

DOI 10.11606/issn.2318-8863.discurso.2019.138092

Canguilhem, Foucault e a medicina*

Canguilhem, Foucault and Medicine

Rafael Henrique Teixeira

Pós-Doutorando no Departamento de Filosofia
Universidade Estadual de Campinas [UNICAMP] | FAPESP

RESUMO

Este artigo aborda o tratamento que Canguilhem e Foucault oferecem da medicina. Passando pelas distintas análises da clínica, da medicina em sua história e de seu aspecto social e político, observaremos desdobramentos irreduzíveis em torno de uma problemática compartilhada.

PALAVRAS-CHAVE

Medicina; Clínica; História; Vida; Poder.

ABSTRACT

This article deals with the treatment that Canguilhem and Foucault offer to medicine. Going over different analysis of clinics, of medicine in its history and its social and political aspect, it is possible to point out irreducible unfolding around a shared issue.

KEY WORDS

Medicine; Clinics; History; Life; Power.

* Este artigo é fruto de pesquisa de pós-doutorado financiada pela FAPESP e realizada junto ao Departamento de Filosofia da UNICAMP sob a supervisão do Prof. Dr. Luiz Benedicto Lacerda Orlandi.

Introdução

Dois décadas separam o célebre *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique* (1943), tese de medicina de Canguilhem, filósofo-médico, e *Nascimento da clínica* (1963), obra na qual Foucault se dedica de maneira exaustiva à questão médica — mais tarde abordada com outro viés e de maneira diluída através de seus escritos. Muitos afirmam uma suposta complementaridade entre as duas obras, Foucault fornecendo o estofa histórico dos corolários filosóficos que Canguilhem extraiu do exame da clínica (Bing e Braunstein, 1999, p. 51; Gutting, 1999, p. 136). Não nos cabe refutar essa suposição: afinal o método clínico e anatômico-clínico, parcialmente questionado pela medicina experimental de Claude Bernard, tem uma longa história no século XVIII. Mas é certo que as relações de Canguilhem e de Foucault em torno da problemática médica não se resumem a uma suposta complementaridade. Para Canguilhem, a clínica tem um sentido biológico ao qual a história arqueológica traçada por Foucault permaneceu indiferente. Canguilhem esperava da medicina, no *Essai*, uma “introdução a problemas humanos concretos”, que o levaram a defini-la como “uma técnica ou arte na encruzilhada de muitas ciências, mais do que como uma ciência propriamente dita” (Canguilhem, 2013, p. 8).

Foucault, por sua vez, ao tomar a medicina como objeto de análise observa nela algo diferente. Em *La Volonté de savoir*, quando a noção de biopoder já se encontra assentada em seu itinerário de reflexões, Foucault é categórico: “Uma sociedade normalizadora é o efeito histórico de uma tecnologia de poder centrada sobre a vida”. Trata-se de um poder que “tem de qualificar, medir, apreciar, hierarquizar”, que “opera distribuições ao redor da norma” (Foucault, 1976, p. 191), que “não se efetua somente pela consciência ou pela ideologia, mas também no corpo e com o corpo”. Nesse quadro a medicina se apresenta como “estratégia bio-política” (Foucault, 2001a, p. 210). Senão a única, decerto decisiva, tal qual pressentiu, aliás, *Naissance de la clinique*. Se é verdade que a medicina toma na gestão da existência humana “uma postura normativa” (Foucault, 2015, p. 60), ela é mais que uma prática ou um saber informado em seu funcionamento por uma tecnologia ubíqua de poder que a coloniza. Ela apresenta uma legitimidade originária e transferível, por exemplo, às ciências do homem do século XIX. Seus “conceitos eram dispostos em um espaço cuja estrutura profunda correspondia à oposição do saudável e do mórbido”. Quando se fala da vida dos grupos, das sociedades, da raça e da vida psicológica não se pensa propriamente “na estrutura interna do *ser organizado*, mas na *bipolaridade médica do normal e do patológico*”. Mais que “*biologicamente* subentendidas”, as ciências do homem “o eram *medicamente*” (*ibid.*, p. 62). Levando ao termo esse poder conferido à medicina, reconhecendo-lhe uma amplitude ainda inimaginável em *Naissance de la clinique*, Foucault não hesitará em afirmar alhures que em uma sociedade “articulada sobre a norma” ela se torna a “ciência reinante”. Na sociedade

moderna “a medicalização é sem limites”, e, na medida em que “a preponderância conferida à patologia se torna uma forma geral de regulação da sociedade”, a medicina não mais possui “campo exterior” (Foucault, 2001a, p. 53 e 76). Com Foucault, perdemos de vista a vitalidade de fundo que Canguilhem encontrou na medicina.

Foucault e a sistematização do *a priori* histórico da clínica

“A clínica aparece como uma dimensão essencial do hospital. Entendo aqui por “clínica” a organização do hospital como lugar de formação e de transmissão do saber” (*ibid.*, p. 521). Algo novo irrompe, portanto, na medicina de finais do século XVIII. A medicina como ciência clínica “apareceu sob condições que definem, com sua possibilidade histórica, o domínio de sua experiência e a estrutura de sua racionalidade”. Preciosa admissão, pois permite dar cabo de algumas obviedades enganosas. Primeiramente, combater a tendência da medicina em contar sua própria história, “como se o leito dos doentes tivesse sido sempre um lugar de experiência constante e estável, por oposição a teorias e sistemas em perpétua mudança” (*ibid.*, p. 83). Não é a única desmistificação que Foucault julga possível ao se voltar para a medicina francesa de finais do século XVIII até os primeiros decênios do século XIX, quando, com Broussais, o “*a priori* histórico e concreto do olhar médico moderno” tem sua constituição acabada, fixando uma “*maneira de ver*” na qual, enfim, o olhar médico pode “se endereçar a um organismo doente” (*ibid.*, p. 267). A própria ideia da doença enquanto mal que coincide com o espaço corporal é destituída de sua pretensa obviedade pela “sistematização progressiva do que se propõe abusivamente como dado natural” (Dagognet, 1965, p. 440). Em se tratando das ciências médicas, uma desmistificação desse gênero guarda a força do que poderia parecer um paradoxo. “A coincidência exata do ‘corpo’ da doença e do corpo do homem doente é um dado histórico e transitório”, pois os espaços “de *configuração* da doença” e “de *localização* do mal no corpo foram superpostos, na experiência médica, durante um curto período: aquele que coincide com a medicina do século XIX e com os privilégios concedidos à anatomia patológica” (Foucault, 2015, p. 20).

O que Foucault propõe para o exame do nascimento da clínica é um projeto ao mesmo tempo histórico e crítico, que visa determinar “as condições de possibilidade da experiência médica tal qual a época moderna conheceu” pelo discernimento, “na espessura do discurso”, das “condições de sua história” (*ibid.*, p. 18). Trata-se de descrever a mutação que permitiu “que o ‘leito’ do doente” se tornasse “campo de investigação e de discurso científicos” (*ibid.*, p. 13). Novo perfil, na experiência do médico, “entre o perceptível e o enunciável” (*ibid.*, p. 17). Não descoberta de um *pathos* presente e a-histórico, dissimulado sob as ilusões que antecedem a racionalidade do discurso, este localizado na história para decretar seu arremate pela revelação do para sempre dado, mas mudança na relação entre o visível e o invisível, “necessária a todo saber concreto”, que faz aparecer “sob o olhar e na linguagem o que se encontrava

aquém e além de seu domínio” (*ibid.*, p. 9). Gênese, pois, do que pode *ver* o clínico no hospital e o anatomista nas vísceras do cadáver, mas gênese também, simultânea, do sujeito armado do *olhar* e da *linguagem* que permite *ver* e *dizer*.

Seria inexato [...] ver na medicina clínica do final do século XVIII um simples retorno à pureza de um olhar muito tempo sobrecarregado de falsos conhecimentos. Sequer se trata simplesmente de um deslocamento desse olhar, ou de uma mais fina aplicação de suas capacidades. Novos objetos se oferecerão ao saber médico na medida em que e ao mesmo tempo que o sujeito que conhece se reorganiza, se modifica e coloca-se a funcionar de um novo modo. Não é então a concepção da doença que foi primeiramente modificada, depois a maneira de reconhecê-la; não é também o sistema de sinais que foi modificado depois a teoria; mas todo um conjunto e mais profundamente a relação da doença com esse olhar ao qual ela se oferece e que ao mesmo tempo ela constitui (Foucault, 2015, p. 129).

Essa reorganização do campo perceptivo da doença na sua articulação com códigos de saber é descrita a partir de um complexo regime de modificações, articulações e sobreposições entre diferentes projeções espaciais do elemento patológico. A análise de Foucault começa pelas nosologias classificatórias de finais do século XVIII, “onde nunca o espaço de configuração da doença foi mais livre” e “independente de seu espaço de localização” (*ibid.*, p. 20), e termina, em início do século XIX, com Broussais, que, segundo Foucault, leva ao limite tendências da anatomia patológica de Bichat ao encerrar a doença “em certo movimento complexo dos tecidos em reação a uma causa irritante”. Nas nosologias classificatórias a doença não coincide com a série cronológica de suas causas e efeitos, com seu “trajeto visível no corpo humano”. Antes de ser tomada na espessura do corpo, ela “recebeu uma organização hierarquizada em famílias, gêneros e espécies” (*ibid.*, p. 21).

As doenças são ao mesmo tempo espécies naturais e ideais, “naturais, pois as doenças nelas enunciam suas verdades essenciais, ideais, na medida em que jamais são dadas na experiência sem alteração ou perturbação” (*ibid.*, p. 25). Quando a doença aparece através dos corpos e de suas qualidades o doente se apresenta como um acidente indesejável. Para conhecer “a verdade do fato patológico, o médico deve abstrair o doente”. Não é o patológico que funciona como “contra-natureza”, mas o próprio doente com relação à doença, que a leitura médica deve considerar apenas para “colocar entre parênteses”, bem como o médico, cuja intervenção é “violência” caso não se submeta à ordenação ideal da nosologia (*ibid.*, p. 26). Mesma desnaturação no espaço social. Seu “lugar natural” é a família. No artificialismo do hospital ela “corre o risco de perder seu rosto essencial” (*ibid.*, p. 38).

Médicos e doentes não se encontram implicados de pleno direito; eles são toleráveis enquanto interferências difíceis de evitar: o papel paradoxal da medicina consiste, sobretudo, em neutralizá-los, em manter entre eles o máximo de distância para que a configuração ideal da doença, no vazio que se abre de um ao outro, se torne forma concreta, livre, totalizada enfim em um quadro

imóvel, simultâneo, sem espessura nem segredo onde o reconhecimento se abre por si mesmo sobre a ordem das essências. O pensamento classificatório se apresenta como um espaço essencial. A doença apenas existe nele, pois ele a constitui como natureza; no entanto, ela aparece sempre um pouco deslocada com relação a ele, pois se oferece em um doente real, aos olhos de um médico previamente armado (Foucault, 2015, p. 27).

Essa livre espacialização do patológico se choca, para Foucault, com as exigências de uma medicina de Estado. Necessidades ligadas ao controle das epidemias e da própria atividade de uma medicina da assistência familiar em domicílio exigiram uma “estrutura coletivamente controlada e que recobre a totalidade do espaço social” (*ibid.*, p. 42). O lugar onde se forma o saber deixa de ser o “jardim patológico onde Deus tinha distribuído as espécies” para se ligar “à vida coletiva da nação” (*ibid.*, p. 56). A doença é cercada no espaço social, investida medicamente e redistribuída. Trata-se de uma forma de “espacialização institucional da doença” desconhecida até o século XVIII, na qual a medicina das espécies se perderá (*ibid.*, p. 42). Em sua descrição é possível observar o caráter complexo das unidades discursivas e de seus sistemas de positividade: instituições heterogêneas, reformas hospitalares e pedagógicas, lutas políticas, reivindicações e utopias, coerções econômicas, reformulações e novas disposições conceituais, etc. Rede complexa cujo efeito é uma “reorganização *formal* e em *profundidade*” que abre a possibilidade de uma *experiência clínica* capaz de “realizar sobre o indivíduo um discurso de estrutura científica” (*ibid.*, p. 12).

Um elemento decisivo é a reorganização do hospital, que se torna “máquina de curar” (Foucault, 2001a, p. 23) em vez de local de assistência aos pobres. “Na história dos cuidados trazidos ao doente no Ocidente” há duas “categorias distintas que não se superpunham, que se encontravam por vezes, mas que diferiam fundamentalmente”: a medicina e o hospital. O hospital enquanto instrumento terapêutico é um conceito relativamente moderno. Data da segunda metade do século XVIII “a ideia que o hospital poderia e deveria ser um instrumento destinado a curar a doença” (*ibid.*, pp. 508 e 510). A família era o lugar no qual a verdade da patologia aflorava sem alteração. Doravante o conhecimento médico exige não um domínio suposto natural do mal, mas neutro, “homogêneo em todas as suas partes para que uma comparação seja possível e aberto, sem princípio de seleção ou de exclusão, a toda forma de acontecimento patológico” (Foucault, 2015, p. 156).

A um “olhar armado de seus privilégios e de suas competências” é transportada a ideia de um domínio transparente no qual a doença deveria formular, a partir de si mesma, “uma verdade inalterada e oferecida, sem equívocos, ao olhar do médico”. Termo ideal mais que condição suficiente, a soberania do olhar não carrega, sozinha, as condições de “restituir pela fala o que se sabia apenas ser oferecido ao olhar” (*ibid.*, pp. 80 e 81). Pois a clínica não busca reduzir todos os seus conhecimentos, “por um ceticismo metódico, à simples constatação do visível”, a uma observação que se faria “no mutismo das teorias”, a uma experiência “que se transmite abaixo das palavras”

(*ibid.*, pp. 82 e 108). Correlativamente à “definição de uma experiência prática feita a partir do leito do próprio doente” insistiu-se sobre a necessidade de equipar o olhar de “uma armadura lógica que exorciza de saída a inocência de um empirismo não preparado” (*ibid.*, pp. 108 e 153). O domínio clínico apenas tem organização e sentido “se a interrogação e o exame se articulam um sobre o outro, definindo ao nível de um código que lhes é comum o ‘lugar de encontro’ do médico e do doente” (*ibid.*, pp. 158 e 159). Com efeito, para os clínicos dessa geração, “todo o *visível é enunciável*” e “*inteiramente visível pois enunciável* [...] ver, dizer e aprender a ver, dizendo-se o que se vê, se comunicam em uma transparência imediata” (*ibid.*, pp. 165 e 167). Para tanto, algo se alia ainda à conjugação do exame e da interrogação no leito agônico: uma estrutura quase gramatical da doença. A verdade ou essência da doença, outrora habitante do jardim das espécies patológicas, reside em seu sintoma. “Para além dos sintomas não há mais essência patológica: tudo na doença é fenômeno de si mesma”. O significante, signo-sintoma, será então, para o olhar clínico, “inteiramente transparente para o significado que aparece, sem ocultação nem resíduo, em sua própria realidade”, de modo que o “ser do significado — o coração da doença — se esgotará inteiramente na sintaxe inteligível do significante” (*ibid.*, p. 131).

À presença exaustiva da doença nos seus sintomas corresponde a transparência sem obstáculo do ser patológico à sintaxe de uma linguagem descritiva: isomorfismo fundamental da estrutura da doença e da forma verbal que a encerra. O ato descritivo é [...] uma apreensão do ser, e inversamente, o ser não se oferece à visão em suas manifestações sintomáticas, logo essenciais, sem se oferecer à dominação de uma linguagem que é a própria fala das coisas [...]; na clínica *ser visto e ser falado* se comunicam de saída na verdade manifesta da doença (Foucault, 2015, p. 137).

Entre a livre espacialização da nosologia classificatória e a espacialização tissular que identifica um suporte ao mal a clínica, com o protocolo de observação que define seu gênero de empirismo médico, ocupa uma posição transitória. Não é errôneo afirmar que será ainda um *olho clínico* que será determinante na sequência. Porém, “a experiência clínica se arma para explorar um novo espaço: o espaço tangível do corpo” com suas “invisíveis lesões” (*ibid.*, p. 174). Com sua espacialização sintomatológica e isomorfa à verbalização do *pathos* “a medicina clínica se desfez tão logo apareceu” (Foucault, 2001b, p. 741), quando Bichat “substitui o recolhimento dos sintomas e a lição de seu arranjo pelo negro realismo do lesional” (Dagognet, 1965, p. 441). Nessa mudança não se trata, a despeito de o médico continuar a ser “o olho que olha” (Foucault, 1969, p. 72), de um aperfeiçoamento ou “redução da distância

entre o sujeito que conhece e o objeto do conhecimento”¹, mas de “um acontecimento que atinge a disposição do saber” em sua totalidade (*id.*, 2015, p. 192). Mutação tão radical quanto aquela que substituiu a clínica à medicina classificatória, da qual não nos ocuparemos.

Significação biológica da clínica e historicização da medicina por Canguilhem

Segundo Debru (2004, p. 31) é “enigmático constatar que a aproximação clínica, símbolo da medicina francesa desde o fim do século XVIII”, permanece “no segundo plano do *Essai*”, ao passo que seria “mais tarde magnificamente tratada por Foucault”. Enquanto Canguilhem procede à crítica da pretensão de objetividade do positivismo biológico a partir da “experiência concreta do vivo”, Foucault o faz situando a clínica “no desenvolvimento de um processo social e político”, ou seja, “do lado das instituições médicas bem mais que daquele do doente, [...] grande ausente de *Naissance de la clinique*”. E se a noção de experiência clínica não é ausente na análise foucaultiana, sua significação é distinta daquela que recebe no *Essai*. “Não se trata mais de uma experiência do vivo”, mas “de uma experiência histórica, ao mesmo tempo anônima e coletiva”, que acaba por apresentar uma “figura completamente desindividualizada da clínica” (Macherey, p. 103). Canguilhem naturaliza tudo o que Foucault se esforçou por circunscrever a uma história responsável por sua configuração: a clínica (no esforço que ela prolonga), o doente (que busca na clínica esse prolongamento) e a doença (em detrimento de regimes de espacialização tributários de reorganizações do campo do saber). Canguilhem encontra nas ciências da vida uma esperança paradoxal, pois um conhecimento que se pretende objetivo acaba por negar “as desigualdades axiológicas” que o vivo identifica à vida “segundo a consciência que ele possui do que é para ele viver”, a saber, “valorizar os objetos e circunstâncias de sua experiência” (Canguilhem, 1976, p. 766). No *Essai* essa pretensão de objetividade aparece nas figuras de Broussais, Comte e Cl. Bernard², e sua contraparte nas

¹ Não à toa Foucault (1969, p. 74) reconhecerá que a expressão “olhar médico” mobilizada em *Naissance de la clinique* pode não ter sido absolutamente feliz.

² Foucault deteve sua análise em *Naissance de la clinique* onde Canguilhem, no *Essai*, inicia a sua: com Broussais. Cl. Bernard é praticamente ausente de *Naissance de la clinique* e há razões para isso. Fundando uma “percepção” e moldando uma “sensibilidade médica”, a anatomia patológica de Bichat e a medicina fisiológica de Broussais seriam da alçada de uma “estética transcendental da patologia” (Dagognet, 1965, pp. 436 e 444). Ao primado da observação Claude Bernard acrescentará seu protocolo experimental visando percorrer o determinismo do meio interior. E pela prática da viviseção, o experimentador, além de observador, é um “inventor de fenômenos, um verdadeiro contramestre da criação” (Bernard, 2008, p. 59). Para tanto, “Toda ciência experimental exige um laboratório” (*ibid.*, p. 247). O hospital não é o laboratório do médico, apenas seu campo de observação. Aí ele pratica a clínica, “estudo tão completo quanto possível no leito do doente”. A medicina começa necessariamente pela clínica, pois é ela quem determina e define seu objeto. Mas isso não faz da clínica a base da medicina científica. O hospital e a observação clínica apenas são seu “vestíbulo”: é o laboratório o “verdadeiro santuário da ciência médica; é somente” nele que o médico deve buscar “as explicações do estado normal e patológico por meio da análise experimental” (*ibid.*, p. 256).

observações clínicas de Goldstein e nas iniciativas terapêuticas de Leriche. Canguilhem concluirá que, malgrado “esforços louváveis para introduzir” na medicina “métodos de racionalização científica”, o essencial se encontra do lado da clínica e da terapêutica, “uma técnica de instauração e de restauração do normal que não se deixa inteiramente e simplesmente reduzir ao simples conhecimento” (*ibid.*, p. 8).

Quando se pensa que a observação anatômica e histológica, que o teste fisiológico, que o exame bacteriológico são métodos que permitem realizar cientificamente, e alguns pensam até na ausência de todo interrogatório e exploração clínica, o diagnóstico da doença, somos vítimas de nosso ponto de vista da confusão filosoficamente a mais grave, e terapêuticamente por vezes a mais perigosa [...]. Para realizar o diagnóstico é preciso observar o comportamento do doente [...]. Em matéria de patologia, a primeira palavra, historicamente falando, e a última palavra, logicamente falando, remetem à clínica (Canguilhem, 1976, p. 200).

O homem “conhece as categorias da saúde e da doença” — categorias “biologicamente técnicas e subjetivas” antes de se tornarem “biologicamente científicas e objetivas” — sobre o plano da experiência, “provação no sentido afetivo do termo” (*ibid.*, p. 196). Se a ciência visa explicar a experiência por objetivações analíticas ela, contudo, não a anula. Esse gênero particular de experiência é a razão de ser do *métier* terapêutico e, ao menos de direito, solo originário dos conhecimentos elaborados pela medicina científica. Não é “um método objetivo” que permite “qualificar de patológico um fenômeno biológico dado”, mas um “conceito axiológico [...], de modo que é sempre a relação com o indivíduo doente, por intermédio da clínica”, que justifica semelhante qualificação. Por isso a dificuldade em se falar em termos de uma patologia objetiva. Ela bem pode ser dita objetiva pelo médico que a pratica, mas sua intenção não faz com que “seu objeto seja esvaziado de subjetividade” (*ibid.*, p. 205). Colocando no centro da atividade médica essa subjetividade axiológica Canguilhem fornece uma definição da clínica que, embora não pareça contrariar os imperativos de observação que Foucault encontrou elaborados em finais do século XVIII, a investe de outros valores.

A clínica não é uma ciência e jamais será uma ciência, mesmo que ela se utilize de meios cuja eficácia seja cada vez mais garantida cientificamente. A clínica não se separa da terapêutica e a terapêutica é uma técnica de instauração ou de restauração do normal cujo fim, a satisfação subjetiva de saber que uma norma está instaurada, escapa à jurisdição do saber objetivo. Não se dita cientificamente normas à vida. Mas a vida é essa atividade polarizada de debate com o meio que se sente ou não normal, segundo ela se sente ou não em posição normativa. O médico tomou o partido da vida. A ciência o serve no cumprimento dos deveres que nascem dessa escolha. O apelo ao médico parte do doente. É o eco desse apelo patético que faz qualificar de patológica todas as ciências que a técnica médica utiliza em socorro da vida. É por isso que há

uma anatomia patológica, uma fisiologia patológica, uma histologia patológica, uma embriologia patológica. Mas sua qualidade de patológica é uma noção de origem técnica, logo de origem subjetiva (Canguilhem, 1976, p. 201).

A subjetividade doente, ao redor da qual é legitimada a prática médica na clínica, não é o termo da análise. O *Essai* não é um manifesto que visa humanizar a medicina. Terapêutica médica e subjetividade doente são dois aspectos da clínica que se definem em sua relação com a normatividade biológica. A doença é, “no sentido biológico da palavra”, viver uma outra vida, outro modo de ser da “totalidade funcional” representada pelo organismo e por ele apreendida, em seu proceder axiológico, como “totalidade indivisível de um comportamento individual”. Ela guarda a “originalidade de um acontecimento” (*ibid.*, p. 64), apresentando-se como uma “experiência de inovação positiva do vivo”, não como um “fato diminutivo”, modificação sem alteração qualitativa do que seria designado por normal. Daí Canguilhem ter reconhecido que a doença não é propriamente a ausência de toda norma, mas uma “incapacidade de ser normativo” (*ibid.*, p. 160). De maneira correlata, a saúde não se define estaticamente. Enquanto “modo de abordar a existência sentindo-se não somente possuidor”, mas também “instaurador de normas vitais”, a saúde expressa um gênero de criação propriamente vital. Um homem saudável não é o homem normal, “mas normativo, capaz de seguir novas normas de vida” (*ibid.*, p. 174). Se a saúde é tida por um “luxo biológico” é porque, nessa vitalidade expansiva, o homem pode “cair doente e se recuperar”, sem estar condenado à monotonia de uma norma unívoca. A saúde não se opõe à doença por visar manter ou restituir um estado anterior. O que a caracteriza “é a possibilidade 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” (*ibid.*, pp. 171 e 173). A saúde é “normatividade autêntica”, pois “aberta à sua correção eventual”, ao passo que a doença, se ela é, de um lado, categoria subjetiva tributária de um julgamento de valor, ela é, de outro, com relação à modificação na qual deveria se desdobrar uma vez apanhada sob o crivo axiológico, uma “normalidade desabitada pela intenção normativa” (Canguilhem, 2015, p. 104). Para investir de valores positivos e negativos sua própria existência e, a partir de então, suscitar sua modificação, o vivo humano é dotado de um poder que se enraíza na vida.

Para um ser vivo o fato de reagir por uma doença a uma lesão, a uma infestação, a uma anarquia funcional, traduz o fato fundamental que a vida não é indiferente às condições nas quais ela é possível, que a vida é polaridade e por isso mesmo posição inconsciente de valor, logo, que a vida é de fato uma atividade normativa. Por *normativo* entende-se em filosofia todo julgamento que aprecia ou qualifica um fato relativamente a uma norma, mas esse modo de julgamento é, no fundo, subordinado àquela que institui normas. No sentido pleno da palavra, normativo é o que institui normas. E é nesse sentido que propomos falar de uma normatividade biológica (Canguilhem, 2013, p. 103).

O patológico implica um “sentimento direto e concreto de vida contrariada”. Ele é relativo à vida de um ser vivo que é “apto a qualificar essa mesma vida segundo o que a favorece ou a entrava” (*ibid.*, pp. 103 e 110). O estado patológico representa, para o organismo, um gênero de vida “regulado por normas vitalmente inferiores ou depreciadas”, que “interditam ao vivo a participação ativa e tranquila, geradora de confiança e de segurança, em um gênero de vida que era anteriormente o seu” (Canguilhem, 2009a, p. 214). O valor do patológico enquanto tal é relativo à intenção que ele incita, ele é a alteridade interior à dinâmica da vida que exige sua modificação, prelúdio negativo à positividade criadora do vital. No mais, seu índice negativo é relativo a uma apreciação de valor, ou seja, a uma norma que faz qualificar algo de patológico anteriormente à modificação que ele incita³. É somente nesses termos que o *pathos* vivido enquanto tal pode suscitar sua modificação e, no limite, é essa modificação que uma norma visa. Rigorosamente “uma norma não existe, ela desempenha seu papel, que é desvalorizar a existência para permitir sua correção” (Canguilhem, 2013, p. 53). Para um vivo humano capaz de qualificar sua própria condição, atribuir-lhe valores e solicitar uma solução terapêutica à medicina de seu tempo, a doença figura como “um estado contra o qual é preciso lutar para poder continuar a viver”, um “estado anormal relativamente à persistência da vida que desempenha aqui o papel de norma” (*ibid.*, p. 114). O que é submetido a uma intenção normativa no prolongamento da qual se encontra a medicina é *a própria existência do vivo* e a norma, nesse caso, é *a própria persistência da vida*. A vida é uma “atividade de oposição à morte e à indiferença” (*ibid.*, p. 224).

Uma urgência normativa colocada pela doença e pelo horizonte de finitude que ela assinala faz com que, na clínica, a vida seja a norma. Nela as normas “são produzidas pelo próprio movimento da vida”, intermitentemente “confrontada com os riscos da doença” e “da morte” (Macherey, 2009, p. 102). No espaço da clínica, portanto, Canguilhem introduz uma dimensão orgânica — e agônica — estranha aos quadros descritos por Foucault. Afinal “é a própria vida, pela diferença que ela faz entre seus comportamentos propulsivos e repulsivos, que introduz na consciência humana as categorias da saúde e da doença” (Canguilhem, 2013, p. 196). Ora, a vida não é normativa por passatempo axiológico, mas para resistir ao que a entrava e promover inovações somáticas. E é pelo fato de a vida ser normativa que o vivo humano pode recorrer à terapêutica médica, por intermédio da clínica, para corroborá-la nesse intento. É nessa intenção normativa que a medicina encontra seu sentido e a clínica sua razão de ser. Se há algo que se apresenta como signo objetivo da “universal reação subjetiva de afastamento” e de “depreciação vital da doença” é justamente a existência, “coextensiva da humanidade no espaço e no tempo, de uma

³ Canguilhem precisa que não existe propriamente “*a-normal*”, no sentido de “privação de um caráter positivo prévio” (2015, p. 104), pois não há vida sem normas. O julgamento que permite qualificar de patológico determinado estado ou circunstância é informado por uma norma que orienta a apreciação axiológica em questão.

medicina como técnica mais ou menos científica da cura de doenças” (Canguilhem, 2009a, p. 215). Um esforço, como o foucaultiano, em delimitar as razões históricas da clínica, é diluído na universalidade de exigências vitais que justificam o recurso do vivo humano à medicina.

Perguntamo-nos como uma necessidade humana de terapêutica teria engendrado uma medicina progressivamente mais clarividente sobre as condições da doença se a luta da vida contra os inumeráveis perigos que a ameaçam não fosse uma necessidade vital permanente e essencial. Do ponto de vista sociológico, é possível mostrar que a terapêutica foi inicialmente atividade religiosa, mágica, isso não acarreta de modo algum que a necessidade terapêutica não seja uma necessidade vital, necessidade que suscita, mesmo nos vivos muito inferiores aos vertebrados quanto à organização, reações de valor hedônico ou comportamentos de autocura e de auto-regeneração (Canguilhem, 2013, p. 103).

Hipócrates tem “a glória legendária de ter introduzido o conceito de natureza no pensamento médico”. Ao fazê-lo, a “analogia entre a arte do médico e a natureza medicadora não esclarece a natureza pela arte, mas a arte pela natureza” (*id.*, 2002, p. 17). Canguilhem não visa ressuscitar o naturismo hipocrático da *vis medicatrix naturae* — muitas das estratégias terapêuticas que a medicina colocou historicamente em prática já deram conta de subvertê-lo. Mas sua concepção da atividade médica não perde de vista a relação descrita, em Hipócrates, entre a natureza e a arte médica. Na medicina, “arte da vida” pela qual “o vivo humano prolonga [...] um esforço espontâneo, próprio à vida, para lutar contra o que faz obstáculo à sua manutenção e ao seu desenvolvimento tomados por normas” (*id.*, 2013, p. 102), natureza e arte “não são discriminadas por um índice infalível” (*id.*, 2002b, p. 385). A medicina é uma técnica biológica “exercida intencionalmente e mais ou menos racionalmente pelo homem”, prolongando “impulsões vitais ao serviço das quais ela tenta colocar um conhecimento sistemático” (*ibid.*, p. 105). Razão pela qual “sem ser ela própria uma ciência, a medicina utiliza os resultados de todas as ciências a serviço das normas da vida”. E Canguilhem insiste: é no esforço espontâneo do vivo que ela prolonga “que a medicina encontra seu sentido” (*ibid.*, p. 205). A necessidade da medicina se liga à doença como “risco do vivo enquanto tal”, que, distintamente do risco que “nasce da resolução de agir”, nasce do próprio “fato de nascer”, e que é “muitas vezes inevitável” (*id.*, 2002a, p. 35). A rede de razões históricas que justificaram, para Foucault, uma medicina científica a partir de finais do século XVIII é diluída, por Canguilhem, em necessidades vitais no sentido mais geral do termo: orgânicas e urgentes. Mas as soluções que o homem elaborou em face dessa necessidade não deixam de se acompanhar de notórias mutações.

O conhecimento atual das doenças somáticas é o acabamento, sem dúvida provisório, de uma sucessão de crises e de invenções do saber médico, de progressos concernentes às práticas de exames e à análise de seus resultados, tendo por efeito obrigar os médicos a deslocar a sede e a revisar a estrutura do agente

patógeno e, conseqüentemente, a mudar o alvo da intervenção terapêutica. Correlativamente, foram deslocados os lugares de observação e de análise das estruturas orgânicas suspeitas em função de aparelhos e de técnicas próprias ou tomadas de empréstimo. É assim que as doenças foram sucessivamente localizadas no organismo, no órgão, no tecido, na célula, no gene, na enzima. E trabalhou-se em identificá-las sucessivamente na sala de autópsia, no laboratório de exames físicos (óptico, elétrico, radiológico, escanográfico, ecográfico) e químicos ou bioquímicos (Canguilhem, 2002a, p. 37).

Avisados que fomos acerca dos riscos dessas objetivações analíticas do patológico, uma questão se impõe: de que maneira esses saberes se relacionam com a subjetividade axiológica ao redor da qual orbitava a medicina? Primeiramente, mobilizadas pelo médico na clínica, elas podem se anexar ao caráter técnico e normativo da *ars medica*. Mas essa não é a única maneira de abordar a história da medicina que Canguilhem mobiliza na contramão de Foucault, para quem a doença apenas ganha significado no interior de um enquadramento epistêmico e social. O patológico é também investido de uma dignidade epistemológica: ele é, de direito, solo originário do saber, o que não se dá sem nova valorização da clínica. Não mais do lado dos serviços prestados ao doente, mas do *corpus* teórico que uma “uma informação clínica prévia” (*id.*, 2013, p. 65) torna possível. “A doença se encontra no princípio da atenção especulativa que a vida liga à vida por intermédio do homem”. Essa propriedade, válida no plano da subjetividade doente, é capturada por certo gênero de saber. “A vida apenas se eleva à consciência e à ciência de si mesma pela inadaptação, pelo malogro e pela dor”, de modo que é possível afirmar que “é o *pathos* que condiciona o *logos*” (*ibid.*, pp. 76 e 183). Não se trata, a bem dizer, de um axioma indistintamente aplicável a todos os saberes biomédicos, mas notadamente a certa fisiologia, cuja história “não pode ser absolutamente estranha à história da clínica e da patologia médicas” (*id.*, 2002b, p. 237). Essa preeminência da clínica se justificaria pois — a despeito “dos assaltos das técnicas do laboratório”, da anatomia que “disseca o cadáver” e da fisiologia que “traumatiza os animais” — somente ela “conduz ao homem concreto-completo” (Dagognet, 1955, p. 87).

Esse é um fio condutor que Canguilhem encontrou para o trato da história da fisiologia que poderíamos dizer ser uma primeira incursão, tributária das conquistas teóricas do *Essai*⁴, pela história das ciências biomédicas. Tributária de uma clínica que, de significação biológica, parece colocada fora da história, mas que figura como sendo, ao menos de direito, o solo originário de todo saber que se localiza na história. Ora, quando redigiu o *Essai*, Canguilhem não tinha ainda iniciado sua obra de

⁴ Se as investigações fisiológicas possuem uma história, trata-se de “uma história da formação, da deformação e da retificação de conceitos” (*ibid.*, 2002b, p. 235). Somos com isso remetidos a Bachelard (1968, p. 16), para quem a retificação do passado é “o princípio fundamental que sustenta e dirige o conhecimento”. Mas Canguilhem introduz uma realidade estranha à epistemologia bachelardiana, aquela do *pathos* que obseda o saber fisiológico. Pois “Do mesmo modo que os povos felizes não tem história, homens imperturbavelmente saudáveis não conheceriam ciência da saúde, fisiologia” (Canguilhem, 2002b, p. 258).

historiador das ciências da vida, o que “não lhe permitirá revelar o primado da clínica na origem e nos fundamentos conceituais dessas ciências” (Morange, 2013, p. 160). De fato, quando Canguilhem se volta à análise das mutações dos saberes biomédico posteriormente ao *Essai*, a clínica, até então saturada de valores vitais e epistemológicos, perde terreno. Não obstante, algo persiste. De um lado, a individualidade doente. Não mais enquanto fonte dos saberes que se anexam à terapêutica, mas como realidade colocada entre parênteses pelos progressos do saber. A medicina perde de vista a dinâmica axiológico-normativa que parecia destinada a ser a sede de um imanentismo absoluto entre a exigência que ela colocava e a realização dessa exigência por um saber que se originaria nela própria. Uma medicina que poderia ser dita, no *Essai*, técnica ou arte da vida, será caracterizada como “um saber cujos progressos são parcialmente devidos à colocação entre parênteses do doente enquanto eleito da solicitude médica” (Canguilhem, 2002a, p. 36). De outro lado, persiste a função terapêutica da medicina. “Não há medicina sem diagnóstico, sem prognóstico, sem tratamento” (*id.*, 2002b, p. 418). Uma inalienável função terapêutica, progressivamente eficaz, mediante uma colocação entre parênteses da individualidade doente: tal é o fio condutor pelo qual Canguilhem abordará a história da medicina ao longo dos séculos XIX e XX.

Canguilhem (2009b, p. 72) afirma que o projeto comum a Bacon e Descartes, preservar a saúde e prolongar a vida, não manifestava nenhuma realização assinalável na medicina francesa de meados do século XVIII, tragicamente impotente em realizar seu projeto”, situação que começa a mudar na virada dos séculos XVIII e XIX. O critério para essa assertiva é prático, sem ser imediatamente técnico no sentido do *Essai*. Canguilhem se voltará a um gênero de medicina que, “muito mais eficaz”, é acompanhado de um “déficit de clínica” (Debru, 2007, p. 50). Tomemos um caso exemplar mobilizado por Canguilhem. Pasteur, “químico, sem formação médica”, bem como Koch e seus alunos “paradoxalmente mais fizeram pela medicina clínica que os clínicos de sua época”. Pela descoberta de “uma forma de etiologia não funcional”, impõe-se “à medicina uma mudança de destinação e um deslocamento de seus lugares de exercício. Cuidar em vista de curar se fazia no domicílio ou no hospital. Vacinar para prevenir iria se dar no dispensário, na caserna, na escola (Canguilhem, 2002b, p. 421). Pela primeira vez em sua história, admite Canguilhem, a medicina “pôde sustentar efetivamente sua ambição de curar indivíduos, prevenir e extinguir doenças contagiosas [...], prolongar, e com efeito dobrar, a esperança da vida” (*ibid.*, p. 399). Ora, à primeira vista torna-se difícil observar, nesse gênero de prática médica, o que Canguilhem afirmava no *Essai*: apenas há medicina na medida em que indivíduos se sentem e se comportam como doentes. Igualmente a dignidade epistemológica do *pathos*, salvaguardada no *Essai*, não mais parece orientar de saída os saberes que se anexam à medicina. Mas falar em termos de sua eficácia não seria uma maneira de reintroduzir o indivíduo doente no campo de ação da medicina?

Não seria admitir que o primado de direito que Canguilhem lhe reconheceu no *Essai* se afirma, doravante, como destino de fato de toda objetivação sobre o mal orgânico?

É o que Canguilhem admite ao se voltar à questão do estatuto epistemológico da medicina. Como toda ciência “a medicina teve de passar pelo estado de eliminação provisória de seu objeto inicial concreto”, o que, no seu caso, diz respeito à “colocação entre parênteses do doente tomado como alvo de cuidados” (*ibid.*, p. 428). Mas colocar entre parênteses é coisa distinta de perder de vista aquilo que é, no limite, sua razão de ser. A medicina “pode ser dita *uma ciência aplicada ou uma soma evolutiva de ciências aplicadas*”, pois “conserva o rigor teórico dos conhecimentos que ela toma de empréstimo para uma melhor realização de seu projeto terapêutico, tão originário quanto o projeto de saber, ao qual, aliás, ela própria trouxe seu concurso” (*ibid.*, p. 423). Se na descrição da *ars medica* do *Essai*, pela insistência em delimitar seus direitos de anterioridade em relação ao saber que ela informa, Canguilhem chamava a atenção para os riscos das objetivações analíticas do *pathos*, esse cuidado parece ter cedido lugar a uma confiança na impossibilidade de perder de vista o vetor da atividade médica. A precariedade da vida que tornava necessária a clínica como instância normativa torna a aparecer, federando, ao seu redor, aquisições científicas convertidas em “mediações restauradoras de uma ordem orgânica perturbada”. E se da medicina foi dito ser uma técnica da vida, enquanto “ciência da esperança e do risco”, tributária de suas realizações históricas e extra-clínicas, ela pode ser dita “autenticamente uma ciência da vida” (*ibid.*, p. 425) em um sentido outro que não de mera exclusividade objetal.

O objeto do qual ela suspende, por escolha metodológica, a presença interrogativa, é, não obstante, sempre presente, desde que ele tomou a forma humana, indivíduo que vive uma vida da qual ele não é nem o autor nem o mestre e que deve por vezes confiar, para viver, a um mediador. Qualquer que seja a complexidade e a artificialidade da mediação [...], qualquer que seja a duração da colocação em suspenso do diálogo entre médico e doente, a resolução de eficácia que legitima a prática médica é fundada sobre essa modalidade da vida que é a individualidade do homem [...]. E quando o estatuto epistemológico da medicina surge na consciência como questão, vê-se realmente que a busca de uma resposta levanta questões algures que não em epistemologia da medicina (*ibid.*, p. 428).

Donde o retorno de uma conclusão do *Essai*: a impossibilidade de “anular na objetividade do saber médico a subjetividade da experiência vivida do doente” (*ibid.*, p. 409). Não à toa Canguilhem falará em termos de um “dever de experimentação clínica” (*ibid.*, p. 390) no trato de saberes que perderam seu laço originário com a clínica e que a ela retornam por um longo desvio pelos progressos da racionalidade médica. Pois cuidar é sempre “decidir realizar, em proveito da vida, alguma experiência”, no sentido de colocar à prova da individualidade orgânica, levando em conta a “urgência das situações e a individuação dos objetos” (*ibid.*, pp. 391 e 389), meios cujos contornos foram decididos sob condições técnicas e científicas impessoais.

Persistência, pois, da doença e do doente além de sua versão clínica no horizonte da prática médica. Seria possível dizer que, para Canguilhem, visando contrastar sua postura com a maneira pela qual Foucault encontrou historicamente determinada a medicina no breve limiar cronológico percorrido em *Naissance de la clinique*, as razões históricas da medicina se encontram além da história?

À primeira vista isso pareceria contraditório diante da atitude canguilhemiana em face da historicidade do discurso científico, “efetuação de um projeto interiormente normalizado, mas atravessado por acidentes, retardado ou desviado por obstáculos, interrompido por crises” (*ibid.*, p. 17). Nada de refratário ao trato canguilhemiano da história da medicina, que inclui a “história das relações de evicção do inautêntico pelo autêntico” (Canguilhem, 2009b, p. 39). Decerto isso exclui “uma escatologia da verdade médica” ou uma sequência contínua de precursores que se sucedem, mas Canguilhem não deixa de se referir “à continuidade de certa eficácia médica” e “ao horizonte de uma cura sempre possível” (Moulin, 1993, p. 126). Não haveria algo análogo no valor epistemológico reconhecido à clínica? Fonte dos saberes, logo, de suas próprias rupturas pelos novos problemas que ela não cessa de oferecer ao olhar analítico, ela não atenta menos para uma precariedade vital de fundo. Teríamos então um duplo enxertamento da história do saber médico sobre a vida: de destinação e originário, horizonte de aplicação terapêutica e solo a partir do qual se cristalizam soluções positivas. A medicina possui uma história, mas aquilo que Foucault localizaria no interior de uma mutação no campo geral do saber, em distintos regimes de espacialização do patológico, Canguilhem apresenta como o núcleo trans-histórico ao redor do qual orbita, por vezes colocada em movimento na urgência normativa da clínica, sua historicidade. Daí Canguilhem ter falado em termos de um projeto terapêutico originário que imanta a prática e o saber médico na direção de uma realidade que, por assim dizer, se encontra além das determinações da historicidade do discurso científico. Fonte ou destinação, ela aponta para algo exterior ao enquadramento epistêmico e político — logo histórico — que, para Foucault, seria capaz de explicar sua gênese e decidir acerca de seus contornos. A medicina, diz Foucault (2001a, p. 209), é sempre uma prática cujo fundamento é uma “tecnologia do corpo social” e a doença, “a maneira pela qual o doente a experimenta e exprime”, é “sempre mais que uma infelicidade ou um sofrimento individuais” (*ibid.*, p. 726). Nada menos canguilhemiano que essa caracterização do mal orgânico.

Medicina, sociedade, poder em Foucault

Quando Foucault retoma, nos anos 1970, suas análises em torno da medicina, o elemento poder — no sentido muito preciso de “situação estratégica complexa em uma sociedade dada” (Foucault, 1976, p. 123) —, que em *Naissance de la clinique* aparecia diluído no campo geral do saber, será determinante. A própria clínica de finais do século XVIII será dita edificada sobre os “arquivos de pouca glória onde se elaborou o

jogo moderno das coerções sobre o corpo, os gestos e os comportamentos” (*id.*, 1975, p. 224), parte, portanto, de um “sistema histórico” que se liga às determinações de “um sistema de poder” (Foucault, 2001a, p. 58). Não há sociedade que não tenha elaborado uma “noso-política” (*ibid.*, p. 14), reconhece Foucault, voltando-se à especificidade daquela elaborada na França do século XVIII. Especificidade que não se liga apenas aos elementos ali coordenados, mas também aos efeitos de longo prazo para os quais eles apontam. No século XVIII ocorre “um desbloqueio técnico e epistemológico da medicina de uma importância considerável” (*ibid.*, p. 44), uma abertura na direção da ingerência de realidades que excedem sua função terapêutica.

Essa é uma das características da medicina atual, ainda que possamos facilmente mostrar que se trata de um velho fenômeno, ligado à decolagem médica. Desde o século XVIII, a medicina não cessou de se ocupar do que não lhe dizia respeito, ou seja, do que não se relaciona com os diferentes aspectos dos doentes e das doenças. Foi precisamente dessa maneira que se efetuou o desbloqueio epistemológico do fim do século XVIII. Até os anos 1720-1750, as atividades dos médicos se concentravam sobre a demanda dos doentes e de suas doenças [...]. Até o século XVIII, a medicina não tinha se libertado de seu encurralamento científico e terapêutico no qual ela se encontrava desde a época medieval. A partir desse momento, ela começou a considerar outros domínios distintos das doenças, a se interessar por outros aspectos que não eram os doentes (*ibid.*, p. 50).

Ocupando-se do “fato que a existência, a conduta, o comportamento” e “o corpo humano se integram em uma rede de medicalização cada vez mais densa”, que “deixa escapar cada vez menos coisas” (*ibid.*, p. 208), Foucault demonstra que a medicina será, em certo sentido, medicina de praticamente tudo, menos, no limite, do mal orgânico. Em *Naissance de la clinique* Foucault mostrou que a doença era localizada algures, que não no corpo, antes de ser identificada aos seus volumes e massas pela anatomo-clínica. Essa livre espacialização do patológico, que sinalizou para uma desnaturalização radical da relação doença-organismo, será seguida de uma desnaturalização não menos radical da relação medicina-terapêutica. Despatologização dos objetos da medicina tem seu ponto de partida justamente na medicalização do hospital, que apenas adquire estatuto terapêutico, vimos, em finais do século XVIII, quando se torna “em sua própria materialidade um operador terapêutico” (Foucault, 1975, p. 203). Foi a “introdução de mecanismos disciplinares⁵ no espaço desordenado do hospital” que permitiu essa mutação (*id.*, 2001a, p. 517). O hospital deve doravante permitir a observação dos doentes e um melhor ajuste dos cuidados; a disposição de seus cômodos deve impedir os contágios. É o médico, não mais os membros de ordens religiosas, que assume a responsabilidade por sua

⁵ As disciplinas são uma “técnica geral de governo dos homens” elaborada ao longo da Era clássica (Foucault, 1999, p. 45). Elas não se identificam com uma instituição ou aparelho particular, dizem respeito a uma modalidade de exercício de poder “que comporta todo um conjunto de instrumentos, de técnicas, de procedimentos, de níveis de aplicação, de alvos” (*id.*, 1975, p. 271).

organização, surgindo o “personagem do médico de hospital, que não existia antes”. De sua presença constante e obrigatória decorre a organização de um sistema de registros permanentes. Assim se constitui “não somente um lugar de cura, mas também um lugar de produção de saber médico” que, até então localizado nos tratados clássicos, “começa a ocupar um lugar que não é o texto, mas o hospital” (*ibid.*, pp. 520 e 521). Foucault já havia chamado a atenção para a centralidade do hospital na gênese de uma clínica que se ocupa do indivíduo. Mas esse mesmo hospital é também capaz de conduzir a medicina algures.

Pela aplicação da disciplina ao espaço hospitalar e pelo fato que é possível isolar cada indivíduo, instalá-lo em um leito [...], somos conduzidos para uma medicina individualizante. Com efeito, é realmente o indivíduo que será observado, vigiado, conhecido e cuidado. O indivíduo emerge então como objeto do saber e da prática médica. Ao mesmo tempo, pelo sistema do espaço hospitalar disciplinado, é possível observar um grande número de indivíduos. Os registros realizados cotidianamente, quando são comparados àqueles de outros hospitais ou àqueles de outras regiões, permitem estudar os fenômenos patológicos comuns a toda a população. Graças à tecnologia hospitalar, o indivíduo e a população se apresentam simultaneamente como objetos do saber e da intervenção médica (Foucault, 1975, p. 521).

Não é o hospital o responsável pela introdução da população no campo das estratégias bio-políticas que irão investir “o espaço inteiro da existência” (Foucault, 1976, p. 189). É o aumento demográfico que a Europa assiste ao longo do século XVIII, a necessidade de controlá-lo, que faz aparecer a população⁶ não apenas como “problema teórico, mas como objeto de vigilância, de análise, de intervenções, de operações modificadoras” (*id.*, 2001a, p. 18). Novos mecanismos de controle, irredutíveis às disciplinas, elaboram “intervenções específicas” (*ibid.*, p. 730), toda uma “tecnologia da população” da qual a medicina toma parte.⁷ Quando a saúde e o bem-estar físico da população aparecem como “um dos objetivos essenciais do poder político” (*ibid.*, pp. 16 e 18) é possível observar algumas mudanças no exercício da medicina. Primeiramente, o “sentido normativo tradicional” da saúde enquanto aquilo que “a opõe à doença” se desdobra em uma “significação descritiva; a saúde é então o resultado observável de um conjunto de dados” de uma coletividade. Em segundo lugar, o “desenvolvimento de tipos de intervenção que não são nem

⁶ Com as variáveis que lhe são próprias (natalidade, morbidade, duração da vida, fecundidade, estado de saúde, frequência das doenças, forma de alimentação e de habitação) e “que se encontram no ponto de cruzamento dos movimentos próprios à vida e dos efeitos particulares nas instituições” (*id.*, 1976, p. 36).

⁷ A noso-política do século XVIII opera então na intersecção dos dois pólos ao redor dos quais se desenvolveu, desde o século XVII, a “organização do poder sobre a vida”: “disciplinas: anatomo-política do corpo humano” e “controles reguladores: uma bio-política da população”. Enquanto as primeiras são centradas sobre o corpo individual visando a majoração de suas aptidões e a extorsão de suas forças, os segundos se ocupam do corpo enquanto suporte de processos biológicos. Tecnologia de dupla face de “um poder cuja mais elevada função [...] é investir a vida de uma ponta a outra” (*ibid.*, p. 183).

terapêuticas nem mesmo médicas no sentido estrito”, pois dizem respeito “às condições e aos modos de vida, à alimentação, ao habitat, ao meio, à maneira de criar os filhos” (*ibid.*, p. 727). A medicina deixa de ser simplesmente “uma técnica importante nessa vida e nessa morte dos indivíduos” para se tornar, pelo “controle das formas de existência e de coexistência”, elemento essencial para a manutenção e desenvolvimento da coletividade (*ibid.*, pp. 727 e 731). De duas maneiras Foucault observa a interpenetração do político e do médico na noso-política do século XVIII, na higiene pública e na medicalização da família.

No espaço urbano são isoladas “regiões a medicalizar [...], pontos de aplicação do exercício de um poder médico intensificado”. Cabe à instituição médica identificar os lugares que gerariam e difundiriam fenômenos epidêmicos ou endêmicos, elaborar medidas visando uma boa circulação do ar e da água, estabelecer as diretrizes de uma organização sanitária da cidade. Não se trata de uma “medicina do homem, do corpo e do organismo, mas uma medicina das coisas: do ar, da água, das decomposições, das fermentações [...], das condições de vida do meio de existência”. Surge a noção de salubridade, que diz respeito “ao estado do meio ambiente e aos seus elementos constitutivos”, bem como de higiene pública, “técnica de controle e de modificação dos elementos do meio” que podem favorecer ou prejudicar a saúde (*ibid.*, p. 222). É a função de higienista, não de terapeuta, que garante ao médico do século XVIII uma posição politicamente privilegiada. Por meio de uma medicina que é “técnica geral da saúde” mais que “arte das curas”, o médico adquire progressivamente um lugar proeminente nas estruturas administrativas, em uma “maquinaria de poder que não cessa, ao longo do século XVIII, de se estender e de se afirmar”, fixando-lhe tarefas que se traduzem em “prescrições que dizem respeito não somente à doença, mas às formas gerais da existência e do comportamento” (*ibid.*, p. 23). O segundo elemento determinante da noso-política do século XVIII é a “organização da família [...] como instância primeira e imediata de medicalização dos indivíduos” (*ibid.*, p. 21). A família se torna “o agente mais constante da medicalização”. Ela não é apenas uma rede de relações inscrita em um sistema estatutário de parentesco ou de transmissão de bens, mas um “meio físico, denso, saturado, permanente, contínuo, que envolve, mantém e favorece o corpo da criança” (*ibid.*, p. 19), capaz de articular os “objetivos gerais concernentes à boa saúde do corpo social e o desejo ou a necessidade de cuidados dos indivíduos”, ou seja, uma “ética privada da boa saúde” e um “controle coletivo da higiene” (*ibid.*, p. 21). Com a noção de família medicalizada-medicalizante, Foucault introduz um operador importante em se tratando do fenômeno da “medicalização indefinida” (*ibid.*, p. 48). Ela reaparece como um dos elementos que permite à psiquiatria do século XIX se tornar “instância de controle geral das condutas” e “dos comportamentos em geral” (Foucault, 1999, p. 290).

Medicalização das coisas e da família são elementos de uma tendência de extensão do controle médico. Enquanto tendência, admite Foucault (2001a, p. 57), “Vivemos uma situação que alguns fatos conduziram ao paroxismo”. Se esse é um velho fenômeno, o que caracteriza mais particularmente o período atual “é que a medicina desses últimos decênios [...] começa a não ter mais domínio que lhe seja exterior” (*ibid.*, p. 51). Seus efeitos de poder aparecem “na família, na indústria, nos tribunais, a propósito da sexualidade, da educação, do trabalho e do crime” (*ibid.*, p. 76). Limitemo-nos a um exemplo indicativo do paroxismo supracitado. Com as técnicas de que dispõe a atual medicina, “a possibilidade de modificar a estrutura genética das células não afeta somente o indivíduo ou sua descendência, mas a espécie humana inteira”, de modo que “é o conjunto do fenômeno da vida que se encontra doravante colocado no campo de ação da intervenção médica”. Logo, se o campo tradicional da medicina é delimitado pela demanda do doente e pela doença, “não há dúvida que a medicina atual foi muito além dele” (*ibid.*, p. 48). Medicalização indefinida que, “do nascimento à morte, sugere uma obsessão de normalidade” (Le Blanc, 2002a, p. 145).

A intervenção autoritária da medicina em um domínio cada vez mais vasto da existência individual ou coletiva é um fato absolutamente característico. Hoje em dia, a medicina é dotada de um poder autoritário de funções normalizadoras que vão muito além da existência das doenças e da demanda do doente. Se os juristas dos séculos XVII e XVIII inventaram um sistema social que deveria ser dirigido por um sistema de leis codificadas, podemos afirmar que os médicos do século XX encontram-se em vias de inventar uma sociedade da norma e não da lei. O que rege a sociedade não são os códigos, mas a distinção permanente entre o normal e o anormal, a tentativa perpétua de restituir o sistema de normalidade (Foucault, 2001a, p. 50).

Não foi a medicina que instaurou um gênero de poder que, ocupando-se dos processos da vida para controlá-los e modificá-los, lança mão de “mecanismos contínuos, reguladores e corretivos” (Foucault, 1976, p. 189). Foucault observou que “a normalização se torna um dos grandes instrumentos de poder ao fim da era clássica” (*id.*, 1975, p. 216), além de presente, ao longo do século XVIII, “em todos os níveis do corpo social” e em “instituições muito diversas” (*id.*, 1976, p. 185). Por que então reconhecer à medicina, em uma sociedade obsedada em seu funcionamento pela normalidade, um polo de irradiação normalizadora? Desde *Naissance de la clinique* Foucault deixou entrever a resposta, vimo-lo: a medicina é a “ciência por excelência do normal e do patológico” (*id.*, 2001a, p. 76). O modo como ela partilha a realidade sobre a qual se aplica originariamente, o doente e a doença, não se distingue da maneira pela qual é operada a partilha (normal-anormal) daquilo que se apresenta como superfície sobre a qual será aplicada, a partir do século XVII, um poder normalizador — e não necessariamente medicalizado no sentido dos processos que Foucault encontra na noso-política do século XVIII. Por um lado, seria possível dizer

que, na forma pela qual ele se exerce, o poder normalizador é de tipo médico. Por outro, há o funcionamento efetivo da medicina enquanto estratégia bio-política, que a faz tomar parte na grade ubíqua do poder que normaliza. Mas eis o ponto: essa captura da medicina por um intento normalizador que a ultrapassa não se faz sem uma extensão da medicina além de seu campo habitual. Medicalizar realidades extramédicas não é simplesmente buscar na medicina uma legitimação científica para controles jurídicos ou administrativos. A medicina não poderia se ocupar de um campo de intervenção que “não é mais unicamente ligado às doenças” (*ibid.*, p. 49) sem o que Foucault denominou seu desbloqueio epistemológico. Elencando os elementos que permitiram à psiquiatria estender sua ingerência a um universo ilimitado de condutas, Foucault observa algo que, de nosso ponto de vista, se aplicado à noso-política do século XVIII e à tendência da qual ela é a expressão, aponta para uma operação fundamental nesse processo.

A partir do meio do século XIX observa-se uma relação de poder que apenas se exerce (e ainda hoje) na medida em que é um poder medicamente qualificado, mas um poder medicamente qualificado que submete ao seu controle um domínio de objetos que são definidos como não sendo processos patológicos. Despatologização do objeto: essa foi a condição para que o poder, contudo médico, da psiquiatria, pudesse assim se generalizar [...]. Poder médico sobre o não-patológico: é esse, creio, o problema central (Foucault, 1999, p. 292).

Desbloqueio epistemológico da medicina e *despatologização de seu objeto* são operações importantes, dada a contraposição que autorizam com a questão canguilheniana em torno do *estatuto epistemológico* da medicina. Canguilhem considera seus desenvolvimentos históricos além do núcleo clínico como índices de uma eficiência terapêutica senão sempre aumentada, ao menos jamais perdida de vista. Foucault, ao contrário, observa como a medicina, estendendo seu campo de ação, perde justamente de vista o mal orgânico, o doente e o intento terapêutico. Se para Canguilhem o indivíduo doente é, ao longo da história, colocado entre parênteses pela medicina para ser em seguida alcançado por um saber que sobre ele se aplica, para Foucault ele o é, digamos, colocado em suspenso pois inserido nessa “rede de controle médico que se encontra em vias de se estabelecer por toda parte” (Foucault, 2001a, p. 77).

Considerações finais

Podemos nos perguntar se o trato canguilheniano da clínica e da história dos saberes biomédicos não acaba por colocar a própria medicina entre parênteses, sempre remetida, em seus contornos epistêmicos, históricos e institucionais à precariedade da vida humana. Canguilhem se ocupa da medicina ao longo de sua trajetória de investigações sempre a remetendo à vitalidade que ela ora sufoca, ora prolonga direta ou indiretamente, ora justifica, e que ele pôde definir, justamente, ao observar na clínica sua expressão antropológica na atenção ali dirigida ao *pathos*. Podemos também nos

perguntar se Foucault não fez algo análogo, se por meio da medicina não é outro fenômeno que se encontra em questão, mais profundo. Enquanto estratégia bio-política, o valor da medicina para Foucault não reside no hermetismo de seu desenvolvimento enquanto ciência ou arte da cura, mas na maneira como ela expressa um poder que, por meio dela — mas não somente por ela — “investiu o que há de mais material, de mais vivo” nos corpos, ligando o biológico e o histórico “segundo uma complexidade crescente à medida que se desenvolvem as tecnologias modernas de poder que tomam por alvo a vida” (Foucault, 1976, p. 200). Poderíamos também nos perguntar, sem a intenção de oferecer, aqui, uma resposta definitiva — quando muito apontando a direção de uma análise que apenas pode ser empreendida à parte — se essas duas maneiras de proceder não guardariam certa complementaridade.

Segundo Dagognet (1997, p. 51), a hostilidade canguilheniana à “standardização do corpo” antecipa as análises de Foucault. É fato que Foucault reconheceu que as forças que resistem contra esse poder “se apoiaram sobre aquilo mesmo que ele investia — ou seja, sobre a vida e o homem na medida em que ele é vivo” (Foucault, 1976, p. 190). As grandes lutas que colocam em questão o sistema geral de poder reivindicam um direito à vida, “entendida como necessidades fundamentais, essência concreta do homem, realização de suas virtualidades, plenitude do possível” (*ibid.*, p. 191). Porém, a vida que retorna para Foucault contra seu investimento político não guarda o mesmo estatuto que a espontaneidade vital que Canguilhem encontrou em suas análises. Enquanto para Canguilhem “todas as atividades humanas” — notoriamente a medicina, pelas razões que apontamos — “são da alçada de uma vivacidade própria à vida que, no homem, se esforça por se colocar como vida vivível”, Foucault mostra que elas “são tomadas em dispositivos que integram relações de poder e ordens de discursos particulares”, de modo que, para Foucault, não se coloca a questão de “reportar-se à vida sob os dispositivos para escavar sua evidência matinal” (Le Blanc, 2002b, p. 11).

Foucault admite que a “história do homem e a vida se encontram profundamente implicadas”. Não porque a história humana continua aquela da vida, mas porque ela “a retoma até certo ponto e pode exercer sobre seu processo certo número de efeitos fundamentais” (Foucault, 2001a, p. 48). Essa entrada da vida na história, não por um prolongamento de seus desígnios, mas por uma direção e controle de seus mecanismos, é coextensiva à “entrada dos fenômenos próprios à vida da espécie humana na ordem do saber e do poder”, no “campo das técnicas políticas”, no “domínio de cálculos explícitos” (Foucault, 1976, pp. 186 e 188). Algo que podemos remeter, por exemplo, à noso-política do século XVIII e aos seus efeitos de longo prazo. Foucault reconhece que não se trata da primeira vez que a vida e a história entraram em contato. A “pressão do biológico sobre a história” foi durante muito tempo inegável, “a epidemia e a fome constituíam as duas grandes formas dramáticas dessa

relação que permanecia, assim, colocada sob o signo da morte” (*ibid.*, p. 186). Lidamos aqui com uma rara ocasião na qual o biológico parece figurar nos desenvolvimentos foucaultianos como realidade cuja ação se faz sentir à revelia de sua captura pelo campo do discurso e do poder. Breve licença que não conduz Foucault a uma definição do vital, tampouco ao reconhecimento, como será o caso para Canguilhem, de que esse horizonte de precariedade representado pela morte daria conta de atentar — ou melhor, a negativa antropológica a ele endereçada tal qual testemunha a clínica médica — para a normatividade definidora do vital. Uma vez afastados os riscos iminentes da morte em massa ao longo do século XVIII, quando a era das grandes devastações da fome e da peste “começam a não mais fustigar diretamente a vida” (*ibid.*, p. 187), Foucault observa outro gênero de relação entre o biológico e o histórico, o segundo dirigindo o primeiro em vez de sofrer seus insidiosos efeitos.

No terreno assim conquistado, organizando-o e ampliando-o, os processos da vida são levados em conta por procedimentos de poder e de saber que tentam controlá-los e modificá-los. O homem ocidental aprende pouco a pouco o que é ser uma espécie viva em um mundo vivo, ter um corpo, condições de existência, probabilidades de vida, uma saúde individual e coletiva, forças que é possível modificar e um espaço onde é possível reparti-las [...]. Pela primeira vez sem dúvida na história o biológico se refletiu no político; o fato de viver não é mais esse sustentáculo inacessível que apenas emerge de tempos em tempos, no acaso da morte e sua fatalidade; cai, em parte, no campo do controle do saber e da intervenção do poder (*ibid.*).

O homem canguilheniano, na miríade de seus expedientes normativos, não dirige também de certo modo a vida, não visa controlar seus mecanismos? Na clínica, por exemplo, não lidaríamos com uma tentativa de modificação de sua própria condição somática? Decerto. Porém, em um cenário onde a norma é a própria vida e as modificações realizadas se confundem com o viver e com uma vitalidade que elas prolongam. Foucault admitiu, na passagem acima, que no investimento político da vida o homem percebe pouco a pouco o que é ser uma espécie viva em um mundo vivo. Ele não agiria, então, enquanto vivo? Lembremos que em *Les mots et les choses* Foucault (1966, p. 319) lançou o veredicto: antes do fim do século XVIII o homem não existia, “criatura muito recente que a demiurgia do saber fabricou com suas mãos há menos de duzentos anos”. Dizer então que *esse* homem se descobre vivo em um mundo de vivos não implica reconhecer que sua vida de vivo não escapa às determinações contingentes de um surgimento, logo, sem essência anterior a uma determinação? Nas palavras de Le Blanc (2002b, p. 12), do choque entre Canguilhem e Foucault a tarefa que se coloca é “articular a vida sem condição à vida sob condição”. Enquanto Canguilhem revela uma “lógica pura da vida criadora, conectando-se parcialmente com as filosofias da vida de Bergson e de Nietzsche”, Foucault abandona toda tentativa de retorno direto e imediato à vida “em proveito de uma construção dos quadros epistemológicos, políticos e normativos nos quais certa codificação da

vida é produzida” (*ibid.*, p. 9). Concluamos com uma questão: de uma vida sem conceito, sem cuidado de definição, pura pressão avassaladora sinalizada pela morte, a uma vida objeto de controle e modificação — e Foucault admitiu, lembremos, que as forças que resistem a esse poder se apoiam justamente sobre o que ele investia —, não seria possível, em todo caso, dizer que persiste uma *vida*, sem com isso reconhecer um retorno à normatividade biológica que Canguilhem colocou no centro de suas análises? Não nos cabe levar a cabo esse questionamento, o que exigiria percorrer outros terrenos. Apenas apontemos o caminho que Canguilhem (1986, p. 40) ele próprio entreviu: “Face à normalização e contra ela, *Le Souci de soi*”.

Referências bibliográficas

- ACKERKNECHT, E. H. (1967). *Medicine at the Paris hospital 1794-1848*. Baltimore: Johns Hopkins Press.
- BERNARD, C. (2008). *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. 2ª ed., Paris: Flammarion.
- BRAUNSTEIN, J-F & BING, F. (1999). “Le regard de la mort, Foucault et la Naissance de la clinique”. In: PICHOT, P. & REIN, W. (Eds.), *L'approche clinique en psychiatrie*. Le Plessis-Robinson: Institut Synthélabo, pp. 49-62.
- CANGUILHEM, G. (1976). “Vie”, In: *Encyclopaedia universalis*, v. XVI. Paris: Encyclopaedia universalis, pp. 764-769.
- CANGUILHEM, G. (1986). “Sur l'histoire de la folie en tant qu'événement”. In: *Le débat*, 41, pp. 37-40.
- CANGUILHEM, G. (2002a). *Écrits sur la médecine*. Paris: Seuil.
- CANGUILHEM, G. (2002b). *Études d'histoire et de philosophie des sciences concernant les vivants et la vie*. 7ª ed. Paris: Vrin.
- CANGUILHEM, G. (2009a). *La connaissance de la vie*. 2ª ed., Paris: Vrin.
- CANGUILHEM, G. (2009b). *Idéologie et rationalité dans l'histoire des sciences de la vie*. 2ª ed., Paris: Vrin.
- CANGUILHEM, G. (2013). *Le normal et le pathologique*. 12ª ed., Paris: PUF.
- CANGUILHEM, G. (2015). *Œuvres complètes*, t. IV, Paris: Vrin.
- DAGOGNET, F. (1955). *Philosophie biologique*. Paris: PUF.
- DAGOGNET, F. (1965). “Archéologie ou histoire de la médecine”. In: *Critique*, n. 216, pp. 436-447.
- DAGOGNET, F. (1997). *Georges Canguilhem, philosophe de la vie*. Le Plessis-Robinson: Institut Synthélabo.
- DEBRU, C. (2004). *Georges Canguilhem, science et non-science*. Paris: Éditions Rue d'Ulm.

- DEBRU, C. (2007). "L'engagement philosophique dans le champ de la médecine: Georges Canguilhem aujourd'hui". In: BRAUNSTEIN, J.-F. (Ed.), *Canguilhem, histoire des sciences et politique du vivant*. Paris: PUF, pp. 45-62.
- FOUCAULT, M. (1966). *Les mots et les choses*. Paris: Gallimard.
- FOUCAULT, M. (1969). *L'archéologie du savoir*. Paris: Gallimard.
- FOUCAULT, M. (1975). *Surveiller et punir*. Paris: Gallimard.
- FOUCAULT, M. (1976). *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*. Paris: Gallimard.
- FOUCAULT, M. (1999). *Les anormaux*. Paris: Seuil-Gallimard.
- FOUCAULT, M. (2001a). *Dits et écrits II. 1976-1988*. 2^a ed. Paris: Gallimard.
- FOUCAULT, M. (2001b). *Dits et écrits I. 1954-1975*. 2^a ed. Paris: Gallimard.
- FOUCAULT, M. (2015). *Naissance de la clinique*. 9^a ed. Paris: PUF.
- GUTTING, G. (1999). *Michel Foucault's archaeology of scientific reason*. Cambridge: Cambridge University Press.
- LE BLANC, G. (2002a). "L'invention de la normalité". In: *Esprit*, n. 285 (5), pp. 145-164.
- LE BLANC, G. (2002b). *Canguilhem et la vie humaine*. Paris: PUF.
- MACHEREY, P. (2009). *De Canguilhem à Foucault, la force des normes*. Paris: La fabrique.
- MORANGE, M. (2013). "Retour sur Le normal et le pathologique". In: *Philosophie et médecine. En hommage à Georges Canguilhem*. Paris: Vrin, pp. 155-169.
- MOULIN, A.-M. (1993). "La médecine moderne selon Georges Canguilhem. Concepts en attente". In: *Georges Canguilhem: philosophe et historien des sciences (actes du colloque 6-8 décembre 1990)*. Paris: Albin Michel, pp. 120-134.