostrava como um projeto de libertação do homem das amarras do pensamento religioso. Panorama que se altera profundamente na modernidade.

A medicina se ancora na clínica, desde a antiguidade, porque não poderia se afastar daquilo que procura tratar: o homem. Ora, afirmamos nossa concordância com a perspectiva de Foucault (1979, p.79) na qual a medicina evolui para uma medicina social na modernidade, mantendo sua prática

centrada no tratamento um a um na antiguidade. Com isso queremos apontar que a medicina só pôde produzir uma lógica serializada de tratamento sob a égide da construção de tecnologias de controle do *corpo social*. Isso, por sua vez, somente pôde se promover numa aliança heterogênea entre a medicina, a ciência e o Estado. Tal aliança, para dizer o mínimo, se promoveu mediante a criação do Estado moderno que deveria ser regulado por uma razão que não fosse a religiosa, condição, portanto, de convocação da ciência. Assim é que a medicina passa a servir aos interesses do Estado em detrimento dos interesses dos sujeitos. Conservar a “saúde” do corpo social não é conservar a saúde do corpo tal como é experimentado por um sujeito.

Mas avançamos nessa análise procurando mostrar, do modo mais específico que pudemos, de que maneira essa razão científica foi capaz de produzir na medicina esse desvio com relação ao sujeito. E foi por conta disso que procuramos examinar, com Canguilhem ([1943] 1978), os principais pontos de três dos teóricos mais influentes na medicina moderna: Auguste Comte, Claude Bernard e René Leriche. Conforme percorremos os pontos presentes nessas teorias, pudemos examinar (na intenção de combater) as tentativas de redução da *qualidade* à *quantidade* na pesquisa dos fatos vitais entre a fisiologia e a patologia. E é nesse ponto que há possibilidade de pensar pela via do *concreto* e *abstrato* utilizados como categorias de análise.

Então, ponto por ponto, vimos que a ciência passa a distinguir *sujeito* e *objeto* a partir de Descartes. Tal empreendimento procura especificamente construir as condições necessárias para o conhecimento dos fenômenos por uma via racional, entendendo que os fenômenos são produzidos no registro do que é *objetivo* (referente aos *objetos*). A partir do modelo cartesiano, pensa-se que os fenômenos são apreendidos por *sujeitos* a partir de suas próprias perspectivas (que é o que significa dizer que são apreendidos *subjetivamente*). Toma-se como pressuposto, então, que para se construir um conhecimento científico válido, racional, dos fenômenos seria necessário excluir os aspectos subjetivos do processo de construção de tal conhecimento. Assim é que fica proposto o método experimental como único capaz de produzir esse isolamento dos aspectos *objetivos* e *subjetivos* do circuito de pesquisa.

Assim, se a medicina pleiteia o estatuto de uma prática *científica*, deverá se submeter ao *método experimental*. E é neste ponto, precisamente, que se criam as condições de todos os equívocos que procuramos apontar nas teorizações da medicina moderna/científica. Isso porque há particularidades no campo das disciplinas que pretendem estudar o homem que não permitem a formalização de seus objetos de estudo nos exatos mesmos moldes das chamadas ciências naturais. Procuramos apontar um limite aí. Uma vez que a medicina – para nos centrarmos apenas nela – deve lidar com os processos de adoecimento, terá de se confrontar com este problema que é a impossibilidade de exclusão do fator subjetivo em seu circuito de pesquisa. E isso porque um *fato patológico* (tanto quanto um *fato biológico*) só pode ser pensado concretamente a partir do *valor* que assume para um *sujeito*, o que corresponde a dizer que toda tentativa de pensa-lo como um objeto *em si mesmo* recairá em uma abstração.

Quando a medicina procura transformar os fatos patológicos em fenômenos puramente objetivos, tenta fazê-lo inserindo os fatos patológicos dentro do conjunto dos fatos fisiológicos, tenta inserir a patologia dentro da fisiologia. E tal percurso desvia o médico do encontro com a perspectiva do doente (campo da clínica) e o coloca em direção ao laboratório onde deverá trabalhar com objetos parciais, pormenorizados. Procuramos, com Politzer ([1928] 2004) – articulando-o a Lacan ([1965-66] 1998) –, apontar que está aí precisamente o caminho de uma *abstração*. Utilizando o exemplo dos equívocos da psicologia em sua utilização do método experimental, procuramos apontar certa homologia desse equívoco com o que se produz na tentativa de construção de uma patologia derivada da fisiologia, uma espécie de patologia empírica pura. Em outras palavras, pensamos que o equívoco da psicologia é o mesmo da fisiologia quando procuram pela utilização do método experimental: procuram isolar o *sujeito* sem se darem conta de que dependem dele para produzir algum conhecimento que tenha sentido para o próprio sujeito.

Concluimos que a manobra retórica presente aí consiste, então, em tomar os resultados da pesquisa experimental como *concretos* somente porque são (supostamente) *objetivos*, opondo-os a possíveis resultados enganosos,

abstratos, que poderiam ser produzidos a partir de perspectivas *subjetivas*. Ora, acontece justamente o contrário: os tais resultados objetivos das pesquisas nada dizem de concreto sobre a vida do sujeito! Tratam-se apenas de abstrações produzidas cientificamente, justamente por não se darem conta de que a objetividade do próprio objeto é apenas ideal, abstrata!

Mas não é suficiente apontar nossa conclusão sem indicarmos algumas consequências disso. Pois essas inversões lógicas, que implicam o abandono da clínica, produzem consequências políticas (estas sim) concretas.

Então, devemos ser mais específicos quando dizemos que o movimento apontado culmina em um abandono da prática clínica. Não queremos dizer, com isso, que não acontecem mais atendimentos clínicos no sentido coloquial (visita de um paciente a um médico), mas dizemos que os médicos se tornam cada vez menos capazes de realizar seus atendimentos articulando as quatro dimensões essenciais que constituem a estrutura da clínica: *semiologia*, *etiologia*, *diagnóstica* e *terapêutica*. Para que um médico possa articular essas quatro dimensões que podem qualificar como *clínico* o seu atendimento, deverá necessariamente escutar seu paciente, assumir a perspectiva dele sobre sua doença. No entanto, ao contrário, a prática do médico parece enveredar cada vez mais para uma espécie de aferição geral, técnica de comparação do estado do doente a algum critério obtido na experimentação laboratorial.

Se dissemos, com Canguilhem, que a medicina existe porque há sujeitos que informam os médicos sobre suas doenças, parece-nos que vai ocorrendo uma inversão: são os médicos que descobrem agora essas doenças “objetivas” e abstratas para informa-las aos sujeitos concretos – estes que, por sua vez, acreditam na suposta envergadura (mais moral do que) racional do médico e aceitam sua perspectiva, distanciando-se de suas próprias experiências com a vida e a doença, as quais poderiam lhe oferecer um caminho para um cura (não A Cura). E se o mecanismo disciplinar exercido pela medicina social funcionava, conforme apontamos com Foucault (1979), para manter cada um no corpo social submetido ao mundo do trabalho pela lógica da produtividade, nos perguntamos agora: com as atuais polêmicas referentes à força crescente da indústria farmacêutica e das iniciativas privadas em saúde, não estaria se

indicando um passo a mais no processo, onde o imperativo não é mais *trabalhar*, mas *consumir*? Estaríamos diante de uma “*medicina do consumo*”?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERTI, S.; FULCO, A.P.L. Um estudo, uma denúncia e uma proposta: a psicanálise na interlocução com outros saberes em saúde mental, como avanço do conhecimento sobre o sofrimento psíquico. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, n.8, p.721-737, 2005.

AMANCIO, V. R. *Uma clínica para o CAPS*. Curitiba: Editora CRV. 2012

CANGUILHEM, G. O que é psicologia? *Revista Tempo Brasileiro*, (30/31), p.104-123. [1958] 1972.

_____. *O normal e o patológico*. 1ª ed., Rio de Janeiro: Forense Universitária, [1943] 1978.

_____. *Novas Reflexões Referentes ao Normal e ao Patológico*. [1963] In: *O normal e o patológico*. 1ª ed., Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.

_____. *O conhecimento da vida*. 1ª ed., Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

COUTO, R.; ALBERTI, S. Contribuições ao debate entre a psicanálise e a atual reforma psiquiátrica brasileira. *Mental*, n.11, p.15-33, 2008.

DESCARTES, R. *Discurso do método*. São Paulo: Martins-Claret Ed., 2005.

DUNKER, C. I. L. *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume, 2011.

KYRILLOS NETO, F; DUNKER, C. I. L. Sobre a Retórica da Exclusão: a Incidência do Discurso Ideológico em Serviços Substitutivos de Cuidado a Psicóticos. *Psicologia Ciência e Profissão*, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 116-125. 2004.

KYRILLOS NETO, F. *Clínica ampliada e reforma psiquiátrica: um estudo crítico sobre o uso da medicação S/N (se necessário) no NAPS da Zona Noroeste de Santos*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade São Marcos. São Paulo. 2001.

KYRILLOS NETO, F. *Efeitos de circulação do discurso em serviços substitutivos de saúde mental: uma perspectiva psicanalítica*. Tese (Doutorado em Psicologia Social). Pontifícia Universidade Católica – PUC/SP. São Paulo. 2007.

FIGUEIREDO, A. C. *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Ed. Relume-Dumará, 1997.

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Organização e Tradução de Roberto Machado. 18ª Ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1979.

_____. *Doença Mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, [1954] 1984.

_____. *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. 13ª Ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal, [1976] 1988.

_____. *O Nascimento da Clínica*. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, [1963] 2006a.

_____. *O Poder Psiquiátrico: curso dado no Collège de France*. 1ª Ed. São Paulo: Ed. Martins Fontes, [1973-1974] 2006b.

_____. *A Ordem do Discurso*. 16ª Ed. São Paulo: Ed. Loyola, [1970] 2008.

LACAN, J. *Psicoanálisis y Medicina*. In: *Intervenciones y textos 1*, 86-99. Buenos Aires: Manantial, [1967] 1985.

_____. *A ciência e a verdade*. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. [1965-1966] 1998.

_____. *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar Editor, [1969-70] 2007a.

_____. *O seminário, livro 23: o Sinthoma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, [1975-1976] 2007b.

_____. *O seminário, livro 7: a ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, [1959-60] 2008.

LUZ, M. T. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 1988.

MACHADO, R. *Por uma genealogia do poder*. In: FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. Organização e Tradução de Roberto Machado. 18ª Ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1979.

MARIGUELA, M. *Psicanálise e Surrealismo: Lacan, o passador de Politzer*. Piracicaba: Jacintha Editores, 2007.

GABBI JR, O. F. Considerações sobre a eterna juventude da psicologia: o caso da psicanálise. In: POLITZER, G. (1928). *Crítica dos fundamentos da psicologia*. Tradução de Marcos Marciolino e Yvone Maria de Campos Teixeira da Silva. 2ª Ed. Piracicaba: Unimep, 2004.

POLITZER, G. *Crítica dos fundamentos da psicologia*. Tradução de Marcos Marciolino e Yvone Maria de Campos Teixeira da Silva. 2ª Ed. Piracicaba: Unimep, [1928] 2004.

SERRA, S. T. *Psicanálise e medicina: uma interlocução histórica, de saber, de prática e de formação*. Dissertação (Mestrado em Psicanálise). Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ. Rio de Janeiro. 2009.