

NORMATIVIDADE VITAL E RACIONALIDADES EM SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES DE CANGUILHEM À PSICOLOGIA

VITAL NORMALITY AND RATIONALITIES IN HEALTH: CANGUILHEM'S CONTRIBUTIONS TO PSYCHOLOGY

Raísa de Bacarji Jardim¹
Angelo Luiz Ferro²
Alberto Mesaque Martins³

DOI 10.5281/zenodo.7789093

RESUMO

Esse ensaio teórico tem como objetivo refletir sobre as mudanças dos conceitos de saúde e doença em diferentes racionalidades, pensando possibilidades de contribuições para discussões atuais, no âmbito da Psicologia, tendo como inspiração o conceito de normatividade vital proposto pelo filósofo Georges Canguilhem. Nesse sentido, abordaremos aspectos históricos desses conceitos, refletindo sobre como essas concepções inspiraram práticas de cuidado, inclusive aquelas desenvolvidas em demais âmbitos que aparentemente fogem ao campo saúde, ou seja, outras significações sociais poderão ser apreendidas. Assim, ao discutir as mudanças nas concepções de saúde ao longo da história, poderemos refletir sobre a complexidade dos seus efeitos em nossas subjetividades, de acordo com a configuração de quem somos e do que nos é possível ser, numa realidade que nos construiu de dada maneira. O texto apresenta críticas importantes ao modelo biomédico, ainda hegemônico no campo da saúde e denuncia alguns dos seus efeitos que restringem o fenômeno da saúde e do adoecimento, buscando enquadrar o sofrimento humano na biologia. Compreender essa dialética é fundamental para a prática e produção de cuidado nas práticas de mediação, escuta e ações pela Psicologia, em consonância com demais outros âmbitos de atuação à saúde.

Palavras-chave: normatividade; processo de saúde/doença; Psicologia da Saúde.

ABSTRACT

This theoretical essay aims to reflect on the changes in the concepts of health and disease in different rationales, considering possibilities for contributions to current discussions in the field of Psychology, inspired by the concept of vital normativity proposed by philosopher Georges Canguilhem. In this sense, we will approach historical aspects of these concepts, reflecting on how these conceptions inspired care practices, including those developed in other areas that apparently do not belong to the health field, that is, other social meanings can be apprehended. Thus, when discussing the changes in health conceptions, throughout history, we will be able to reflect on the complexity of their effects on our subjectivities, according to the configuration of who we are and what it is possible for us to be, in a reality that built us from a given manner.

¹ Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). E-mail: raisa.bacarji@hotmail.com

² Mestre e Graduado em Psicologia pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Doutorando no Programa de Psicologia Clínica na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). E-mail: angelusferro@hotmail.com

³ Doutor em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), mestre pela mesma instituição. Graduado em Psicologia pelo Centro Universitário UNA. Professor Adjunto na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). E-mail: alberto.mesaque@ufms.br

The text presents important criticisms of the biomedical model, which is still hegemonic with the health field, and denounces some of its effects that restrict the health phenomenon of illness and seek to frame human suffering in biology. Understanding this dialectic is fundamental for the practice and production of care in the practices of mediation, listening and actions through Psychology, in line with other areas of health action.

Keywords: normativity; health-disease process; Health Psychology.

1 INTRODUÇÃO

Esse ensaio teórico tem como objetivo refletir sobre as mudanças dos conceitos de saúde e doença em diferentes racionalidades, pensando possibilidades de contribuições para discussões atuais, no âmbito da Psicologia, tendo como inspiração o conceito de normatividade vital proposto pelo filósofo Georges Canguilhem.

O conceito de saúde, assim como o de doença, sofreu muitas mudanças desde a antiguidade até os dias atuais, produzindo diferentes práticas de cuidado ao longo dos séculos. Segundo Scliar (2007), as concepções estabelecidas sobre e através do processo de adoecimento ou de manter-se e tornar-se sadio, são construídas a partir da influência de aspectos histórico-sociais de um tempo e de um lugar determinados. Dessa forma, podemos dizer que os conceitos de saúde/doença traçaram uma trajetória histórica que nos influencia até hoje, desde as políticas de cuidado e os saberes que as orientam, até à forma com que as pessoas pensam, se apropriam e sofrem do que deles lhes foi possível abstrair.

Nos próximos parágrafos, para introduzir a ideia do trabalho, falaremos um pouco sobre a história desses conceitos, refletindo sobre como essas concepções inspiraram práticas de cuidado, inclusive aquelas desenvolvidas em demais âmbitos que aparentemente fogem ao campo da saúde, ou seja, outras significações sociais poderão ser apreendidas. Assim, ao discutir as mudanças nas concepções de saúde ao longo da história, poderemos refletir sobre a complexidade dos seus efeitos em nossas subjetividades, de acordo com a configuração de quem somos e do que nos é possível ser, numa realidade que nos construiu de dada maneira. Por isso, através de alguns exemplos, tentaremos compreender seus resquícios que influenciam tanto nossos raciocínios, políticas e práticas de saúde, como nossa maneira de sofrer.

Mas antes de traçar a história dos conceitos saúde-doença, é interessante lembrar do que Batistella (2007) já pontuava. Nas discussões que surgem da tarefa de conceitualizar algo, faz-se necessário orientar-se pelos limites científicos, nos quais eles não conseguem abarcar a totalidade e significação do que de fato é saúde enquanto algo essencialmente

polissêmico - podendo ser compreendido enquanto medida, fenômeno, ideia, valor, problema etc. (SILVA; FERREIRA, 2013).

Entretanto, a conceitualização é fundamental para operacionalizar, inventar e questionar as intervenções de atenção à saúde, não cabendo, portanto, negar a importância da prática de tentar definir a noção de saúde (principalmente dentro no meio acadêmico), por mais limitada que ela seja, já que é através da tentativa de definir e conceitualizar o processo saúde doença que técnicas, métodos e instrumentos podem ser criados ou repensados (BATISTELLA, 2007). O autor ainda ressalta que por mais que a medicina tenha contato constante com o adoecimento, ele é impossível de ser delimitado por meios objetivos, assim como qualquer outro objeto de estudo das Ciências Humanas.

Assim, tentaremos, nesse texto, trazer a percepção deste processo através de um resumido panorama histórico, descrito por autores como Scliar (2007; 2005), Batistella (2007), Lourenço *et al* (2012), dentre outros.

2 SAÚDE E DOENÇA: ASPECTOS HISTÓRICOS E RACIONALIDADES

A busca pela compreensão da doença vem fazendo parte da humanidade, independente do contexto histórico, mesmo que as percepções dos processos de adoecer sejam muito diferentes em cada época. É interessante notar que, de acordo com Batistella (2007), tanto as soluções encontradas para o adoecimento em épocas primórdias poderiam ser muito semelhantes às soluções atuais - como o que foi demonstrado pelas escavações encontradas no norte da Índia em uma específica civilização há cerca de quatro mil anos: um planejamento urbano e sanitário semelhante ao que temos hoje. Mas como também essas mesmas ações, apesar de semelhantes, poderiam ter causalidades divergentes. Por exemplo, antes da ciência alcançar os estudos epidemiológicos contemporâneos, preocupações na pré-história com a limpeza possuíam em certo momento, razões relacionadas a divindades que prezavam por ela (KOCH, 2011). Mas isso será aprofundado mais tarde, fiquemos ainda com a era paleolítica.

Segundo Batistella (2007), onde acontecia o domínio do fogo através de civilizações nômades de caçadores-coletores, fenômenos no corpo que ocorriam fora do campo das atividades cotidianas (ou seja, que não fossem causadas como resultado de quedas ou cortes), eram compreendidos como fenômenos sobrenaturais causadas por demônios ou espíritos malignos demandadas por povos inimigos.

Dessa forma, na antiguidade, os agentes de cura foram os iniciados nas práticas de afastamento desses espíritos (xamãs, pajés e curandeiros, de acordo com a denominação de cada região) por práticas ritualísticas orientadas pelo pensamento mágico-religioso. A crença de cura era assim mediada por líderes espirituais que compreendiam profundamente tanto a natureza, como as ferramentas que conversavam com ela, alcançando a cura de um corpo físico, a partir da cura espiritual (BATISTELLA, 2007).

Nessa época, o pensamento predominante era que homem e natureza faziam parte de uma coisa só - um “universo total”, onde o mundo, por se assim dizer, era algo vivo, no qual elementos da natureza como vento, sol e chuva não exatamente faziam parte dele, mas eram ele enquanto um macrocorpo.

Já o ser humano seria uma parte menor, micro, que fazia fundamentalmente parte desse cosmo, dessa totalidade e quando a doença surgia, era a prova do afastamento dos dois corpos (SCLIAR, 2005). O ritual os unia novamente, especialmente através de diversas ferramentas mediadoras, como tabaco, infusões, instrumentos musicais, plantas psicoativas, até o uso de danças, cânticos, defumação, jejum, restrições alimentares, fricção, provocação de vômito, escarificações, massagens etc.

É fácil perceber ainda hoje a existência da interpretação mágico-religiosa principalmente dentro de diferentes espaços religiosos, como no uso de rezas, oferendas, busca por benzedoras e rituais de purificação (BATISTELLA, 2007). Também é possível constatar sua influência em crenças cotidianas não necessariamente associadas a uma religião específica, ou mesmo espiritualidade, como no uso de ervas e chás, busca por simpatias, cartomancia e práticas como massagens, ioga e meditação.

É interessante inferir que conceber saúde, através do que lhes era oferecido nessas primeiras organizações sociais, do conhecimento que obtinham e de suas crenças, se aproxima simplesmente da ideia de sobrevivência. Sobreviver aos obstáculos de um modo de vida nômade era poder continuar fazendo o que faziam; e quando isso não acontecia sem terem uma relação clara de causa - efeito, organizavam assim a crença em algo maior do que é facilmente visível.

Batistella (2007) ainda nos lembra que vivemos em alguns privilegiados contextos, sob uma considerável herança desses povos; a tradição de se importar com a relação curandeiro-doente a fim do tratamento ser considerado eficaz mais facilmente, e de enxergar neste que sofre, a dinâmica e complexidade das relações comunitárias que o constituem, enquanto ser humano e enquanto sofrimento construído a partir dessas relações.

Já no período neolítico, o ser humano passou a organizar sua sobrevivência através do ofício de agricultor e pastor, fixando-se e construindo seus aldeamentos. Dessa forma, os povos passaram a organizar-se de outra maneira, permitindo maior possibilidade de trocas posteriormente, desde relações comunitárias, até trocas comerciais. É importante essa pontuação, pois essas relações foram um dos fatores que impulsionou a disseminação de doenças parasitárias e bacteriológicas.

Novas doenças foram surgindo a partir dos novos ofícios, pois grande parte das doenças humanas advieram dos animais pela primeira vez domesticados (vacas, cavalos, aves) (BATISTELLA, 2007). É possível inferir que o estabelecimento dessas comunidades e, dessa forma, de se organizar, poderia ao mesmo tempo contribuir na sensação de maior pertencimento a um lugar e a uma gente, sendo um fator aliado à terapêutica de algum tratamento, ou mesmo para conseguir maiores tipos de ajuda e acessos a possíveis dificuldades encontradas.

Distanciando-se um pouco das explicações mágico-religiosas e aproximando-se do processo das explicações empírico-rationais, no século V a.C iniciava-se na Grécia Antiga o culto a algumas divindades relacionadas à cura, nas quais são consideradas seres mitológicos. Esculápio ou Asclépios, foi cultuado enquanto um deus-herói, sendo a origem desse mito antes do século XIII a.C. Uma das versões desse mito conta que o deus Apolo, juntamente com uma mortal, Corônis, deu origem a essa criança que viria a ser chamada Asclépio, no qual foi criada por um centauro, Quíron, em um vale distante. Sua educação se baseou em constantes aprendizados a respeito da cura e regeneração, aprendendo e repassando posteriormente essa arte/ciência à população (KOCH, 2001).

Atualmente ainda existem os santuários nas quais eram realizados tanto os procedimentos de cura e transformação, como também oferendas (quando cultuado enquanto deus) e sacrifícios (quando cultuado enquanto herói), apesar de serem estes últimos realizados em prédios de arquitetura e nomes diferentes. Ora, um dos aspectos interessantes de ressaltar nesse ponto para esse trabalho, é que para tais práticas de cura perante os enfermos, considerava-se que a fixidez por determinadas ideias/pensamentos poderia acarretar doenças. Logo, a crença era de que cuidando dos processos mentais, cuidava-se da saúde física. Esta, por sua vez, também era valorizada em sua busca por atividades físicas, através da construção de ginásios dentro dos próprios santuários, assim como de bibliotecas, teatros e espaços com inúmeras obras de arte.

Já o culto à Panacea, a deusa da cura, juntamente com Hygieia, a deusa da razão, fez favorecer a valorização social dos métodos naturais para a superação de doenças, através de ervas e plantas medicinais. Essa prática também era efetuada dentro dos santuários, pelo auxílio

dos sacerdotes (KOCH, 2011; SCLIAR, 2005). Ou seja, a crença na harmonia e naquilo considerado belo favoreciam um ser humano integralmente saudável.

Nessa época, rituais ainda eram praticados, mas não mais como na era paleolítica. Nesse contexto, a cura não dependia somente do xamã, mas do próprio doente e suas práticas. É nesse ponto que a observação cotidiana dos ambientes passou a ser mais valorizada, e médicos eram grandes filósofos observadores da natureza, produzindo constantes associações com os estados/humores corporais. Com o nascimento da obra e repercussão hipocrática, essas ações ficam mais evidentes e meticolosas, criando linhas de pensamento iniciais para a criação dos fundamentos de uma medicina ocidental (SCLIAR, 2005).

Entretanto, antes de chegar na medicina a que estamos acostumados, ocorre um longo processo de observação dos aspectos naturais da vida (clima, solo, chuva, vento, estação do ano), como dos aspectos sociais (moradia, trabalho etc.), no qual foi denominado observação empírica, mas ainda não traduzida em modelos epistemológicos enquanto uma metodologia científica conhecidos, mesmo que os fundamentos sejam os mesmos ou muito semelhantes. Por exemplo, atualmente em uma consulta clínica, os procedimentos de anamnese e diagnose são apenas resquícios de práticas muito anteriores.

Hipócrates (460 - 377 a.C) foi considerada uma importante figura histórica, pois praticou diversas observações relevantes para com o meio ambiente, sendo a partir dele as primeiras relacionadas a endemias e epidemias e suas diferenças, associando assim com as práticas de higiene, a organização dos bairros e a forma de produzir e gestar o meio. O conhecimento hipocrático realizou a relação da ecologia para com a enfermidade, e pode-se dizer, um pontapé de início para uma organização mais normativa de Saúde Pública (BATISTELLA, 2007).

Já na Idade Média, esse contexto se transforma com a chegada do cristianismo. Essa religião transforma a crença no adoecer como consequência de um olhar divino perante atos humanos. A queda do Império Romano e a ascensão do feudalismo, juntamente com o crescimento da miséria, desorganização nas cidades (incluindo falta de higiene dos burgos) e aumento consequencial de pestes epidêmicas fez nascer a necessidade de busca espiritual para confortar-se.

Assim, o adoecer significou mais do que a maldição de espíritos inimigos, mas a fúria de um deus cristão, por desrespeito aos mandamentos divinos. A doença era mais vista como um convite, uma oportunidade de purificar-se; enquanto as epidemias já eram pensadas enquanto castigo divino. Como o início do cristianismo foi marcado pelo preconceito de quem não pertencia a essa religião, como os judeus ou pagão, o início da Idade Média ocidental não

pôde usufruir dos ensinamentos dos povos (árabes e judeus) que já estavam avançados na medicina hipocrática e mais tarde, galeana. Nessa época, toda a tradição grega de do processo saúde doença, entra em crise e desvalorização (SCLIAR, 2007; 2005).

O nascimento do pensamento científico tal qual o conhecemos, nasceu ferozmente no fim da Idade Média, século XVII, com o crescimento das cidades e aumento de fábricas, assim como de maior procura-oferta de mão de obra. Foi nesse contexto as primeiras observações a respeito da relação trabalho-trabalhador-enfermo. Ora, aumentar a produtividade era de grande interesse para o contexto da época, onde a ascensão comercial e a queda do feudalismo aconteciam substancialmente.

Portanto, partiu do interesse público as primeiras preocupações com a saúde, especificamente do trabalhador (BATISTELLA, 2007). Logo, é aqui que será feito minimamente o pontapé do modelo biomédico. O corpo visto como fragmentado possui considerável relação com esse corpo trabalhador, quase como fabricado, assim como suas manufaturas.

Nesta analogia, vai nascendo a metáfora do corpo social, onde a visão do homem para com o universo muda radicalmente, parte de uma visão geocêntrica onde Deus é o centro a partir de um tempo estático, para visão heliocêntrica, onde a existência perde suas razões e a universo passa a ser estudado com um tempo linear e progressivo. E são esses novos movimentos que produzem a ideia de uma maior complexidade perante a sociedade, visto as relações serem mutáveis e dinâmicas, ou seja, diferentes da forma de expressão de um organismo vivo, aquele comparado com os objetos em uma esteira de fábrica (SCLIAR, 2005).

Antes ainda do filósofo e matemático René Descartes (1596-1650) surgir enquanto outra figura histórica importante para o alcance do que é denominado posteriormente como modelo biomédico, alguns acontecimentos foram gradualmente o consolidando (DESCARTES, 2001).

Com a invenção do microscópio, assentando as bases da bacteriologia e microbiologia entre os séculos XVII e XVIII, os conhecimentos anatômicos avançam demasiadamente, abrindo portas para o desenvolvimento do campo cirúrgico. Com esse avanço, juntamente com as disciplinas de patologia e fisiologia, as partes do corpo começam a ser decompostas para estudos. Portanto, a patologia torna-se objeto de intervenção médica, e não mais o sujeito e suas dimensões.

Na Idade Moderna, pois, que inicia a consideração do estudo do mais simples para o mais complexo, e a partir disso, a base das futuras especialidades médicas. (LOURENÇO *et al*, 2012; BATISTELLA, 2007). Os ensinamentos de Descartes deram importantes

contribuições a essas práticas, com sua obra “Discurso do Método” (1637/2001), quando as regras expostas nesta obra enfocaram o objeto de conhecimento de uma forma peculiar à época, mas que permanece em certa medida, ainda hoje no interior das racionalidades médicas e quiçá de outras.

Vale lembrar que a separação detalhada das partes a serem estudadas, ordenando-as do mais simples ao mais complexo, além de revisá-las demasiadamente, sem expor dúvidas de evidência científica é um raciocínio ainda hegemônico e perceptível atualmente (BARROS, 2002).

Já na contemporaneidade do século XIX, a sociedade começa a tomar consciência dos determinantes sociais dos aspectos que englobam saúde. O ser humano passa a ser visto como ameaça a outros, e mais tarde Foucault (1982) fará suas pontuações a respeito da normatização dos espaços e sujeitos e a necessária comercialização da Saúde que sustenta um capitalismo emergente.

Em 1927 ainda, a OMS maquiniza de alguma forma suas conceitualizações, quando enxerga o corpo enquanto perfeita máquina, se “funcionando”. (LOURENÇO *et al*, 2012). Ora, é a partir de todos esses acontecimentos que surge aos poucos a forma como pensamos e sofremos hoje nas práticas de saúde ocidentais mais conhecidas. Mas logicamente que avanços outros em relação a uma amplitude da subjetividade também é alcançada, como diferentes abordagens contemporâneas que se preocupam com essa questão, alocada nos determinantes sociais que produzem saúde.

Além disso, desde o final do século XIX, com o nascimento da chamada Medicina Social, o campo da Saúde Pública vem sendo aperfeiçoado e pensado enquanto parte de uma complexa dinâmica de fatores, esses não mais como causais, e sim como determinantes de uma estrutura social que condiciona modos e estilos de vida para além de simples escolhas (BATISTELLA, 2007).

Já atualmente, consolidados predominantemente sob os cuidados de um modelo Biomédico em travessia para o modelo Biopsicossocial em saúde, atravessados pelas Práticas Integrativas e Complementares, Madel Luz (2012) apresenta em seus trabalhos os desafios e efeitos da categoria Racionalidade Médica, categoria essa intitulada no início da década de 1990, no estado do Rio de Janeiro, com o objetivo de estudar sistemas médicos complexos e terapêuticas tradicionais e complementares (NASCIMENTO *et al*, 2013). Podemos articular a partir dessa categoria alguns aspectos como a dinâmica e desafios da categoria Integralidade, quais são os paradigmas encontrados a essas racionalidades e na onde elas se diferenciam das denominadas Práticas Terapêuticas.

Por sua vez, a partir dessas associações, vamos inferir, a partir de alguns autores, as consequências delas na sociedade neoliberal e os efeitos dela na transformação de nossos processos de buscar saúde e evitar a doença. A partir daí, poderemos alcançar minimamente o objetivo desse trabalho, que é pensar o processo saúde-doença sob uma lógica não costumeira desde o ponto de vista político institucional, até dos valores individuais atualmente, tentando trazer primeiramente as possibilidades de transformar o sofrimento.

A consolidação do modelo biomédico reflete alguns efeitos já vivenciados com mais frequência, como a denominação de transtornos refletidos em determinados modelos de comportamento, principalmente no que se diz respeito a questões psicológicas; o crescimento de denominações categóricas de patologias psicológicas, assim como o aumento de consumo de medicamentos psiquiátricos (TESSER; LUZ, 2008).

Determinados comportamentos traduzem-se em categorias nosológicas e psiquiátricas dos manuais diagnósticos e estatísticos dos transtornos mentais, refletindo dessa forma não apenas a natureza de determinada patologia catalogada, mas sim um tipo de sofrimento que denuncia determinadas violências encontradas nos modos de produção e de poder instituídos em uma sociedade (TESSER; LUZ, 2008).

Mas voltando ainda aos aspectos que englobam a categoria Racionalidade Médica, podemos dizer que, segundo Luz (2012), para um sistema médico ser intitulado como tal, faz-se necessário possuir seis dimensões, entre elas: morfologia humana; dinâmica vital; sistema diagnóstico; sistema terapêutico. doutrina médica e cosmologia, esta última fundamentando todas as demais. As principais racionalidades existentes são a medicina ocidental contemporânea, medicina homeopática, medicina tradicional chinesa e medicina ayurvédica.

Hoje, é possível observar dois principais paradigmas na periferia dos círculos esotéricos (clínicas/hospitais), o paradigma Biomédico e o paradigma Vitalista. Ambos coexistem de forma mais ou menos conflituosa, o que faz com que haja ressonâncias nos compartilhamentos de representações entre profissionais e usuários dos serviços de saúde no Brasil (NASCIMENTO *et al.*, 2013).

De acordo com Nascimento *et al.* (2013), o paradigma biomédico surge no período Renascentista - período em que o ser humano é concebido como herdeiro de deus. Logo, separa-se das concepções sagradas, para não mais ser parte da natureza somente, mas controlador dela. As concepções nesse modelo são de ordem mecanicista e centradas na cura enquanto controle de doenças.

Já o paradigma vitalista concebe conceitos como harmonia, centra-se na saúde em si, na subjetividade do adoecimento e na prevenção e promoção da saúde. Suas raízes são

através das tradições culturais antigas, mas expandem-se mais a partir dos anos 60 (NASCIMENTO *et al*, 2013).

Tesser e Luz (2008) irão tecer seus trabalhos, a partir da categoria Integralidade, os limites/possibilidades que ela oferece no contexto das práticas no Sistema Único de Saúde (SUS). Uma das reflexões é a valorização da eficácia terapêutica no tratamento, que seria realizada a partir da relação curador-paciente. Alguns acontecimentos a facilitam, assim como determinados contextos.

Segundo Nascimento *et al* (2013), a eficácia acontece mais facilmente na racionalidade médica homeopática e menos na biomedicina, onde aspectos subjetivos relacionados aos adoecimentos são desvalorizados. Já na racionalidade da medicina tradicional chinesa, ocorre, mas parcialmente, principalmente do ponto de vista dos pacientes, também por consequência da racionalidade biomédica, que hegemoniza o saber, produzindo seus efeitos na população.

Esse raciocínio dos pacientes que procuram um saber especializado por desejarem a remissão espontânea e se possível, o mais rápido possível de seus sintomas, a fim de retornarem à sua normalidade de vida considerada, trará uma importante reflexão para esse trabalho. É nesse ponto que será considerado o conceito de normatividade vital, proposto por Georges Canguilhem. Mas por ora, voltemos ao raciocínio das racionalidades. Todas as citadas coexistem, de forma mais ou menos pacífica, criando um sincretismo na simbologia contemporânea a respeito dos aspectos que envolvem o adoecer, e tal estabelecimento sincrético aparece no discurso de compartilhamento de representações, paradigmas e aspectos subjetivos individuais (TESSER; LUZ, 2008; NASCIMENTO *et al*, 2013).

Trazendo a discussão para uma percepção mais cotidiana de todos esses aspectos, é preciso considerar que essas racionalidades aparecem, sutilmente, na forma como organizamos nosso dia a dia e nossas relações, influenciando como compreendemos e nos implicamos com determinadas concepções de saúde-doença-cuidado nas quais somos atravessados.

Percebemos o quanto esse âmbito nos aparece sutilmente hoje, desde determinações midiáticas (reportagens, discursos e propagandas), mas também na forma de organizá-lo, através de determinadas escolhas e estratégias que consideram evitar o mal estar, como a crescente procura/oferta por cirurgias estéticas, indústria cosmética, dietas, desejo por determinados alimentos, objetos e adoção de determinados comportamentos ditos saudáveis, além da demanda por tratamentos cada vez mais específicos (BATISTELLA, 2007). Esses

exemplos traduzem o desejo por um determinado estilo de vida, trazendo por consequência última a demanda por tipos de consumo.

Esse ciclo favorece a manutenção do sistema político econômico em que vivemos. Por isso que foi dito no início do texto que os efeitos conceituais de saúde-doença alcançam outros âmbitos que aparentemente não possuem relação com o elemento saúde em si, mas em muito dialogadas com diversos fatores. Pontuar essa questão faz lembrar do conceito de controle estatal frente a um corpo domesticado e a serviço do capital, fazendo-se enquanto múltiplo lócus de sofrimento social na contemporaneidade. Dessa forma, podemos pensar algumas questões que se produzem de acordo com os atravessamentos vividos pela influência/imposição do modelo biomédico, pois o sofrimento implicado nos objetivos desse trabalho, nasce consideravelmente das questões que esse modelo fundamentalmente produz.

Todos os acontecimentos foram gradualmente materializando e fortificando as práticas médicas ocidentais da atualidade e se formos um pouco mais críticos, pensadas estrategicamente, visto que tanto essas práticas como suas consequências, não deixam de ser um projeto do capitalismo, para manter-se enquanto tal.

Mas antes de tecermos nossas críticas ao modelo de saúde vigente, não podemos deixar de dizer que ele trouxe sim avanços sociais, através das já mais que mencionadas descobertas técnico científicas diversas, e conseqüentemente, a cura de muitas doenças. Assim, não é cabível desconsiderar por completo algumas de suas conseqüências tomadas como um valor positivo.

A descoberta da imunologia, genoma e DNA humano, a partir de estudos avançados das partes de um organismo cada vez mais decompostas, é considerado importante. Ou seja, essa forma de fazer saúde não é exatamente maléfica ou maldosa em sua essência. Até mesmo porque hoje, é através das constantes especializações médicas que podemos viver uma maior segurança nas cirurgias diversas, além da possibilidade de tratamentos e prevenções de doenças variadas.

Entretanto, em meio à estratégia dessa racionalidade, devemos mais do que saber as limitações, riscos e perigos dela (BARROS, 2002). Principalmente por ser hegemônico, isto é, dominante e por isso desejoso de cada vez mais nos aproximarmos e fazer parte dele, mantendo-o (de forma atrelada à manutenção dos aspectos políticos e econômicos).

É fácil perceber a intensidade que a palavra “medicina/médico/doutor” provoca nas formações discursivas sociais; ou então como já foi mencionado anteriormente, o desejo pela cura de teor milagroso do mais novo medicamento que saiu; do cosmético que promete bem estar ou busca por mudanças estéticas corporais a partir dos mais privilegiados, entre tantos

outros comportamentos na procura por um estilo de vida que promete bem estar, beleza, conforto e segurança - ou simplesmente saúde, ou mais especificamente o que a sociedade conceitualiza como saúde.

Como foi dito acima, a adesão massiva e a consolidação desse modelo de forma hegemônica, surgiu marcada pelo estudo das partes adoecidas, a partir dos avanços de novas áreas que conseguiram ser solucionadas mais rapidamente. Ora, solucioná-las seria mais fácil do que solucionar um todo, visto a complexidade de um organismo em sua totalidade, comprovado pelo estudo de suas partes. Dessa forma, a fragmentação fez ignorar a totalidade, e esta, desconsiderada nas escolas de formação médica.

Barros (2002), em seu trabalho de crítica a esse modelo médico, reitera que isso traz um grande problema, pois os profissionais de saúde, atualmente, se enxergam as questões outras que estão além do biológico, - como questões geográficas, culturais, socioeconômicas ou psicológicas implicadas - não saberiam o que fazer com elas. Melhor dizendo, esses profissionais possuem dificuldade de acrescentá-las em suas formulações diagnósticas e tratamento.

Logo, podemos dizer que a peculiaridade de cada caso, isto é, de cada pessoa, ambiente, situação de vida, relações sociais e comunitárias, contexto familiar etc., é ignorada, criando como consequência além de um possível tratamento não eficaz, novas categorias de sofrimento. Assim, as universidades atuais de medicina (e de outros cursos de saúde) produzem um ensino já tão cartesiano da vida humana, que faz com que esses profissionais não fiquem à vontade para lidar com componentes afetivos implicados em qualquer tipo de sofrimento.

É fácil inferir as problemáticas desse modelo claramente relacionadas com as questões que o capitalismo vigente oferece. Por isso, outra consequência lógica é a crescente sofisticação das tecnologias médicas, pois se por um lado elas permitem maiores segurança, (e esse termo também pode ser debatido), por outro, aumentam-se gastos e o acesso em um país como o Brasil torna-se ainda mais restrito. Talvez essa última palavra traduza afinal o conjunto das limitações enfrentadas pelas sociedades, através dessa forma de pensar e administrar o campo da saúde. Restrição - e para além de recursos financeiros, mas também simbólicos, como continua Barros (2002).

Portanto, a fragmentação do organismo dita acima e as subespecializações criadas, significa para médico e paciente, não apenas a decomposição de órgãos e conjunto possível de patologias, mas a dificuldade de produzir argumentos que pensam o sofrimento para além de alterações biológicas. A situação piora quando não apenas a gestão médica raciocina dessa

forma, mas o próprio sujeito que dizem ser doente. Em outras palavras, inferimos que é fácil afinal reproduzirmos a mesma fragmentação para si, e desejarmos por isso.

Buscamos por especialistas, especializações e decomparamos em certa medida, nossas partes corpóreas e fisiológicas. Através da hegemonia da biomedicina, quaisquer outras concepções que não fazem isso ou que enxergam o organismo para além de partes decompostas, é pensado comumente como uma racionalidade não científica, duvidosa ou supersticiosa. O maior exemplo disso é a relação simbólica existente para com o medicamento, enquanto apenas ele sendo válido para extinguir todas as situações de dor, angústia ou desconforto (BARROS, 2002).

A medicalização de três fatores inerentes à vida tem se demonstrado cada vez mais frequente. Barros (2002) já dizia sobre a medicação de situações fisiológicas que não necessariamente precisariam ser alvo de qualquer intervenção médica, como o exemplo que o autor nos dá: a gravidez.

É claro que os avanços tecnológicos contribuíram na prevenção da mortalidade de mães e bebês, porém também aumentaram a insegurança da realização de uma experiência que é ou deveria ser vivida de forma mais natural: a gestação e parto. A gravidez é de alguma forma construída nos discursos como um diagnóstico necessário ser solucionado por procedimentos médicos, e estes escolhidos majoritariamente por parte de uma organização médica. Mas assim como as intervenções, a busca por receitas de medicamentos ou de diagnósticos (para serem medicados), traz a percepção do caráter milagroso que a medicação produz, explicitando a dominação desta para com a fragilidade humana.

O mesmo autor nos relata que o papel do medicamento na contemporaneidade tem correlação com a função dos instrumentos utilizados na antiguidade. Mais do que buscar aliviar a dor, o acesso à medicação traz sensações de conforto, segurança, alívio de angústia, etc. Portanto, infere-se que a doença logicamente traz sofrimento para além da dor física.

A questão demonstrada pelo autor acima expõe a intensidade da relação simbólica com o medicamento. Quer dizer, o crescente aumento de categorias psiquiátricas referidas como transtornos mentais nos manuais diagnósticos, traduzem essa categoria de sofrimento social na atualidade, que dizem dos aspectos políticos na sociedade, nos quais estes fazem questão de administrar esse sofrimento.

Podemos arriscar dizer que a descoberta de novas doenças hoje não diz respeito, exatamente, a algo que já existia e que não conseguiam nomeá-la, mas que sobretudo parece ser substancialmente produzida nas subjetividades.

Essa problemática traz demanda de urgência para a Psicologia, e para Dantas (2009), a medicalização da vida é resultado de um discurso de tecnificação dela, inclusive muito parecido com o discurso mítico apresentado nos primeiros parágrafos desse trabalho, no qual uma substância é tida como salvadora de quaisquer problemas e inquietações. Aqui podemos inferir que essa questão se torna ainda mais complicada quando o indivíduo que a procura não sabe seu teor, nem seus efeitos colaterais, muito menos seus efeitos que aparecem muito gradualmente de forma velada, e sem qualquer possibilidade de articulação – por exemplo, o silêncio causado pelo diagnóstico que fala por ele, e o determina.

Como foi mostrado na pesquisa de Dantas (2009), muitas pessoas têm receio de medicalizar-se por medo da dependência ao medicamento em si, entretanto, através da articulação da autora, é possível perceber muitas outras dependências e submissões frente a apenas um psicofármaco, como a dependência de um discurso tomado por termos demasiadamente técnicos e neuroquímicos. Entretanto, esse mesmo discurso é construído por um saber maior que diz saber dos sujeitos, nos quais estes se apropriam de um conhecimento técnico para se dizer, quando não se reduzir a uma totalidade subjetiva a determinados sintomas, mesmo que estes sejam de cunho psicológico. É fácil desse ponto já observar outras problemáticas, mas não vamos por ora, aprofundá-las.

3 CANGUILHEM: NORMATIVIDADE VITAL

Georges Canguilhem (1904-1995) foi um filósofo francês do século XX, nascido em junho de 1904, com formação posterior em Medicina, (apesar de não gostar de ser identificado como médico); passando a maior parte de sua vida lecionando e escrevendo aulas, produziu uma vasta obra com notáveis contribuições científico-sociais em diferentes áreas de conhecimento, até o fim de sua vida, aos 91 anos, em setembro de 1995. Crescido no interior do sul da França, filho de um alfaiate e descendente de uma família de camponeses, obteve ótimo desempenho escolar até ir para Paris prosseguir seus estudos no Liceu IV, a fim de fazer o curso preparatório para a *École Normale Supérieure* (ENS) em 1921.

Nesse lugar, Canguilhem é intensamente influenciado por Émile Chartier (1858 - 1951) ou simplesmente Alain, como foi mais conhecido. Aliás, não somente Canguilhem foi influenciado por ele, mas um forte grupo de estudantes que ali residiam. As ideias políticas e filosóficas de Alain baseavam em radical pacifismo e hostilidade a quaisquer intervenções militares e ações que poderiam proporcionar o estopim de uma guerra. Claramente Alain foi

influenciado, por sua vez, pelos efeitos catastróficos da Primeira Guerra Mundial (ROUDINESCO, 2017).

Canguilhem passou a juventude inspirado nessa mesma filosofia de ação, tendo escrito seus primeiros textos nas décadas de 1920 e 1930, mas ainda pouco conhecido. Grande estudante de Augusto Comte (1758 - 1857) sua tese de conclusão de curso foi inspirada no mesmo autor, intitulada como “*A teoria da ordem e progresso por Augusto Comte*”, título que provavelmente renderia alguma análise crítica se realizada no Brasil. Também teve fortes influências de Galeno, Aristóteles e principalmente Gaston Bachelard (1884 - 1962). Além disso foi leitor de Marx, tendo o grupo de estudantes marxistas liderados por Louis Althusser pensaram em Canguilhem como contribuinte para a passagem do racionalismo para o materialismo, visto a efetiva aproximação que o filósofo conseguiu fazer da Epistemologia com a História das Ciências.

Posteriormente esse ato contribuiu para que uma das principais obras de Marx fosse reafirmada em seu caráter científico, além de formalizar o caráter histórico da própria ciência, tendo nela tanto as determinações que denunciavam aspectos político-econômicos e ideológicos dominantes para com a configuração social; como aspectos falsamente científicos, velada por dada racionalidade (ALMEIDA, 2012). Essa foi talvez a primeira contribuição intelectual de Canguilhem, fazendo-se através da filosofia, um influente epistemólogo que considerando aprofundar a história das disciplinas, dos campos, das racionalidades, faz surgir o primeiro apontamento desse trabalho: a formação do pensamento e a criação de técnicas, categorias e doenças, entre tantos outros conceitos fenomênicos, depende de uma sucessiva linha de elementos historicamente determinados.

Traçando um pouco mais sua trajetória, de acordo com Almeida (2012), sua essência militante estendeu-se por toda sua vida, mas modificada em diferentes tempos, de acordo com o contexto vivido. Sua juventude fortemente marcada por textos de caráter revolucionário, além de ações militantes contra a ordem militar (rendendo inclusive que justamente por conta de um protesto de caráter artístico na ESN, foi obrigado a perder sua formatura para servir o serviço militar por um ano e meio na patente de cabo) (ROUDINESCO, 2017).

Porém, lutando pelo pacifismo nas primeiras décadas do século XX, essa mesma ideologia é desmanchada na tomada da França pelos militares, durante a ascensão nazifascista, assim como cai em descrédito as inspirações políticas de Alain, a partir da década de 30, nunca mais ganhando qualquer reconhecimento.

Apesar disso, Canguilhem ainda fez um elogio crítico em homenagem a seus ensinamentos, anos mais tarde. Durante a Segunda Guerra, Canguilhem não se torna exatamente a favor dela, mas sim tomado pela consciência de posicionar-se perante os horrores fascistas, para não serem passivamente submetidos a eles. Foi nesse contexto que o filósofo se interessou pela formação em Medicina, construindo em plena Guerra, sua tese de doutorado mais conhecida e que mais contribuiu a diferentes disciplinas, intitulado originalmente como: “*Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique*”, em 1943, mais tarde intitulada como somente “O normal e o patológico”, sua obra mais famosa (CANGUILHEM, 1943/2020). Em 1966, o autor acrescenta ainda mais uma parte à obra: “*Novas reflexões referentes ao normal e o patológico*”.

É interessante lembrar que a construção de sua tese aconteceu ao mesmo tempo em que trabalhava como médico de guerra nas trincheiras clandestinamente, mas assim que esta chega ao fim, Canguilhem abandona o desejo pela prática médica, nem ao menos registrando-se no Conselho de Medicina. Seu interesse por esse campo de conhecimento se deu pela tentativa de integrar conceitualizações e reflexões filosóficas a um campo de conhecimento concreto que abordasse problemas concretos (dor; morte; sofrimento).

Entretanto, Almeida (2012) vai dizer que seu interesse pela Medicina caminhava ao mesmo tempo pelo desinteresse em praticá-la, deveu-se em parte porque a Medicina (considerada pouco nobre para a época, perto da física e matemática), abandonara a filosofia por um século, enquanto a biologia foi abandonada por esta (ROUDINESCO; 2017; ALMEIDA, 2012).

Nesse sentido, o autor buscou transformar a racionalidade médica em outro tipo de racionalidade, pois o olhar do atual da época já o incomodava, levando-o a escrever sua obra “*O normal e patológico*”, e fazendo com que esse trabalho seja também escrito (CANGUILHEM, 1943/2020). É importante associar sua construção a uma epistemologia histórica consagrada no século XX francês, juntamente com Bachelard e em certa medida, Foucault, pois é a partir disso que podemos entender onde ele quis chegar com sua obra, e onde esse texto também quer.

Apenas fazendo um adendo, segundo Almeida (2012), atualmente essa epistemologia histórica não é mais reconhecida enquanto uma tradição filosófica francesa, ou uma escola de pensamento, mas sim como um estilo de abordagem da história da epistemologia, pois com os anos, pesquisadores começaram a historicizar a própria epistemologia histórica construída pelos três filósofos. Entretanto, foi apenas a partir da criação da história das ciências, que esse termo se tornou disciplina dos historiadores e a ciência objeto de estudo da história.

Safatle (2011) postula que Canguilhem, insistiu em incluir a História dentro da ciência porque ele percebeu que toda racionalidade, afinal, concentra uma história. E que o pensamento científico, concentrando por sua vez uma concepção de mundo, evolui de acordo com o que é considerado socialmente como evolução de ideias. Tal racionalidade determina e é determinada por um padrão, por condições de técnicas e ideias e formações discursivas criadas. O autor continua dizendo que um problema clínico nunca é somente um problema clínico, pois a clínica em si abarca muita coisa, complexidades outras e que antes dele ser clínico, é um problema portanto determinado pela história da dita racionalidade.

É caminhando nesse sentido que Canguilhem inicia a importância de distinguir os limites entre o normal e o patológico (CANGUILHEM, 1943/2020). É necessário, pois, compreender as nuances da racionalidade médica, e atualmente falando, a biomédica, para compreender a função dessa distinção.

Do ponto de vista semântico, patológico é designado ao que se relaciona socialmente de normal, através de variações quantitativas de mecanismos funcionais de um organismo, ou seja, através de uma equação físico-química, por se assim dizer (CANGUILHEM, 1943/2020). Logo, a doença faz aumentar as leis do normal. O filósofo vai pensar o normal enquanto a partilha de norma como função de valor positivo.

Nesse contexto, Canguilhem aproxima as concepções de saúde - doença das concepções clássicas gregas, quando a doença não era localizada em parte alguma e a saúde era enxergada como equilíbrio e bem-estar (CANGUILHEM, 1943/2020). Nada era localizável, configurando uma singularidade do sujeito em relação a seu sofrimento ou à sua felicidade.

Assim, para a perspectiva canguilhemeana, a norma dependeria da relação entre organismo e meio, não podendo ser raciocinado segundo apenas naquilo que a doença tem de mais essencial, apesar do filósofo não negar o reconhecimento da experiência da dor enquanto futura consciência social que virá a ser orientada pelo médico (CANGUILHEM, 1943/2020). Ou seja, o patológico não é adiantado pelo médico, para mais tarde ser implicado na subjetividade (SAFATLE, 2011).

Continuando esse raciocínio, o dizer de uma dor causada por qualquer disfunção orgânica constitui um fato, pois constitui uma reação de organismo a algo do meio, e a vida na qual o mesmo organismo está exposto não é indiferente a suas condições (CANGUILHEM, 1943/2020). Inclusive é exatamente esse fato que poderia ser chamado, em parte, de normatividade vital. Em parte, porque esse termo é duplo.

Normatividade vital para Canguilhem, nas palavras de Mascaro (2020), constitui basicamente a capacidade de criar formas (normas) de ajustamento ao meio, articulações outras;

e diz ser duplo pois existe tanto a normatividade biológica, (a resistência do organismo à sobrevivência sobre algum acidente orgânico), e normatividade social (resistência subjetiva em constituir-se nessa nova norma em que o organismo precisou criar).

O termo normatividade vital constitui sobretudo a capacidade sobretudo de instituir novas normativas de existência de formas possíveis (CANGUILHEM, 1943/2020). Neves (2019) vai complementar dizendo que é um possível que antes foi impossível, impensado, e que a normatividade fez a vida um pouco mais plástica à própria existência.

Uma norma é um parâmetro das ciências biológicas, no qual utilizam-se de ferramentas métricas para averiguar os níveis quantitativos de possíveis variações metabólicas ou de funcionamento em qualquer órgão vital. Ou seja, esse olhar fixa o processo saúde - doença a partir de mensurações de quantidade, e a patologia por eles denominada aproxima-se da ideia essencial fisiológica somente. Dessa forma, é muito fácil a objetificação do sujeito que sofre a quaisquer nomeações que o reduzirão mais tarde, a certa inferioridade, para além daquilo que é, ou seja, para além do fato, tendo esse adquirido valoração. Mas de fato uma doença não deixa de ser uma normatividade inferior, pois realmente um determinado estado de vida foi perdido (e deseja sobretudo, ser restaurado) (MASCARO, 2020).

Acerca desse ponto de vista, Neves (2019) vai dizer que a experiência da doença não precisa, entretanto, ser vivida como decréscimo de potência, constringendo-se perante os ditos socialmente saudáveis. Essa experiência pode sim ser experimentada como valor positivo, na medida em que o sujeito consiga criar novas normatividades e ajustar-se com elas, para além de uma tolerância coercitiva. Conforme o autor destaca:

Não são as individualidades biológicas que se adéquam ou se afastam das normas impostas pelo meio, mas ao contrário, é a individualidade biológica enquanto potência de criação de novas formas de ajustamento que produz, em sua relação singular com o meio, o processo de sua normatividade. A individualidade biológica produz formas singulares de ajustamento em relação ao meio: é esta potencialidade normativa de imprevisibilidade em relação ao meio, a contingência em que ela surge, que nos leva a concluir que a normatividade vital é a potência de criação de novas formas de vida. É, portanto, uma maneira de pensarmos a dinâmica da vida para além do dado, do estático e do modelo mecanizado da normalidade. Ou ainda de pensarmos o processo vital enquanto o primado do valor sobre o fato. A vida não se revela ou condiciona sua existência ao modelo pré-estabelecido das formas possíveis (NEVES, 2019, p.51).

Ainda segundo Neves (2019), se isso não acontece, é dito que essa experiência então foi vivida de maneira patológica. Isso submete a singularidade de cada sujeito, de cada contexto e, portanto, de cada experiência de doença. Singularidade essa pouco pensada e produzida segundo os parâmetros de investigação e intervenção médica. Para Neves (2019)

ainda, a vida significa nada mais que o movimento de plasticidade perante realidades aparentemente impossíveis de serem experimentadas; uma dinâmica de invenção de formas de vida, e não meras reproduções de sistemas essencialmente predicados de viver uma vida.

O filósofo procura deslocar essa visão hegemônica de saúde - doença, pois como foi dito acima, acredita que o reducionismo praticado é antes de tudo, ideológico, pois produz na subjetividade individual e coletiva o almejo, a busca incessante, o desejo por outra vida e a expectativa de uma transformação radical dessa (MASCARO, 2020). Quer dizer, transformação de fato, na perspectiva canguilhemeana, se daria por outras vias, por outro projeto de cura. Cura seria justamente a capacidade de criar e instaurar-se em outra norma (NEVES, 2019).

Mascaro (2020) explicita que para o autor estudado, vida e normal distinguem-se. Normal seria um estado de normalidade perante uma norma determinada. E vida seria simplesmente o ato de normar-se. A doença de alguma forma, faz perder uma certa capacidade normativa, em sua última perspectiva do que seria doença. Na verdade, a doença, para ele, é uma instauração de uma nova norma e não mera ausência de normalidade.

A normatividade, todavia, está presente tanto no sadio, como no doente (CANGUILHEM, 1943/2020). Porque o tempo todo estamos nos adaptando, resistindo e reajustando ao meio, por diversas ordens de resistência, adaptação e ajustamento, inclusive. Então ela faz parte de ambas as situações. Entretanto, na doença a nova norma pode ser provavelmente inferior, em relação ao que se era, e em relação ao saudável, portanto, em última instância, em relação com o meio e suas condições que a estruturam historicamente (CANGUILHEM, 1943/2020).

Dessa forma, o caráter da normatividade depende do contexto. Nas novas concepções do que é saúde e doença, na perspectiva de Canguilhem, seria, pois, saúde a capacidade do sujeito de ultrapassar determinada normativa a ele imposta. Seria então a capacidade de reinventar-se, reerguer-se. Já a doença seria a redução da margem de tolerância em relação ao meio.

Nesse raciocínio ainda, o patológico, mesmo sendo quantitativamente inferior, não deixa de ser normal. E os termos normal/anormal perdem o sentido para mensurar qualquer experiência de doença, atualmente infligida nos mecanismos de experimentação e comprovação daquilo tudo que não passa necessariamente pelo sofrimento humano (MASCARO, 2020).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O campo de atuação da Psicologia compreende o sofrimento humano como biopsicossocial e entender a chave desse conceito é fundamental para as práticas de atuação na área. O sofrimento de um sujeito que possui uma dor ou mal-estar físico decorrente de alguma disfunção bioquímica na biologia do organismo, interfere e contribui na constituição de um sofrimento em sua psique, e por sua vez, interfere na configuração dos laços sociais desse sujeito, assim como a modulação desses mesmos laços interfere no sofrimento psicológico, que pode acarretar a biologia orgânica. Compreender essa dialética é fundamental para a prática e produção de cuidado nas práticas de mediação, escuta e ações pela Psicologia, em consonância com demais outros âmbitos de atuação à Saúde, assim como no diálogo com outras disciplinas diversas.

Assim, é relevante buscar compreender, enquanto profissionais de saúde, a lógica de produção de práticas, discursos e configurações na sociedade, a partir de um mecanismo crítico, para compreender não só os sofrimentos humanos que já se configuram, como aqueles que podem se configurar futuramente. Além disso, inventar novas formas de ação e de pensar é fundamental para quebrar determinadas lógicas produtoras de patologias diversas, assim como fazer do que já existe, outro raciocínio de existência, fazer do possível o impensado, como já diria Neves (2019): modificar a forma de olhar para a realidade para mudar o jeito de sofrer.

Esse trabalho inspira-se no conceito de normatividade vital para não apenas pensar as consequências malélicas a respeito do modelo biomédico predominante ou mesmo os efeitos infundos de um sistema neoliberal criador deste e tantos outros modelos de gestar aspectos da vida humana; mas procura compreender e aprofundar-se até onde for possível na dinâmica desse conceito, em diferentes áreas possíveis na qual a psicologia é (*im*)possível adentrar. É claro que pensar os maus efeitos da lógica biomédica nas tecnologias atuais de cuidado consiste em desejar e insistir que a Medicina, enquanto estratégia biopolítica (DIAS *et al*, 2013) também repense seus raciocínios, assim como um sistema político em toda sua complexidade.

Entretanto para a Psicologia talvez o que sobra é não só e exatamente a tentativa desse diálogo, e muito menos a extinção radical desses efeitos, pois engendrados por forças muitos maiores, e por vezes, desconhecidas dos próprios atores institucionais. Mas sim, através de toda compreensão crítica de uma subjetividade reduzida a um corpo anátomo-fisiológico (DIAS; OLIVEIRA, 2013), de uma medicalização que a cala, a consome e a faz consumir; dos efeitos de um ideal nosológico que abstrai o sujeito para obter a veracidade dos fatos, transformando-o em um corpo de órgãos e tecidos enquanto objeto-coisa, submisso a

mecanismos bioquímicos fardados a normas pré-estabelecidas matematicamente (DIAS; OLIVEIRA, 2013).

Por fim, destacamos que, para além de todos esses entendimentos, a psicologia pode atuar com, através de um discurso outro e modulações práticas outras, produzindo também normas outras do próprio fazer psicológico.

As interrogações que o conceito normatividade vital aqui produz, fazem desse trabalho um motor para continuar produzindo reflexões que buscam maior entendimento, como por que existem afinal formas de ajustamento ao meio tão dolorosas, e se quando assim for, esta seria um tipo de normatividade? Em que momento a dor física sentida por um sujeito, e que este relatando sua dor, pode vir a ser uma medida de patologia canguilhemiana, ou seja, para além das variações quantitativas físico-químicas que a princípio, tal sujeito desconhece? Em outras palavras, um mal-estar físico pode ser tamanho que impossibilita o sujeito de instaurar-se em nova norma? A “entidade natural” da dor em sua concretude, é já afinal um tipo de normatividade, ou esta é um certo empecilho para sê-la produzida, tornando um verdadeiro desafio para sujeitos que a têm? Trazendo outras interrogações de exemplos, que normatividade é possível criar, ou melhor dizendo, de que forma podemos contribuir para sua criação e fortalecimento, em situações de contextos nos quais vivem sujeitos que perderam a consciência e qualquer autonomia, como por exemplo, sujeitos acamados/entubados/com alguma doença cerebral grave, fazendo-o perder a consciência de quem é? Nesse caso, seria possível seus cuidadores, criarem por ele?

Todas essas interrogações também dizem de a necessidade do conceito estudado ser mais bem aprofundado e levado a diversos caminhos e a diferentes campos de atuação, como não apenas hospital e clínica, os primeiros lócus provavelmente a serem lembrados, mas também porque não dentro do âmbito escolar e quaisquer outros lugares institucionalizados que trabalham o sofrimento humano.

Cria-se aqui a necessidade, portanto, de repensar e aprofundar no significado, sentido e efeitos do conceito do filósofo, sendo esse trabalho apenas um início de desejo de uma longa discussão, e se possível, sem fim, já que como foi dito no primeiro parágrafo - as mudanças histórico-sociais mudam de acordo com as mudanças espaço-temporais, configurando os conceitos de saúde/doença, nos quais simbolizamos e operacionalizamos, em diferentes configurações de sofrimento social. Portanto, pensá-los constantemente consiste em repensar constantemente nossa maneira de sofrer, e em alguma instância, nossa ética em relação à Psicologia.

Nesse sentido, podemos dizer, portanto, como uma última reflexão, que a inspiração no principal conceito trabalhado por Canguilhem neste trabalho foi a tentativa de pensar as (*im*)possibilidades de atuar com e na Psicologia, frente a infindas formas possíveis de existir e inventar subjetividades; além de pensar os efeitos nelas quando determinados parâmetros sociais não as tornam tão possíveis quanto como aquelas que são culturalmente esperadas.

Nesse sentido, foi possível perceber o quanto o sofrimento depende da criação de normativas e o quanto ele próprio é esquecido quando se encontra fora delas, principalmente através de instituições técnico científicas que gerenciam os processos de saúde-doença, como por exemplo, quando a doença de um sujeito doente é dissociada de todos os aspectos de existir possíveis de serem engendrados ao sentido e sofrimento ou não sofrimento da mesma doença para a singularidade desse sujeito.

Foi possível também perceber ao fim do trabalho, que o conceito canguilhemiano trouxe algumas interrogações a respeito de sua prática em determinados contextos, trazendo assim, para permanecer na linha de raciocínio do filósofo, o desejo e necessidade de continuar aprofundando-o em vários campos, para descobrir se há limites dentro de uma situação possível, e se há possibilidades dentro de um campo nunca impensado, a não ser pela via do impossível.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T. S. Georges Canguilhem: o historiador das ciências. *In*: Seminário Nacional de História da Ciência e da Tecnologia, 13, 2012, São Paulo. **Anais [...]**. São Paulo: USP, 2012, p. 1-15.

BATISTELLA, C. E. C. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. *In*: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 25-49.

BARROS, J. A. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/4CrdKWzRTnHdwBhHPtjYGWb/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 10 ago. 2021.

DANTAS, J. B. Tecnificação da vida: uma discussão sobre o discurso da medicalização da sociedade. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 21, n 3, p. 563-580, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/fractal/a/FwQmjsZxb8Yz4KdPdNpwQkM/?lang=pt>>. Acesso em: 01 nov. 2021.

DESCARTES, R. **Discurso do método e regras para orientação do espírito**. São Paulo: Martin Claret, 2001.

DIAS, D. N. S.; OLIVEIRA, P. T. R. Qual a relação entre a saúde e a doença? **Revista do NUFEN**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 23-45, 2013. Disponível em: .<
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912013000200003 >.
Acesso em: 15 set. 2021.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade**: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

KOCH, S. R. Asclépio, o deus-herói da cura: seu culto e seus templos. **Revista do Museu de Arqueologia e Etnologia. Suplemento**, [S. l.], n. supl.12, p. 51-55, 2011. DOI: 10.11606/issn.2594-5939.revmaesupl.2011.113567. Disponível em:
<https://www.revistas.usp.br/revmaesupl/article/view/113567> . Acesso em: 12 set. 2021.

LOURENÇO, Luciana de Fátima Leite *et al.* A Historicidade filosófica do Conceito Saúde. **História da Enfermagem: revista eletrônica**, v.3, n.1, p.18-35, 2021. Disponível em: .<
<http://www.here.abennacional.org.br/here/vol3num1artigo2.pdf> >. Acesso em: 15 set. 2021.

MASCARO, A. L. Canguilhem: saúde, doença e norma. **Veritas** (Porto Alegre), v. 65, n. 1, p. 1-15, 2020. Disponível em: .<
<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/veritas/article/view/35902/19669> >. Acesso em: 10 set. 2021.

NASCIMENTO, Marilene Cabral do Nascimento *et al.* A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n. 12, p. 3595-3604, 2013. Disponível em: .<
<https://www.scielo.br/j/csc/a/pc64qpYhDGL9QDZp9DnJWzc/?lang=pt> >. Acesso em: 13 set. 2021.

NEVES, T. I.; PORCARO, L. M.; CURVO, D. R. Saúde é colocar-se em risco: normatividade vital em Georges Canguilhem. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 3, p. 626-637. Disponível em: .<
<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/NK6WVy885ksS9RBr4SWTqsR/abstract/?lang=pt> >.
Acesso em: 12 ago. 2021.

NEVES, T. I. **Dimensões da cura em psicanálise** – Clínica, política e transformação. Editora CRV, Curitiba, 2018.

ROUDINESCO, E. **Filósofos na tormenta**: Canguilhem, Sartre, Foucault, Althusser, Deleuze e Derrida. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar, 2017.

SAFATLE, V. O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem. **Revista Science Studia**, v. 9, n. 1, p. 11-27, 2011. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/ss/a/VfqSSxvQ7WBQyrKKbJwjpWx/?lang=pt>. Acesso em: 15 set. 2021.

SCLIAR, M. **Do Mágico ao Social**: a Trajetória da Saúde Pública. 2. ed. São Paulo, 2005.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007. Disponível em: .<
<https://www.scielo.br/j/physis/a/WNtwLvWQRFbscbzCywV9wGq/?format=pdf&lang=pt> >.
Acesso em: 15 set. 2021.

SILVA, A. C; FERREIRA, J. O que é saúde? **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 47, 2013. Disponível em: .<
<https://www.scielo.br/j/icse/a/rSpTVBHbSfbccJzHXp4fHxK/?lang=pt> >. Acesso em: 29 set. 2021.

TESSER, C. D; LUZ, M. T. Racionalidades Médicas e Integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n 1, p. 195-206, 2008. Disponível em: .<
<https://www.scielo.br/j/csc/a/dXWYqZpL6fwdfdVhGmMLqxQ/?lang=pt#%20> >. Acesso em 01 nov. 2021.

Recebido em 29/07/2022

Aceito em 01/10/2022