



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Paula Gaudenzi

Normal e patológico: leituras contemporâneas

Rio de Janeiro

2014

Paula Gaudenzi

Normal e patológico: leituras contemporâneas



Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor ao Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Jurandir Freire Costa

Rio de Janeiro

2014

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB-C

G266 Gaudenzi, Paula.
Normal e patológico: leituras contemporâneas / Paula Gaudenzi. –
2014.
228 f.

Orientador: Jurandir Freire Costa.
Tese (Doutorado) — Universidade do Estado do Rio de
Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Doença – Teses. 2. Saúde – Teses. 3. Medicina – Filosofia. I.
Costa, Jurandir Freire. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 616-021

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial
desta tese, desde que citada da fonte.

Assinatura

Data

Paula Gaudenzi

Normal e patológico: leituras contemporâneas

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor ao Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Aprovada por em 08 de maio de 2014.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Jurandir Freire Costa (Orientador)
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Francisco Javier Guerrero Ortega (Co-orientador)
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Rafaela Teixeira Zorzanelli
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Benilton Carlos Bezerra Junior
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Octavio Domont de Serpa Junior
Instituto de Psiquiatria - UFRJ

Prof.^a Dra. Erotildes Maria Leal
Faculdade de Medicina (Campus Campos dos Goytacazes) – UFRJ

Rio de Janeiro

2014

AGRADECIMENTOS

O meu maior agradecimento é ao meu orientador Jurandir Freire Costa, pela hospitalidade incondicional, por me acolher dentro do meu próprio espaço. Fui uma privilegiada por vivenciar o que de melhor pode resultar de uma orientação: o fortalecimento dos laços de amizade, o respeito e a troca. O que eu ganhei nestes anos tem um valor muito maior do que qualquer título ou qualquer aprendizado acadêmico formal. Além da orientação precisa e do rigor intelectual, quero te agradecer por me afetar a cada dia, por me fazer testemunhar, em tempos estranhos, o respeito à diferença e à pluralidade de ideias. Em especial, meu agradecimento é por sua honestidade, pelo carinho, pela generosidade e pela paciência. Por alegrar esses lugares tão duros que são a academia e a vida. Sei que ficará feliz em saber que tento transmitir a cada dia a dádiva que recebi tão generosamente. Minha admiração e gratidão eternas.

Algumas pessoas contribuíram com comentários e sugestões valiosas. Agradeço em especial a Lennart Nordenfelt pela troca, pelos textos enviados e pelas leituras indicadas. Por aceitar, de imediato, me receber em sua morada. Também a Elodie Giroux, pelas indicações de leitura e a Karla Chediak por me deixar menos insegura sobre um tema tão complexo. Ao Benilton Bezerra, Francisco Ortega e Octavio Serpa agradeço pelas contribuições no exame de qualificação que tornaram mais claro meu interesse pelo tema.

Algumas pessoas foram fundamentais na reta final. Rafaela Zorzanelli, pela leitura atenta e pelo incentivo nos momentos finais. Agradeço pelo sincero cuidado quando eu mais precisei. Clarice Rios, pela força. Erotildes, Jairo, Clarice, Nuria e Nelson, por aceitarem o convite para participarem da banca.

A meus queridos amigos. Eu nunca quis estar longe de vocês. Agora estou de volta, mais presente do que antes da tese. Citarei apenas alguns, os mais presentes no final. Vocês não participaram dessa minha produção solitária, mas estiveram próximos, cada um à sua maneira, me dando ânimo para continuar. Marisa, Laura, Lê, Dina, Tiago, Michel, But, Fernanda, Ivan, Dani, Mari, Jô, Sane, Fê, Neli, Flavinho, Fê Freitas, Rê e Guete. Ao Fábio, presença fundamental. Agradeço também à Rita, à Vanessa, à Rosane, à Zoe e ao Isidoro, pelo acolhimento. Às famílias Azevedo, Papi e Silveira, pela paciência e pelo carinho. Aos novos parceiros e amigos, Pilar e Marco Aurélio.

Ao Eduardo Losicer, pela escuta.

Aos meus pais, pelo amor.

RESUMO

GAUDENZI, Paula. **Normal e patológico**: leituras contemporâneas. 2014. 231 f. Tese (doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2014.

O objetivo do trabalho é investigar as teses conceituais contemporâneas sobre o normal e o patológico em medicina. Após a célebre tese de Georges Canguilhem sobre o tema e sobretudo a partir da década de 1970, a filosofia da medicina anglo-saxônica ofereceu importantes contribuições para o debate. Analisamos principalmente as teses de Christopher Boorse e Lennart Nordenfelt, autores que compartilham com Canguilhem a convicção de que a análise filosófica pode contribuir para o esclarecimento dos conceitos médicos. O primeiro é apontado na literatura como “naturalista” e o segundo como “normativista”, polarização apresentada na literatura anglo-saxônica contemporânea que reflete o debate sobre a descrição da saúde e da doença como fenômenos naturais ou como estados determinados por valores antropomórficos. Vemos que, para distinguir o normal do patológico, os autores contemporâneos naturalistas fazem uso dos critérios de função biológica e tipo biológico e os autores normativistas falam em função social e tipos ideais. Problematizamos estes conceitos usando o referencial da filosofia da biologia e dos estudos da deficiência, respectivamente, e notamos que as definições propostas pelos filósofos da medicina merecem ser refinadas.

Palavras-chave: Doença. Saúde. Normal. Patológico. Filosofia da medicina.

ABSTRACT

GAUDENZI, Paula. **Normal and pathological:** contemporary readings. 2014. 231 f. Tese (doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2014.

The objective of this dissertation is to investigate contemporary conceptual theories of the normal and the pathological in medicine. After Georges Canguilhem's celebrated text on the theme, Anglo-Saxon philosophy of medicine added important contributions to the debate above all in the 70s. We look foremost at Christopher Boorse and Lennart Nordenfelt's writing. These authors shared Canguilhem's conviction that philosophical analysis can contribute to the clarification of medical concepts. A dichotomy presented in contemporary Anglo-Saxon literature about health and illness as natural phenomena or states determined by anthropomorphic values, divides them between "naturalistic" or "normative." In order to distinguish normal from pathological, contemporary naturalist authors use criteria of biological functioning and biological types. Normative authors speak of social function and ideal types. We question these concepts using the frameworks of philosophy of biology and deficiency studies, respectively, and we conclude that definitions proposed by philosophers of medicine need to be refined.

Keywords: Illness. Health. Normal. Pathological. Medical philosophy.

RÉSUMÉ

GAUDENZI, Paula. **Normal et pathologique: lectures contemporaines**. 2014. 231 f. Tese (doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2014.

L'objectif de la thèse est d'étudier les thèses théoriques contemporaines sur le normal et le pathologique dans la médecine . Après la fameuse thèse de Georges Canguilhem sur le sujet , et en particulier depuis les années 1970, la philosophie de la médecine anglo-saxonne a apporté des contributions importantes au débat . Nous avons analysé, principalement, les thèses de Christopher Boorse et Lennart Nordenfelt, auteurs qui partagent avec Canguilhem la conviction que l'analyse philosophique peut contribuer à la clarification des concepts médicaux . Le premier est pointé dans la littérature comme «naturaliste» et le seconde comme «normativiste», une polarisation présentée dans la littérature anglo-saxonne contemporaine qui reflète le débat sur la description de la santé et de la maladie comme des phénomènes naturels ou comme des états déterminés par des valeurs anthropomorphes. Nous voyons que pour distinguer le normale et le pathologique, les auteurs contemporains naturalistes utilisent les critères de la fonction biologique et du type biologique et les auteurs normativistes parlent de la fonction sociale et des types idéaux . Nous avons problématisé ces concepts en utilisant le cadre de la philosophie de la biologie et des études du handicap, respectivement , et nous avons constaté que les définitions proposées par des philosophes de la médecine méritent d'être raffinées .

Mots-clés: Maladie. Santé. Normal. Pathologique. La philosophie de la médecine.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1 SAÚDE E DOENÇA: A PERSPECTIVA NATURALISTA	19
1.1 O naturalismo em medicina.....	19
1.2 Suportes teóricos do naturalismo.....	22
1.3 Christopher Boorse e a análise cibernética.....	23
1.3.1 <u>Teleologia na teoria de Boorse</u>	38
1.4 Jerome Wakefield e a análise da disfunção [que é] prejudicial.....	45
2 (DIS)FUNÇÃO BIOLÓGICA E (A)TIPIA	60
2.1 Função biológica e normatividade.....	61
2.2 Problemáticas referentes às abordagens etiológica, analítica e estatística da função biológica.....	78
2.2.1 A abordagem etiológica.....	78
2.2.1.1 Sobre a “origem” do traço funcional.....	80
2.2.1.2. Atribuição funcional e seleção natural.....	88
2.2.1.3 Ambiente e desempenho.....	90
2.2.2 <u>Análises sistêmica e estatística</u>	96
2.3 Os fins biológicos.....	108
3 SAÚDE E DOENÇA: A PERSPECTIVA NORMATIVISTA	114
3.1 O normativismo na medicina.....	114
3.1.1 <u>Suportes teóricos do normativismo</u>	116
3.1.2 <u>Lennart Nordenfelt e a teoria do bem-estar</u>	119
3.1.3 Os fins vitais.....	134
3.1.3.1 Felicidade mínima.....	138
3.2 <u>Análise Conceitual e Definição em Saúde</u>	144
3.3 <u>Fulford e a Teoria Reversa da Doença</u>	147
3.3.1. <u>Illness e ação</u>	154
3.3.2 <u>A Illness mental</u>	157
4 DEFICIÊNCIA E NORMATIVIDADE	163
4.1 A deficiência.....	164
4.1.1 <u>Definições de eficiência</u>	168
4.1.2 <u>Os conceitos de deficiência e má saúde na teoria de Nordenfelt</u>	170

4.2	A contribuição dos <i>disability studies</i>	177
4.2.1	<u>Do modelo da tragédia pessoal à crítica social</u>	177
4.2.2	<u>Cuidado e deficiência</u>	184
4.3	Natureza e cultura: o acolhimento do meio	192
4.4	Nordenfelt e Canguilhem: encontros e desencontros	200
4.4.1	<u>Sobre a normatividade</u>	200
4.4.2	<u>Normatividade e terapêutica</u>	203
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	209
	REFERÊNCIAS	218

INTRODUÇÃO

Esta tese tem como objeto os conceitos de saúde e doença. Ela não é sobre um indivíduo ou grupo de indivíduos sofrendo de uma doença, nem tampouco sobre os diagnósticos ou a causalidade dos distúrbios físicos e mentais. Também não se trata de uma tese que propõe uma teoria da doença. As teorias sobre a doença – microbiana, epidemiológica, fisiológica, comportamental e outras – buscam explicar as causas e especificar os mecanismos subjacentes às doenças. Todas, por isso, partem de uma noção de doença que não costumam explicitar. O conceito de doença é apenas o critério usado para identificar o domínio ao qual se aplicam estes termos. Nesta tese, interessa-nos este conceito.

O objetivo do trabalho é de abordar as teses conceituais que buscam clarificar os conceitos genéricos de saúde e doença na tentativa de responder *o que faz de uma condição física ou mental uma doença*. Seria inviável abordar todas elas; por esta razão, elegemos uma via que nos pareceu interessante. Pressupondo que Canguilhem (1995) foi o pioneiro¹ na análise rigorosa dos conceitos de saúde e doença, contribuindo significativamente para a análise de seu estatuto epistemológico, optamos por trabalhar o pensamento dos que compartilham com Canguilhem a convicção de que a análise filosófica pode contribuir para o esclarecimento dos conceitos médicos. Atentos para a crítica de Khushf (2001) de que a extensiva literatura sobre o tópico não costuma ser aprimorada devido à falta de interlocução entre os diferentes autores, pretendemos fazer as teorias abordadas nesta tese dialogarem com o trabalho de Canguilhem. Segundo Khushf, a falta de referência aos estudos precedentes, seja ao trabalho de Canguilhem, seja da extensa literatura anglo-saxônica, levou o debate filosófico sobre os conceitos médicos a recomeçar a cada nova publicação na área, não havendo novas reflexões que ajudem a refinar a discussão.

Trinta anos após a publicação do trabalho seminal de Canguilhem, uma literatura filosófica, principalmente anglo-saxônica, tomou corpo e assumiu o desafio de dar continuidade à problemática concernente à definição dos conceitos de saúde e doença. Teve início uma controvérsia, descrita na maioria das vezes como um debate entre “naturalistas” e “normativistas”. Na origem da polêmica estão as publicações de Christopher Boorse: *On the*

¹ Uma das grandes referências do autor foi Kurt Goldstein (sobretudo o livro *Structure of the Organism*, de 1934), neurologista e psiquiatra alemão, que afirmava que a saúde não podia ser entendida como norma estatística, mas como norma individual, como “adaptação ao meio da pessoa” e que a recuperação não correspondia a um retorno ao estado prévio, mas à ascensão a uma nova norma individual. Ademais, foi de Goldstein que Canguilhem aproveitou a ideia de anomalia como desvio de uma norma supraindividual que difere da *illness* que é referente à individualidade pessoal (GAYON, 1998).

distinction between disease and illness (1975), *What a theory of mental health should be* (1976) e *Health as a theoretical concept* (1977).

O trabalho de Boorse e de outros autores que investigaram o tema do normal e do patológico evidenciam que o aparato conceitual *canguilhemiano* merece ser refinado. Em função disso, apresentamos primeiramente as teorias do americano Christopher Boorse e do sueco Lennart Nordenfelt. Os dois, como afirma Giroux (2011), propuseram as definições de saúde na contemporaneidade mais próximas do projeto de clarificação inaugurado por Canguilhem.

Abordaremos também alguns conceitos utilizados por Jerome Wakefield e Bill Fulford. Estes autores visam “aplicar” as noções de Boorse e Nordenfelt à discussão sobre o transtorno mental, dado que tanto Boorse quanto Nordenfelt aspiram a que suas teorias sejam válidas para a esfera do físico e do mental.

Por fim, trabalharemos as controvérsias relacionadas com a posição dita “naturalista” e com a posição dita “normativista”, a partir dos trabalhos desses autores. Apesar de eles limitarem suas ambições à filosofia da medicina, decidimos problematizar suas teorias cotejando-as aos referenciais de outros campos de saber. Buscamos desse modo evitar as críticas mais comuns a estes autores, já massivamente trabalhadas na literatura, como mostra Khushf (2001). A filosofia da biologia ajudou-nos a problematizar a teoria naturalista e os estudos da deficiência, a perspectiva normativista. Entendemos que a interlocução com outros campos de saber amplia a discussão sobre as fronteiras entre o normal e o patológico.

A principal tese de Boorse é a da existência de conceitos teóricos e objetivos de saúde e doença, que podem ser definidos a partir da noção de “função biológica” (GIROUX, 2012). O autor, dessa forma, defende uma teoria marcada pela descontinuidade em relação ao pensamento de Canguilhem. Este, na renomada tese de doutorado em medicina *Ensaio sobre alguns problemas concernentes ao Normal e ao Patológico*, apresentou uma contundente crítica à concepção científica dominante da doença. Na crítica, batizou tal concepção de “dogma positivista” e afirmou que é impossível oferecer uma concepção objetiva e totalmente científica dos conceitos de saúde/normal e doença/patológico.

Porém, apesar de Boorse se contrapor à ideia de Canguilhem acerca da impossibilidade de uma definição puramente objetiva do fato patológico e ignorar a tese do filósofo francês, omitindo qualquer referência ao mesmo², consideramos que ele contribuiu para o trabalho iniciado por este autor. A contribuição deve-se ao fato de Boorse aproveitar a

² Boorse faz apenas uma referência a Canguilhem em seu artigo *Concepts of Health*, em 1987, quando sua obra já tinha sido traduzida para o inglês há 9 anos.

discussão sobre os conceitos propriamente médicos e também de rediscutir a noção de função em biologia, que exige o debate sobre a normatividade biológica.

Em Canguilhem (1995) a filosofia da medicina é indissociável da filosofia da biologia. O que distingue o fisiológico do patológico não é uma realidade físico-química, como querem os mecanicistas, mas um valor biológico. Para Canguilhem é preciso interessar-se pela vida para entender o que é o normal e o patológico. A noção de *normatividade biológica* assim introduzida expressa uma norma imanente à vida. A vida, diz Canguilhem, é polaridade, é posição *inconsciente* de valor. Sua ideia é a de que o ser vivo não é indiferente ao meio; ele *seleciona, prefere* a vida à morte e a saúde à doença.

Boorse, ao contrário, não reconhece um valor ou uma normatividade biológica dos processos orgânicos. Em vez disso, propõe um conceito naturalista e funcionalista da doença a partir da noção de “norma não normativa”. Dessa maneira, encontra uma justificação conceitual ausente na teoria de Claude Bernard, principal alvo de críticas de Canguilhem (GIROUX, 2011). Note-se, porém, que Boorse não consegue sustentar a ideia de função/disfunção biológica sem o recurso às teorias evolucionistas. Seu conceito de função/disfunção, portanto, se situa entre as duas principais orientações da filosofia da biologia contemporânea: a abordagem “teleológico-etiológica” da função e a abordagem “funcional” ou “analítica” da mesma.

A análise da normatividade biológica nos debates contemporâneos se inscreve, em grande parte, no quadro da discussão epistêmica sobre a “função”. Os filósofos da biologia defendem uma concepção etiológica e normativa da função biológica, fundamentando a normatividade no efeito seletivo, no sentido *darwinista* da seleção. À primeira vista, portanto, aproximam-se da intuição de Canguilhem sobre o vínculo entre evolução biológica e normatividade. A normatividade de Canguilhem, porém, está mais ligada ao organismo individual do que a noção de normatividade defendida pelos filósofos contemporâneos. É uma normatividade, por assim dizer, estendida, dilatada e complexificada no pensamento dos estudiosos atuais.

Precisar em medicina o que seja normatividade biológica ou natural não é tarefa fácil. Igualmente complicado é sustentar a ideia com base na teoria da evolução. Boorse e Wakefield assumem o desafio. Wakefield admite o compromisso de sua teoria com a biologia evolutiva, ao defender o conceito de função biológica pautado da história evolutiva do “traço” e Boorse, embora negue que sua teoria seja pautada na teoria evolutiva, sustenta que os fins vitais de qualquer organismo são a sobrevivência individual e a reprodução da espécie.

O conceito de normatividade da vida de Canguilhem, entretanto, não é apenas um “princípio ontológico”, intrínseco à própria vida. Além disso, é um princípio epistemológico, atribuído à vida pelo ser humano. É, na realidade, um conceito bivalente. O autor apresenta ambas as possibilidades em uma pergunta retórica: “Propomos falar sobre uma normatividade biológica [...] emprestamos assim às normas vitais um conceito humano, ou queremos saber como é que a normatividade essencial se explica à consciência humana, que de certo está em germe na vida?” (CANGUILHEM 1995, p.95-97 *apud* PUTTINI, 2007). Ambas as respostas são verdadeiras. A segunda pergunta, que é o núcleo central da epistemologia de Canguilhem, dá margem à discussão sobre a função/disfunção biológica e a primeira abre espaço para a discussão sobre a função e disfunção humana.

A relação entre a teoria de Nordenfelt e o trabalho de Canguilhem é estreita. Para Nordenfelt, a característica mais pertinente para definir a saúde não é o funcionamento biológico normal, que restringe a vida humana à sobrevivência e à reprodução, mas a *capacidade* ou *habilidade*. O autor situa a definição da saúde em um nível holístico do ser vivo individual aproximando-se da ideia de que o que caracteriza a saúde é a possibilidade de superar a norma que define o normal momentâneo.

Canguilhem substitui as categorias de quantidade e de qualidade por *possibilidade*, *capacidade* ou *poder de ação* (disposição). Nordenfelt, da mesma forma, propõe a relativização do juízo de saúde à experiência vivida do indivíduo. Ademais, assim como Canguilhem, Nordenfelt se orienta segundo uma concepção relacional da saúde que considera o meio como elemento imprescindível para os julgamentos sobre o normal e o patológico. Nesse aspecto, a discussão contemporânea é sobre a relação entre o meio ambiente e o organismo na caracterização de uma condição anômala como patológica.

É interessante notar que autores franceses contemporâneos que abordam o tema do normal e do patológico não se preocupam com a querela semântica implicada no uso ordinário ou técnico das duas palavras. Certos filósofos franceses que foram alunos de Canguilhem, como Anne Fagot Largeault e Claude Debru ³ estudam a história e a filosofia das ciências biomédicas sem a pretensão de oferecer uma definição dos termos básicos da disciplina. É provável que este direcionamento seja resultado do compartilhamento da ideia *canguilhemiana* de que os conceitos de saúde e doença só têm sentido ao nível do organismo, da totalidade individual.

³ Ver *Médecine et philosophie*, de Anne Fagot Largeault e *Science et non-science*, de Claude Debru.

Assim, são os anglo-saxões que dão continuidade ao trabalho de definir os conceitos. A diferença de estilo filosófico torna difícil identificar semelhanças e eixos de encontro dos autores no que se refere ao debate sobre o normal e o patológico. Mas a busca de *definição* dos conceitos médicos em todos eles nos deixa pistas.

Giroux (2012) nota importantes diferenças entre o trabalho de Canguilhem e os anglo-saxões. Em primeiro lugar, os contextos médico e sociopolítico mudaram significativamente. A partir dos anos 1960 importantes movimentos fragilizaram as bases supostamente sólidas da teoria médica. Críticas contundentes à medicina e ao processo de medicalização foram levantadas por autores como Michel Foucault, Ivan Illich, Irvin Zola e Peter Conrad. Por outro lado, o movimento antipsiquiátrico liderado por Thomas Szasz e Ronald Laing interrogava o conceito médico da doença mental e sua pretensa condição natural e objetiva. Portanto, as análises sócio-históricas e antropológicas evidenciaram a relatividade cultural e social das categorias de saúde e doença, além do seu uso político e ideológico. Em segundo lugar, a transição epidemiológica marcada pelo predomínio das doenças crônicas e assintomáticas e o consequente investimento na medicina preventiva e no “tratamento” dos fatores de risco tornou ainda mais nebulosas as fronteiras entre o normal e o patológico e incerto o domínio da medicina. Na atualidade medicina terapêutica e medicina do aprimoramento parecem se confundir.

Em terceiro lugar, outra grande diferença do debate entre o normal e o patológico proposto por Canguilhem e pelos anglo-saxões reside no estilo filosófico. Enquanto o primeiro segue o “estilo francês” em filosofia das ciências, que é marcadamente histórico e crítico, o segundo, de forma geral, segue o empirismo lógico ou, mais genericamente, o modo de argumentação da filosofia analítica. Por último, enquanto Canguilhem não distingue o domínio da filosofia da medicina do domínio da filosofia da biologia, os filósofos contemporâneos tendem a separar os dois campos de análise (GIROUX, 2012).

Como exemplo da diferença entre a *démarche* de Canguilhem, vemos que ele faz uso da noção de *anomalía* com o intuito de diferenciá-la da noção de *anormalidade*, distinção esta que continua pertinente. Para o autor, na grade histórico-crítica, a hipostesia do fato individual em relação à abstração que separa a doença do sujeito das leis ou tendências da espécie biológica se faz presente na análise. Canguilhem enfatiza que nem toda anomalia é patológica. A anomalia pode transformar-se em doença, mas não é em si mesma uma doença e assim Canguilhem aponta para a variabilidade dos organismos.

Em contrapartida, os autores contemporâneos dispensam essa distinção e fazem uso dos critérios da *disfunção* e da *atipia* para diferenciar o patológico do normal. Os naturalistas falam em função *biológica* e tipo *biológico*; os normativistas em função *social* e tipo *ideais*. Veremos, porém, que a validade desses critérios, isto é, a adequação dos conceitos de função e de tipo à análise das noções de doença e saúde é altamente questionável. A noção de função biológica pressupõe uma concepção teleológica dos organismos incongruente com a ideia de seleção natural. O típico e o atípico, por outro lado, são termos da linguagem ordinária e não da linguagem científica. A tipicidade não é uma norma biológica, pois na natureza, a variação é o “típico” e a constância, o atípico.

A concepção normativista, da mesma forma, não está isenta de críticas. Problematisa-se quem tem autoridade para afirmar que uma forma de vida atípica é uma doença ou uma diferença, um estilo de vida. Em alguns casos, o projeto de vida individual é incompatível com os projetos que determinada cultura considera legítimos. Questiona-se também se é possível considerar uma pessoa saudável quando realiza seus projetos individuais através de meios não usuais, sobretudo quando depende de outras pessoas. Pautada na noção de “tipo ideal”, a concepção normativista é claramente aberta a inúmeros questionamentos.

É imprescindível pontuar que a oposição entre “naturalismo” e “normativismo” aqui apresentada está de acordo com a distinção mais expressiva trazida pela literatura anglo-saxônica contemporânea. O principal debate gira em torno da descrição da saúde e da doença como fenômenos naturais ou como estados determinados por valores antropomórficos. Grosso modo, os naturalistas defendem a primeira assertiva e os normativistas, a segunda. Porém, a distinção é simplista, por desconsiderar as diversas escolas interessadas no debate. Além das categorias “normativista” e “naturalista”, outras como “realista”, “nominalista”, “ontológica” e “fisiológica” foram usadas para classificar os conceitos de doença, refletindo a complexidade do debate e do conceito. Ademais, vários sentidos de “norma” – epistêmica, axiológica, social, natural – e diversos tipos de valores – objetivo ou subjetivo, social, moral, estético, cultural, natural – são pressupostos nas diferentes teorias (GIROUX, 2012) e faz-se necessário distingui-los, sem obrigatoriamente separá-los, para uma melhor compreensão do sentido de doença defendido pelos autores.

Apesar de identificarmos que os autores trabalhados nesta tese não se enquadram completamente na polarização proposta, manteremos a distinção normativismo/naturalismo como artefato heurístico destinado a identificar os principais fundamentos utilizados pelos

defensores dessas abordagens e a analisar o lugar das normas e valores nos conceitos de saúde e doença.

Identificamos que o debate se estrutura, sobretudo em relação à prioridade dada aos componentes biológicos ou práticos na concepção de doença. Christopher Boorse e Jerome Wakefield defendem a prioridade lógica do componente biológico ou da fisiologia sobre o componente prático, clínico ou experiencial na definição da doença. Estes denominamos naturalistas. Os normativistas – Nordenfelt e Fulford – mostram que a dimensão prática é anterior à teórica, e que a valoração da condição precede sua conceitualização como doença. Neste sentido, os naturalistas distanciam-se e os normativistas aproximam-se da perspectiva *canguilhemiana*. Para Canguilhem a negatividade da doença para o indivíduo, isto é, a experiência vivida de mal-estar é prioritária na experiência do normal e do patológico. O objeto de excelência da patologia, diz o autor, é o *pathos*, o sentimento direto e concreto de sofrimento, de impotência, de vida contrariada (CANGUILHEM, 1995). Assim, o estado patológico é primeiramente identificado pelo sujeito que sofre e apenas posteriormente torna-se objeto da medicina.

Se fossemos situar a tese de Canguilhem na polarização proposta pelos anglo-saxões teríamos dificuldade. À primeira vista, ela parece se aproximar da abordagem normativista, pois o autor afirma que os conceitos de saúde e doença são intrinsecamente normativos. Porém, por fundar a normatividade na filosofia do vivente e em uma normatividade natural ou biológica, identificamos um expressivo caráter naturalista na teoria de Canguilhem. Podemos dizer, com Lefève (2007), que o autor defende um naturalismo não reducionista e notamos que a teoria de Canguilhem escapa à polarização proposta pelos anglo-saxões.

1 SAÚDE E DOENÇA: A PERSPECTIVA NATURALISTA

1.1 O naturalismo em medicina

O debate filosófico sobre os conceitos de saúde e doença no campo médico se dá, sobretudo entre normativistas e naturalistas, sendo o naturalismo a corrente dominante (ADRIAENS & BLOCK, 2011). A abordagem naturalista em medicina – também chamada de empirista, objetivista ou positivista (RUSE, 1997) – sustenta a existência de um fundamento racional, valorativamente neutro para se falar em saúde e doença. Diferenciando-se, assim, dos normativistas que afirmam que uma explicação satisfatória da saúde é intrinsecamente carregada de valores e, portanto, contextual. A meta dos naturalistas é mostrar que a distinção entre o normal e o patológico não é inventada, mas factual, seguindo a tradição objetivista da explicação da doença e da normalidade.

Os naturalistas se escoram no ideário da ciência moderna e buscam um estado da natureza que possa justificar as normas – e os desvios – do organismo vivo. Buscam, desta forma, um princípio universal e atemporal livre das influências da cultura, das práticas sociais e das tendências ideológicas, sendo, portanto, independente das contradições de nossas descrições do mundo.

Os teóricos naturalistas não duvidam da existência de um critério *objetivo* para o diagnóstico médico de doença. Os possíveis desentendimentos referem-se a quais critérios ou classificação nosográfica – DSM ou CID⁴, por exemplo – determinam a verdade ou falsidade dos julgamentos sobre a condição patológica. Não se problematiza, entretanto, a própria existência de critérios *válidos objetivamente*.⁵

O intuito dos naturalistas é evitar qualquer confusão “conceitual” relativa ao conceito de doença, pois entendem que controvérsias nesse nível são indicativas de teorias sem validade científica. O impasse, porém, está na forma como se poderia evitar tal confusão. Os naturalistas acreditam que ela pode ser evitada pelo uso cuidadoso da ciência. Daí a diferença

⁴ DSM: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* / CID: Classificação Internacional de Doenças.

⁵ De forma geral, os naturalistas defendem uma separação radical entre *fato* e *valor*. A doença definida objetivamente é, portanto, um *fato*. A abordagem naturalista, embora não desconsidere a presença de valores, afirma que eles são incorporados apenas posteriormente, na prática médica (RUSE, 1997).

capital entre eles e os normativistas. Para os segundos, a divergência sobre a legitimidade diagnóstica é inevitável, pois depende da moral compartilhada.

Tipicamente, os naturalistas fundamentam a abordagem da doença e da saúde nas “ciências duras” – biologia, química e física – e evitam o saber das “ciências leves” como a história, a sociologia, a psicologia e a ciência política. A escolha vem do entendimento de que as primeiras são mais *objetivas* e menos sujeitas a influências culturais e ideológicas. Supostamente, as ciências duras dependeriam exclusivamente de valores epistêmicos como *verdade*, *acurácia*, *coerência* e *simplicidade*, enquanto as ciências leves dependeriam de valores morais, sempre vulneráveis à revisão.⁶

Entender o sentido de objetividade no naturalismo é fundamental, pois nele se baseia a suposta superioridade epistêmica dessa teoria em relação ao normativismo. No livro *The Construction of Social Reality*, John Searle (1995) faz uma distinção entre as noções de objetividade e subjetividade, útil para elucidar o debate, sobretudo porque os naturalistas costumam recorrer a essa distinção para embasar suas teorias.

Searle propõe dois sentidos da distinção entre *objetivo* e *subjetivo*: o *epistêmico* e o *ontológico*. No epistêmico, objetivo e subjetivo são predicados de julgamentos. Isto é, o que distingue os dois tipos de julgamentos é se a verdade ou falsidade de cada um depende ou independe de nossas atitudes, sentimentos e pontos de vista. Exemplos de julgamentos objetivos são: “O ouro derrete aos 1948 graus Fahrenheit” ou “Rembrandt viveu em Amsterdam no ano de 1632”. Nestes casos, a verdade do julgamento independe das crenças individuais, das atitudes e dos sentimentos do observador. Ao contrário, a assertiva “Rembrandt é um artista melhor que Rubens” é um julgamento subjetivo, diz Searle. A verdade ou falsidade desse julgamento estético não pode ser avaliada objetivamente, pois depende do ponto de vista do sujeito.

No sentido ontológico, por sua vez, objetivo e subjetivo são tipos de entidades que correspondem a diversos modos de existência. O que os distingue é a existência dependente ou independente de nossa representação. Neste sentido, um pedaço de ouro é uma entidade ontologicamente objetiva enquanto a dor é uma entidade ontologicamente subjetiva. Segundo Searle, o modo de existência do pedaço de ouro é independente de qualquer representação do observador, enquanto o modo de existência da dor depende de ser sentida por um sujeito, ou seja, a dor é uma experiência subjetiva. As coisas do mundo que existem independentemente

⁶ A ideia de que as ciências duras são livres de valor e independentes da cultura não é isenta de controvérsias, assim como os valores epistêmicos citados não o são. Não abordaremos o tema nesta tese, mas para maiores esclarecimentos, ver Stempsey (1999).

de nossas descrições – um pedaço de madeira, por exemplo, – Searle denomina de propriedades *intrínsecas* do mundo, enquanto aquelas que dependem do observador – uma chave de fenda – são, para o autor, características relativas à intencionalidade do observador (GUERRERO, 2011).⁷

Os sentidos *epistêmico* e *ontológico*, para Searle, fundamentam o pensamento naturalista em matéria de saúde e doença, e estabelecem as bases para a diferença entre naturalismo e normativismo (GUERRERO, 2011). Compreender o estado de saúde como função de um fato ontologicamente subjetivo é fazer da doença algo que só existe na presença de seres humanos, suas crenças, atitudes e sentimentos. Ou seja, nessa abordagem, a saúde é um evento dependente da experiência subjetiva, de normas e valores morais.

O naturalismo, ao contrário, aborda a saúde e a doença sem fazer referência a *fatos ontológicos* e *julgamentos epistêmicos subjetivos*. O julgamento sobre a doença, portanto, seria ou deveria ser objetivamente falso ou verdadeiro, no sentido de Searle.⁸

Partindo da noção de objetividade ontológica de Searle, os naturalistas afirmam que os julgamentos sobre a saúde são epistemicamente *objetivos*. Mas quais seriam os reais fundamentos teóricos livres de valor que forneceriam os pilares irremovíveis dos conceitos de saúde e de doença? Isto é, em que se apoiam os naturalistas para afirmar o caráter objetivo do estado normal?

De fato, na especulação médica clássica, a saúde é concebida como um estado do corpo que está em harmonia com a Natureza. Assim era para Aristóteles e Galeno que afirmavam a teoria dos quatro elementos – terra, ar, fogo e água –. A saúde era um balanço adequado entre

⁷É importante notar, porém, que diversos autores abordam os conceitos de saúde e a doença a partir de um naturalismo “*soft*”, propondo abordagens híbridas mais refinadas. Estes autores mostram que há formas de abordar o contraste entre *objetivo* e *subjetivo* que não se limitam à dicotomização dessas duas noções. Tal refinamento possibilita que outras versões tanto do naturalismo como do normativismo sejam possíveis. Segundo Méthot (2009), é o caso do trabalho do filósofo Georges Canguilhem, o qual despolariza o debate entre normativistas e naturalistas. Guerrero (2011), por seu turno, propõe que o contraste entre objetivo e subjetivo não se limita aos sentidos ontológico e epistêmico, incluindo o sentido semântico ao mesmo. O autor coloca em questão a possibilidade de as proposições em algum domínio do discurso (física, psicologia, ética etc.) serem avaliadas em termos de verdade ou falsidade e também problematiza a existência de valores ou normas objetivas afirmando que, caso existam, não podem ser demonstradas objetivamente. Defende uma posição antirrealista à moda de Moore, Hare, Mackie e outros.

⁸ O realismo ingênuo de Searle, isto é, a crença na existência de um mundo real independente dos seres humanos, de nossas representações, paradigmas ou esquemas conceituais é criticada por autores como Richard Rorty e Jacques Derrida. Rorty questiona essa abordagem a partir do ataque à “teoria da verdade como correspondência”. Este autor não nega a independência causal das coisas, mas a independência representacional, afirmando que não há como falar da realidade para além das relações descritivas que temos com ela. Nega, portanto, o conceito de realidade objetiva e duvida da utilidade de qualquer teoria da verdade nessa acepção. Para Rorty, verdadeiro é apenas um termo de recomendação que usamos para elogiar as crenças que pensamos como boas de acreditar, tratando a verdade em termos semânticos. Para o autor, a verdade é produzida e não descoberta. Para um aprofundamento do tema, ver: Ghiraldelli (1999).

os quatro no organismo humano (PORTER, 1997). Na tradição Galenica, dizer que nosso corpo está “de acordo com a natureza” é fazer referência, ao mesmo tempo, *àquilo que prevalece e àquilo que é desejado*.

Apesar de essa concepção ter sido superada, vemos resquícios da ideia de um estado natural ou normal nos organismos vivos surgirem como premissa da concepção naturalista da saúde humana. A doença, nesta perspectiva, é o desvio de normas naturais (NORDENFELT, 1995) e não um artefato cultural.

1.2 Suportes teóricos do naturalismo

Grande parte das abordagens naturalistas contemporâneas toma o conceito de *função natural* como garantia da objetividade do conceito de doença. Dois aspectos deste conceito – a *bioestatística* e o *selecionismo* – são relidos pelo naturalismo de modo a apoiar a tese da atipia como sinônimo compulsório de doença. A abordagem estatística sustenta que a *anormalidade* é definida pelo desvio estatístico que torna certo indivíduo ou item biológico portador de uma desvantagem (VARGA, 2011). No selecionismo, o estado saudável é aquele que está de acordo com o *funcionamento próprio* da espécie *Homo sapiens*. A doença (*disease*), portanto, é a interferência daninha na função própria, ou seja, uma *disfunção* biológica. O comprometimento com a teoria evolucionista, nesta tese, é claro (RUSE, 1997).

Boorse (1975, 1976, 1977, 1997, 2009, 2011), Caplan (1981), Flew (1978), Kendell (1975; 1986), Klein (1978), Macklin (1981), Moore (1978) Spitzer e Endicott (1978), Wakefield (1992, 1999, 2000, 2011) e Reznick (1987) são alguns autores contemporâneos que buscam a descrição objetiva da doença mediante o recurso à natureza e às noções de *função* e *disfunção*. Além disso, as teorias dos três últimos são consideradas por muitos estudiosos como abordagens híbridas, pois combinam elementos normativos e naturalistas na caracterização da saúde e da doença (WAKEFIELD, 1997, ERESHEFSKY, 2009, VARGA, 2011).

Para elucidar a *démarche* do naturalismo, escolhemos as teses de dois desses autores: Christopher Boorse e Jerome Wakefield. A tese de Boorse foi escolhida por duas razões. A primeira reside no fato de ele ser o mais influente teórico naturalista em matéria de saúde e doença (AMUNDSON, 2000, ERESHEFSKY, 2009, KOVACS, 1998). O segundo motivo é que o autor se diferencia de outros proponentes da abordagem estatística da normalidade médica ao sugerir uma teoria mais complexa e refinada, cujo conceito fundamental é o de

funcionamento biológico. Wakefield, por sua vez, é um dos principais teóricos “naturalistas” em psiquiatria na atualidade, além de ser um dos autores que mais se debruçou sobre o conceito de transtorno mental nos últimos anos, razão pela qual foi amplamente utilizado nas preparações das novas edições do DSM e CID (BOLTON, 2007), Wakefield define, assim como Boorse, a *disfunção* não como uma ruptura radical, mas como um desvio graduado.

Para ambos, os conceitos de função e disfunção são centrais para a compreensão científica do transtorno ou doença, já que a doença é compreendida como um desvio da norma *biológica* (DE BLOCK AND ADRIENS, 2011 – cap.1). Porém, enquanto para Boorse a *disfunção* é sobretudo uma variação da norma estatística, Wakefield invoca o *design* evolucionista e analisa a disfunção em relação ao desempenho ideal dos mecanismos internos do organismo. Este autor considera que os processos mentais, uma vez que têm papéis “espécie-típicos” importantes na sobrevivência e reprodução, são naturalmente selecionados e têm funções naturais.

Os autores buscam elucidar o que seria o suporte biológico-natural do transtorno sem se restringir ao vocabulário das ciências físicas. Nos processos orgânicos, dizem eles, vemos um comportamento que difere das leis físico-químicas, o comportamento teleológico: embora sem conotação metafísica. A finalidade explicaria a “função própria” e a “disfunção” a partir da compreensão de que haveria uma função teleologicamente apropriada – um modo típico, teleologicamente normal, de o nosso organismo existir – tornando a disfunção uma doença.

1.3 Christopher Boorse e a análise cibernética

Christopher Boorse, filósofo americano, é professor da *University of Delaware*, onde leciona os cursos de filosofia da biologia e filosofia da medicina. Conhecido, sobretudo por sua Teoria Bioestatística da Saúde (TBS)⁹, criada nos anos 1970, é o representante mais influente do que poderíamos chamar de Modelo Científico da Saúde, ou visão naturalista da doença na contemporaneidade.

O intuito de Boorse é o de formular uma teoria que capture a forma como os médicos usam os termos “saúde” e “doença”¹⁰. Ele acredita que pela análise conceitual pode oferecer

⁹ O nome “Teoria bioestatística da saúde” foi cunhado por Nordenfelt (1987) para se referir à teoria naturalista de Boorse, e foi assimilado por Boorse para enfatizar que sua análise repousa sobre os conceitos de função biológica e normalidade estatística.

¹⁰ Boorse (1997) “captura” este uso através da análise dos manuais classificatórios e dos livros de patologia.

uma teoria descritiva da doença que seja adequada à linguagem dos médicos. Para Giroux (2011), ao falar em descritivismo como naturalismo, Boorse segue a trajetória analítica que tenta, à maneira de Rudolf Carnap¹¹, mostrar a superioridade lógica da linguagem científica em relação à linguagem ordinária, usando a filosofia como instrumento para este fim. Trata-se, diz Giroux, de obter um vocabulário que permita explicar com precisão o que os cientistas querem dizer quando falam, permitindo que confusões e erros sejam modificados quando necessário.

Boorse iniciou seus estudos sobre os conceitos de saúde e doença preocupado principalmente com o que chamou de virada psiquiátrica, um tipo de imperialismo conceitual em que os conceitos de saúde e doença poderiam ou deveriam substituir nossas ideias de bem e mal (MOORE, 1985). Ora, para Boorse (1975), é justamente no campo da saúde mental que aparecem de forma mais clara as grandes controvérsias e os desentendimentos sobre o conceito de saúde. Em função disso, o propósito inicial do autor em definir de modo valorativamente independente o normal e o patológico se conecta diretamente com o “problema” das doenças mentais (BOORSE, 1997, FULFORD, 2001). Sua maior preocupação é se opor às correntes, sobretudo do campo crítico da psiquiatria, que misturam crenças pessoais aos dados empíricos da prática médica. Desde os anos de 1960, as controvérsias a este respeito foram centradas no contraste entre normas que seriam médicas ou naturais e normas sociais (BOLTON, 2008).¹²

A concepção de doença mental como um simples desvio social ganha força nas décadas de 1960 e 1970.¹³ Neste contexto, a ideia de que a doença mental adviria de uma falha no *funcionamento* natural da mente vem se opor à corrente crítica. A indeterminação dos conceitos de saúde e doença evidencia para os naturalistas uma falta de objetividade na definição conceitual dos termos que deve ser corrigida e não a relativização cultural das doenças. Portanto, na tentativa de evitar o relativismo no campo da saúde/doença e com isso se aproximar de noções supostamente objetivas e científicas, Boorse (1975, 1976) buscou

¹¹ Rudolf Carnap foi um grande filósofo alemão que defendia o positivismo lógico, sendo um dos principais membros do Círculo de Viena. Seu interesse central era a unidade da ciência e o delineamento correto do método científico. Visava, sobretudo, a análise da estrutura das teorias e da linguagem científica (BLACKBURN, 1994).

¹² Segundo Fulford (2001), Boorse tratou menos das doenças mentais em seus estudos posteriores porque as críticas à sua teoria, assim como o trabalho filosófico sobre saúde e doença se deram, sobretudo, sobre as doenças físicas.

¹³ Enquanto alguns autores como Kendell (1975) e Martin Roth (1976) afirmam veementemente a existência das doenças mentais, outros como Thomas Szasz (1960), Ronald D. Laing (1967) e David Cooper (1967) – representantes do movimento antipsiquiátrico – defendem que a doença mental não passa de um mito.

revalorizar o conceito de *disfunção biológica*, afirmando que é possível caracterizar a doença de forma axiologicamente neutra pela análise das funções biológicas.¹⁴

Em seus termos, “a TBS afirma que toda doença genuína deve envolver uma disfunção biológica, na visão ampla da biologia como incluindo a psicologia” (BOORSE, 1997, p.98). Boorse (1997) apoia a ideia moderna de que a saúde é a conformidade com a organização funcional interna típica dos membros de determinada espécie. O objeto da fisiologia são os processos funcionais hierárquicos de organelas, células, tecidos, órgãos e comportamentos, por meio dos quais organismos de uma espécie mantêm e renovam suas vidas, e a patologia é a perturbação da função em algum nível desta hierarquia.

A objeção de fundo à teoria de Boorse consiste precisamente em sustentar que é ilusório definir um disfuncionamento sem recorrer a um juízo de valor. Porém, o naturalismo de Boorse pode ser entendido em dois outros sentidos: (1) sua teoria sobre a doença visa explicitar a intuição segundo a qual o *normal* é o *natural* e (2) sua intenção é metodológica, ou seja, faz uma análise conceitual com intenção descritiva. O autor propõe uma explicação atual para a ideia antiga de que o normal é o natural, quando indica que a saúde é a conformidade com o *design* da espécie, e busca *descobrir* como é feita a distinção entre o normal e o patológico na medicina ocidental, confiando na possibilidade de descobrir o sentido teórico da saúde a partir do método das ciências naturais (GIROUX, 2011; NORDENFELT, 2001).

Dessa forma, apesar de se denominar naturalista pelo fato de propor uma descrição da doença isenta de valor, Boorse mostra-se simpático ao sentido amplo do naturalismo ao defender a concepção de *normalidade* na qual as doenças são vistas como interferências no *design* da espécie, interferências empiricamente testáveis pelos métodos característicos das ciências naturais.

Dessa forma, o naturalismo de Boorse tem como pano de fundo epistemológico a ideia de que a natureza tem como ensinar o que ela é sem precisar da mediação de valores lógicos ou éticos. Aquilo que classificamos como saúde, doença, desvio, norma, normal e anormal tem como fundamento a própria natureza do organismo, sendo, portanto autoevidentes. Uma definição rigorosa, baseada na natureza, permite, segundo ele, distinguir o que é o seminal objeto da medicina (enfermidade) da medicina de melhoramento ou promoção da saúde – circuncisão, cirurgia estética, aborto etc. – que são práticas médicas “periféricas”(BOORSE,

¹⁴Não são poucos os autores que utilizam o conceito de disfunção em suas teorias sobre a doença. Como refere Wakefield (1992), este conceito – a disfunção orgânica – está por trás das teorias de diferentes autores, muitos deles com abordagens bastante diferentes umas das outras. Além de Boorse e Wakefield, é o caso das teorias de Caplan, Flew, Kendell, Klein (WAKEFIELD, 1992).

1997). Boorse acredita também, como outros naturalistas, que as distorções ideológicas na definição de doença – como, por exemplo, julgar homossexuais como doentes – podem ser evitadas através do uso cuidadoso da ciência. Para o autor, essas controvérsias ocorrem sobretudo no campo da saúde mental, mas poderiam ser dirimidas a partir do entendimento de que uma noção legítima de doença mental é análoga à concepção estabelecida para as doenças físicas (BOORSE, 1977).

O autor refina o argumento e diz que não podemos ter acesso direto à natureza pela visibilidade. No entanto, para efeito do que ele quer mostrar, a estatística oferece base sólida para se dizer o que é o normal e o que é o desvio. Dessa forma, o critério objetivo utilizado por Boorse para manter a distinção entre saúde e doença é a *normalidade funcional estatística*. A doença é o funcionamento biológico estatisticamente subnormal em relação à espécie. As partes funcionais que não se desviarem significativamente da média estatística típica da espécie podem ser consideradas normais, enquanto as que se desviarem expressivamente podem ser consideradas não saudáveis ou doentes (BOORSE, 1997). A originalidade do conceito de doença de Boorse está em articular a fisiologia, isto é, um conceito não normativo de função biológica, à normalidade estatística, um conceito sem dúvida valorativo.

Boorse não nega que os termos saúde e doença estejam marcados por características valorativas. Médicos e psicoterapeutas são, para o autor, profissionais engajados em julgamentos práticos sobre como certas pessoas devem ser tratadas. Além disso, reconhece a importância da sensação de dor e/ou de sofrimento que acompanha a doença, na medicina prática. Porém, a seu ver, o quociente normativo na definição de saúde e doença se restringe à *illness*, cuja normatividade se reflete nas instituições de prática médica e que, diferentemente da *disease*, é afetada pelo contexto.

Portanto, para Boorse (1975, 1977), haveria dois sentidos de “saúde”: um teórico, *adisease*, e um prático, indissociável de um componente moral, que seria *ailness*. O funcionamento biológico e a disfunção fundamentariam a noção necessária para a teoria médica, que concerne ao patologista, enquanto a enfermidade seria relevante para a prática clínica. Para Boorse (1997), apenas o conceito prático é axiológico e entende que o equívoco em considerar a saúde como um conceito essencialmente valorativo é explicado pela confusão entre os sentidos teórico –*disease*– e prático –*illness*– da doença.

O autor acredita que tanto no que se refere às condições físicas como às condições mentais a *illness* seria o termo mais marcado por características valorativas, enquanto os

termos *disease* e “disfunção” seriam os que menos apresentariam conotação valorativa. Chamar uma *disease* de *illness*, diz, é considerar a condição como indesejada pelo portador e considerá-lo merecedor de um cuidado especial e passível de menor responsabilidade moral. A diferença, desse modo, é apreendida como diferença de severidade. Falar em *illness*, para Boorse (1977), é falar em casos em que o transtorno é tão significativo que o paciente sente seus efeitos.¹⁵

O fundamental para nossos fins é que Boorse afirma a *disease* como o conceito primário, o conceito cientificamente estabelecido, e *illness* o conceito subjetivo derivado. Esta é uma diferença marcante entre os naturalistas e os normativistas. Os naturalistas concebem a prioridade lógica do fisiológico sobre o patológico e da fisiopatologia sobre a clínica. A defesa da prioridade lógica da fisiologia sobre a clínica ou do conceito teórico sobre o conceito prático de doença aproxima Boorse de Claude Bernard¹⁶ (GIROUX, 2011). Para Bernard, as normas fisiológicas podem ser determinadas experimentalmente e o patológico pode ser inferido delas quantitativamente.

É precisamente a dedução do patológico do fisiológico e a subordinação da clínica à fisiopatologia, o objeto de críticas de Canguilhem ao naturalismo. O autor indica que, preocupados em fazer da medicina uma “ciência propriamente dita”, os naturalistas caem em um excessivo reducionismo, pois recusam a necessária negatividade da doença para o indivíduo, isto é, a experiência vivida de sofrimento e impotência, que é o objeto por excelência da “*pathos* – logia”.

A tese de Boorse vai de encontro a isso. Para ele, por trás do quadro conceitual da medicina prática há um quadro teórico autônomo, uma doutrina sobre a natureza do corpo capaz de revelar com segurança o que é o funcionamento saudável e de classificar os desvios desse funcionamento como doenças. Sob esse prisma, Boorse se alia à concepção da medicina moderna de que o conhecimento sobre a natureza da saúde e da doença seria abstrato, geral, universal e que é absolutamente diferente do conhecimento sobre a experiência subjetiva do adoecimento e do sofrimento (NORDENFELT, 2001). Para Boorse o *corpus* teórico médico, em continuidade com a teoria da biologia e outras ciências naturais, é livre de valor.

¹⁵ O autor faz um paralelo entre inteligência e *disease* e entre *illness* e estupidez dizendo que nem sempre a presunção de que ser inteligente é desejável é verdadeira e que quando não o for, a falta da mesma não será chamada de estupidez. Da mesma forma, afirma que nem sempre uma doença é indesejável. É o caso de contrair rubéola intencionalmente (BOORSE, 1975).

¹⁶ Claude Bernard, médico francês do século XVIII, criador da definição fisiológica e experimental da doença.

Em outras palavras, a *patologia*, isto é, as mudanças estruturais nos tecidos do corpo subjacentes aos sinais e sintomas, é sinônimo de doença (BOORSE, 1977). Porém, é interessante notar que, ao longo do trabalho, o autor substitui os termos saúde e doença por *normal* e *patológico*, e prefere a noção de *patológico* à de *patologia* porque esta designa as lesões concretas dos tecidos, enquanto *patológico* inclui os transtornos funcionais dos quais não necessariamente conhecemos a contrapartida anatômica (GIROUX, 2011).¹⁷ Boorse desenvolve então a Teoria Bioestatística da Saúde pautada na noção de *função* e *disfunção* com o intuito de determinar de forma segura e válida a distinção entre o que seria normal e o que seria patológico no nível conceitual.

Preocupado em definir os limites precisos entre normalidade e anormalidade afirma que a dificuldade de diferenciar esses conceitos é resultado de um equívoco oriundo da “teoria positiva da saúde”. Essa, teoriza (BOORSE, 1977), pressupõe que os profissionais de saúde devem ajudar o indivíduo a alcançar seu máximo potencial humano ou “excelência funcional”, e confunde a saúde com a felicidade. Mas, diz o autor, a falha do indivíduo em desenvolver sua capacidade máxima não é, em geral, doença.

Há três concepções de saúde positiva como excelência funcional. A primeira é a “visão do potencial individual”, a qual defende que a saúde ideal é alcançada desenvolvendo ao máximo as capacidades funcionais individuais. Nesta concepção, a saúde ideal não é, por exemplo, o alcance de níveis extraordinários ou olímpicos referentes à força, resistência e coordenação, mas apenas os níveis mais altos que o dom natural de cada indivíduo permite. Portanto, esta visão permite que a saúde ideal seja observada individualmente, permitindo que se pense o tratamento também individualmente.

Boorse (1977) discorda desta visão como candidata à concepção geral da saúde, pois argumenta que as capacidades individuais podem ser limitadas por uma doença de nascença, como a cegueira e o retardo mental, casos em que o desenvolvimento da capacidade máxima do indivíduo é inferior ao aceitável como ausência de doença. Este posicionamento de Boorse reflete a intransigência do autor em relação à problematização do estatuto de doença de condições desse tipo.

A segunda visão é a da “potência da espécie”, a qual sustenta que qualquer diferença na habilidade funcional típica da espécie é uma diferença de saúde. Assim, os atletas seriam nossos melhores modelos da saúde física, não por terem maximizado seus dons naturais, mas porque suas *performances* alcançaram o maior nível absoluto entre os indivíduos da mesma

¹⁷Segundo Giroux (2011), o termo *disease* que Boorse analisa corresponde à expressão “patológico” de Canguilhem.

espécie. Em ambas as concepções, uma habilidade superior representa uma melhora em termos de saúde. Assim, diferem da concepção negativa de saúde de Boorse, a qual define a doença como um funcionamento subnormal de acordo com a espécie e a saúde apenas como o inverso, isto é, como ausência de doença.

A terceira perspectiva positiva da saúde apresentada por Boorse é a “visão sem limites”. Nesse caso, qualquer acréscimo da habilidade funcional reforça a saúde, mesmo se advém de funções novas não típicas da espécie. Nesta concepção, uma mulher biônica poderia ser mais saudável do que uma pessoa “normal” em virtude das novas funções das quais depende. Boorse (1977) mostra que esta teoria, assim como a visão do “potencial individual”, não pode ser legítima, pois descarta a noção de *design* da espécie que, para o autor, é fundamental à compreensão teórica da saúde.

De forma geral, Boorse (1977) critica as teorias que aceitam a ideia que na saúde perfeita não há finalidades fixas a serem alcançadas. Para aprimorar uma função ao máximo, diz, é preciso inibir outra: não podemos ser, simultaneamente, o melhor boxeador e o melhor pianista. Porém, qual função deve ser aprimorada? Quem dirá que aprimorar uma função é mais saudável do que aprimorar outra? São exatamente essas perguntas que fazem com que Boorse critique a saúde positiva, pois a defesa da mesma pressupõe uma decisão valorativa dos pacientes, médicos ou sociedade em relação a quais fins são dignos de serem perseguidos. Como saída, Boorse afirma que os conceitos de normal e patológico estão em uma relação lógica contrária e contraditória e propõe uma teoria negativa da saúde – *saúde como ausência de doença* – que evita a vaguidade da definição de saúde da OMS.

Boorse pretende defender a ideia de que os fisiologistas constroem suas doutrinas funcionais sem precisar responder a questões sobre qual seria a função do homem ou sobre o que seria um bom homem. A noção requerida para uma análise da saúde não é aquela sobre as formas de vida humana que são admiráveis, mas sobre um bom espécime do ser humano. Sob este aspecto, identifica o organismo com o artefato. Dizer que um produto ou um artefato está em perfeitas condições de funcionamento não quer dizer que falamos do valor do produto, mas da conformidade do processo ao *design* fixado. No caso dos organismos, o pensamento é o mesmo, com o único diferencial do ideal de saúde ser determinado pela análise empírica da espécie e não pela intenção de um *designer*. Se uma pessoa adquirir, por exemplo, a habilidade de regenerar os membros, isso não quer dizer que seja mais saudável que as outras, pois regenerar membros não é parte do *design* humano (BOORSE, 1975).

A refutação do julgamento de valor para a definição da doença é extremamente cara para Boorse. Em diferentes textos, ele apresenta exemplos de condições penosas que não chamamos de doença ou de doenças que não qualificamos negativamente. O vínculo entre patologia e valor negativo, apesar de comum, não é necessário nem suficiente. Há patologias que podem ser vantajosas e há *estados indesejados, como qualidades físicas, que não são consideradas patologias*. Apesar de ser indesejável estar abaixo da média em condições como altura, peso, beleza e outros, estas condições não são doenças. Não poderíamos diferenciar estas condições das doenças com base apenas na noção de desvalor. Além disso, o autor chama atenção para doenças que podem ser desejáveis em certas circunstâncias como esterilidade em um mundo sem contracepção ou pais que possuem grandes famílias (Boorse, 1977). No que se refere às doenças mentais, Boorse (1975) dá o exemplo de Van Gogh, a quem podemos considerar mentalmente comprometido e ao mesmo tempo admirar seu trabalho e, assim, afirma que não há nenhuma razão *a priori* para presumir que uma personalidade saudável tenha qualquer mérito ou que seja socialmente aceita e vice-versa.

No que se refere à relação entre desvalor e intervenção médica, Boorse discorda dos autores que acreditam que denominar um conjunto de fenômenos como doença envolveria um julgamento terapêutico sobre a necessidade de intervenção médica. Isto é, discorda de autores que igualam o juízo sobre o estatuto patológico àquele que concerne o cuidado clínico. Alude, inclusive, a diversas condições que são reconhecidamente doenças, mas que não possuem tratamento e também a condições que não são consideradas doenças, mas são tratadas pelo saber médico. Quanto às últimas, refere-se à circuncisão, cirurgia estética, abortos eletivos, incapacidade de ter orgasmos etc. Assim, conclui que o tratamento em medicina prática não é necessário nem suficiente para algo ser considerado como doença (BOORSE, 1977).

Pode-se dizer que a teoria de Boorse (1977) se relaciona com algumas noções que são usadas isoladamente em outras teorias, endossando, com limites algumas delas, refutando outras como constitutivas da noção de doença. São elas: *valor negativo, tratamento médico, normalidade estatística, dor, sofrimento ou desconforto, deficiência, adaptação e homeostase*. O autor diz que sua teoria é abrangente o suficiente para se relacionar com estas ideias sem defendê-las como “marcadores” exclusivos da noção médica de doença.

Para Boorse, um mau funcionamento orgânico tende a diminuir a saúde nestas visões mencionadas. O modo de funcionamento interno típico de nossa espécie nos deu, pela seleção natural¹⁸, habilidades adaptativas a um tipo de vida em nosso ambiente, que valoramos.

¹⁸ Nos estudos posteriores Boorse negará veementemente qualquer referência à seleção natural em sua teoria.

Falhas importantes nas funções internas *podem causar* deficiências, dor e sofrimento suficientemente indesejáveis que justifiquem a busca por ajuda médica. Quanto ao conceito de deficiência ou incapacidade – utilizada por Nordenfelt como fundamento da noção de doença – Boorse afirma que ele não inclui enfermidades menores como eczemas, além de ser difícil de distingui-lo de casos que claramente não são caracterizados como doença, como a inabilidade para voar ou enxergar na escuridão. A seu ver (1977), todas estas noções estão relacionadas à ideia de funcionamento normal, isto é, ao *modus operandi* típico da maquinaria fisiológica interna de uma espécie. Em síntese, a análise do funcionamento normal é mais adequada para a análise da noção médica de doença do que estas noções separadamente.

Boorse, assim como Wakefield, preocupa-se com o problema da demarcação entre o normal e o patológico e não com a nosologia ou com a causalidade. Sua intenção é a de ter condições de dizer *o que é* e *o que não é* doença e não *individualizar* as doenças ou explicar as *causas* e especificar os mecanismos de base das doenças. Deste aspecto, o autor afirma que a fronteira entre o normal e o patológico é marcada pelo conceito de *disfuncionamento*. Atipias de qualquer tipo que não causarem “disfunções”, não são doença para Boorse (1997). O conceito básico da teoria de Boorse sobre a doença é, portanto, o *funcionamento normal*.

Por esta razão, sua abordagem é descrita como *funcionalista* (AGICH, 1997). A perspectiva funcionalista no campo da medicina compreende a doença como um conceito teórico e não valorativo, que descreve os desvios particulares de certas regularidades, como as leis da fisiologia. Os *funcionalistas*– ou *fisiologistas* –, oriundos da escola Hipocrática, enxergam a saúde como um balanço fisiológico de elementos corporais e se contrapõem aos *ontologistas*, no pensamento médico, que tentam responder questões relativas à ontologia da doença. Na fisiologia moderna a doença pode ser vista como tipos de transtornos do funcionamento fisiológico normal do corpo, o que faz lembrar os tempos antigos em que a melancolia, por exemplo, era identificada como um desequilíbrio dos humores, donde o excesso da bile negra e a falta de outros humores.

Costa (2005b), na esfera da teoria da mente, esclarece que a ideia geral do funcionalismo é afirmar que determinadas coisas se definem primariamente por sua função e não por sua natureza material. Diferentemente dos peixes e das árvores, que se definem por sua natureza substantiva, a profissão de um mecânico, por exemplo, se define por sua função. Não importa quem é o mecânico, mas as funções relativas a este ofício. Os estados mentais, diz, pertencem a este último gênero de coisas. A mente não se define pelo que é, mas pelo que faz.

Boorse faz uso dessa concepção em sua teoria sobre a doença. Segundo o autor, para falarmos em saúde e doença devemos falar em *função* e *disfunção* e não em estrutura. Uma abordagem correta da doença não pode fazer do desvio estrutural uma condição suficiente da doença. A doença não se define por sua natureza substantiva, o que não nos impede de descrevê-la. Ela é aquilo que o traço – órgão ou parte do corpo – faz, isto é, sua *função*. Um nariz, mesmo que torto, não diz nada sobre a condição saudável. O que importa é a qualidade de funcionamento da estrutura corpórea – um nariz obstruído que dificulta a respiração, por exemplo. Neste caso, torto ou não, o nariz estaria funcionando mal. Da mesma forma, a perda de um dedo não é uma doença nem tampouco uma deficiência. Trata-se de uma anomalia puramente estrutural, que não afeta o nível nem o modo de funcionamento do organismo ou parte dele. Pensemos no mental. Alterações neuronais, por si só nada informam sobre a saúde mental do sujeito. O que informa, dizem os funcionalistas, é o mau “funcionamento” da mente (BOORSE, 2010).

De fato, a maioria das definições de saúde nos dicionários médicos inclui alguma referência à noção de função, e assim, tanto a função orgânica como a ideia de normalidade funcional são fundamentais para a compreensão dos conceitos de saúde e doença (BOORSE, 1975). Neste sentido, Boorse endossa a tese conceitual do paradigma médico da doença apresentado por Reznek (1991)¹⁹, o qual define a doença como um processo que causa mau funcionamento biológico e que as funções biológicas são adquiridas pela seleção natural. Porém, como refere Reznek (1987 *apud* GAMMELGAARD, 2000), uma abordagem da doença em termos de mau funcionamento só será objetiva e livre de valor se o conceito de *função* também for objetivo e livre de valor.

A teoria de Boorse consiste em quatro elementos fundamentais, como mostra o autor em *Health as a theoretical concept* (BOORSE, 1977): (1) Classe de referência, (2) Função normal, (3) Saúde e (4) Doença. A *classe de referência* se refere ao universo de membros de uma espécie biológica do mesmo sexo e faixa etária. O recorte é defendido por Boorse, graças à existência de traços funcionais polimórficos que podem ser incluídos no *design* da espécie disjuntivamente e de diferenças que exigem a geração de *designs* específicos. É o caso dos tipos sanguíneos, da cor dos olhos e dos cabelos, assim como das diferenças entre sexo e idade, respectivamente. Por exemplo, mulheres têm ovários e homens têm testículos, crianças e idosos não produzem esperma e não ovulam (BOORSE, 1997, 2002).

¹⁹ Reznek apresenta o paradigma médico da doença propondo nove teses: (1) a tese conceitual, (2) a tese da demarcação, (3) a tese da universalidade, (4) a tese da identificação, (5) a tese epistemológica, (6) a tese teleológica, (7) a tese do direito, (8) a tese da neutralidade e (9) a tese da responsabilidade.

A *função normal* se refere a uma parte ou a um processo do organismo. Neste sentido, Boorse fala em níveis mínimos como o das organelas, diferenciando-se de teóricos que afirmam o “holismo funcional orgânico”. Ele discorda da ideia de “função” ser atribuída ao organismo como um todo. Em seu entender, “função” é uma propriedade das partes e não do todo. E as funções das partes, diz, são suas contribuições causais para fins empíricos (BOORSE, 1975). A função normal se define pela contribuição individual, “estatisticamente típica” em relação à classe de referência, tendo como objetivo a sobrevivência individual e a reprodução da espécie. Portanto, há um *design* que nada mais é do que a “organização funcional interna de uma estrutura fisiológica” estatisticamente típica dos membros da classe de referência e que tornam o alvo da sobrevivência e da reprodução dos membros dessa classe bem-sucedido. Em suma, a função normal é aquilo que é estatisticamente típico de acordo com o *design*.

Pela definição de espécie e de classe de referência, Boorse identifica quais funções são típicas ou normais para determinados organismos. Para saber qual o padrão de cada uma das funções, Boorse usa os conceitos de distribuição estatística e curva de Gauss para fazer referência à “variação normal”. Assim, não está chamando atenção apenas para o polimorfismo em biologia, mas também para a variação no sentido da normalidade. O problema que se mantém e que Boorse não consegue dar conta é qual seria o padrão ideal para determinar a eficiência típica da habilidade funcional. Um padrão, diz Brown (1985), reflete inevitavelmente nossa percepção valorativa da normalidade.

A *doença (disease)* é um tipo de estado interno que é um *impairment* da habilidade funcional normal, isto é, a redução da “eficiência típica” da função padrão. Na doença, o nível da habilidade funcional da organização interna funcional do organismo é *subnormal*, isto é, está abaixo da média estatística típica dos membros da classe de referência de acordo com a espécie. Isso significa que o funcionamento subnormal pode também ocorrer se uma das funções relevantes estiver funcionando acima do esperado e esse funcionamento implicar uma ameaça à sobrevivência ou reprodução do indivíduo (BOORSE, 1977, 1997).

Dizer que o indivíduo está doente, se o funcionamento de uma ou mais de suas estruturas funcionais relevantes falham em seguir a norma estatística da espécie e de classe dos indivíduos daquela classe. No início dos anos de 1970, o autor deixa claro que a função medicamente normal de qualquer *token* (por exemplo, o coração ou outro órgão de uma pessoa qualquer) é analisável tendo como referência o leque de contribuições estatisticamente típicas para a sobrevivência e reprodução dos *tokens* de um *type* (o coração humano) de um

grupo etário e sexual em uma espécie. Normalidade médica dos organismos é sinonímia de funções biológicas estatisticamente não subnormais na espécie de todas suas partes e processos.²⁰ A *saúde*, portanto, seria simplesmente a ausência de doença. Em outras palavras, a normalidade estatística da função ou a habilidade em executar todas as funções fisiológicas típicas com eficiência típica.

Considerando estes elementos, é evidente que entender o sentido do termo *funcionamento normal* é fundamental para a compreensão da teoria de Boorse. O autor define a doença em termos das funções que são “tipicamente” encontradas nos membros da espécie. Para Boorse, as espécies são altamente uniformes em estrutura e função e é esta uniformidade da organização funcional que o autor chama de *design*, resultante do processo evolutivo. Assim, Boorse conecta o conceito de *design* da espécie com a teoria evolucionista.

Se o conceito de *design* da espécie pode ser definido como resultado da seleção natural, a teoria evolucionista é o que lhe fornece seu fundamento biológico. Nos trabalhos posteriores, porém, Boorse, nega fundamentar sua tese funcional na teoria da evolução e afirma insistentemente que ela se distancia da abordagem selecionista da função. Mantém a ideia do *design* da espécie como fundamento do conceito de função e disfunção, mas nega uma abordagem histórica ou etiológica deste conceito.

O autor se opõe à concepção etiológica normativa²¹ da função biológica, baseada no efeito passado da seleção natural e elabora uma concepção sistêmica “não normativa”, que abre a possibilidade da concepção funcionalista da saúde. Apesar de negar qualquer normatividade em sua teoria, Boorse, ao diferenciar o “disfuncional” do “não funcional”, evidencia o caráter normativo presente no seu conceito de função. Porém, para Giroux (2011), este tem um sentido “deflacionário”, diferente do sentido dado pelos teóricos etiológicos, que definem a função com efeito passado da seleção natural, e que a autora denomina concepção “inflacionária”.

É nesse prisma que Boorse se afasta de Canguilhem. Segundo Giroux (2011), a concepção etiológica e normativa da função desenvolvida pelos filósofos da biologia no final da década de 1960 precisa e afina a intuição de Canguilhem de um vínculo entre evolução

²⁰*Type-token* é uma distinção que separa um conceito a partir dos objetos que são instâncias particulares do conceito. Fala-se em *type* quando se faz referência ao conceito e em *token* quando se fala de um item específico do *type* que está em determinado lugar e em determinado momento.

²¹ Aprofundaremos esta concepção no segundo capítulo. Trata-se, simplificada, da noção de que as funções biológicas são teleológicas e, portanto, normativas. A função se torna normativa por ter sido precedida por uma história evolutiva, seletiva. A normatividade designa um padrão que determina o que certo traço biológico *deve* fazer. Boorse se contrapõe a esta concepção, pois pretende oferecer uma teoria pautada em uma “norma não normativa”.

biológica e normatividade. Fazendo uso da noção de normatividade vital, Canguilhem afirma a existência de um “valor na vida”, embutido na própria maneira com que a vida exprime suas preferências; a adaptação a formas e funções melhores.

Deste modo, apesar da evidente aproximação da teoria de Boorse com o saber das ciências biológicas, o autor pretende se distanciar das teorias que identificam a função biológica com a seleção natural, negando a adaptação como noção fundamental para os conceitos médicos. Os autores²² que fazem uma identificação completa da saúde com a adaptação biológica (*fitness*) afirmam que a noção de adaptação requerida para o conceito de saúde é aquela que se fundamenta na relação do organismo com o ambiente. Boorse (1977) não endossa esta tese e a contradiz a partir de exemplos. Afirma que há doenças como a miopia e a varíola bovina²³ que são vantajosas ao portador em circunstâncias específicas, mas nem por isso deixam de ser consideradas doenças. Refere-se ainda às diversas habilidades como tocar violino e andar na corda bamba que podem aprimorar a habilidade do indivíduo em viver bem em seu meio particular. No entanto, a falta dessas habilidades não significa patologia. *Para Boorse, a concepção baseada na adaptação leva a um relativismo tal que faz do juízo da saúde um juízo singular e impossibilita a construção de um conceito teórico.* Ele deixa claro que o pensamento médico ordinário não usa noções como “patológico para a pessoa X no ambiente Y”, embora possamos considerar que seja ruim para a pessoa X estar no ambiente Y.

Boorse, então, oferece uma teoria da saúde e da doença fundada no funcionamento das “partes do organismo”, sugerindo a possibilidade teórica de uma teleologia não normativa. O autor propõe a ideia de *funcionamento normal* que repousa na articulação de um conceito não normativo de *função* biológica com o conceito estatístico de *normalidade*. Associada a um conceito de função biológica, a normalidade estatística definiria adequadamente a normalidade médica.

Inicialmente, Boorse (1975) diz que a *função normal* de uma parte ou processo orgânico em membros de uma classe de referência, é a contribuição estatisticamente típica para sua sobrevivência e reprodução. Posteriormente, o autor preocupa-se em falar em *prontidão* funcional para marcar que as funções biológicas são usualmente executadas em condições apropriadas e não continuamente. As condições apropriadas, por sua vez, são fatos empíricos relevantes para cada classe de referência. A visão, por exemplo, só é ativada

²² Boorse (1977) faz referência a J.A Ryle, Rene Dubos e Heinz Hartmann.

²³ A infecção por varíola bovina, por exemplo, pode ser benéfica em uma situação de epidemia de varíola humana porque protege contra esta infecção (BOORSE, 1977).

quando os olhos estão abertos; a digestão, quando a comida está no canal alimentar, a secreção da adrenalina, quando há uma situação de *stress*; o suor, quando a temperatura está elevada e assim por diante. Boorse pretende afirmar que a incapacidade em realizar a função permanece como doença ainda que a ocasião relevante para sua execução nunca ocorra. Seria o caso de um hemofílico protegido de qualquer injúria física.

Assim, Boorse (1997) acrescenta à noção de funcionamento normal a ideia de “habilidade funcional normal” ou “prontidão funcional”. A falha funcional, que caracteriza a doença, é, na realidade, a falha na prontidão funcional de uma parte interna do organismo em realizar todas as suas funções normais em ocasiões típicas com eficiência típica. “Eficiência típica” de uma parte funcional é a eficiência acima de um mínimo escolhido de forma arbitrária de acordo com a distribuição da espécie. Portanto, uma característica do *funcionamento normal* é a de apresentar níveis funcionais eficientes da espécie, iguais ou superiores ao funcionamento padrão da população em questão.

O contrário lógico da normalidade, que serve para definir o patológico, não é a anormalidade, mas a subnormalidade estatística (BOORSE, 1977; 1997). Assim, o autor se protege de críticas que contra-argumentam que em sua teoria o alto funcionamento da tireoide – o hipertireoidismo – seria um estado normal do organismo. Ora, para Boorse o uso do termo “função” implica o desempenho satisfatório dos fins fisiológicos. A secreção exacerbada da tireoide levaria ao prejuízo desses fins. Portanto, a “função” da tireoide não é meramente secretar hormônios, mas *secretar a quantidade correta para as necessidades metabólicas*. Por isso, Boorse forjou o termo “eficiência típica”. O funcionamento anormal, característico da doença é a que prejudica a eficiência funcional típica do organismo.

Nos estudos dos anos de 1970, Boorse apoia-se na noção de King (1945) sobre a normalidade clínica – como aquilo que funciona de acordo com o seu *design* e que, portanto, pode ser definido objetivamente – para desenvolver a noção teórica de *disease*. Nos trabalhos posteriores, fará referência à concepção de Sommerhoff sobre o organismo como um sistema diretamente organizado, que se autoequilibra de maneira cega. São as teorias de King e Sommerhoff as principais inspirações da teoria naturalista da doença de Boorse.

No que concerne à abordagem de King (1945), a ideia nuclear é a de que o normal coincide com o natural. Um organismo pode ser objetivamente caracterizado como saudável ou normal se funcionar de acordo com o *design* natural de seu “tipo” biológico. Para o autor, há um equívoco em se considerar o termo “normal” como “média”. A média pode ser – e muitas vezes é – anormal. O indivíduo, para ser considerado normal ou anormal, deve ser

comparado *ao que se espera de um organismo humano*. O autor afirma a indissociabilidade entre *design* e função na natureza e identifica que o termo normal foi originalmente inventado e empregado por reconhecimento a esta relação. *Normal* seria, portanto, aquilo que funciona de acordo com o seu *design* natural.

King (1945) afirma que a ausência de mau funcionamento define o estado normal de saúde. Dessa maneira, considera que este estado ou processo – equivalente à doença – representaria um desvio em relação ao *design* inerente à espécie ou à norma padrão. Ele recusa o apelo à estatística como fundamento do critério de doença e afirma que a presença de maioria de lunáticos em uma população, por exemplo, não faz da insanidade algo normal. O que garante a normalidade é o fato do indivíduo possuir as capacidades naturais da espécie humana. O reconhecimento da norma ocorre pelo exame do *design* e não pela tabulação de médias.

Diferentemente de King, o conceito de normalidade *estatística* na teoria de Boorse é fundamental. O autor pensa que há uma intuição de que a pessoa mediana – ou pelo menos o coração, o fígado, o rim, a tireoide medianos – é um exemplar da figura do “normal”, caso contrário não haveria forma de dizer o que deve ser a pessoa ou o órgão normal. Boorse (1977), porém, está atento para o fato de que a normalidade estatística falha como critério necessário ou suficiente para a saúde, pois há condições não usuais como cabelo vermelho e tipo sanguíneo “O” que são saudáveis. Em contrapartida, condições praticamente universais, como a cárie, a aterosclerose, a irritação do pulmão devido a poluentes, o espessamento arterial depois de certa idade e a hipertrofia da próstata em homens idosos, todas são consideradas doenças pelo saber médico. Além disso, o autor reconhece as variações normais, isto é, considera que existe uma vasta gama de diferenças individuais que pode ser considerada normal, dado que não desviam substancialmente da média e mantêm a eficiência típica funcional além do mínimo requerido pela espécie.

A intuição por trás da análise é a de que o *normal* é *natural*, seguindo, assim, a tradição médica clássica,²⁴ que entendia o corpo como arquitetado para funcionar de forma a permitir que o homem vivesse uma vida boa. Nesta visão, a saúde seria um estado que estaria de acordo com a natureza e a doença seria aquilo que ameaçaria o estado natural. Central na concepção é o caráter teleológico da biologia. De fato, Boorse (1977) avalia o caráter

²⁴ A ideia predominante na medicina da Antiguidade era a saúde como equilíbrio íntegro dos princípios da natureza (fogo, água, terra e ar) com os humores do corpo humano (sangue, flegma, bile amarela e bile negra), ou da atuação, sem obstáculos, das forças da natureza. A terapêutica hipocrática consistia em observar e estimular, quando possível, a ação própria da natureza, pois a natureza era compreendida como o grande médico de nossas doenças (*vis medicatrix naturae*) (PORTER, 1997).

teleológico nas afirmações funcionais em biologia e considera a doença como uma condição alheia à natureza da espécie.

A grande discordância de Boorse em relação à tradição clássica diz respeito à caracterização da saúde como essencialmente valorativa. O autor afirma que nenhuma parte da teoria biológica assume que o natural é também desejável, a menos que se considere o organismo como produto de um artífice divino (BOORSE, 1975), o que, a partir de Darwin é inaceitável. Na filosofia da biologia contemporânea, entretanto, ideias tipológicas e teleológicas são constantemente tomadas como premissas implícitas e muito se discute sobre o conceito de função e de “direção/diretividade a uma meta/fim” (*goal-directedness*) nos organismos vivos. É nestes conceitos que a teoria de Boorse se ancora.

1.3.1 Teleologia na Teoria de Boorse

Para alguns autores a visão funcionalista de Boorse o levaria a classificar certo estado do organismo como doença da mesma forma que reconheceria um problema no mecanismo de um carro. Porém, trata-se de uma análise equivocada. Como a maioria dos naturalistas, Boorse não se satisfaz com a explicação reducionista, pois um organismo vivo é regido por forças que não existem na natureza inanimada.²⁵ Na filosofia da biologia atual há a compreensão de que a explicação reducionista não é a mais adequada e, de forma geral, se aceita o funcionalismo, comprometido com o fisicalismo não reducionista. Esse tipo de fisicalismo sustenta que, embora todas as coisas existentes sejam constituídas pelo físico, há entidades e propriedades específicas em níveis mais complexos, como o biológico. É esta a genuína tese de Boorse. O autor rechaça a concepção filosófica na qual tudo que existe na natureza pode ser descrito a partir do vocabulário das ciências físicas (THORNTON, 2000).

Em sua opinião, matéria viva não é o mesmo que matéria inanimada. Para Boorse (1977), os organismos se orientam teleologicamente e são capazes de se ajustar a mudanças ambientais para alcançar uma meta “programada”. Está atento, porém, ao uso indevido da

²⁵ A reação ao mecanicismo grosseiro de Descartes no início do século XX teve como principais representantes Henri Bergson e Hans Driesch, que afirmavam a *Lebenskraft* [força da vida] ou *vis vitalis*, mas estes autores foram criticados como vitalistas. Os críticos diziam que os mesmos eram incapazes de oferecer uma resposta científica para os fenômenos vitais (MAYR, 2005). O árduo trabalho dos filósofos contemporâneos é oferecer uma explicação para os processos naturais em biologia sem se restringir ao vocabulário da física e, ao mesmo tempo, sem cair no vitalismo.

noção de homeostase,²⁶ – que tem grande influência no conceito clínico de saúde –, ao considerar o aspecto mais geral da função biológica. Apoiado na diferenciação entre homeostase e “diretividade para um fim” (*goal-directedness*), feita por Sommerhoff (1950), diz que as funções biológicas podem ser entendidas como homeostáticas apenas se o conceito for alargado a ponto de cobrir todos os processos “alvo dirigidos”. A noção de diretividade de Sommerhoff refere-se à tradição da biologia organísmica que visa acomodar fenômenos teleológicos sem postular ou pressupor qualquer propriedade não empírica. Boorse leva a sério a ideia de “direcionamento das partes do organismo”, usando a explicação funcional como uma parte ineliminável do conceito de saúde e de doença.

Hipóteses ou doutrinas teleológicas são aquelas que se preocupam com os *fins* ou *causas finais* dos processos, estados ou eventos estudados. Questões sobre teleologia tentam responder se algo – como um objeto, a natureza, o universo ou a vida – tem ou age de acordo com algum propósito e, em caso positivo, qual propósito seria. O sentido geral do termo “alvo”, “meta” ou “fim” (*goal*) refere-se a um estado de coisas que é o fim de uma sequência de eventos, sejam eles eventos naturais ou ações. Mas, como refere Nordenfelt (1995), há fins que são *ideais*, ligados a conceitos como intencionalidade e desejo, e fins que são *factuais*. Os últimos podem ser ilustrados pela biologia molecular moderna. Acredita-se que nos genes há um programa codificado que guia o desenvolvimento em direção a um fenótipo específico. O programa está conectado com mecanismos diretivos, de forma que, em diferentes ambientes, há mecanismos causais responsáveis pela evolução do fenótipo. A noção de *fim* assumida na teoria de Boorse é desse tipo.

É basicamente descrevendo a função biológica como orientada teleologicamente, que Boorse se diferencia dos teóricos naturalistas que se referem à função biológica como disposição causal ou daqueles que sustentam a versão estatística da doença.²⁷ Como grande parte dos naturalistas contemporâneos, Boorse rejeita a inclusão dos itens naturais na categoria de eventos teleológicos com base na intenção consciente. Alguns autores, como Ernest Mayr (1998), preferem substituir o termo teleológico pelo termo *teleonômico* como forma de garantir a direcionalidade para um objetivo, evitando interpretações equivocadas que

²⁶ Para Giroux (2011), Boorse concorda com Walter Cannon, para quem os processos patológicos provocam uma ruptura no equilíbrio homeostático, mas discorda que a homeostase possa constituir um modelo geral da função biológica.

²⁷ Alguns dos expoentes da abordagem estatística da doença são Scadding (1967), Taylor (1971) e Kendell (1975). A refutação a esta abordagem é simples, pois há inúmeros casos em que o comportamento é desviante e indesejável e não são doenças. Alguns exemplos: comportamento criminoso, desajeitado, vagaroso etc. Além disso, há diversas condições que são estatisticamente normais e são doenças, como por exemplo, a irritação pulmonar devido à poluição, arteriosclerose, doença periodontal, entre outros (WAKEFIELD, 1992).

a associam a um caráter metafísico. Segundo o autor, os processos teleonômicos são guiados por um programa e dependem da existência de um objetivo. Em biologia, o melhor exemplo é o programa genético, mas também vemos esses processos no funcionamento de órgãos e glândulas, como por exemplo, nos mecanismos de autorregulação.

Para Mayr, essa constituiria uma importante diferença entre a natureza inanimada e os organismos vivos. Os processos teleonômicos estão presentes apenas nos organismos e nas máquinas fabricadas pelo homem, estando ausentes nos sistemas estritamente físicos. Originam-se ou por seleção natural ou pela ação de um agente intencional da espécie humana. Porém, Mayr afirma que podemos falar em processos teleonômicos apenas com referência às causas próximas, isto é, às causas que decorrem da natureza físico-química da atividade biológica e que são suscetíveis de uma explicação mecânica. Quando se trata das causas últimas, isto é, da adaptabilidade dos sistemas biológicos, das causas evolutivas e da seleção natural, não se deve usar esta linguagem.

Uma vez negada a intenção consciente como fundamento da teleologia, a questão é se o uso do conceito seria legítimo em biologia, isto é, se haveria uma forma naturalística, não pragmática, de distinguir entre (a) o modo como certo item funciona e (b) a suposta função própria desse item (ARIEW & PERLMAN, 2009). Para Boorse, sim. O autor afirma que a função de um item é determinada e avaliada a partir de seus efeitos e presume que o organismo visa atingir determinados *fins*. Veremos que Wakefield também confia na possibilidade de afirmar a função biológica naturalisticamente e indica que a abordagem darwiniana é capaz de diferenciar função de efeito.

Boorse entende a “função” como “contribuição para uma meta” e recorre à expressão “direção para um fim” dos organismos, utilizada por autores como Sommerhoff, Braithwaite e Nagel (BOORSE, 1977, 1997, 2009).²⁸ Estes autores pretendem oferecer uma abordagem abstrata sobre o que é, de fato, a “diretividade para uma meta”. Apesar das divergências teóricas, todos concordam que um item direcionado a um alvo tem um efeito especial, um “fim”. *Nesta visão, chamada de análise cibernética, a função é uma contribuição causal para fins em um “sistema alvo-dirigido”*. O campo da cibernética, marcado pela aproximação entre a física e a biologia, afirma um sistema plástico com propriedade não intencional, puramente física, de se dirigir a uma meta G, ajustando seu comportamento quando há variações ambientais, de forma a garantir o alcance desta meta. Neste tipo de abordagem, a fisiologia de

²⁸ Para um aprofundamento na tese desses autores, ver: Woodfield, 1976.

um organismo é uma hierarquia de sistemas alvo-dirigidos em que os fins de cada nível contribuem para os fins do nível seguinte (GIFFORD, 2011).

A principal característica do “fim” é que ele pode ser alcançado por uma infinidade de caminhos, apesar das mudanças circunstanciais encontradas ao longo do percurso. Trata-se de uma disposição dos organismos para se comportarem plasticamente. A questão difícil que os autores se empenham em defender é que o comportamento é “direcionado para um fim” e não apenas um “estado de equilíbrio físico”. É neste tipo de explicação que surgem as divergências teóricas.

Há basicamente dois caminhos para a compreensão da hipótese do direcionamento. O primeiro entende que “o sistema S tem uma meta G” e o segundo entende que “G é a meta do comportamento de S”. Apesar das duas formulações da proposição principal serem equivalentes, diferem na ênfase e, como diz Woodfield (1976), as ênfases são sintomáticas da divergência de opinião sobre a forma com que descrições teleológicas *explicam*. No primeiro caso, ter uma meta significa principalmente que a hierarquia e a organização do próprio sistema é comandado por um “imperativo-finalidade” que dirige seu comportamento. Ter uma meta, nesta concepção, é um estado interno definido parcialmente pelo comportamento manifesto e parcialmente por algo mais, além do aspecto disposicional do “ter uma meta”. Assim, a intenção é descobrir a engrenagem do estado interno que possui uma meta. Para estes – os filósofos *internalistas*– a explicação teleológica de X é uma explicação que diz que X ocorre *porque S tem uma meta*. A explicação teleológica, portanto, acaba por ser um tipo de explicação *causal*. O termo alvo-dirigido conota tanto “um movimento rumo a um fim” como a ideia de “propulsão causada pela finalidade pressuposta”.

Na segunda concepção, considera-se desnecessária a postulação de estados internos. A meta é compreendida como estado final do comportamento de S, o que implica uma conclusão diferente da supracitada. Aqui a plasticidade comportamental é parte constitutiva do “direcionamento à meta” e não apenas um efeito ou sinal desse direcionamento. As explicações teleológicas neste tipo de abordagem não são causais, são interpretações. É preciso responder ao “por que”. Nesta concepção, apenas ações – e não eventos ou estados – podem ser alvo-dirigidas. Os estudiosos que defendem esta concepção criticam os *internalistas* por postularem a existência de estados internos obscuros, como fez Driesch ao

postular o conceito biológico de *Enteléquia*²⁹. Entendem que o que faz com que G seja uma meta está fora de S e, por isso, são chamados de *externalistas*.

A explicação internalista para o comportamento alvo-dirigido, por sua vez, é que o caráter alvo-dirigido de uma ação se explica pela *ordem dos estados internos que a causa*. O caráter alvo-dirigido da ação consiste em ser causada pelo fato de o agente ter um fim que é um estado interno. Entende-se que os órgãos têm teleologia e que está é emprestada da teleologia dos organismos. O coração tem uma função apenas porque seus donos têm metas. Nesta concepção, é suposto que há direcionamento para fins em organismos que não têm mente e, nos casos daqueles que a possuem, não é necessário explicitar tal direcionamento para manifestar o comportamento dirigido ao alvo.

É com base neste tipo de análise que Boorse sustenta o conceito de “função natural” e de “disfunção ou doença”. A abordagem internalista de Sommerhoff nos interessa especialmente, pois é nela que Boorse apoia sua teoria teleológica (GIFFORD, 2011). Trata-se de uma versão do internalismo denominada análise cibernética. Nesta concepção, os mecanismos são alvo-dirigidos apesar de não terem desejos e crenças. O conceito chave desta concepção é o *feedback-control*. O campo da cibernética nada mais é do que uma aproximação entre a física e a biologia, com o desenvolvimento da noção de retroalimentação negativa.

Em 1950, Sommerhoff publicou um trabalho chamado *Analytical Biology* no qual buscou definir a diretividade para uma meta (*goal-directedness*) de forma rigorosa e aplicá-la aos organismos vivos. Seu intuito era acomodar o fenômeno teleológico sem assumir compromissos teóricos com hipóteses não empíricas. Para o autor, que pertence à tradição da biologia organísmica, a diretividade a uma meta é uma “propriedade objetiva do sistema” que pode ser descoberta pela observação do comportamento dos organismos (WOODFIELD, 1976).

Sommerhoff (1950) enxerga a direcionalidade para um alvo como o marcador da divisão entre organismos vivos e matéria inorgânica. Para ele, haveria atividades vitais em qualquer organismo vivo que nos fazem pensar em propósito ou tendência dirigidos para fins específicos e mutuamente interrelacionados. A vida, nesta perspectiva, é a manifestação de um *aparente* propósito e de uma ordem orgânica nos sistemas materiais. Os organismos estariam dispostos a ajustar seus comportamentos às mudanças do ambiente de forma a

²⁹*Enteléquia* é um termo postulado pelo embriologista e filósofo Hans Driesch para fazer referência a uma força vital que dirige o organismo em direção à autorrealização.

manter constante o resultado perseguido. Assim, um sistema S é “diretivamente organizado” ou “direcionado para uma meta”, cujo resultado é G quando, em face de variações do ambiente, o sistema está disposto a variar seu comportamento da forma que for necessária para manter G como resultado. Tal sistema exhibe “plasticidade” e “persistência” em atingir G e assim, quando um caminho para G está bloqueado, outro está disponível e é empregado.

É, sobretudo, a ideia de autocorreção que faz com que Boorse (2002) descreva sua teoria como um modelo cibernético, defendendo uma ideia de organismo humano diferente de uma visão mecanicista. Trata-se de um sistema dinâmico e altamente adaptativo. Boorse então denomina sua teoria de *Análise Geral Alvo-Dirigida ou Análise GGC (general goal-contribution to goals)*, apoiando-se na abordagem cibernética da diretividade para uma meta, fazendo uso de ideias da teoria dos sistemas.

Na abordagem cibernética, os organismos são grandes coleções de sistemas e subsistemas, os quais, na maioria dos membros da espécie, trabalham juntos de forma a alcançar uma ordem hierárquica de fins, sendo a aptidão individual o ápice dessa hierarquia (BOORSE, 1975). Os fins aos quais Boorse (1977) se refere estão presentes em diferentes níveis hierárquicos, pois segundo Sommerhoff (1950), a propriedade teleológica aparece em múltiplos níveis da organização interna, isto é, em níveis inferiores do organismo. Como diz Boorse, na fisiologia dos vertebrados há uma hierarquia complexa de sistemas e subsistemas que ascende do nível dos genes através de organelas, células, tecidos, órgãos e sistemas orgânicos até comportamentos. As células individuais do miocárdio, por exemplo, contribuem para fins como a contração muscular. A contração muscular do coração promove a distribuição de sangue para todos os tecidos do corpo, impulsionando ritmicamente o sangue, rico em oxigênio e em nutrientes, através de uma vasta rede de vasos sanguíneos, o que contribui para os fins da sobrevivência e reprodução da espécie, os quais se situam no ápice da hierarquia. Portanto, para os biólogos, a função de qualquer parte do organismo se relaciona com estes últimos fins que são a sobrevivência e reprodução da espécie.

De acordo com a análise de Sommerhoff, se o fim G causar G' dentro da gama de alterações ambientais para as quais um organismo é dirigido para G, então o organismo também é dirigido para G'. Isso é um fenômeno constante na biologia. O comportamento humano contribui simultaneamente para a sobrevivência individual, reprodução individual, competência reprodutiva individual, sobrevivência da espécie, sobrevivência dos genes, equilíbrio ecológico, etc. Mas Boorse (1977) deixa claro que é apenas o subcampo da fisiologia que interessa às afirmações funcionais em medicina e, estas funções, são

contribuições para sobrevivência individual e reprodução. Em fisiologia, o sistema é o organismo individual cujas metas pertinentes são a sobrevivência e a reprodução. O interesse está no indivíduo e no funcionamento atual do sistema e não na população ou na evolução do sistema que levou a determinada função, como na biologia evolucionista. Desta forma, é possível afirmar que a função do coração é bombear sangue e não fazer barulho, pois a função fisiológica de um traço é a contribuição causal que ele oferece para seu portador em termos de sobrevivência e reprodução.

Boorse (1977), porém, reforça continuamente que, em sua análise sobre a normalidade biomédica, a afirmação de que as funções biológicas são contribuições causais para o fim da sobrevivência e reprodução não é suficiente. É preciso também relacionar a função do traço com a contribuição padrão na população ou classe de referência da espécie. Assim, a função da lente do cristalino em humanos é focar a luz na retina e esta afirmação não é ameaçada pela existência de pessoas com cataratas. Da mesma forma, não bastaria um animal ser salvo por um evento para este evento se tornar parte componente da função biológica do animal. Boorse (1977) dá o exemplo do esquilo que prende a cauda em algo na estrada, salvando-se de ser atropelado por um carro. Isso não faz com que a “proteção contra acidente de carro” seja a função da cauda do esquilo. Assim, os *tokens* são julgados como normais ou anormais em função do *design* da espécie.

A partir dessa concepção, Boorse (1977) fala em efeitos típicos e atípicos em determinada espécie, e diz que uma função fisiológica é sempre uma contribuição padrão de características ou processos dos indivíduos de uma espécie dada. Fala-se, portanto, em tipicidade da espécie ou *tipos* ideais de organismo. Mas para Boorse esta idealização é estatística e não moral, estética ou normativa. O *design* da espécie nada mais é, segundo Boorse, que a uniformidade da organização funcional ou a hierarquia típica dos sistemas funcionais que mantém a vida dos organismos de determinado *tipo* (*type*). O *design* da espécie é, então, um ideal empírico que é utilizado como fundamento para os julgamentos de saúde em cada espécie.

Como refere Boorse (1977), o diagnóstico e o tratamento médicos dependem dessa uniformidade da espécie. No caso da pancreatite, por exemplo, é preciso acreditar que o indivíduo é similar às outras pessoas na medida em que tem um pâncreas localizado próximo ao estômago e que a ativação de enzimas no pâncreas resulta em ataque ao mesmo, produzindo sinais e sintomas como dor abdominal, perda de peso, esteatorreia e outros. É essa

uniformidade, em estrutura e função, que o autor chama de *design* da espécie e que lhe interessa.

Portanto, para compreender a teoria de Boorse é fundamental elucidar que os enunciados funcionais são gerais e não individuais, o que os diferencia dos enunciados clínicos. O juízo clínico sobre a saúde individual é um juízo prático e normativo e, para Boorse, uma avaliação da conformidade do organismo individual com a normalidade funcional típica. É precisamente esta relativização dos enunciados funcionais a uma população que autoriza os enunciados da fisiologia a alcançarem certa generalidade e objetividade. A pergunta que permanece é se é possível definir a espécie como uma categoria natural sem evocar uma história seletiva portadora de normatividade (GIROUX, 2011).

É justamente na história seletiva que Wakefield fundamenta sua análise sobre o transtorno mental. O autor confere à Darwin o mérito de solucionar o problema da origem e da natureza das funções biológicas e das disfunções. O uso que Wakefield faz do conceito de teleologia é aquele proposto por Darwin, isto é, o que se refere a uma forma de explicação que não precisa ser intencional e que pode envolver processos teleológicos, em última análise, “mecânicos na natureza”.

Assim, segundo Wakefield, é possível afirmar a *função* e a *disfunção* naturais a partir do que se espera do órgão, traço ou comportamento em questão. A história seletiva nos informa sobre o que cada traço é suposto realizar e então podemos dizer que os olhos existem *para* enxergar, o nariz *para* respirar e as pernas *para* andar, a sede *para* nos fazer beber água, o medo *para* evitarmos o perigo etc. Diferentemente de Boorse, Wakefield não informa as expressivas referências teóricas que utilizou para desenvolver sua teoria. O autor apoia-se em Darwin e refere que a resposta darwinista à que ordem nos referimos quando dizemos que o transtorno (*disorder*) médico é uma falha de algum tipo de ordem é aquela imposta pela seleção natural. Assim, o transtorno é aquilo que podemos chamar de disfunções evolucionistas (WAKEFIELD, 2008).

1.4 Jerome Wakefield e a análise da disfunção [que é] prejudicial

Faremos uma análise menos minuciosa da teoria de Wakefield do que fizemos da abordagem de Boorse, pois apenas uma parte da tese do autor nos interessa: a defesa da noção de *disfunção* como um conceito científico indiscutível. Abordaremos o objetivismo do

conceito de doença com base na ideia de *função natural* (VARGA, 2011) que este autor defende em consonância com o pensamento de Boorse.

Wakefield é professor do departamento de psiquiatria da *New York University* e suas áreas de estudo principais são a validade do diagnóstico psiquiátrico, epidemiologia psiquiátrica e fundamentos conceituais da teoria clínica. Grande parte de seus trabalhos recentes abordam o conceito de doença mental, sobretudo com o intuito de distinguir respostas negativas a um ambiente social problemático de transtornos mentais. Uma vez que o autor é um dos maiores estudiosos do conceito de transtorno³⁰ mental na atualidade, suas reflexões foram utilizadas durante a preparação das novas edições do DSM e do CID com o intuito de garantir a confiabilidade e a validade dos diagnósticos psiquiátricos (BOLTON, 2007).

Apesar de Boorse ser o maior representante do naturalismo em matéria de saúde e doença e defender a aplicação de sua teoria tanto à doença física como à doença mental, na psiquiatria, o destaque da abordagem naturalista contemporânea é dado a Jerome Wakefield. É importante notar, porém, que o autor nomeia sua abordagem como “híbrida”, uma vez que articula a *disfunção*, um termo científico baseado na biologia evolucionista com a noção valorativa de *dano*. Desse aspecto, Tim Thornton (2000) compreende a teoria de Wakefield sobre o transtorno mental como uma posição intermediária, e Roe e Murphy (2011) denominam a visão do autor como de *duas fases* (*two stage view*). Trata-se da abordagem mais aceita entre os que pretendem negar que a caracterização do transtorno mental seja puramente normativa.

Seja como for, pode-se dizer que Wakefield se compromete com a perspectiva naturalista, pois pretende que o conceito de doença seja fundamentado objetivamente. Para tanto, Wakefield faz uso das noções de *função* e *disfunção biológica* e aponta para a disfunção como um fato científico indiscutível. O conceito de função apropriado por Wakefield para se referir à doença é, assim, o conceito biomédico. Não obstante saber que este conceito também é encontrado na sociologia, nas teorias *behavioristas*, na psicanálise, na teoria da ação, na teoria cognitiva e em outros campos, Wakefield desconsidera tais usos na conceitualização da doença. Para ele, apenas as funções biológicas e não as funções determinadas social ou individualmente são relevantes para os julgamentos sobre as doenças (WAKEFIELD, 1999).

³⁰ Wakefield não diferencia *disease* de *illness* ou de *sickness* e prefere fazer uso do termo *disorder*. Traduzimos *disorder* por doença ou transtorno, indistintamente.

Apesar de seguir a perspectiva funcionalista adotada por Boorse, Wakefield mostra conhecimento mais aprofundado da psicopatologia e da dimensão sociopolítica associada ao diagnóstico psiquiátrico. Como vimos, os defensores do funcionalismo biológico afirmam que qualquer abordagem legítima sobre a doença deve considerar seriamente a noção de “disfunção natural”. Sendo a “disfunção natural” derivada diretamente da “função natural”, o funcionalismo biológico afirma que ela é livre de valor. Assim como Boorse, Wakefield recorre às ciências biológicas como matriz do conceito da doença em termos científicos, julgando-a logicamente superior ao componente prático na conceitualização da doença.

Contudo, Wakefield (1992) desenvolve suas ideias sobre o transtorno mental com base na teoria evolucionista, o que Boorse insiste em negar em sua teoria. Para o primeiro, a *disfunção* é uma espécie de ruptura dos mecanismos internos com o *design* naturalmente projetado para trabalhar de acordo com a perspectiva evolucionista. Seu intuito é oferecer um conceito *válido* de doença que permita distinguir o transtorno mental de reações normais às circunstâncias da vida. Para tanto, opina que um transtorno mental é um *disfuncionamento prejudicial (harmful)*, no qual o *prejuízo* é um termo valorativo baseado em normas sociais, e a *disfunção* um termo factual baseado na biologia evolutiva e que se refere à falha de um mecanismo mental em executar a função natural para a qual foi desenhado (*designed*). Assim, o autor defende uma abordagem de transtorno que se situa no limite entre o mundo natural dado e o mundo social construído. A doença, diz, é simultaneamente biológica e social; nenhuma delas sozinhas é suficiente para caracterizá-la.

Porém, embora o comprometimento do autor com o evolucionismo seja o ponto chave da teoria, ele não adere completamente às principais tendências do “darwinismo psiquiátrico” do século XIX ou da “psiquiatria evolucionista ou darwiniana” do século XX.³¹ Segundo De Block e Adriaens (2011), enquanto o darwinismo psiquiátrico estava imbuído de “evolucionismos não darwinistas”, como o Darwinismo Social, o Lamarkismo e as teorias da degenerescência – a psiquiatria evolucionista volta-se sobretudo para a Etologia e para a Síntese Moderna.

A psiquiatria evolucionista contemporânea entende que no mundo de Darwin as estruturas biológicas só existem se favorecerem a sobrevivência dos indivíduos e se pergunta se as doenças mentais seriam estratégias adaptativas do cérebro a ambientes sociais cada vez mais complexos. Ela visa explicar a persistência de algumas doenças mentais procurando

³¹ A relação entre a teoria evolucionista e a psiquiatria remonta à aproximação de Darwin e do psiquiatra James Crichton Browne na ocasião do trabalho de Darwin *The Expression of the Emotions in Man and Animals*, em 1872 (DE BLOCK E ADRIAENS, 2011).

vantagens adaptativas das mesmas para “resolverem” o paradoxo darwinista. Segundo estes autores, a doença mental é uma excentricidade que deve ser explicada e, portanto, equacionam do ponto de vista evolutivo os transtornos ligados ao medo, ao pânico, à ansiedade e à depressão, procurando alguma função evolutiva dos mesmos. Pergunta-se se as doenças mentais são de fato doenças (DE BLOCK E ADRIAENS, 2011).

Representantes da Síntese Moderna, como Huxley e Mayr, introduzem a conexão entre a genética mendeliana e a evolução darwiniana. Segundo a síntese moderna, a variação genética em populações surge aleatoriamente através de mutação e da recombinação genética. Nesta concepção, a evolução consiste primariamente em modificações na frequência dos alelos entre uma e outra geração como resultado de deriva genética (*genetic drift*), do fluxo gênico (*gene flow*) e da seleção natural. Em conjunto com dois psiquiatras – Abram Hoffer e Humphrey Osmond – desenvolveram a ideia da esquizofrenia como uma condição evolutiva, uma vez que era herdada e altamente prevalente. Entendiam que se a mesma permanecia na população deveria haver importantes vantagens adaptativas, como maior resistência às doenças infecciosas e talvez maior fertilidade nas mulheres. Estes autores visavam quebrar o domínio do ambientalismo e particularmente das concepções psicanalíticas da doença mental.

Etologistas, como Konrad Lorenz e Niko Tinbergen³², eram menos críticos ao pensamento psicanalítico e se interessavam em entender as doenças mentais observando os pacientes psiquiátricos e relacionando seus sintomas com padrões de comportamento encontrados em outras espécies animais. A etologia estuda as interações entre o comportamento animal e o ambiente e entende que para responder porque os animais se comportam de determinada forma é necessário responder questões sobre (1) a causa dos comportamentos, isto é, quais mecanismos fisiológicos estão envolvidos em causar um comportamento particular; (2) o desenvolvimento, isto é, como o comportamento desenvolve-se durante a ontogênese; (3) a função biológica, pois o pensamento darwinista indicou que o comportamento serve a determinada função biológica e (4) a evolução, pois entender o comportamento implica em entender sua filogênese, a história de suas mudanças durante o tempo evolutivo (SANDRIN, 2003, DE BLOCK E ADRIAENS, 2010, 2011).

De Block e Adriaens (2011) identificam seis modelos não exclusivos usados pelos partidários da psiquiatria evolucionista. O modelo adaptacionista refere que as doenças mentais de hoje eram mecanismos adaptativos no ambiente social de nossos ancestrais. John Price (1967 *apud* ADRIAENS E DE BLOCK, 2010), por exemplo, entende que a depressão

³²O autor foi vencedor do prêmio Nobel de Fisiologia/ Medicina em 1973 em que ressaltou o valor da abordagem psicodinâmica do autismo (DE BLOCK E ADRIAENS, 2011).

psicótica permitiu que nossos ancestrais suportassem a exigência de um grupo hierárquico estrito, o que era vital para a sobrevivência do grupo. Refere que os sintomas dessa doença podem estar relacionados com uma queda hierárquica do indivíduo em relação ao grupo, e que devem existir porque previnem que seu portador deseje e tente resgatar o *status* superior. Nesta concepção, o transtorno mental é compreendido como adaptação e não como doença.

O modelo *mismatch* (modelo de descasamento) é muito próximo ao adaptacionista, pois refere que o ambiente atual difere enormemente do ambiente em que ocorreu a maior parte da evolução da espécie. Problemas adaptativos atuais não eram problemas adaptativos em outros tempos e vice-versa. Este modelo considera o fato do organismo não ser mais adaptado a um ambiente que se modificou (DE BLOCK E ADRIAENS, 2011; GIROUX, 2012). O modelo *trade-off*, por sua vez, é um dos mais populares na psiquiatria evolucionista. Segundo esta concepção o gene da esquizofrenia ou da bipolaridade traz algum benefício para seus portadores. Os autores fazem um paralelo com o caso do gene da anemia falciforme cujos portadores são geralmente mais resistentes à malária. A dificuldade é identificar com quais vantagens a esquizofrenia ou a bipolaridade estariam associadas. Alguns autores referem que a persistência evolucionista destes transtornos são devido à associação genética com a sociabilidade, a linguagem ou a criatividade.

O modelo da senescência é mais usado para explicar certas doenças neuropsiquiátricas. A senescência é o processo natural de envelhecimento ao nível celular e entende-se que os genes responsáveis pelo Alzheimer, por exemplo, têm um efeito patológico apenas no final da expectativa de vida e não têm efeito antes ou durante o período reprodutivo. O modelo psicodinâmico, pouco explorado na psiquiatria evolucionista contemporânea, entende que as doenças mentais podem ser definidas em referência ao uso de defesas, mecanismos cognitivos e similares, em um contexto em que estes não são requeridos ou outras defesas e mecanismos são mais apropriados.

Por fim, o modelo “do colapso” (*breakdown*) é compreendido por De Block e Adriaens (2011) como o mais apropriado para as doenças mentais. É neste modelo que Wakefield se apoia teoricamente (GIROUX, 2012). Diferentemente dos modelos *mismatch* e *adaptacionista*, que afirmam que não há nada de errado com a mente nas doenças mentais, este modelo afirma que nestes casos há um mau funcionamento da mente. Os adeptos dessa abordagem entendem, por exemplo, que o humor oscila e que isto tem um significado funcional, mas acreditam que qualquer órgão pode ter seu funcionamento comprometido resultando em uma disfunção mental, como a depressão. Entende-se, portanto, que há um

disfuncionamento interno. Este é o fundamento teórico do transtorno mental oferecido por Wakefield.

Wakefield pretende afirmar que o comportamento manifesto é produto da evolução de mecanismos intrínsecos ao ser humano combinados com a retroalimentação do contexto em que se originaram. Mas, Wakefield não segue a lógica adaptacionista que visa entender e explicar o valor adaptativo das doenças mentais. O autor concorda com as abordagens menos controversas que afirmam que as doenças mentais são alargamentos dos traços adaptativos. Para ele, paranoicos, por exemplo, estariam sofrendo de excesso de suspeita a qual, em si, é útil. Entende que as raízes da ansiedade encontram-se nas reações de defesa dos animais em face de estímulos que representam ameaça à integridade física das diferentes espécies e que os transtornos da ansiedade são uma resposta exagerada a esta condição adaptativa.

Mas Wakefield vai além. O autor afirma que as doenças mentais são doenças porque as pessoas sofrem quando *falham* em encontrar suas normas naturais trazidas pela seleção natural. Wakefield se apropria do pensamento darwinista que o comportamento serve a determinada função biológica e visa definir o conceito de *função natural* para, daí, derivar a noção de *disfunção* usada na conceitualização da doença.

Importante notar que, apesar de Wakefield pautar sua análise sobre a noção de *falha funcional*, não adere à perspectiva normativista, entendendo *falha* como um termo valorativo. A seu ver, assim como a função pode ser analisada em termos descritivos, a falha da função também pode. O autor, à moda de Ruth Millikan³³, reduz um conceito valorativo a uma análise descritiva, livre de valor, e propõe que a intencionalidade dos pensamentos e crenças pode ser naturalizada, usando a noção de *função biológica*. Em seu entender, mesmo as intenções humanas conscientes são explicáveis por essa forma de naturalismo reducionista.

O trabalho sobre as doenças mentais segue a mesma tradição. O autor oferece uma abordagem das funções naturais similar à de Millikan. Assim como Millikan, ele propõe uma abordagem da função natural extraída da teoria evolucionista *para distinguir as disposições que são funções das que não são*. Segundo o autor (WAKEFIELD, 1999), os efeitos relevantes do órgão que constituem sua função natural são os efeitos que explicam a presença do órgão. Assim, sua teoria explica a função do órgão para o qual é uma adaptação, isto é, para o qual é selecionado. A função de um traço particular no organismo exemplifica o sucesso evolutivo e o valor da sobrevivência do traço. A distinção entre sucesso e falha de um

³³ O trabalho de Ruth Millikan será abordado no capítulo 2.

organismo ou órgão pode ser definida por referência ao seu funcionamento de acordo com sua função biológica.

Nesse e Williams (1995 *apud* GAMMELGAARD, 2000) propõem a distinção entre *defesas* e *defeitos* referindo que algumas defesas moldadas pela seleção natural são doenças, mas não são disfunções, não são *defeitos*. É o caso da gripe e suas múltiplas defesas. A gripe não é uma falha de um sistema em executar sua função própria. A febre, os sintomas alérgicos e o vômito para eliminar alguma toxina não são falhas de funções naturalmente selecionadas porque são, na realidade, uma reação projetada. Eles descrevem os mecanismos fisiológicos como resposta adaptativa, isto é, mecanismos de defesa moldados pela seleção natural que são respostas a ameaças. A objeção desses autores à teoria de Wakefield é que as doenças são defesas e, portanto, não há *disfunção*. A doença consiste em processos projetados biologicamente que não precisam envolver a disfunção evolucionista.

Wakefield (1999, 2011) aproveita a discussão e refere que defesas que foram projetadas, como a tosse ou a febre devido à gripe, apesar de serem consideradas como doenças podem ser vistas como não doenças e apenas como defesas projetadas. Porém, diz que a febre, por exemplo, é uma reação à ameaça posta pela infecção viral e esta é claramente uma disfunção no nível celular. Um vírus entra em uma célula, se reproduz e se espalha em outras células causando disfunção da maquinaria celular que não são certamente funções normais da célula. Há, portanto, uma disfunção, pois os mecanismos celulares não estão mais trabalhando conforme projetados. Também há doença ou disfunção das defesas projetadas, em situações como a tosse crônica. Por fim, diz o autor, uma defesa projetada pode causar uma disfunção em outro sistema. É o caso da resposta inflamatória que pode causar uma obstrução respiratória.

O termo *mecanismo interno* é o termo geral usado por Wakefield para se referir tanto às estruturas físicas e órgãos como às estruturas mentais e disposições, como mecanismos motivacionais, cognitivos, afetivos, linguísticos, comportamentais e perceptivos. Algumas condições mentais, diz, interferem na habilidade desses mecanismos internos em executarem as funções para as quais foram desenhadas (*designed*) pelo processo de seleção natural e, portanto, são disfunções.³⁴ Assim, a função não executada, que representa o transtorno, é

³⁴ O autor refere que sua abordagem coincide com as abordagens em termos de etiologia genética. Diz que há um pressuposto de que os mecanismos genéticos são naturalmente selecionados e que têm funções naturais. Da mesma forma, o autor entende que sua teoria se aproxima da teoria freudiana e a compara com a abordagem sobre a repressão nas desordens neuróticas. Refere que, para Freud, o mecanismo da repressão existe para manter as ideias e afetos extremamente dolorosos longe da consciência e, assim, manter o funcionamento do organismo. Quando a repressão falha em executar sua função de forma satisfatória, expressões indiretas do material reprimido alcançam a consciência na forma de sintomas neuróticos como, por exemplo, uma grande ansiedade.

aquela que é uma função *natural*. A disfunção existe apenas quando um órgão não pode executar a função que é naturalmente – independente das intenções humanas – suposto a executar.

Essa é a maneira que Wakefield encontra para defender a legitimidade do conceito de transtorno mental e criticar os atuais padrões diagnósticos demasiado amplos. O autor já criticara o DSM III, de 1980, (WAKEFIELD, 1992) e o DSM IV, de 1994 (WAKEFIELD, 1997) por usarem critérios que não permitem discriminar comportamentos causados por disfunções internas de comportamentos que são resultado de pressões sociais, adaptação a condições ambientais problemáticas ou outras causas que não são doenças.

Wakefield não se opõe à ruptura provocada pelo DSM III em relação às edições anteriores. Ao contrário, o “diagnóstico dimensional” (YOUNG, 1995 *apud* RUSSO e VENÂNCIO, 2006) utilizado no DSM II que deixava difusas as fronteiras entre as doenças certamente é condenado por Wakefield, que entende como necessário um instrumento com maior confiabilidade diagnóstica. Esta foi a primeira classificação baseada em critérios diagnósticos explícitos com a descrição de sinais e sintomas de transtornos mentais a partir do comportamento do paciente. Foi proposto, assim, um sistema classificatório atóxico e operacional das síndromes psiquiátricas (PEREIRA, 2000).

De qualquer modo, o autor não se aprofunda na discussão sobre a mudança paradigmática provocada pelo DSM III por ter (1) rompido com o ecletismo das classificações anteriores, propondo uma única lógica classificatória; (2) provocado uma ruptura com a abordagem psicanalítica dominante no âmbito da psiquiatria norte-americana e (3) tramado novas concepções sobre o normal e patológico, participando do engendramento de grupos identitários (RUSSO E VENÂNCIO, 2006). Apenas este último ponto interessa parcialmente a Wakefield, pois o autor não está preocupado com a nosologia nem tampouco com a causalidade dos transtornos mentais. O autor limita-se a pensar sobre o problema da demarcação entre o normal e o patológico.

Assim, Wakefield refere que um importante critério utilizado no DSM III é a aflição ou deficiência não expectável. A ideia básica neste conceito é que as respostas normais a eventos particulares (medo em situação ameaçadora) são esperadas enquanto os transtornos são respostas não esperadas, de acordo com o critério estatístico. Todavia, não são poucos os exemplos que informam que o fundamento estatístico é falho. Por isso, o autor critica as edições, mostrando que ambas ignoram a noção de disfunção que ele propõe (WAKEFIELD,

Assim, não seria a repressão por si que constitui a desordem, mas a falha da mesma em fazer aquilo que se espera que faça, provocando sintomas.

1992, 1994). O critério estatístico, diz, não possibilita demarcar a diferença entre a variação normal e a doença. Um adolescente que foge de casa, bate com o carro e rouba algo é enquadrado como portador de um transtorno de conduta no DSM III, pois a situação é indesejável e o comportamento é inesperado. Mas é evidente que o adolescente pode ser apenas rebelde ou insensato e não doente.

Outra crítica de Wakefield dirige-se ao fato do DSM III incluir a disfunção biológica como causa do transtorno mental, sugerindo que o que faz com que a doença seja mental não é o tipo de disfunção, mas o tipo de sintoma. Mas para o autor, conforme sugere a doença psicossomática, é a “natureza da causa do sintoma” e não a “natureza dos próprios sintomas” que determinam se a doença é mental. A dor devido a uma disfunção física não constitui um transtorno mental, pois não indica disfunção de nenhum mecanismo mental. Para um transtorno ser mental deve haver uma disfunção mental, mesmo que esta seja secundária a uma disfunção fisiológica. Wakefield, porém, não responde como distinguir mecanismos físicos de mentais.

Atualmente, o autor posiciona-se criticamente em relação às propostas para o DSM V, afirmando que os critérios utilizados para o manual criam “falsas doenças” e localizam o problema, por exemplo, no luto. Segundo as propostas para o manual diagnóstico, a emoção perfeitamente saudável da tristeza durante o luto é vista como depressão. Mas, para Wakefield (2012) um humor deprimido seguido de uma importante perda não é anormal; é exatamente o que se espera, pois o mecanismo mental foi projetado para exibir essa reação neste contexto.

Wakefield (1992) diferencia as funções naturais que podem, quando disfuncionais, representar uma doença, de outras funções. Segundo sua teoria, o transtorno existe quando um mecanismo interno que falha em executar sua função – dada pela seleção natural – incide negativamente sobre o bem-estar da pessoa, definido pelos valores sociais. Portanto, o conceito geral de doença proposto por Wakefield pode ser analisado da seguinte forma: a condição funcional é uma doença se e somente se (1) causar algum prejuízo à pessoa, de acordo com os padrões culturais (critério valorativo) e (2) resultar de uma inabilidade de um mecanismo interno em executar sua função natural, a qual é parte da explicação evolucionista da existência e estrutura do mecanismo (critério explicativo).

Assim, o transtorno é equacionado como: *Transtorno = Dano + Disfunção*. Para ser considerada um transtorno a disfunção deve causar um dano significativo à pessoa em determinado ambiente. Portanto, o autor marca a diferença entre *disfunção* e *anormalidade* fazendo uso da noção de *dano*. À noção de dano, Wakefield acrescenta o viés selecionista.

Interessa ao autor especificar claramente que o transtorno envolve uma disfunção no indivíduo e não é uma reação esperada a um estressor. Reações normais a estressores não podem ser caracterizadas como sintomas de um transtorno, o que seria uma medicalização indevida de problemas sociais.

Uma disfunção em um rim, diz Wakefield, em geral não afeta o bem-estar da pessoa e, portanto não é considerada uma doença. Da mesma forma médicos retiram o rim de um doador para transplante sem que estejam causando uma doença, mesmo que as pessoas tenham sido naturalmente desenhadas para terem dois rins. Outro exemplo oferecido por Wakefield da dimensão valorativa da condição saudável /doente é o suposto caso em que uma pessoa tenha o processo de envelhecimento e morte retardado mais do que se espera. Mesmo supondo que as pessoas são projetadas para envelhecerem e morrerem com determinada idade, este indivíduo não seria considerado um doente, mas um sortudo.

Apesar do aspecto contextual/cultural em sua teoria, o autor se empenha em fortalecer o objetivismo da função natural. O papel das normas sociais e dos valores, embora crucial, não interfere na análise da noção de disfunção. Wakefield (1999) sustenta que as funções são selecionadas porque perpetuam os genes, e identifica que os “interesses” dos genes e das pessoas divergem em alguns casos. Assim, diz, há uma grande disparidade entre a abordagem valorativa e a noção de que a seleção natural via aumento do *fitness* é o árbitro da função. Segundo Wakefield, há transtornos mentais genuínos num sentido estritamente médico que são definidos com base da teoria evolucionista.

O disfuncionamento interno é o fato científico do qual Wakefield (1992) não abre mão. A análise do autor visa limitar as noções de funcionamento mental e de disfunção que estão em jogo no transtorno mental àquilo que é natural, independentemente das normas e valores sociais. A alegação subjacente é dupla. Os subsistemas psicológicos que constituem o ser humano são (1) naturalmente selecionados para executarem funções naturais e (2) objetivamente conhecíveis e explicáveis.

O conceito de *função natural* é, portanto, fundamental em sua teoria. Assim como os cientistas possuem um conceito teórico neutro de “fogo” que permite discutir sobre a “teoria do flogisto”, é preciso compreender o conceito de “função” de forma também neutra para que se possa discutir se as funções devem-se à seleção natural ou à intenção divina e daí derivar o conceito de doença. Wakefield (1999) reconhece a especificidade do processo biológico. Os organismos são únicos e suas funções se relacionam de forma complexa, são hierarquicamente organizadas, produzem um padrão de vida e de reprodução viável.

O autor propõe uma abordagem da função que denomina de *black box essentialist* (WAKEFIELD, 1999) em que afirma a função fazendo referência a casos supostamente não acidentais e a capacidades extremamente benéficas: as mãos *para* agarrar, olhos *para* ver, e outros. A origem dessas estruturas complexas e desses efeitos *design-like* são um mistério e, portanto, o conceito de função biológica só pode ser enquadrado de uma forma “quase” essencialista. Os efeitos benéficos explicariam, de alguma forma, os traços que os causam. Darwin ofereceu a melhor teoria científica que temos sobre o que esse processo essencial é e, se ele está correto, explica o que são as funções.

Interessante nos trabalhos do autor é que, apesar de defender teses com base na teoria da evolução, ele pretende diferenciá-las do evolucionismo de autores como Boorse, Scadding (1967) e Kendell (1975). Esses últimos usam o objetivo da sobrevivência ou da reprodução – critério geral derivado da evolução – como um conceito puramente científico para identificar as doenças. Segundo Wakefield (1992), eles fazem uso da noção de “desvantagem biológica” e tentam retirar o caráter valorativo do termo “desvantagem” a partir da teoria biológica da evolução. Para Wakefield, Scadding, dá continuidade à abordagem do desvio estatístico e merece as mesmas críticas direcionadas a este tipo de teoria. Kendell e Boorse afirmam a doença como uma condição que diminui a longevidade ou a fertilidade. Estes autores igualam as baixas longevidade e fertilidade com o dano. Wakefield discorda. Refere que a condição pode diminuir a fertilidade sem provocar qualquer dano. Por outro lado, danos significativos, como dores crônicas ou perda do prazer podem não reduzir a longevidade ou a fertilidade.

Ademais, para Wakefield, Scadding e Kendell incorrem numa forma de “falácia sociobiológica”, ou seja, compreendem a evolução de forma equivocada por conferir ao organismo uma tendência geral de maximizar sua *performance*. Buss (1991) denominou de “falácia sociobiológica” a maneira equivocada que alguns teóricos enfocaram a análise do potencial adaptativo de uma característica como estratégia maximizadora da eficácia biológica individual. Na realidade, diz Wakefield, a evolução confere uma multiplicidade de mecanismos específicos que não visam diretamente a adaptação, mas que promovem a adaptação como efeito no ambiente em que são selecionados. Por exemplo, a atração sexual não é um mecanismo que visa diretamente a maximização da reprodução, mas provoca o desejo sexual que leva à reprodução.

É a falha de um mecanismo interno em executar suas tarefas, e não uma baixa adaptação, que evidencia que o organismo não está bem. Por fim, Wakefield refere que o dano envolvido na condição doente deve ser adicionado à – ao invés de derivado da –

exigência evolutiva. Portanto, não se trata de uma teoria que responde objetivamente, no sentido buscado pelos naturalistas, sobre a fronteira entre o normal e o patológico.

Para Wakefield (1992), porém, não é meramente accidental que os olhos permitam enxergar e as pernas permitam andar. Podemos pensar o mesmo no caso dos mecanismos mentais. Uma função do mecanismo linguístico, diz, é promover a capacidade de comunicação, uma função do medo é evitar uma situação perigosa e uma função do cansaço é trazer descanso. Estes mecanismos, diz o autor (WAKEFIELD, 2008), são muito bem orquestrados e seus efeitos extremamente benéficos para terem aparecido acidentalmente e, assim, não podem ser explicados por mecanismos não teleológicos ou por abordagens que dispensam o papel da seleção natural.

Considerando que estes itens existem *para* cumprir determinadas funções, o autor diz que a disfunção ocorre quando esses mecanismos falham em executar suas funções. São os casos de afasia, fobia e insônia, respectivamente. Os transtornos devem envolver, necessariamente, falhas³⁵ de mecanismos naturalmente selecionados. A explicação de um mecanismo em termos de suas funções naturais pode ser considerada uma forma indireta de fazer referência a uma explicação causal em termos de seleção natural. Assim, para Wakefield, uma abordagem evolucionista da personalidade e do funcionamento mental é central para o entendimento da psicopatologia.

A grande originalidade do autor é apoiar a teoria do transtorno mental sobre um conceito evolucionista, etiológico, das funções mentais.³⁶ O conceito de função é essencialmente uma questão de *design*, parte da explicação do por que o item é da forma como é. No caso das funções naturais, o conceito de *design* e a explicação do por que as coisas são da forma que são, envolve a evolução. Trata-se, portanto, de uma tese que se fundamenta na teoria evolucionista, principal alternativa às versões estatísticas da normalidade. Assim, enquanto Boorse defende uma concepção sistêmica da função na análise do fenômeno patológico, Wakefield se apoia em uma concepção evolucionista, etiológica e teleológica das funções biológicas.

Disfunção é o “componente livre de valor” do conceito de doença, relativo à “função natural”, conceito que Wakefield utiliza com base no trabalho de Larry Wright sobre as

³⁵ A opção de Wakefield de usar o termo *falha* ao invés de se referir à não execução demonstra a intenção do autor de chamar atenção para o caráter valorativo do conceito de doença.

³⁶ As principais abordagens sobre a definição de doença física ou mental desde 1960 tinham como fundamento a teoria evolucionista. Um dos primeiros estudos foi o do psiquiatra Robert Kendell (1975), mas o estudo de Wakefield, que se iniciou na década de 1990, foi o mais discutido.

funções biológicas.³⁷ Nesta concepção, a função é o efeito que explica a existência do órgão. A função do órgão é equivalente a seus efeitos naturalmente selecionados durante a evolução.

Wakefield (1992) entende que o uso do termo *função* aplicado aos mecanismos internos orgânicos não pode ser o mesmo no caso dos artefatos inorgânicos. Em relação a estes, falamos em propósitos e intenções do construtor e, sobre aqueles, isso não pode ser dito, pois não há um *designer* com um propósito consciente por trás. No caso dos artefatos há uma representação mental do efeito anterior que explica a existência do artefato. Mas, diz o autor, a explicação funcional dos artefatos pode ser estendida para os mecanismos naturais. O alargamento da explicação funcional dos artefatos para as funções naturais é justificada pela seleção natural. A teoria da evolução oferece uma boa explicação de como um efeito de um mecanismo pode explicar a presença e estrutura do mesmo. Assim como no caso dos artefatos, as explicações funcionais na natureza violam o princípio básico que diz que a causa deve vir antes do efeito. No caso dos artefatos esta violação é legítima, pois o artefato, um carro, por exemplo, existe porque alguém deseja em certo efeito o transporte. O *designer* acredita que criar o carro é uma forma de atingir tal efeito, isto é, o transporte. A crença e o desejo que precedem o artefato fazem com que a pessoa o crie.

Os mecanismos naturais, da mesma forma que os artefatos, podem ser parcialmente explicados por seus efeitos, e as “funções” são os efeitos que fazem parte da explicação. Segundo Wakefield (1992, p.383) “o desejo sexual existe porque causa a copulação e a reprodução”. Assim, o desejo sexual é explicado em termos de algo que vem depois dele. Em relação ao coração, por exemplo, o efeito do “bombeamento do sangue” é parte da explicação do coração, pois alguém pode perguntar “por que temos coração?” e a resposta será “porque ele bombeia sangue”. Assim, a função natural de um órgão ou outro mecanismo é aquele entre seus efeitos que compõem a explicação da existência, estrutura ou atividade do órgão ou mecanismo.

Entende-se que o coração foi selecionado devido à sua capacidade de fazer circular o sangue, contribuindo para a sobrevivência dos organismos com coração e, em última instância, para a contínua reprodução dos corações nas próximas gerações. O pensamento é o mesmo para as doenças mentais, diz Wakefield (1992, 2011). Assim como uma das funções naturais do coração é bombear o sangue, a função natural do aparato perceptual é processar informações precisas sobre o ambiente imediato e, por isso, a alucinação indica uma

³⁷ Wakefield não afirma explicitamente seguir a abordagem de Wright, mas ao descrever o conceito de função que utiliza em sua teoria fica evidente a referência ao trabalho deste autor. A teoria de Wright será abordada no capítulo 2.

disfunção. O medo, por sua vez, tem como função natural prevenir o perigo e o disfuncionamento dos mecanismos naturais do medo causariam alguns tipos de fobia.

Emoções desagradáveis podem ser pensadas como defesas análogas à dor ou ao vômito. Entende-se que a capacidade para dor física surgiu durante o processo evolutivo como forma de proteção de danos teciduais, a capacidade para a ansiedade evoluiu para nos proteger de ameaças e perigos futuros e a capacidade de sentir-se cansado evoluiu para nos proteger do excesso de esforço físico. Portanto, assim como possuímos mecanismos físicos como o fígado e o coração devido à herança evolutiva, a mesma herança nos dá mecanismos mentais cognitivos, motivacionais, afetivos e disposições comportamentais. Nesta concepção, as doenças mentais são disfunções dessas funções naturais que prejudicam nossa adaptação ao meio.

Portanto, vemos que Wakefield (1992, 2011) aplica o conceito de doença igualmente a condições prejudiciais resultantes da disfunção do fígado e da disfunção do mecanismo mental. A noção de doença mental é, então, a aplicação literal ao terreno do mental do conceito de disfunção prejudicial aplicado para as doenças físicas. As explicações evolucionistas dizem que emoções aversivas nos ensinam que a seleção natural não projetou nossas mentes para a felicidade ou para a harmonia, mas apenas para a sobrevivência e para a reprodução. Assim, sentir-se mal pode ser importante para nossa adaptação. Se os processos mentais têm um papel importante na sobrevivência e reprodução não há dúvida que foram naturalmente selecionados.

Do ponto de vista de Wakefield (1992), a confusão sobre o que é o transtorno (mental) resulta do escasso conhecimento sobre as histórias natural e causal dos mecanismos mentais. O autor reconhece que descobrir o que de fato é natural ou disfuncional – e, portanto o que é o transtorno – pode ser extremamente difícil e objeto de controvérsias científicas. Assim, diz, é preciso invocar explicações funcionais com base em inferências sobre o que os mecanismos mentais supostamente seriam capazes de realizar, e que tais inferências já eram feitas entre os médicos antigos. Apesar de não saberem nada sobre os mecanismos envolvidos na visão ou sobre a história natural dos olhos, estes médicos entendiam, com base nas inferências funcionais, que a cegueira e outras condições físicas eram disfuncionais. Em nossa era, diz (WAKEFIELD, 2008), a teoria evolucionista ofereceu uma explicação para a essência do *design* biológico e, assim, temos um fundamento científico para os conceitos que eram compreendidos há milênios, análogo à descoberta de que a água – conhecida desde a antiguidade – é composta pela molécula de H₂O. Para o autor, quanto mais soubermos sobre

as funções naturalmente selecionadas dos mecanismos mentais, mais confiáveis serão nossos julgamentos sobre quais “disfunções” podem ser “doenças”.

Importante notar que Wakefield (1992) afirma a divergência entre o dano e a falha dos efeitos naturalmente selecionados. Diz que as funções naturais são determinadas pelas pressões seletivas que operam no ambiente em que as espécies humanas se desenvolveram. Em alguns casos, essas pressões se modificam e uma falha no mecanismo não provocará as consequências negativas que outrora provocariam. O autor oferece um exemplo altamente discutível que é o da agressividade masculina. Segundo Wakefield, a agressividade masculina pode ter sido útil em condições primitivas, mas atualmente é prejudicial. Assim, mesmo que a disposição para a agressividade alta seja uma função natural de determinado mecanismo, a perda dessa função não seria agora considerada uma doença.

É evidente que os teóricos da saúde mental estão interessados nas funções relevantes dentro de um *contexto social* e não naquelas que interessam meramente à teoria evolucionista. Wakefield está consciente disso e por esta razão refere que o pensamento de Darwin não é suficiente para criar uma filosofia da medicina sólida. É necessário um suplemento moral (WAKEFIELD, 2001). Daí uma diferença capital entre ele e Boorse. Boorse quer transpor os conceitos da biologia para a medicina teórica. Wakefield sabe que isso não é possível e, então, faz uso da ciência biológica sem se limitar a ela. A *disfunção* como um desvio do funcionamento normal (mediano) só será um transtorno caso afete o bem-estar do organismo de forma negativa. É por esta razão, diz Wakefield, que mesmo quando não há disputas sobre fatos alguns diagnósticos são controversos. Pode haver acordo sobre os fatos em termos de *função* e *disfunção* sem que haja acordo sobre quais disfunções são transtornos devido a diferenças em termos de valores.

A fragilidade e a dificuldade da teoria de Wakefield são relativas, sobretudo (1) à separação radical entre normas naturais e normas sociais ou à crença na divisão clara entre o funcionamento psicológico que é natural (inato) e o que é social (construído); (2) à desconsideração de que o comportamento humano não é (apenas) determinado pela evolução, mas também é socialmente construído e manifesta-se numa infinidade de formas diferentes entre os indivíduos; e (3) ao problema de determinar se uma condição mental ou comportamental envolve falha de um mecanismo evolucionista ou se é uma resposta a um ambiente problemático. Em psiquiatria, são poucas as condições em que a função natural subjacente ao comportamento é identificável em termos evolucionistas.

2 (DIS)FUNÇÃO BIOLÓGICA E (A)TIPIA

Neste capítulo, interessa-nos analisar duas noções trazidas pelos autores naturalistas trabalhados – Boorse e Wakefield – que parecem fundamentais para a problemática referente à pesquisa sobre o normal e o patológico. Trata-se (1) da noção de *função normal*, *função própria* ou *função natural* e (2) da noção de *normalidade estatística* ou *tipo biológico*, ambas usadas nas teorias funcionalistas da normalidade e da patologia. Como vimos, com o intuito de oferecer um caráter científico ao conceito de doença, os filósofos da medicina costumam recorrer à teoria evolucionista e/ou ao debate funcional próprio ao campo da filosofia da biologia. Veremos que estes conceitos são cada vez mais discutidos pelos filósofos da biologia os quais colocam em questão as ideias de *disfunção* e *atipia*, apropriadas pelo modelo biomédico naturalista para a caracterização da doença.

Wakefield afirma seu compromisso com a abordagem etiológica ou histórica da função e Boorse, respondendo aos críticos, insiste em afirmar a independência do seu conceito de função biológica da teoria evolucionista. Porém, tal independência pode ser relativizada, uma vez que Boorse funda sua análise funcional no conceito de *design* da espécie e no de fins naturais da sobrevivência e reprodução, ambos extraídos da abordagem evolucionista da função biológica. De qualquer modo, a pergunta central é se a teoria evolucionista é capaz de definir como os organismos humanos saudáveis funcionam. Em outras palavras, *podem as teorias sobre as funções individuais saudáveis serem inferidas, de forma válida, de teorias sobre como os indivíduos se desenvolveram no curso da evolução?*

Ademais, o conceito de disfunção nas teorias naturalistas de Boorse e Wakefield faz da doença sinônimo de “deficiência funcional típica”, ou seja, um defeito que interfere em uma ou mais funções tipicamente executadas entre os membros de uma espécie. No entanto, podemos perguntar: à qual função nos referimos ao falarmos de “disfunção”? O que é uma função típica? Qual a boa função ou a função certa, cujo malogro redundaria numa disfunção ou patologia? Qual finalidade foi contrariada a ponto de dar-nos o direito de dizer que o organismo vivo está disfuncional? Se existe um tipo funcional, que tipo é esse?

2.1 Função biológica e normatividade

Em Canguilhem (1995) vemos a filosofia da medicina indissociável da filosofia da biologia. A noção de *normatividade biológica* introduzida pelo autor expressa uma norma imanente à vida. Em sua concepção, o que distingue o fisiológico do patológico não é uma realidade físico-química, como querem os mecanicistas, mas um valor biológico e, assim, refere ser preciso interessar-se pela vida para clarificar a questão sobre o que é normal e o que é patológico. A vida, diz, é polaridade, é posição *inconsciente* de valor. Portanto, o ser vivo não é indiferente ao meio, ele *seleciona, prefere* a vida à morte e a saúde à doença. Partindo da noção de vida como atividade, Canguilhem afirma que a normatividade *consciente* do ser humano é um prolongamento de uma normatividade que está em germe na vida. A afirmação da existência de uma norma imanente à vida nos permite dizer que Canguilhem defende a “normatividade natural”, o que o aproxima dos naturalistas.³⁸

Precisar em medicina o que é a normatividade biológica não é uma tarefa fácil. Igualmente complicado é sustentá-la com base na teoria da evolução. Vemos que Boorse e Wakefield assumem o desafio, mas enquanto Wakefield assume o compromisso da sua teoria com a biologia evolutiva, Boorse o nega. Segundo Giroux (2011), a intuição de Canguilhem de um vínculo entre evolução biológica e normatividade o aproxima de alguns filósofos da biologia contemporâneos³⁹ que defendem uma concepção etiológica e normativa da função biológica fundamentando a normatividade na seleção natural. Estes filósofos não estão preocupados com a medicina, mas suas teorias são apropriadas por Boorse e Wakefield para formularem suas teses sobre a saúde e a doença.

Apoiando-se na tese de seu mestre, o neurologista Kurt Goldstein, Canguilhem defende o vínculo entre evolução biológica e normatividade. Segundo o autor, a normatividade implícita na seleção natural permitiria fundar sua tese de um laço estreito entre valor vital e variabilidade individual.

Para entender a interpretação normativa da vida que propõe Canguilhem é necessário precisar a relação entre individualidade e normatividade proposta pelo autor (GIROUX, 2011, p.38):

³⁸ Mas Canguilhem também está ao lado dos normativistas, a partir do exame crítico da definição fisiológica e experimental de Claude Bernard e da definição estatística. A consideração de que o julgamento de valor negativo é dado pelas pessoas individuais faz com que o autor se aproxime das versões normativistas.

³⁹ Um exemplo é a tese de Karen *Abnormal psychobiology*, de 1983.

Por um lado, Canguilhem considera que, ao lado de outros candidatos, como a célula e a sociedade, o organismo é a entidade que melhor corresponde ao conceito de indivíduo. Por outro lado, para defender o laço estreito entre a normatividade biológica e a individualidade assim definida (...), Canguilhem lhe dá um fundamento biológico objetivo apoiando-se sobre a teoria darwinista da evolução e a importância que nela tem as noções de seleção, de diferenças individuais e de adaptação ao meio.

Para Canguilhem, os conceitos de saúde e doença devem ser entendidos com base na noção de *norma individual*, e Gayon (1998) mostra que, na tentativa de clarificar este conceito ele explora duas linhas argumentativas. A primeira se fundamenta na própria medicina. A partir da clínica é evidente que a fronteira entre o normal e o patológico é incerta, se considerarmos muitos indivíduos simultaneamente. Mas ela é clara se considerarmos o mesmo indivíduo em tempos diferentes. Consequentemente, a doença não é um desvio da norma, mas a emergência de uma nova “norma individual”. O autor cria a noção de normatividade para designar a habilidade do organismo de adotar novas normas na vida.

A segunda linha argumentativa se refere à inevitabilidade da axiologia na biologia em geral. O argumento consiste em questionar o significado do conceito de normalidade na biologia em geral e, para tanto, oferece um argumento tipicamente darwiniano. O autor refere que normalidade e anormalidade não tem significado biológico se não levar em conta o meio ambiente. Canguilhem move-se da filosofia da medicina à biologia filosófica⁴⁰, defende a tese de que as normas biológicas devem ser interpretadas em uma base individual e argumenta que uma vez que há variabilidade dos organismos e os indivíduos divergem do tipo específico, não podemos considerar a anomalia como doença (GAYON, 1998).

Aproveitando o trabalho experimental dos biólogos Teisser e Hérítter sobre seleção natural, o autor indica que certas mutações que parecem desvantajosas no meio que habitualmente é próprio à espécie podem ser vantajosas se certas condições de existência variarem. Darwin dizia que o meio é normal pelo fato do ser vivo nele desenvolver melhor sua vida e nele manter melhor sua própria norma. O meio é normal se tomado como referência o ser vivo que o utiliza em seu proveito, isto é, normal apenas porque tem como ponto de referência uma norma morfológica e funcional (CANGUILHEM, 1995). Canguilhem então compara a abordagem darwiniana da variabilidade com o problema do normal e do patológico referindo que ele é um caso particular do problema biológico geral dos “valores vitais” da natureza.

⁴⁰ O termo “biologia filosófica” foi escolhido em detrimento da “filosofia da biologia” porque este último é referente à tradição americana das décadas de 1960/70.

Desde os anos de 1970, filósofos da biologia interrogam o bem fundado da associação entre seleção natural e organismo individual, sublinhando que a seleção não interfere unicamente nos organismos, mas em múltiplos níveis de organização, como os genes, os grupos e as populações.⁴¹ Na mesma época, as apreciações e críticas à noção de *função* biológica renovam a análise da normatividade e do caráter teleológico do vivente, restaurando o lugar de uma análise científica e objetiva. Através da elaboração de uma concepção sistêmica chamada de “não normativa” da função, abriu-se a possibilidade de um conceito funcionalista da saúde (GIROUX, 2011).

O conceito de *função* é de extrema importância em biologia, pois é utilizado como medida teórica do papel que células, tecidos, órgãos e comportamentos desempenham no organismo do qual fazem parte. O problema conceitual referente a este termo relaciona-se a um tópico caro aos filósofos desde a Antiguidade, que é o da teleologia dos processos naturais. Pergunta-se qual a relação entre o conceito de *função* e de *telos* (fim), e as respostas para esta pergunta trazem sérias implicações metafísicas.

Historicamente, o conceito de função aplicado ao mundo natural sofreu grandes transformações. No mundo pré-científico, predominava a linguagem finalista de caráter metafísico para a descrição do mundo natural. Acreditava-se que a natureza não fazia nada em vão, não era perdulária e, portanto, tudo tinha uma finalidade. A ideia, ainda incrustada no pensamento comum, é que não há nada no organismo que não tenha um papel a cumprir. O organismo, os órgãos, os traços, todos eles teriam uma *função*, e as ações dos animais – intencionais ou não – são realizadas objetivando atingir certas *metas*.

Com o desenvolvimento do pensamento científico e da biologia moderna, a aplicação da teleologia ao mundo natural começou a ser problematizada. Entendia-se que as concepções teleológicas dependentes de agentes externos à natureza estariam em contradição com o espírito mecanicista da ciência contemporânea (FERREIRA, 2003). Portanto, a partir do desenvolvimento da “nova ciência mecanicista”, tentou-se livrar a ciência das explicações funcionais e das influências aristotélicas, sobretudo da consideração da matéria como viva, animada e dotada de apetites (REILL, 2003).

Porém, apesar da maioria das críticas ao caráter teleológico aplicado à função biológica recair sobre as causas finais de Aristóteles evocadas para explicar os fenômenos da

⁴¹ Diferentemente dos filósofos da biologia contemporâneos que consideram genes, proteínas, células, organismos, populações, espécies e ecossistemas como “indivíduos”, na filosofia da biologia de Canguilhem há apenas três candidatos a “indivíduos”: as células, os organismos e as sociedades e este último será posteriormente negado pelo autor. Para um aprofundamento do tema, ver *The concept of Individuality in Canguilhem's Philosophy of Biology* (GAYON, 1998).

vida e da saúde, alguns autores esclarecem que há confusões entre a teleologia de Aristóteles e as concepções teleológicas medievais. Segundo Ferreira (2003), no pensamento de Aristóteles não há qualquer referência a agentes externos à natureza. Em sua concepção, entre natureza e artífice haveria apenas uma analogia. De acordo com Aristóteles, diz Ferreira (2003, p.184), “as causas que agem por necessidade são como leis gerais, e as que agem em direção a um fim só podem ser assim entendidas com referência ao agente de cada processo e não de um ponto de vista externo ou superior”.

Para Aristóteles, o *telos* seria um princípio imanente de mudança; uma propriedade inerente da relação entre a parte do organismo em questão e o organismo como um todo. Ele entendia que a origem do movimento de algo alvo-dirigido podia ser encontrada internamente, na natureza desse algo, e não em uma agência externa (WOODFIELD, 1976). O *telos* aristotélico é, assim, uma propriedade do funcionamento individual, imanente, naturalística, não racional e não intencional, pois o alvo (*goal*) não é o objeto do desejo de um agente. A teleologia é inferida de padrões de ordem e arranjos, e os estados finais dependem das partes e de suas contribuições para o todo (ARIEW, 2009).⁴²

Diferentemente, a teleologia natural de Platão evoca a ideia de “bem”, sendo criacionista, antropomórfica e valorativa. A ideia é que o cosmos e os organismos vivos são artefatos criados para alcançarem a forma mais próxima da perfeição. Platão defende um modelo externo ao organismo, em que o *telos* é um agente que opera propositalmente em direção ao melhor de um ponto de vista cosmológico, apelando para um criador divino com bons planos.⁴³

De qualquer forma, a grande crítica dos cientistas mecanicistas era contra os raciocínios finalistas empregados para explicar os fenômenos da vida. O mecanicismo, porém, não estava isento de críticas. Reduzir o organismo vivo a uma máquina equivaleria a extrapolar a ideia de morte para os artefatos ou retirá-la dos viventes, o que seria impensável. Por esta razão, Canguilhem (2005) afirma a impossibilidade de atribuir a qualidade de saudável a um mecanismo, visto que não haveria doença de um mecanismo. O que há, diz, é uma desregulação de seu funcionamento esperado. O autor sustenta que a saúde, verdade do corpo, não está referida a uma explicação por teoremas e, fazendo uso da noção de

⁴² Como refere André Ariew, as teleologias de Platão e Aristóteles eram mais elaboradas do que as defendidas por muitos dos autores contemporâneos que trabalham o conceito de explicação funcional. Para um aprofundamento sobre as noções de teleologia de Aristóteles e Platão, ver “*Platonic and Aristotelian Roots of Teleological Arguments*” (ARIEW, 2009).

⁴³ Assim, grande parte das críticas direcionadas a Aristóteles são, na realidade, direcionadas a Platão.

normatividade vital, afirma a existência de um “valor na vida” embutido na própria maneira em que a vida exprime suas preferências e se adapta a formas e funções melhores (CANGUILHEM, 1995).

Em contraposição ao espírito mecanicista da época, surgiram no século XVIII as primeiras ideias que mais tarde foram denominadas de *vitalistas*⁴⁴. Sensíveis às ideias de forças ou princípios singulares da vida, e insatisfeitos com o modelo mecanicista do universo, os vitalistas afirmavam a existência de uma animação da vida não explicável por meio de conceitos, métodos e leis da matéria bruta. A concepção teleológica, porém, não podia ser defendida contrapondo a física de Galileu e Newton aos princípios metafísicos dos filósofos medievais. Era preciso comprovar a existência da teleologia através de experimentos científicos. No final do século XIX, Hans Driesch tentou comprovar a existência de um princípio vital teleológico intitulado *entelechia*⁴⁵ e os vitalistas, confiantes na autonomia da vida, afirmaram a existência de uma força oculta, a *vis vitalis*, ou virtude vital dos processos vivos (PUTTINI, 2007; WAISSE *et al.*, 2011).

Canguilhem é um autor importante nesta discussão, pois faz uma crítica decisiva à visão mecanicista do normal e do patológico afirmando uma norma imanente à vida. Por isso, alguns autores o consideram um vitalista. Canguilhem não se recusa a ser um vitalista, se o termo estiver despido do tom pejorativo comumente empregado, devido à identificação com o pensamento metafísico e, ao contrário, significar a preocupação com a independência da biologia como ciência, isto é, a defesa da originalidade do fenômeno biológico. Canguilhem é um defensor da normatividade da vida, da hipótese de que a vida é polaridade dinâmica, que estabelece normas para si mesma, se autodetermina. Segundo o autor, o vitalismo é a recusa de duas interpretações metafísicas das causas dos fenômenos orgânicos: o animismo e o mecanicismo. Ele é o simples reconhecimento da originalidade do fato vital (CANGUILHEM, 2012).

Reconhecer a “vitalidade do vitalismo” não faz de Canguilhem defensor de uma medicina vitalista, nem tampouco mais um defensor da teleologia dos processos orgânicos. O autor reconhece a tensão entre a visão finalista de Platão e Aristóteles e o mecanicismo, e

⁴⁴ O adjetivo vitalista foi cunhado por Charles-Louis Dumas em 1800 para se referir à tradição da escola médica de Montpellier (REY, 1997 *apud* WAISSE *et al.*, 2011).

⁴⁵ A tentativa de comprovação foi por meio de um experimento no qual dividiu ao meio um embrião de ouriço do mar que se encontrava na fase de desenvolvimento composta por duas células (blastômeros). Um blastômero se desenvolveu por inteiro regenerando a parte perdida o que Driesch interpretou como indicador da ação da *entelechia* sobre o blastômero, conduzindo-o para uma meta, um *telos* que seria a forma completa do ouriço (PUTTINI, 2007).

procura reelaborá-la identificando um estado de coisas intrínseco à própria vida. Com base no conceito de normatividade é possível compreender o fenômeno da vida em sua racionalidade intrínseca. Desta forma, segundo Puttini (2007), podemos conjecturar que o conceito de normatividade de Canguilhem é distinto da concepção de teleologia defendida pelos vitalistas. O princípio vital, que fundamenta as ações teleológicas, diz Puttini, é concebido como um princípio metafísico que se situa extrinsecamente ao ser vivo e conduz a atividade deste ser em direção a uma meta. A normatividade da vida, ao contrário, emerge da própria atividade do ser humano, podendo ser vista como um conceito que “supera” a oposição entre mecanicismo e vitalismo, pois nega o vitalismo animista sem declarar o mecanicismo.

Para a discussão que nos interessa – a perspectiva teleológica dos processos naturais – o debate entre mecanicistas e vitalistas sublinha a possibilidade de se descrever as funções orgânicas como orientadas teleologicamente. De forma geral, para os primeiros, a linguagem teleológica não pode ser aplicada aos organismos, pois as leis orgânicas são uma relação de causa e efeito, sem nada mais para explicá-las. Para os vitalistas, ao contrário, os organismos são governados por leis primordiais e direcionados para um fim, isto é, têm uma *finalidade*. A discussão, porém, parece mais complexa, sobretudo considerando a teoria da evolução.

A partir do pensamento do Darwin e da introdução do mecanismo da seleção natural, alguns autores mostram que o vínculo entre o mundo natural e os esquemas teleológicos foi atenuado. Para alguns, a teleologia em biologia teria sido extinta após Darwin e a seleção natural. Enquanto o determinismo e as teorias finalistas afirmavam, por exemplo, que as garças eram dotadas de bicos longos *para* se tornarem pescadoras perfeitas, Darwin sugeriu que, na competição pela sobrevivência, levaram vantagens as garças com bicos mais longos, deixando mais descendentes (MAYR, 2005). Assim, a teoria da seleção natural provocou uma quebra do paradigma secular segundo o qual cada espécie fora criada para atender a determinada finalidade. Para Ferreira (2003), a biologia evolucionista trouxe para o estudo dos seres vivos o que a revolução científica e o mecanicismo haviam proposto para a natureza em geral: a substituição de causas finais por causas eficientes imediatas.

Outros autores, entretanto, julgam que a ausência de um agente intencional não significa necessariamente a eliminação do caráter teleológico do conceito de função natural. A leitura de Elliot Sober (2000) é que Darwin não extinguiu as ideias teleológicas da biologia, apenas abordou o conceito de função de modo naturalista. Segundo Wakefield (2008), Darwin não elimina a teleologia na explicação da seleção natural, mas a compreende como um problema essencial na biologia e a considera uma forma distinta de explicação. Segundo o

autor, a seleção natural ofereceu explicações mecanicistas (divorciado das causas divinas, místicas ou vitais) e teleológicas da adaptação e das funções naturais. Ariew (2009), por sua vez, afirma que para responder em que medida Darwin nega ou faz uso de explicações teleológicas é preciso ter em mente a diferença entre os conceitos de teleologia em Platão e Aristóteles. Para Ariew, Darwin rejeita a teoria de Platão, pois ao invés de apelar para um criador divino com um bom plano, apela para fatos da natureza. Em contrapartida, o autor afirma que Darwin teria aprovado o subconjunto da teleologia de Aristóteles (ARIEW, 2009).⁴⁶

Apesar do uso frequente na literatura especializada, as explicações funcionais que recorrem à teleologia têm sido questionadas. A polêmica quanto ao estatuto da teleologia nas ciências biológicas contemporâneas é vista, por um lado, pelo programa reducionista que quer eliminá-la e, por outro, pela busca em justificar sua permanência nas perspectivas instrumentalistas e realistas (FERREIRA, 2003). Como visto, há uma grande resistência de biólogos e filósofos em aceitar que *finals* possam estar associados a conceitos científicos como o de função biológica. Em outros termos, o rechaço do caráter teleológico deve-se ao possível comprometimento do conceito com alguma forma de finalismo, direcionismo ou vitalismo, o que seria incompatível com as teses científicas sobre a evolução dos seres vivos (CHEDIAK, 2011). Os que rejeitam a explicação teleológica em biologia afirmam que não há como invocar termos como “propósito” ou “finalidade”, depois da ruptura com qualquer forma de finalismo da ciência moderna. Sem considerar a intenção de um Criador, como saber quais seriam as funções de nossas células, tecidos, órgãos, processos e comportamentos?

O critério teleológico para a definição da normalidade coincide com a ideia de um padrão predeterminado que guia o funcionamento biológico. Esta é outra razão para refutar o caráter teleológico das funções biológicas: o fato da causalidade em enunciados do gênero ser problemática, dado o apelo a eventos futuros. Do ponto de vista teleológico, o presente não seria determinado apenas pelo passado, mas deveria ser explicado em termos de futuro. Enunciados teleológicos fazem referência a eventos futuros como causas de eventos presentes, enquanto que na explicação causal normal, causa é apenas o que precede de imediato ou é simultânea ao efeito.⁴⁷ Por fim, critica-se a linguagem teleológica na biologia

⁴⁶ As diferenças e aproximações entre as teleologias de Darwin e Aristóteles são complexas e escapa à nossa competência o aprofundamento do tema. O importante é identificar que, segundo Ariew, se a biologia possui uma teleologia ineliminável, ela se aproxima da versão de Aristóteles.

⁴⁷ Na atualidade, as explicações funcionais permanecem de grande importância na biologia e, mais recentemente, na psicologia. A questão atual sobre os enunciados funcionais é a possibilidade de sua redução ou tradução em enunciados de tipo causal. Para estudiosos como Ernest Nagel, o enunciado funcional é uma simples inversão do

por seu teor antropomórfico, perceptível na assimilação da função biológica às funções dos sistemas intencionais humanos que envolvem deliberação e consciência (MAYR, 1998). Este último argumento se sustenta na ideia de que apenas a consciência pode suportar processos teleológicos (RUSE, 2000).

Seja como for, grande parte dos filósofos da biologia contemporânea defendem a utilização de explicações teleológicas para falar de funções naturais. Para estes, os principais enigmas filosóficos a serem resolvidos são: (1) o problema de Hempel: por que algumas atividades dos itens são funções e outras são acidentais, isto é, como distinguir funções de acidentes? (2) o problema de Nagel: por que se atribui funções a partes de alguns sistemas, como os organismos, mas não a partes de outros, como o sistema solar? Isto é, a explicação funcional constitui um tipo específico de explicação, distinto dos tipos usuais de explicação em ciências como a física, ou podem ser reduzidas uma à outra? e (3) o problema da explicação funcional: como esta pode ser explanatória de um item citando um de seus efeitos? (WOODFIELD, 1976).

Em síntese, há uma divisão nas concepções de função biológica. Há aqueles que sugerem um conceito não normativo e não teleológico de função e aqueles que defendem um conceito teleológico normativo da função biológica. O sentido de normativo deste último é que a definição de função descansa sobre o efeito passado da seleção natural e nada tem a ver com o fato de estar impregnado de valores sociais. Assim, temos as interpretações teleológicas, também denominadas de históricas ou etiológicas, de um lado, e as interpretações não teleológicas ou a-históricas, de outro. As primeiras sustentam que a função explica porque certo traço existe, isto é, sua origem; as segundas consideram que o poder explicativo da função está na avaliação de sua contribuição para o sistema do qual faz parte. Trata-se de uma disputa entre dois tipos de explicação para a origem e diversificação das formas orgânicas. No primeiro a primazia causal é atribuída à função das estruturas e às necessidades adaptativas e, no segundo, a ênfase recai na influência de fatores causais não adaptativos, como o padrão de organização estrutural. A adaptação, neste caso, é apenas um subproduto fortuito da forma (SEPÚLVEDA, 2011).

enunciado causal, isto é, uma explicação de um fenômeno a partir de seu efeito. Por exemplo, dizer que a função do coração é bombear sangue indicaria dizer que o coração é uma condição necessária da atividade de bombear o sangue. O problema dessa explicação é o de diferenciar “meros efeitos” de “funções”, pois não são todos os efeitos que chamamos de função. Uma estratégia diferente é naturalizar o discurso teleológico, como fez Larry Wright (GIROUX, 2011).

A solução dada por grande parte dos partidários do caráter teleológico das funções biológicas é a de incorporar a dimensão histórica da função como um aspecto da teleologia. Esse tipo de explicação descreve a presença de certo traço funcional como o resultado da evolução por seleção natural. Um marco na linhagem das interpretações teleológicas é o artigo *Functions*, de Larry Wright, de 1973, enquanto o artigo *Functional analysis*, de Robert Cummins, de 1975, é a referência das abordagens não teleológicas. (BOORSE, 2001; CHEDIAK, 2006).

Apesar da divisão teórica conceitual, alguns autores como Walsh (1996) combinam as duas versões em uma abordagem única. Godfrey-Smith (1998) opta pelo consenso dualista, apresentando uma posição mais nuançada. Nunes-Neto e El-Hani (2009), porém, rejeitam a unificação das duas teorias em uma única abordagem, pois entendem que são empreitadas distintas. De qualquer modo, as teorias de Wright e de Cummins são dois polos de debate sobre funções na filosofia da biologia recente e podem ser consideradas análises-padrão sobre a atribuição funcional.

Larry Wright (1973) pretende oferecer uma teoria da função que permita distinguir *função* de *efeito acidental* e, além do mais, atribuir “função” a uma característica ou a um processo mesmo se ela for virtual, defeituosa ou disfuncional. Com esse intuito, cria o conceito de disposição – aquilo que o órgão tem disposição a fazer – e de normatividade – aquilo que se supõe que o órgão deva fazer. Wright defende uma “abordagem etiológica” da função, isto é, sugere que as funções de um item são aquelas cujos efeitos explicam historicamente a existência do item. Ao lado da “etiologia” ele sugere que a dimensão “teleológica” da função é visível na prática linguística, ao usarmos expressões como “de modo que” ou “a fim de que”.

Dizer que uma parte X de um sistema biológico S tem a função de fazer F é dizer mais do que X faz F ou que F é efeito de X ou que X é uma condição necessária de F. Para exemplificar a diferença entre o caráter funcional e o caráter acidental dos órgãos e artefatos, Wright cita o caso do coração. A “função” do coração, diz, é bombear sangue e não produzir sons ou imagens no eletrocardiograma. As imagens e os sons, apesar de úteis para a avaliação médica, são apenas fortuitos “efeitos colaterais” da função executada pelo órgão (ARIEW, 2009).

A consequência imediata da atribuição de uma *função* apriorística de um item é a minimização de sua utilidade casual, diante da etiologia e da teleologia. De fato, a utilidade de um item não a torna uma “função”. Vejamos o caso do nariz. A função do nariz não é apoiar

os óculos, apesar de esta ser uma de suas utilidades. O fígado, assim como qualquer outro item, é bom para diversas coisas que não são suas funções. O fígado de boi é bom para ser comido pelos humanos, por exemplo. Mas não dizemos que esta é a função do fígado.⁴⁸ A função do fígado é aquele efeito particular que explica porque os animais o têm. *Atribuir função a um traço é dizer algo sobre sua etiologia ou história causal.* Assim, de acordo com Wright, a função das brânquias nos peixes é permitir a respiração, e isso se explica pelo desenvolvimento histórico, ou seja, pela seleção natural em favor de seu efeito respiratório. *A respiração é a função das brânquias porque é por esse efeito que sua existência pode ser causalmente explicada* (BOORSE, 1976).

Dessa forma, Wright (1973) diferencia *função* de *acidente* e afirma que um item não perde sua função mesmo quando seu funcionamento está comprometido (CHEDIAK, 2006). Um item pode ser inútil ou até danoso e ainda assim ter mantida sua função: um rim deficiente que filtra mal o sangue continua tendo a função de filtrar o sangue. Esta é a função do rim, mesmo que este rim individual não a execute. Se a brânquia está com seu funcionamento comprometido, possibilitar a respiração não deixa de ser a sua função. Essa assertiva só pode ser confirmada se for considerado o que gerou a brânquia, isto é, a sua história. Para Wright é o fato de alguns traços terem sido fixados devido a determinados efeitos que os tornam funcionais e não acidentais. *A função é definida em termos de utilidade passada. Atribuir uma função a uma característica é explicá-la anunciando o efeito que ela gerou e que fez com que fosse selecionada.*

De fato, os artefatos são projetados *para* qualquer coisa, uma vez que há um agente intencional que o constrói e o nomeia. Mas será que as funções naturais e aquelas construídas conscientemente podem ser do mesmo tipo? É possível afirmar o mesmo para os seres vivos? Para Wright (1973), sim. Em sua opinião, unificar as funções conscientes e naturais é uma das grandes vantagens de sua teoria, que pode ser igualmente aplicável a artefatos e a organismos. A intenção do autor é precisamente oferecer uma análise funcional que inclua funções biológicas e conscientes. Além de mais englobante, Wright considera que sua tese elucidada melhor a distinção função / acidente e mostra como as afirmações funcionais possuem uma inerente força explanatória.⁴⁹

⁴⁸ O mesmo pode ser dito dos artefatos. Uma lixeira pode ser usada de cabeça para baixo como assento, mas esta não é sua função. Um livro, apesar de não servir a esta função, pode ser usado como peso para segurar folhas quando está ventando.

⁴⁹ Segundo Ferreira (2003), Darwin não viu como algo de teleológico poderia se encaixar em sua teoria, uma vez que a seleção natural lhe parecia suficiente para explicar a *aparente* orientação de processo. Inclusive, o fato de a evolução acarretar progresso em termos de aumento de complexidade seria consequência do processo como um todo, mas não uma tendência necessária.

A análise de Wright (1973) faz duas asserções principais. A primeira diz que “X existe porque realiza Z” e a segunda que “Z é a consequência ou o resultado de X existir”. O primeiro enunciado define a função contrapondo-a a accidentalidade. Assim, evita-se confundir um mero efeito ou uma utilidade qualquer com uma função. O segundo enunciado diferencia as etiologias funcionais de outros tipos de explicação etiológica. Para ser uma explicação etiológica funcional, as duas assertivas devem ser verdadeiras. Assim, como refere Chediak (2006), seria correto dizer que as plantas possuem clorofila porque esta realiza fotossíntese e que a realização da fotossíntese é a razão pela qual plantas possuem clorofila. Mas não podemos dizer que há oxigênio na corrente sanguínea dos humanos porque ele se combina com a hemoglobina. Apesar de combinar facilmente com a hemoglobina, não é essa a sua função e não faria sentido dizer que o oxigênio está lá por esta razão. A função do oxigênio na corrente sanguínea humana é prover energia para as reações de oxidação e não combinar com a hemoglobina, o que é apenas um meio para tal fim. Ademais, a combinação com a hemoglobina é uma utilidade entre numerosas outras exercidas por este elemento químico. Enquanto clorofila e fotossíntese não existem na natureza isoladamente, pode haver oxigênio sem hemoglobina. Portanto, a atribuição funcional é, intrinsecamente, explanatória. Quando dizemos que o coração bate “a fim de” (*in order to*) bombear sangue, somos levados a oferecer uma explicação de por que o coração bate (WRIGHT, 1973; CHEDIK, 2006). Assim, para Wright, falar que X tem certa função é simplesmente oferecer um tipo importante de explicação da existência de X.

Chediak (2011) diz que desde a publicação do artigo *Functions*, Wright modificou significativamente sua teoria e destaca alguns teóricos que a ela se filiam: Karen Neander, Paul Griffiths, Peter Godfrey-Smith e Ruth Millikan. Ariew e Perlman (ARIEW *et al.*, 2009) fazem referência também a William Wimsatt, David.J.Buller e Peter H. Schwartz como defensores das abordagens etiológicas. Millikan (*apud* CHEDIK, 2011) mostra que há diferenças sutis entre as diversas análises etiológicas ou históricas disponíveis, mas localiza pelo menos dois pontos em comum nelas todas. O primeiro é a afirmação de que as explicações funcionais devem esclarecer por que certo traço, órgão ou comportamento está presente no sistema do qual faz parte a título de condição *sine qua non* de sua definição e de sua estrutura. Isso permitiria a distinção entre função e efeito. O outro ponto comum é a consideração de que há um aspecto *normativo* no conceito de função biológica. O termo normativo aqui não se refere a uma natureza social, cultural ou subjetiva, isto é, não se refere

à inclusão de elementos valorativos ou prescritivos na explicação funcional, mas àquilo que se espera do órgão em questão, considerando seu comportamento normal ou padrão (CHEDIAK, 2011), fixado pela seleção natural.

Para os que defendem a abordagem etiológica, há uma estreita ligação entre função e projeto (*design*). A presença de um traço seria o desfecho de um processo que culmina com a retenção do traço inicial nos membros de uma determinada população. A pressão seletiva, agindo num tempo evolutivamente significativo, teria como resultado a formação de uma função. Portanto, estes autores acreditam que, além da manutenção do traço, a seleção natural seria responsável pela presença original do mesmo.

Ruth Millikan é uma das principais autoras da atualidade que segue a concepção teleológica das funções biológicas. Denominada de *Teleosemântica*⁵⁰, a abordagem de Millikan defende algo bastante intuitivo: que os seres humanos como seres naturais, não podem ser considerados como alheios ao mundo natural. Logo, todas as suas características – inclusive a intencionalidade – devem ser compreendidas como fenômenos naturais (KARMO, 2012).

A autora faz uso da noção de *função própria* como forma de alargar a noção de função em biologia, aplicando-a tanto a funções dos dispositivos biológicos como às funções dos dispositivos linguísticos. Um dispositivo tem uma função própria se a proliferação da sua linhagem for devida, em parte, ao fato de historicamente essa família de dispositivos ter desempenhado essa função mais frequentemente e com mais sucesso do que outros dispositivos. O dispositivo só tem função própria como membro de famílias estabelecidas reprodutivamente e não devido ao desempenho efetivo (SILVA, 2010).

Ruth Millikan é partidária da ideia da “intencionalidade do fenômeno natural”, mas isso não implica dizer que a autora defende a existência de uma consciência que guia os processos teleológicos na biologia. Sua intenção é a de oferecer uma explicação teleológica não mental dos processos vivos com o auxílio da teoria da seleção natural. Ao criar o termo *função própria*, Millikan quis reescrever o “*ter sido projetado para*” em termos naturalistas,

⁵⁰ Ruth Millikan acredita ser possível oferecer considerações puramente naturalistas ou descritivistas do significado – o que faz através da teoria “teleosemântica”. Outros filósofos supõem que o significado é uma noção intrinsecamente normativa apontando os aspectos normativos da linguagem. Para um aprofundamento do tema, ver: *Language, Thought and Other Biological Categories* (MILLIKAN, 1984) e *White Queen Psychology and Other Essays for Alice* (MILLIKAN, 1993). Nosso interesse se restringe a chamar atenção para o fato de que apesar da teoria da evolução ter extirpado da natureza o finalismo presente na hipótese criacionista, a defesa de que órgãos, partes do corpo e comportamentos existem para qualquer coisa está imbuída da ideia de uma consciência – ou intencionalidade – própria da natureza. Ver também: *Sobre a normatividade do significado* (CARMO, 2012).

evitando qualquer anacronismo ou metafísica referente aos processos vivos. A defesa da autora é que é possível fornecer uma descrição puramente biológica dos estados mentais e da intencionalidade. A intencionalidade é reduzida a algo natural, a um dispositivo “projetado” ou “selecionado” ao longo de nossa história evolutiva para realizar determinadas funções (CARMO, 2012).

Portanto, a ideia de função própria é sustentada por uma importante característica do conceito teleológico de função: a *normatividade*. Para os defensores da abordagem histórica, a normatividade designa um padrão a partir do qual a função é pensada, determinando o que certo item *deve* fazer ou como ele deve se comportar. Acredita-se na existência de um vínculo estreito entre o conceito de função biológica e de adaptação. Segundo Griffiths (1999), as funções próprias de um traço são seus efeitos que foram componentes da aptidão (*fitness*) de seus ancestrais. São efeitos em virtude dos quais o traço foi selecionado.

O termo *função própria* refere-se, portanto, à função esperada de um item e pretende garantir uma função que independa da singularidade de cada organismo. É a normatividade que explica porque um item não perde a sua função mesmo quando seu funcionamento está comprometido. Os casos em que o comportamento do item é diferente do que diz a norma são avaliados como disfuncionais com base na consideração da história evolutiva desses traços. Um coração que não bombeia o sangue devido à má formação não deixa de ser um coração e não deixa de, por ser um coração, ter a função de bombear o sangue. Ele é apenas um coração disfuncional. Ter uma função própria depende da história do item e não do poder de realização ou de suas disposições.

Desse modo, a função própria permite que dispositivos “mal formados” tenham função própria apesar de serem incapazes de servirem à mesma. Estes dispositivos, diz Millikan (2009), foram projetados (*designed*) para servir a funções específicas. Assim, um ouvido, mesmo que surdo, tem como função própria escutar e, caso não ouça, é um ouvido mal funcionante, fazendo de seu portador um deficiente auditivo. *O caráter normativo do conceito de função é requerido para distinguir “função de acidente” e “função normal de disfunção”.*

Millikan (2009) refere que o termo “próprio” não tem relação com um sentido valorativo, como se poderia pensar. A função própria também não se refere a médias ou regularidades; não visa capturar uma normatividade geral. A função própria de um item, diz, é aquilo que resulta de um projeto ou um propósito e não aquilo que é realizado acidentalmente. Refere-se ao que “se espera” que um item execute, mas, diz a autora, essa “expectativa”, assim como os propósitos e intenções, são definidos naturalisticamente.

Entendemos que a ideia normativa que garante a manutenção da função de um item, órgão ou artefato, mesmo quando ele está comprometido, reforça a crença em um padrão de funcionamento biológico único que sustenta a ideia de anomalia como doença. Mas sustentar a normatividade biológica não é tarefa fácil. Vemos que a teoria histórica normativa da função não está imune a objeções. Os críticos se contrapõem ao uso da linguagem teleológica em biologia e à consideração da função como algo que explica a existência ou presença do item orgânico sob consideração. As críticas recaem sobretudo sobre o selecionismo estrito, ou seja, a não consideração do papel de outros fatores nos processos evolutivos relacionados à origem de traços, como, por exemplo, o papel do acaso nas mudanças evolutivas – a deriva gênica – e a ênfase no papel das restrições históricas (filogenéticas), estruturais e do desenvolvimento sobre a evolução da forma orgânica (SEPÚLVEDA *et al.*, 2011), atribuindo à seleção natural o poder de determinar por que algo existe.

Robert Cummins (1975) inicia o debate criticando as abordagens que recorrem à seleção natural como forma de sustentar as explicações funcionais. Cummins considera que a concepção etiológica erra ao confundir dois processos causais: aquele que permite dar conta da *origem* de uma característica ou de um processo funcional – *como o relógio foi construído* – e aquele que dá conta da capacidade de uma propriedade ou processo para cumprir – *a função dos segundos* (GIROUX, 2011). Para Cummins é um equívoco supor que referir-se aos efeitos de um traço biológico ajuda a explicar sua presença no organismo. Para ele, é o programa genético que, a partir da mutação, explica a presença do traço (MILLIKAN, 2009).

Para Cummins (1975) o marco da adaptação biológica não é pertinente para dar conta de explicações funcionais e propõe um “conceito sistêmico da função” ao invés do conceito “normativo”. *A seu ver, o poder explicativo da função biológica está em sua contribuição para o sistema do qual faz parte.* As funções são relativas às capacidades de um dado sistema e são descritas de acordo com interesses explicativos de quem as descreve. Assim, sugere a exclusão dos enunciados teleológicos nas ciências naturais, e na biologia em particular, em favor de uma análise específica dos enunciados funcionais. Sua concepção é analítica e não etiológica.

Cummins denomina sua teoria de “análise funcional”. Porém, na literatura, tem sido denominada de “análise do papel causal” (BOORSE, 2009), “análise do papel intrassistêmico” (JOHANSSON, 2006) e “abordagem sistêmica” (WOUTERS, 2005). A visão sistêmica se baseia na premissa de que a biologia é uma ciência como qualquer uma das ciências físicas, isto é, as explicações funcionais podem ser propostas independentemente de

argumentos evolutivos ou adaptativos. Ou seja, o funcionamento orgânico pode ser explicado por meio de uma análise funcional que independe da seleção natural. *Em seus termos, a análise funcional é anterior e independente de avaliações de adaptatividade* (CUMMINS, 2002).

O solo de sua tese sobre o funcionamento orgânico são as “disposições” e as “capacidades complexas”. Atribuir função a algo é, em parte, “atribuir uma disposição a este algo”. Para explicar a função de um traço, basta mostrar sua disposição para comportar-se de determinada maneira, sem levar em conta a origem dessa disposição. Assim, se a função de X em S é F, então X tem a “disposição para F” em S. Atribuir uma disposição a um objeto é dizer que o comportamento desse objeto está sujeito a certa regularidade similar às leis que regem regularidades científicas. Dito de outra forma, explicar a “regularidade disposicional” é explicar como as manifestações da disposição são provocadas por condições precipitantes em contextos observacionais semelhantes.

A função do acúmulo de nuvens, por exemplo, é fazer chover, mas não existe algo como um “mau funcionamento desse sistema”, em caso de malogro da previsão. Também não se trata de considerar que o propósito das nuvens é causar chuva. As funções são meras disposições de um sistema ou de partes do sistema. Se as condições da disposição são encontradas, a disposição é manifestada. Cummins (1975), portanto fala em *disposições* ao invés de *normas* de função; “disposicionalidade” e não “normatividade”.

A distinção entre entidades inertes e organismos vivos é irrelevante para Cummins (1975), cujo modelo de análise aplica-se também a sistemas computacionais e a diagramas esquemáticos em eletrônica. Nestes casos, da mesma forma, a avaliação do dispositivo como um todo é feita a partir das capacidades de seus componentes. O autor reduz a noção de função àquela de funcionamento regulado em um sistema dado, no qual a decomposição em partes permite identificar o papel causal de cada parte e sua maneira de funcionar no conjunto (GIROUX, 2011). Cummins então enfoca a complexidade e as relações entre capacidade sistêmica e capacidade de partes do sistema. Nada se pergunta sobre por que um elemento está presente cumprindo a função que cumpre, isto é, o que o levou a ser parte integrante de um dado sistema. Não se pretende, da mesma forma, responder a finalidade do item que possui uma função específica no sistema em questão. Descarta-se, portanto, a compreensão teleológica do conceito de função.

Repetindo, *a função de um item é uma variável da capacidade e da atividade total do sistema a que ele pertence*. Para Cummins, o organismo é mais bem analisado quando tomado

no conjunto de seus sistemas: digestivo, respiratório, circulatório etc. O sistema circulatório, com seus elementos específicos – coração, vasos sanguíneos e sangue – desempenha funções que são importantes para a realização da atividade geral do sistema. O coração funciona como uma bomba, sendo esta sua função e não a produção de ruído, pois é isso que ele é capaz de realizar quando se considera o papel que lhe cabe no sistema circulatório ao qual pertence (CHEDIAK, 2011).

Entretanto, nada existe que determine, a princípio, qual sistema que deve ser considerado. Desta forma, diz Cummins (1975), *fazer ruído pode ser uma “função” no contexto de uma análise psicológica, apesar de não ser função do sistema circulatório*. É essa “maleabilidade”, isto é, a negação de uma determinação *a priori* da função com base na “escolha” da seleção natural, que faz com que autores como Ariew (2009) denominem sua teoria como *pragmática*. Como vimos, a vertente etiológica é mais “rígida”, pois afirma que o efeito que identificamos como a função do item é uma pista para sua existência. Assim, entende-se que há olhos porque eles permitem a visão ou polegares opositores porque eles permitem agarrar (CUMMINS, 2002) A vertente analítica, por outro lado, pressupõe o recorte pragmático do sistema considerado, pois é esse recorte que torna eficiente a análise funcional.

As críticas à tese de Cummins são várias. Para Millikan (1984), as disposições atuais não são suficientes para sustentar o caráter normativo da função ou determinar uma função própria, pois não são propositivas. Para a autora, a explicação disposicional da função baseia-se na informação obtida indutivamente, mas não dá conta do que mantém essa disposição como norma. Para Boorse, a teoria de Cummins peca pelo caráter excessivamente amplo do conceito de função. De um lado, diz Boorse (2009), a teoria de Cummins estende o uso da “função” às ciências não biológicas, nas quais a linguagem teleológica está ausente. Desta forma, deixa entender, por exemplo, que a função das névoas é fazer arco-íris e que a função das nuvens é fazer chover e encher os córregos e rios. Além disso, continua Boorse, a *análise do papel causal* cria “falsas funções” no campo da biologia. É o caso, por exemplo, da habilidade do organismo em produzir tumores malignos: a oncogênese. O efeito em questão danifica o objetivo do sistema, tratando-se de uma disfunção nas sequências de DNA e não de uma função.

Segundo Chediak (2011), a abordagem analítica é certamente um instrumento importante para se determinar qual é a disposição de certo traço no sistema em que está inserido, ou seja, qual a sua contribuição para a realização da capacidade geral do sistema. Porém, pode-se questionar se essa abordagem satisfaz as exigências das explicações

funcionais na biologia. Por carecer do caráter normativo da função, críticos afirmam que a tese de Cummins é insuficiente para distinguir funções de meros efeitos. Portanto, para tais críticos, a *normatividade* é o conceito fundamental na definição do que seja uma “função”. Ademais, mesmo que a concepção de Cummins consiga, graças à noção de disposição, discriminar entre os efeitos aqueles que são funcionais, a noção de disfuncionamento escapa à sua teoria.

Ferreira (2003), por sua vez, afirma que a discussão entre os partidários da abordagem etiológica e os da abordagem analítica da função é uma falácia. A seu ver, o debate acerca da existência ou não de fenômenos teleológicos na biologia se relaciona com dois tipos diferentes de explicação: as explicações que nos remetem a “causas próximas” e as explicações que envolvem “causas distantes”. Se perguntarmos por que determinada espécie de ave migra em determinada data do ano, podemos obter duas respostas distintas e igualmente válidas. Uma resposta diz que a duração do dia em determinada época do ano desencadeia uma resposta hormonal e neurológica que inicia a migração; a outra diz como essa resposta veio a existir, isto é, que a espécie se adaptou à variação sazonal da disponibilidade do alimento sincronizando seu deslocamento com as estações do ano.

Estes dois tipos de explicação mostram que a causa é uma interrupção da sequência escolhida, de acordo com o objetivo de quem fala. O primeiro tipo de explicação concerne às causas próximas atuantes no organismo individual e são estudadas pela biologia funcional. Em geral, está associado a aspectos fisiológicos. O segundo, por seu turno, refere-se às causas distantes e é estudado pela biologia evolutiva. Desse segundo prisma visa-se reconstruir as causas remotas concernentes às populações, mediante o uso de métodos comparativos e inferências históricas (CAPONI, 2004). Trata-se, por conseguinte, de tipos de explicação pertencentes a domínios intelectuais e empíricos distintos. Enquanto os fisiologistas estão mais preocupados com a sobrevivência individual, os biólogos evolucionistas estão mais preocupados com a origem e manutenção do traço ao longo do tempo e, portanto, com a reprodução da espécie.

É o que pensa, entre outros, Millikan (2009). Para a autora, a teoria funcional de Cummins dá conta de um tipo de explicação completamente diferente da descrição etiológica, que pretende responder “por que isto está aqui”. Ao contrário, ela visa explicar as capacidades biológicas do organismo. O objetivo é esclarecer *como* um sistema orgânico funciona, ao invés do *por que* os traços que contribuem para estas capacidades existem. Por esta razão, Nunes-Neto e El Hani (2009), veem as duas teorias como empreitadas distintas, que não

devem ser subsumidas num discurso único sobre a função. Como Godfrey-Smith (1993 *apud* NUNES-NETO & EL-HANI, 2009), propõem um “consenso sem unidade” ou uma visão pluralista do tema e rejeitam a unificação por acreditarem que Wright e Cummins partem de pressupostos metafísicos, epistemológicos e ideológicos inconciliáveis. Enquanto a teoria de Wright enfatiza a natureza histórica do mundo vivo, associando-a às origens dos traços, os quais são explicados por suas funções, a abordagem de Cummins enfoca a complexidade e as relações entre capacidades sistêmicas e capacidades das partes do sistema.

Portanto, a biologia funcional está preocupada com as causas próximas dos fenômenos biológicos e estas são os determinantes dos eventos biológicos que têm lugar na ontogenia, no tempo de vida dos organismos individuais. São abordadas através de métodos essencialmente físico-químicos, estão geralmente associadas à fisiologia e respondem a questões como, por exemplo, *Como funciona o sistema circulatório dos mamíferos?* Este tipo de pergunta é indispensável para a medicina, mas será que podemos considerar o mesmo em relação à pergunta típica da abordagem histórica?

2.2 Problemáticas referentes às abordagens etiológica, analítica e estatística da função biológica

Nesta parte da tese nosso intuito é evidenciar as inúmeras problemáticas que colocam em questão noções trabalhadas pelos filósofos da biologia e que são apropriadas por Boorse e Wakefield para a caracterização da saúde e da doença.

2.2.1 A abordagem etiológica

Como foi visto, Boorse e Wakefield usam a expressão “disfunção biológica” para afirmar o caráter naturalista do conceito de doença. Ao considerar o funcionamento adequado das partes e processos orgânicos como fato científico determinado pela natureza e independente de descrições, as teorias dos autores impossibilitam, por exemplo, que um indivíduo que use as mãos ao invés das cordas vocais para falar seja visto como saudável. A ideia que está por trás dessa concepção é que há uma maneira adequada dos traços biológicos funcionarem e que esta é determinada pela seleção natural. Porém, a intransigência relativa à negociação do estatuto médico de uma condição anômala começa a trincar quando Boorse, no

intuito de se diferenciar dos teóricos evolucionistas – como Wakefield –, mostra os limites da noção de *função própria* e *disfunção biológica* defendida pelos teóricos da abordagem histórica da função.

As discussões sobre função, em biologia, têm como um dos pontos centrais o problema do seu pretense caráter teleológico. Ao se considerar os artefatos, o conceito de função é mais claramente compreendido, pois criamos objetos para servirem a fins que desejamos. Nesse caso, é fácil saber qual função eles cumprem e qual sua origem, isto é, a intenção de um agente humano. Em relação às funções naturais, a questão é mais complicada. Boorse pretende manter a teleologia em sua teoria, mas endossa as críticas de muitos filósofos da biologia contemporâneos à noção de *função própria* defendida pelos teóricos da abordagem teleológica.

Tais críticas recaem, sobretudo, sobre o pressuposto do vínculo necessário entre função e seleção natural. Observa-se, contudo, que as críticas às explicações funcionais com base na seleção natural não são críticas à tese da seleção natural de Darwin; são críticas à possibilidade de definir o funcional e o disfuncional a partir do critério da seleção natural. Em outros termos, trata-se do *rechaço da identificação das funções biológicas a efeitos naturais selecionados e da identificação da disfunção com má expressão desses efeitos*. Apesar de na atualidade inúmeros filósofos expressarem ceticismo em relação a aspectos importantes da teoria darwinista da evolução a partir da seleção natural, foge ao nosso escopo fazer uma análise crítica do darwinismo. Nosso interesse limita-se a expor a problemática trazida pelos filósofos da biologia diretamente relacionada à explicação funcional – pois os naturalistas em medicina fazem uso desse conceito como “sinônimo” de saúde e de doença – e a aproveitar ideias implicadas na questão para pensar sobre a (dis)função em medicina.

Não temos o intuito de escolhermos uma abordagem em desfavor de outras, mas apenas de evidenciar que as teorias são, necessariamente, vagas. Para os nossos fins, basta mostrar que a ideia de que a função própria é determinada pela seleção natural não é isenta de contradições como se poderia pensar. Entendemos que esta problematização abre espaço para a consideração de que um órgão pode funcionar de modo atípico e mesmo assim ser funcional. Entendemos que as críticas ora trazem vantagens, ora limitações, e servem sobretudo para nos conduzir em direção a uma visão não ingênua de função e disfunção em medicina.

As objeções à vinculação entre função e seleção natural seguem duas vias principais. A primeira questiona se a seleção natural é realmente responsável pela origem funcional do

traço; a segunda se a atribuição da função restringe-se aos casos em que houve seleção natural. Essa crítica não recusa a abordagem histórica, mas aponta para seus limites (CHEDIAK, 2011). Para os nossos fins, mais do que questionar o conceito de dis(função) biológica defendido pela abordagem histórica, interessa evidenciar que o predicado “funcional” não é imposto pela natureza.

2.2.1.1 Sobre a “origem” do traço funcional

A primeira crítica oferece algumas ideias interessantes. Em geral, esta crítica se desdobra em três questionamentos. O primeiro deles diz que só é possível explicar a presença de um traço em termos de seleção natural de forma comparativa. Para dizermos que nosso padrão de funcionamento foi uma escolha biológica seria preciso compará-lo com algo inexistente. Como vimos, segundo a abordagem histórica, os traços nos organismos são selecionados por causa dos efeitos que contam como suas funções e, portanto, existem nos organismos porque têm as funções que realizam. Desse aspecto, o argumento é o de que não poderia ter havido seleção de um traço devido à função que ele desempenha, uma vez que, antes do traço existir, a função não existia. Não se poderia explicar a presença do coração pela função da circulação sanguínea sem se supor, anteriormente, a presença do coração que realiza essa função (CHEDIAK, 2011).

Para Cummins (2002), um traço só pode ser selecionado por sua função, se a função contar como uma variação adaptativa na população. Para as asas serem selecionadas porque permitem o voo, deve haver uma subpopulação na qual a asa permite o voo, enquanto a asa no resto da população não permite. O mesmo vale para o coração. Para que tivesse havido seleção do coração, em razão da função de fazer circular o sangue, deveria haver tanto uma população com coração sem essa função, como uma subpopulação com coração capaz de exercê-la. Certamente, trata-se de uma hipótese implausível. Portanto, dizem os críticos, não é possível dizer que o coração humano foi selecionado devido a sua função. A seleção exige variação e não há variação na função do coração. Assim, a abordagem teleológica não explica satisfatoriamente a origem dos traços.

Outro argumento referente à primeira crítica concerne à constatação da identidade da função em diversos traços. O ancestral do coração era, por exemplo, “algo” como a primeira centralização da circulação do sangue. Mas, repetindo, identidade da função não é identidade

de traço. Por isso não seria correto explicar a presença do traço atual a partir de sua função recorrendo-se à “seleção” de um aspecto favorável do traço, pois não se trata do mesmo traço.

Essas duas críticas são rebatidas pelos defensores da abordagem histórica. Em relação à primeira crítica considera-se que a abordagem etiológica não é ameaçada porque não se leva em consideração uma das principais características dessa abordagem que é a história da geração e da fixação do traço. Em relação à segunda crítica Chediak (2011) refere que ela não vai muito longe, uma vez que o que unifica órgãos diversos sob o nome de coração não é a forma do órgão, mas a função que todos cumprem por terem sido selecionados para cumprir a função de circular o sangue. Não nos aprofundaremos da discussão desses pontos. Nosso interesse é maior em relação à terceira crítica.

Argumenta-se que, mesmo considerando que o traço já existia em uma população não se poderia explicar sua presença a partir de sua função, pois a seleção natural não opera em razão de o traço possuir ou não determinada função, mas em razão do *desempenho* da função selecionando o traço que “melhor” a realiza. A função não explicaria a presença atual do traço, uma vez que quaisquer variantes concorrentes possuiriam a mesma função (CHEDIAK, 2011). Segundo Cummins (2000), o que é justo supor é que entre corações que possuíam a função de circular o sangue tenha ocorrido a seleção do que realizava essa atividade com melhor resultado.

Como pontua Chediak, os críticos mostram que as situações lógicas ou empíricas que validariam a concepção etiológica seriam extremamente raras e, portanto, implausíveis. Segundo a autora (CHEDIAK, 2011, p.91):

Seria preciso que um traço surgisse com uma função inteiramente nova em uma parte da população, que fosse benéfico em termos de sobrevivência e reprodução, e ademais fosse selecionado em razão dessa função. Somente nesses casos excepcionais haveria realmente seleção do traço em razão de sua função, podendo, por isso, recorrer-se à função para explicar a presença do traço. O problema é que não se poderia recorrer a esse tipo de explicação quando se considera órgãos complexos, como o coração e o olho humanos. No entanto, seria exatamente esse tipo de traço que a concepção etiológica pretende explicar, apelando para as noções de adaptação, aptidão e *design*.

Esta crítica nos parece mais relevante, pois põe em cheque a afirmação de que a seleção natural é criativa. Segundo Cummins (2002, *apud* CHEDIAK, 2011), se a seleção natural é em algum sentido sensível à função, não o é no sentido defendido pela concepção teleológica, pois não responde pela geração do traço, apenas por sua manutenção. Para Cummins (2002), o que o organismo faz é determinado pelo plano genético característico da espécie e a presença original de um traço é oriunda da mutação. Ferreira (2003) corrobora a

opinião, afirmando que as variações populacionais de características físicas ou comportamentais surgem totalmente ao acaso pelo fato do material genético não ser perfeitamente estável. A seleção natural, diz Cummins (2002), não determina nem altera o plano genético. *São a mutação e a recombinação genéticas que respondem pela alteração e forma do programa genético, processo aleatório, casual. O surgimento de um traço não é uma escolha, mas ao contrário, é um processo completamente aleatório.*

Da mesma forma, a fixação e manutenção do traço é um processo impessoal, sem propósito, uma vez que não há um agente consciente da seleção feita. Filósofos contemporâneos mostram que a variação cega e a seleção retentiva são responsáveis pelo surgimento de um traço funcional e não a seleção natural (MAYR, 1998). Assim, o fenômeno original, isto é, o traço novo, não é projetado (*designed*); acontece ao acaso. A seleção tem, portanto, um papel puramente negativo, não criativo, no processo evolutivo.

Nesta mesma direção, Schaffner, no intuito de criticar a teoria de Boorse (2009), se contrapõe à doutrina de George Williams de que qualquer mecanismo biológico tem uma função ou fim fixado pela evolução. Schaffner, entretanto “se engana”. De acordo com a análise GGC, a questão dos fins da evolução não é importante. Esta análise está preocupada com o direcionamento dos organismos individuais – e não com o fato da evolução – os terem produzido. Porém, ao fazer a crítica, Schaffner traz uma contribuição para o debate sobre as funções biológicas. *O autor diz que apenas um dos três fatores que governam a evolução – a seleção natural – é direcional, enquanto os outros dois – a mutação genética ou variação cega e a seleção retentiva – são casuais.* Segundo Sober (1993 *apud* CHEDIAK, 2011), a seleção natural explica a persistência, a difusão e a porcentagem particular dos indivíduos e seus traços em uma população, mas não sua origem. É um erro, segundo o autor, pensar que a revolução darwinista consiste em dar uma resposta naturalista à pergunta sobre a criação e a origem dos traços adaptativos.

Portanto, não é possível apelar à função para explicar a origem do traço, pois traços não surgem por causa de suas funções, mas devido a suas histórias desenvolvimentais. A atividade de um item biológico que pode ser descrita como função deve ser uma atividade que o item executa após o desenvolvimento ter ocorrido. A função não pode explicar, em caso algum, a origem de um traço biológico, que a precede. Ela pode, no máximo, explicar por que traços funcionais tornam-se mais comuns na população (NUNES-NETO & EL-HANI, 2009).

Outro ponto que surge nas críticas à abordagem teleológica das funções é em relação à compreensão do termo “origem”. Para Kitcher (1993 *apud* CHEDIAK, 2011), fazer referência

à origem de uma entidade em um organismo não significa se referir à história mutacional e desenvolvimental da entidade em um organismo individual, mas ao processo que culmina em sua fixação nos membros da população. A pressão seletiva agindo por um tempo evolutivamente significativo teria como resultado a formação de uma função. A seleção natural não apenas é responsável pela manutenção e aperfeiçoamento do traço, mas também explica sua presença no organismo. Desse ponto de vista, se a fixação originária e a manutenção do traço pela seleção natural estiverem de fato relacionadas à sua função no organismo, haveria de certa forma um papel criativo da seleção natural e poder-se-ia explicar a existência e manutenção do traço pela função que ele exerce. Em outros termos, admite-se que a proliferação e a preservação do traço ocorrem devido à função que desempenha. Como refere Chediak (2011), há, no cerne da discussão, uma diferença no modo de entender o processo evolutivo por seleção natural.

2.2.1.2 Atribuição funcional e seleção natural

Indicaremos agora os principais argumentos relacionados à crítica que evidencia que a atribuição da função biológica não se restringe aos casos em que houve seleção natural, como querem os etiológicos teleologistas. Inicialmente, porém, queremos chamar atenção para a existência de inúmeros traços que permanecem na população e aos quais não atribuímos função. É o caso da sobrancelha, dos sulcos na pele dos dedos e dos pelos no peito dos homens. Como diz Lewontin (2002), apenas uma crença quase religiosa de que tudo no mundo tem um propósito poderia levar-nos a oferecer uma explicação funcional nestes casos.

Boorse (2009) chama atenção para o que os biólogos chamam de “DNA lixo”, partes do DNA que permaneceram devido à seleção natural, mas aos quais não se atribui nenhuma função. Porém, um estudo recente publicado na *Nature*⁵¹ mostra que diferentemente do que era aceito pelos cientistas – que cerca de 90% do DNA era lixo –, apenas por volta de 20% do DNA não possui função. Cientistas descobriram que o DNA lixo desempenha, ao contrário do que imaginavam, um papel importante do desenvolvimento e na manutenção do corpo, sendo, portanto, funcionais. Mas essa opinião é controvertida. Dan Graur (2013) refere que os autores do Projeto ENCODE definiram a palavra “função” de forma equivocada. O DNA seria considerado funcional se tivesse características que não são suas funções. Por exemplo, se fosse transcrito (copiado em RNA), se fosse ligado a uma proteína de ligação de DNA, se

⁵¹ ENCODE Project Consortium (2012).

tivesse marcadores como histonas ou ainda se fosse metilado. Mas a função do DNA, diz o biólogo, é armazenar as informações necessárias para a construção de proteínas. As características mencionadas no estudo são apenas características, não funções. Portanto, considera-se que há permanência de traços na população mesmo que os mesmos não tenham qualquer função.

O argumento dos órgãos vestigiais caminha em direção parecida. É o caso do apêndice. Sabe-se que apesar deste órgão não possuir nenhuma função conhecida, persiste nos organismos humanos. De forma geral, acredita-se que estes traços já tiveram função no passado, mas não as apresentam mais. Na concepção histórica, esses traços foram favorecidos pela seleção natural no passado e cumpriram certa função, que deve ser reconhecida e atribuída a ele devido à sua história pregressa.⁵² Porém, para a maioria dos praticantes da biologia, a afirmativa é um contrassenso (CHEDIAK, 2006). De fato, que sentido haveria em atribuir uma função a um órgão que não possui função no sistema do qual faz parte? Como saber qual foi a função do apêndice? Para alguns, trata-se de uma variação cega sem valor adaptativo; para outros, como Boorse (2009), a função do apêndice ainda não foi descoberta, mas ela existe e um dia será desvendada. O problema é como defender uma ou outra assertiva com argumentos científicos.

Assim, por um lado, temos órgãos ou traços que permanecem sem função específica, mas por outro lado, vemos também órgãos ou traços aos quais são atribuídas funções biológicas sem que se saiba se o traço foi selecionado devido ao efeito em questão. Como mostra Boorse (2009) é o caso da descoberta da função do coração por Harvey ou ainda da descoberta da função imunológica do timo. Nos dois casos, há atribuição funcional sem evidência evolutiva.

Constatamos também casos em que se sabe que não houve seleção do traço devido à função atribuída. Gould e Vrba (1982 *apud* BOORSE, 2009) falam de “exaptações” para designar itens que evoluíram por seleção natural para cumprir certo papel, mas que atualmente servem para outro. É o caso das nadadeiras da tartaruga que, apesar de serem usadas para cavar e enterrar os ovos, não foram evolutivamente selecionados por este desempenho. Ao contrário, as nadadeiras foram selecionadas por facilitarem o deslocamento da tartaruga na água. O mesmo pode ser dito em relação aos ossos que surgiram (foram

⁵² Da mesma forma que cientistas buscam função para o DNA lixo, Zahid (2004) afirma que, no caso do apêndice, não se trata de um órgão inútil e o afirma como um importante componente da função imunitária.

projetados) como reservatórios de fosfato e foram cooptados pela rigidez e resistência, para funções de mobilidade da terra, água e ar.⁵³

Uma vez que a abordagem histórica afirma que para que algo seja uma adaptação deve ter evoluído por seleção natural, e que apenas adaptações geram funções, as nadadeiras não teriam “função”. É também o caso das penas das aves. Acredita-se que as mesmas evoluíram, primeiramente, para cumprir a função de termorregulação e apenas recentemente foram aperfeiçoadas para voar. A forma das penas é, portanto uma adaptação por isolamento e uma exaptação para voar. *Enquanto as adaptações têm função, as exaptações têm efeitos.* Assim, na concepção histórica, a asa não teria a função de permitir o voo. Estes casos em que as forças seletivas atuam em direções diferentes mostram a pertinência dos argumentos contra a identidade estabelecida entre os “alvos da seleção” e os “alvos da atribuição funcional” (NUNES-NETO & EL-HANI, 2009).

Para Lewontin (1978 *apud* BOORSE, 2009), se todas as tartarugas marinhas cavam buracos para os ovos com suas asas por milhares de anos, não há dúvida de que esse uso é uma das funções do órgão, independentemente do comportamento estar sob controle genético ou ser resultado de qualquer processo seletivo. Assim, podemos afirmar que aquilo a que atribuímos função independe do fato do traço ter sido selecionado no passado e está mais relacionado com a atividade do traço no presente.

Estes contraexemplos do domínio da ação da seleção natural sobre a função afetam diretamente a concepção histórica e colocam em questão a noção de função própria. Porém, na tentativa de preservar o caráter histórico da função, Godfrey-Smith (NUNES-NETO & EL-HANI, 2009) formula a “teoria da origem moderna das funções”, em que distingue “seleção original ou passada” de “seleção moderna ou recente”, incorporando a seleção moderna ou recente na análise funcional. Para o autor é possível explicar a existência de certos traços funcionais entre os membros de uma população recorrendo ao fato de que no passado recente esses membros foram bem-sucedidos no processo seletivo.

Em geral, fala-se de um aperfeiçoamento do traço que favoreceu sua sobrevivência e não de novos aspectos do traço como resultado da deriva ou de efeitos secundários positivos

⁵³ Wakefield aceita as disfunções em funções exaptativas. Segundo o autor, a inabilidade para calcular, por exemplo, pode indicar uma falha do sistema em funcionar de acordo com que deveria funcionar mesmo que o sistema não tenha sido projetado especificamente para permitir o cálculo. Atribuir à acalculia o estatuto de transtorno é legítimo porque (1) a inabilidade em aprender a calcular é um dano significativo, (2) o cérebro não foi projetado especificamente para permitir que as pessoas aprendam a calcular, (3) porém, quando o sistema cerebral como um todo está funcionando como deveria funcionar, um efeito colateral é a habilidade em aprender a calcular, (4) então, a inabilidade em aprender a calcular é causada por uma falha na função cerebral subjacente em funcionar como era suposto, sendo uma doença (WAKEFIELD, 1999).

de outros traços selecionados. Tal saída evita o risco de ignorar funções importantes e reconhecidas, assim como de atribuir função a órgãos que não cumprem mais esse papel, sem revogar a importância da seleção natural (CHEDIAK, 2011). Portanto, como há casos em que a seleção recente não está em continuidade com a seleção original, é importante determinar qual dos processos é de fato relevante para a atribuição da função ao traço: a seleção recente que se volta para o aperfeiçoamento e manutenção do traço ou a seleção responsável pela fixação originária do traço? De todo modo, para Cummins, Godfrey-Smith não escapa às críticas, sobretudo porque mantém a noção de função a partir da explicação do por que algo existe ou está presente (NUNES-NETO & EL-HANI, 2009).

Como vimos, fundamental nas críticas à abordagem teleológica é o postulado contestado da identidade entre o “alvo da seleção” e o “alvo da atribuição funcional”. *Há casos em que o que é selecionado não o é por causa de sua função, isto é, o alvo da seleção não é o mesmo da atribuição funcional. Assim, podemos afirmar que o alvo da atribuição funcional é diferente do alvo da seleção.* A seleção opera sobre as variações na eficiência de estruturas biológicas que devem cumprir certa tarefa e, portanto, deve se dirigir a todos os indivíduos da população. Segundo Cummins, ter uma função não é o que “atrai” a seleção. O que importa é quem funciona melhor, isto é, quais variações na função interessam à adaptatividade.

Em relação à “identificação dos traços do organismo como adaptações” Gould e Lewontin fazem uma boa contribuição. Vimos que na discussão sobre a origem dos traços funcionais os autores assumem e justificam a noção de acaso na natureza contrapondo-a à ideia de intencionalidade da natureza. Este tema foi aprofundado, entre outros, por Gould e Lewontin nos trabalhos sobre a importância da *contingência* na história da vida. Em 1979, publicaram um artigo denominado *The Spandrels of San Marco and the panglossian paradigm: a critique of the adaptationist programme* em que expõem um novo conceito – *spandrel* – em biologia. O intuito dos autores era o de criticar as posturas *neodarwinistas*, que identificavam todos os traços dos organismos como “adaptações”. Os dois pretenderam, sobretudo, provocar os sociobiologistas que sobrevalorizavam a importância da seleção natural e da adaptação no processo evolutivo. Segundo De Block e Adriaens (2011), as hipóteses sociobiológicas, ao definirem todos os aspectos do comportamento humano (social) como adaptações, estão presas a um otimismo infundado sobre a vida. A ideia indefensável é que se um organismo tem um traço, então, do prisma evolutivo, é o melhor traço que o organismo foi capaz de exibir. Além disso, outra crítica dos autores à sociobiologia é que,

além de afirmar que todos os traços são adaptações, também afirmam saber *para que* estes traços foram selecionados. Isso é apenas uma “história contada”, uma especulação, dizem os autores.

Gould e Lewontin fazem uso do conceito de *spandrel*, vindo da arquitetura, que designa o espaço *accidental* entre dois arcos e a superfície horizontal existente sobre eles. Estes espaços, apesar de serem usados para fins estéticos, não são fins em si mesmos, pois são subprodutos inevitáveis do uso de arcos e retas. Poderíamos dizer que são “efeitos colaterais” do uso de arcos na construção. Os autores fazem uma analogia criativa entre arquitetura e biologia afirmando que os organismos têm inúmeros *spandrels*, e que muitos processos evolutivos são desse tipo. Um traço surge como efeito colateral, mas acaba sendo útil. Criticam assim os *neodarwinistas*, que afirmam que todas as características dos organismos são resultado de sua adaptação ao meio.

A metáfora da arquitetura serve para ilustrar o ponto de vista de Gould e Lewontin de que algumas das características e *designs* corporais podem ser resultado de processos não adaptativos. Os autores querem chamar atenção para o subproduto, ao invés das adaptações, independentemente da sua utilidade exaptativa subsequente. Assim, pretendem deixar claro que *as causas da origem do traço devem ser analisadas separadamente, em relação à sua utilidade atual*.

Para nosso intuito, o argumento é bastante interessante porque critica o programa adaptacionista e evidencia dois pontos fundamentais. O primeiro deles é que estes autores contemplam a história da vida como um processo complexo resultante da adaptação, mas também de outros fenômenos, governados pela contingência. O outro ponto que evidenciam é que o que chamamos de “funcional/disfuncional” ou o que identificamos como mero “efeito ao invés de função” nos organismos vivos não pode estar inscrito na natureza. Na arquitetura, aos espaços vazios, “meros efeitos colaterais” da construção de arcos, atribuímos uma finalidade estética; na biologia, da mesma forma, atribuímos finalidade àquilo que nos garante a sobrevivência ou que nos permite viver melhor.

Assim, não há como afirmar que um estado orgânico é *(dis)funcional* sem introduzir um julgamento normativo sobre o que é próprio ao organismo e sobre o que pode ser descrito como normal – funcional – ou patológico – disfuncional. Neste sentido, Nordenfelt (1995) chama atenção para um conceito fundamental que é o de *performance* funcional. O autor diz que a função é uma relação abstrata entre uma parte do corpo e um fim, mas que a posse desta função diz muito pouco sobre o poder de *performance* atual do órgão. Ter a função não quer

dizer que haja habilidade para cumpri-la. O poder de *performance*, diz Nordenfelt, depende dos ambientes interno – do que os outros órgãos fazem – e do ambiente externo – das pressões externas sobre o corpo. É preciso, portanto, incluir a noção de circunstância e considerar o desempenho exigido no contexto.

Neste sentido, lembramo-nos da afirmativa dos críticos da abordagem histórica de que a seleção natural atua sobre o *desempenho* funcional e não sobre a função. Essa assertiva só é razoável partindo de alguns pressupostos. Em primeiro lugar, só é possível avaliar o desempenho de uma função se já atribuímos uma função a um traço e se definimos o que é um desempenho satisfatório. Definir o que é uma função e o que é um desempenho satisfatório, por sua vez, exige uma finalidade a ser avaliada. E, como vimos, a finalidade última, consensualmente aceita e discutida pelos biólogos, é a sobrevivência individual.⁵⁴

2.2.1.3 Ambiente e desempenho

Não podemos falar em desempenho funcional sem considerar a importância do meio acolhedor. No meio ambiente há fatores facilitadores ou dificultadores em termos de sobrevivência do organismo. Canguilhem já falara sobre a normatividade subjacente no seio de um grupo. As constantes que se apresentam em determinado grupo, longe de constituir normas fixas, objetivas e absolutas, são o índice de uma adaptação *provisoriamente* lograda entre um grupo particular e seu meio ambiente (GIROUX, 2011).

Em qualquer população há membros que possuem traços que ajudam mais ou menos a adaptação ao ambiente. Mas, segundo Engelhardt (1976) não há um “ambiente padrão”, não havendo também uma “adaptação padrão” para os membros de uma espécie. O que há é uma grande variabilidade dentro de cada espécie e uma abundância de ambientes. Por isso, o que é funcional ou disfuncional é também enormemente variável, não havendo um padrão absoluto pelo qual seja possível identificar um organismo como saudável.

Epigênese, plasticidade e normatividade são conceitos fundamentais para pensar o desempenho funcional a partir da imbricação necessária do organismo com o ambiente.

⁵⁴ Em termos de seleção natural, segundo Darwin, o sucesso reprodutivo é ainda mais fundamental do que a sobrevivência individual, mas se considerarmos a apropriação da explicação funcional para a fisiologia, o tema da sobrevivência individual é mais importante. Não nos interessa neste momento problematizar a estreiteza da consideração da finalidade da vida como um movimento de autopreservação, mas não poderíamos deixar de chamar atenção que se considerarmos o termo disfunção em medicina, não podemos, em absoluto, desconsiderar o mais fundamental: a autossatisfação, a vida com qualidade, o bem-estar etc.

Trata-se da descoberta de que, ao nascer, cada organismo tem uma gama de possibilidades inatas, porém, o que fará com que uma se concretize em detrimento da outra é a interação com o meio ambiente. Trata-se de conceitos que são utilizados na biologia, mas que podem ser apropriados para pensar sobre o sujeito – radicalmente negado no discurso naturalista sobre a doença – em sua implicação com os conceitos de saúde e doença. A patologia, de acordo com essas noções, pode ser compreendida como uma exigência de rearranjo das capacidades de ação do organismo ou do sujeito em função das limitações sofridas devido a perturbações do funcionamento habitual ou “normal” de seus sistemas.

Na atualidade, discutem-se os mecanismos epigenéticos que atuam sobre o genoma, produzindo modificações nos padrões de regulação da expressão gênica. Segundo Klautau (*et al.*, 2009), por epigenético entende-se tudo aquilo que não seja estritamente determinado pelos genes, que vem introduzir uma novidade que desafia o determinismo genético. O prefixo *epi* significa, ao mesmo tempo, “acréscimo” e “inflexão” de uma trajetória. Epigênese se refere às mudanças que não se encontram previamente no genoma e que ocorrem a partir da interação do organismo com o meio exterior.

Estes mecanismos podem mediar tanto sinais oriundos do ambiente interno, no qual a célula se encontra, quanto sinais oriundos do ambiente externo, no qual o organismo se encontra. Apesar de as células de um organismo multicelular serem geneticamente homogêneas, elas são estrutural e funcionalmente heterogêneas devido à expressão diferencial dos genes. O interessante é que, por meio dos mecanismos epigenéticos, muitas das diferenças na expressão gênica ocorrem durante o desenvolvimento e são subsequentemente transmitidas pela mitose, produzindo alterações genômicas estáveis e duradouras. Assim, parecem permitir que um organismo responda ao ambiente através de mudanças na expressão gênica. (JAENISCH e BIRD, 2003).

No que se refere às teorias do desenvolvimento, há uma diferença radical entre os defensores do desenvolvimentismo e os defensores da explicação por epigênese. Para os primeiros, o organismo adulto é determinado estritamente por princípios preexistentes, sendo os genes o princípio gerador do organismo. Nesta concepção, o organismo carrega os genes e o ambiente dispõe apenas de condições para que o protagonista – o código genético – encene seu *script*. Considera-se que os genes no ovo fertilizado determinam o estado final do organismo, enquanto o ambiente em que o desenvolvimento ocorre é apenas um conjunto de condições propícias a que os genes se expressem. É um processo similar ao de um filme fotográfico que, ao ser colocado nas condições necessárias – líquido apropriado e temperatura

adequada –, produz a imagem que nele já está imanente, diz Lewontin (2002). Portanto, esta visão pressupõe uma autossuficiência interna do DNA, o que tem efeitos práticos importantes. Variações patológicas, mas também variações nas preferências sexuais, no desempenho escolar, na posição social e outras, são explicadas geneticamente, isto é, como diferenças genéticas. Se o desenvolvimento de um indivíduo consiste no desdobramento de um programa genético imanente no ovo fertilizado, então as variações encontradas no fim do desenvolvimento devem ser decorrentes de variações nesse programa (LEWONTIN, 2002).

Lewontin (2002), porém, afirma que há evidências de que a ontogenia de um organismo é resultado de uma interação singular entre os genes, a sequência temporal dos ambientes externos nos quais está exposto durante a vida e eventos aleatórios de interações moleculares que ocorrem dentro das células individuais. Estes últimos, diz o autor, são de enorme relevância no processo. Trata-se da compreensão de que o ovo fertilizado não oferece por si as condições determinantes para a emergência do organismo adulto, pois ocorrem mudanças substanciais ao longo da ontogênese. Há, portanto, uma complexa relação entre gene e gene e entre gene e ambiente que resultam nas mais variadas expressões fenotípicas (LEWONTIN, 2002).

Este tipo de explicação estende-se à Biologia Evolutiva, como refere Lewontin (2002) ao contrastar o *neodarwinismo* ao *construcionismo*. O primeiro ampara-se na metáfora darwinista da adaptação, segundo a qual o ambiente apresenta demandas às quais o organismo deve se ajustar, mas o processo de variação apresenta independência causal com relação às condições de seleção. Nesta concepção, organismo e ambiente existem independentemente e o organismo tem o papel de *lócus* da evolução, isto é, um mero estoque de variações originalmente cegas resultantes de um processo interno – mutação e recombinação – que são posteriormente selecionadas pelo ambiente. A ideia é que “o organismo propõe e o ambiente dispõe. O organismo faz conjecturas e o ambiente as refuta. [...] o ambiente propõe problemas e o organismo lança soluções aleatórias” (LEWONTIN, 2002, p.48). Nesta concepção, o processo interno não responde às demandas do ambiente.

Segundo Lewontin (2002), a metáfora da adaptação, apesar de ter constituído um importante instrumento heurístico para a construção da teoria da evolução peca em afirmar que o ambiente de um organismo é causalmente independente dele e de que as alterações no ambiente são autônomas e independentes das alterações na própria espécie. Os construcionistas, diferentemente, entendem que assim como não pode haver organismo sem ambiente, não pode haver ambiente sem organismo. O autor indica que apesar de processos

físicos como a erupção de vulcões, evaporação de oceanos e outros, ocorrerem independentemente de quaisquer seres vivos, isto não é ambiente; são apenas condições físicas que permitem a emergência de ambientes. Um ambiente é algo que envolve ou cerca, mas para que haja envolvimento, é preciso que haja algo no centro para ser envolvido. Os elementos do ambiente de cada ser vivo são determinados pelas atividades vitais da espécie. Segundo Lewontin (2002, p.54),

... o ambiente de um organismo é a penumbra de condições externas que para ele são relevantes em face das interações efetivas que mantém com aqueles aspectos do mundo exterior.

Deste modo, o fenômeno biológico é mais bem captado caso se parta do pressuposto de que ele ocorre em uma relação. E, além dos organismos determinarem os aspectos do mundo exterior que são relevantes para eles, também constroem ativamente um mundo à sua volta. Por fim, diz Lewontin (2002), essa relação se caracteriza por uma coevolução, na qual mudanças no organismo e no ambiente levam a mudanças no sistema como um todo, que se apresenta como uma *continuidade topológica*, uma diluição da condição interior-exterior, uma abertura radical do organismo a um intercâmbio com o ambiente.

Portanto, as experiências do organismo no mundo são marcantes para o desenvolvimento do organismo. Ao nível individual, Klautau *et al.* (2009) chama atenção para o conceito de plasticidade cerebral o qual alude às alterações criativas produzidas no sistema nervoso como resposta a lesões ou processos degenerativos. Trata-se, fundamentalmente, de novos arranjos – sinápticos, dendríticos e outros – capazes de modificar a organização estrutural e o funcionamento do sistema nervoso em função das experiências vividas pelo indivíduo. A plasticidade neuronal designa a propriedade adaptativa e criativa em função da trajetória vivida pelo organismo e que permite o desenvolvimento de novos arranjos capazes de modificar o funcionamento do sistema nervoso. Evidencia, assim, que a rede neuronal se mantém aberta a mudanças.

Ao afirmar a dimensão singular de cada cérebro que se situa entre o contingente inato de possibilidades neuronais e o encontro com o meio com suas injunções particulares, o conceito de plasticidade cerebral relativiza o determinismo genético e traz à tona a radicalidade da imprevisibilidade, da contingência e da diversidade dos organismos vivos. Mas a plasticidade não é vista apenas na análise da estrutura cerebral. Em nosso dia a dia deparamos com a infinita capacidade humana em superar seus próprios limites e de

reinvenção da realidade a partir da adaptação ao meio ou da adaptação do ambiente às necessidades particulares.

Em seus livros, o neurologista Oliver Sacks analisa casos clínicos em que o fenômeno da plasticidade é evidente. Seus pacientes apresentam distúrbios do comportamento causados por danos cerebrais, mas têm suas vidas reinventadas graças à criatividade da mente humana em lidar com suas próprias afecções. O autor mostra que a capacidade plástica do cérebro é fundamental para a superação de seus pacientes, mas que sem a motivação pessoal, os desejos e as oportunidades, ela talvez não fosse possível. Sacks explicita a capacidade do cérebro humano em se regenerar, não apenas do ponto de vista fisiológico, mas também funcional, isto é, da adaptação do organismo ao ambiente. É o caso de uma pianista que perde a habilidade de ler as partituras, mas consegue recuperar a capacidade de tocar, pois começou a ouvir com cada vez mais atenção porque era sua única chance de continuar na música.⁵⁵

Amundson (2000) oferece um exemplo do mundo animal que evidencia que o genoma fornece recursos para a ontogenia do desenvolvimento, que não é uma imagem pré-formada do corpo adulto. É o caso da cabra que nasceu com duas patas e se tornou bípede, como mostrou o biólogo Slipjer em 1940. A cabra evidenciou que indivíduos da mesma espécie podem executar uma função, como o andar, usando uma forma diferente. As inúmeras outras anormalidades referentes à anatomia esquelética muscular da cabra foram adaptadas para a vida de um bípede, pois as anormalidades ganharam a conformação corporal de cangurus e humanos.

A importância da flexibilidade desenvolvimental é que uma alteração significativa – como a perda de duas pernas – ao invés de ser um desastre, pode ser compatível com a vida (MAYNARD SMITH, 1975 *apud* AMUNDSON, 2000). Se o olhar sobre a anomalia se dá através do critério do desenho da espécie e da meta programada, como faz Boorse, então a situação é de fato uma tragédia. Mas se o critério utilizado é do desenvolvimento, então é um sucesso.

Outro exemplo oferecido por Amundson, agora relativo aos humanos, é o caso da hidrocefalia. Sabe-se que o acúmulo de líquido cefalorraquidiano no interior da cavidade craniana pode levar a graves deficiências físicas e mentais. Mas o artigo *Is Your Brain Really Necessary*, de Roger Lewin, mostrou o caso de um estudante que tinha o quociente de inteligência de 126, uma vida social normal e “virtualmente não tinha cérebro”. O estudante é funcionalmente igual a seus colegas, mas tem menos que 10% do tecido cerebral que a média

⁵⁵ Este caso está referido no livro *O olhar da mente* de Oliver Sacks.

das pessoas. Há alguns casos similares na literatura médica. Apesar da estrutura cerebral grosseiramente anômala, alguns escapam do prejuízo funcional. Assim, diz Amundson, o modo de funcionamento dessas pessoas é estatisticamente anormal, mas o nível de *performance* é estatisticamente normal.

Especialmente interessante é a situação de surdez. Amundson (2000) faz referência ao trabalho de Stokoe (1960) em que afirma que a linguagem dos sinais tem a complexidade estrutural e os poderes cognitivos e expressivos da linguagem falada. Mostra também que injúrias cerebrais que causam certos tipos de afasias na linguagem falada têm efeito similar na linguagem dos sinais. Segundo Amundson há duas formas de interpretar esta anomalia. A mais comum é a compreensão de que a capacidade da linguagem é inata e evolutivamente vinculada ao som vocal e, desta maneira, as pessoas têm uma grande flexibilidade refletida na aplicação da capacidade inata em um domínio estrangeiro. Outra forma de entender é considerar que a capacidade da linguagem não é inatamente associada ao som vocal, mas é de tal forma abstrata que pode ser aplicada indiscriminadamente às linguagens falada ou de sinais. Ambas as interpretações negam o determinismo funcional e sugerem que o potencial expressivo dos seres humanos é muito maior do que se imagina. Temos, por exemplo, a capacidade de construir o mundo sem fala sonora.

Através desses exemplos vemos que o processo alvo-dirigido do desenvolvimento biológico não é tão bem afinado para a produção de membros da espécie funcionalmente idênticos. Amundson (2000) refere que se Boorse tem razão sobre a existência de traços específicos e sobre o *design* da espécie, não se pode dizer o mesmo quanto à meta programada. A meta programada pode ser uma meta bem-sucedida independentemente de o indivíduo portar os traços típicos da espécie. É possível, diz, ter um desempenho funcionalmente idêntico sem ser estrutural ou morfológicamente idêntico.

No mesmo sentido, Amundson (2000) toma emprestado o conceito de “fenótipo estendido” de Richard Dawkins⁵⁶ para afirmar que temos um potencial em aberto que pode ser desenvolvido de diversas formas e não caracteres determinados por um patrimônio genético. Assim, teríamos o potencial da linguagem que somos capazes de desenvolver de forma falada ou gestual, isto é, que nos permite aprender a falar com as cordas vocais ou com as mãos. Para tanto, Amundson faz uma diferenciação entre “nível” e “modo” de *performance*

⁵⁶ No livro *The Extended Phenotype* (1983), Dawkins analisa como os limites entre os indivíduos da mesma espécie, e mesmo entre espécies, se tornam menos nítidos quando um indivíduo executa os seus processos biológicos através da manipulação oportunista dos corpos e dos comportamentos de outros indivíduos. Refere que o fenótipo deve ser estendido para incluir todos os efeitos que o gene tem em seu ambiente, interna e externamente ao corpo do organismo individual.

ou desempenho. Para ele, podemos alcançar o mesmo fim com funções diferentes, que nada mais é do que a extensão do conceito de *performance* aceitável. O autor sugere que o conceito de *normalidade* da espécie seja substituído pelo conceito de *responsividade*, que seria uma normalidade individual. Canguilhem diria normatividade de cada organismo. Pois, a normalidade individual indica que se estabelece a noção de norma em função de uma média, e o autor quer desatrelar sua teoria da estatística, evitando qualquer referência à Adolphe Quételet e à noção de tipo humano ou de “homem médio” usada como padrão para análises sociológicas. *De todo modo, Amundson chama de “modo ou estilo” ou de “responsividade” o que Canguilhem chama de instauração de uma nova norma ou normatividade.*

A proximidade com o pensamento de Canguilhem também aparece no livro de Oliver Sacks (1995) *Um Antropólogo em Marte: sete histórias paradoxais*. O autor desenvolve a noção de “potencial criativo da doença”. Em sua opinião, não é necessário redefinir os conceitos de saúde e doença, mas revê-los em termos de capacidade do organismo de criar uma nova organização e ordem adequada à sua disposição e não de acordo com uma norma rígida. A plasticidade corrobora a tese da normatividade vital de Canguilhem.

Normatividade é o terceiro conceito fundamental para pensar a relação do organismo com o meio e a problemática do desempenho funcional. Inspirado no trabalho de Kurt Goldstein *A Estrutura do Organismo*, Canguilhem aproveita a ideia que a norma importante para a saúde é a “norma individual”, aquela que toma o indivíduo como padrão. A saúde, para Goldstein, é concebida como “adaptação ao meio pessoal” e a doença como uma modificação qualitativa que leva a um “estreitamento do meio pessoal”. A “cura” não é concebida como um retorno a um estado prévio, mas como ascensão a uma “nova norma individual”. Goldstein, então, sugere a distinção entre “anomalia” e “doença”: enquanto a primeira é um desvio de uma norma supraindividual, a segunda refere-se à individualidade pessoal (GAYON, 1998).

Aproveitando o trabalho do médico alemão, Canguilhem (1995) afirma que a norma individual – fundamento da noção de doença – é oriunda da relação entre o organismo individual e o seu ambiente. A pessoa doente é uma pessoa cujo ambiente é “estrito” em comparação com aquele de uma pessoa “normal”. Canguilhem cunha o termo normatividade para se referir à habilidade do organismo de adotar novas normas de vida. A saúde é a margem de tolerância às inconsistências do ambiente, a possibilidade de transcender as normas. Interessa-nos a relação do organismo com o ambiente. Segundo Gayon (1998), no artigo *Teoria Celular*, de 1945, Canguilhem conclui que a individualidade não descreve um

ser, mas uma relação. O indivíduo só pode ser considerado em sua relação com o meio externo, pois possui necessidades sempre relativas a um dado ambiente. O normal é a normatividade, a capacidade de adaptação, de variação do organismo às mudanças circunstanciais do meio externo e interno. Assim, a patologia não é uma unidade propriamente objetiva. A única unidade que se pode ter e que não é puramente objetiva é a de um ser vivo, que é um corpo vivo em permanente relação com o meio; relação variável com um meio variável (PORTOCARRERO, 2009).

Segundo Klautau *et al.* (2009) devemos entender a normatividade como aquilo que individualiza o ser vivo, biológica e psicologicamente. Portanto, o ser vivo deve ser pensado a partir da noção de potência, isto é, os organismos desenvolvem suas potências através de seus comportamentos particulares. Estes, diz a autora, não são apenas respostas automáticas a estímulos externos, são modos singulares de se relacionar com o meio que todo ser vivo explora à sua maneira. E é na ação do indivíduo no mundo que devemos procurar as referências para descrever e compreender o alcance das modificações impostas pela patologia. Só existe, para o vivo, normalidade na referência a um meio. *Patológico é a presença de normas inferiores porque obrigam o organismo a viver em um meio “estrito”.*

O conceito de normatividade pode ser aproveitado, assim como a ideia de modo de funcionamento atípico trazido por Amundson, para desafiar a teoria *boorsiana* de que o patológico é o disfuncional, segundo o *design* da espécie e a verificação estatística. Para Boorse *a variação só é normal quando há equivalência funcional*, ou seja, é normal ter olho preto ou azul, pois o olho enxerga da mesma maneira. Mas se o indivíduo for míope, Boorse já entende como desvio. Canguilhem e Amundson não negam a predominância estatística de certos traços, a seleção evolutiva de traços ou a existência de morfologia adequada à função. Mas negam que haja determinismo e que a morfologia padrão é o normal e a atípica, anormal. Estes autores afirmam que o julgamento da saúde e da doença deve levar em conta a fecundidade, a plasticidade e a variabilidade de cada *token*.

Amundson nos mostra que é possível ter exemplares da mesma espécie com *design* diferente e que tenham um desempenho funcionalmente idêntico no nível de expressão, mesmo que o estilo da *performance* seja diferente. O *design* da espécie, diz, permite que alguém conviva com prótese e essa variação pode, inclusive, permitir um nível de *performance* melhor, como é o caso dos portadores da prótese de perna de titânio em certos corredores. A tematização de Amundson referente à diferenciação entre *modo de desempenho* e *nível de desempenho* permite que eventualmente seja possível privilegiar uma variação

funcional que não seja equivalente. Canguilhem, por sua vez, reconhece as implicações que o modo de inserção em um dado ambiente exercem sobre o corpo, modificando sua estrutura morfológica num processo que apontou como *singularização das capacidades*. Assim, ambos os autores pensam que a variação anômala, pode ser, ela própria, normativa.

2.2.2 Análises sistêmica e estatística

Como vimos, Boorse aproxima-se da teoria sistêmica de Cummins ao propor um conceito não normativo – que não evoca a história seletiva – de função biológica. Apesar da já exposta problematização se, de fato, Boorse não recorre à teoria evolutiva, identificamos que o autor compartilha com os defensores da análise sistêmica o rechaço ao conceito etiológico e normativo, segundo o qual a função de um traço é o efeito responsável pela seleção do traço. Por outro lado, os críticos à abordagem sistêmica mostram que não há como distinguir o funcional do mero efeito sem recorrer à seleção natural.

Os críticos mostram que o erro dos partidários da teleologia é acreditar que a seleção natural é criativa. Ela apenas mantém ou elimina, mas não cria, dizem eles. Estes não condenam a afirmação da vida como movimento, mas a afirmação de qualquer objetivo intrínseco, predeterminado dos processos naturais. Defender um modelo cibernético, como faz Sommerhoff, ou entender que os organismos estão dispostos de forma a ajustar seus comportamentos às mudanças do ambiente é diferente de afirmar uma finalidade ou intencionalidade própria à vida. Mas os autores naturalistas como Millikan pretendem afirmar algo insustentável, ou seja, que é possível submeter o objetivo da vida ao protocolo da predição e do controle, segundo a lógica técnica.

Como vimos, na formulação do conceito de (dis)função, Wakefield filia-se à concepção histórica e Christopher Boorse utiliza elementos de ambas as teorias, mas sem a intenção de unificá-las. O conceito de função utilizado por Wakefield é relativo ao efeito da seleção natural na história evolutiva, mas o conceito de função proposto por Boorse é referido como “não normativo” não apenas no sentido axiológico, mas também porque não se vincula ao efeito da seleção natural.

Boorse busca manter o caráter teleológico dos processos biológicos, porém, sem ancorá-lo na seleção natural. De forma breve, o autor aceita a visão sistêmica, de acordo com a análise funcional, mas mantém o caráter proposital ou teleológico dos processos orgânicos. Na leitura de Giroux (2011), Boorse maneja o conceito “não normativo de função”, no sentido

de desatrelar o termo “norma” de valores sociais ou subjetivos e da história evolutiva dos organismos. Assim, a teoria do autor é “não normativa” no sentido *lato*, mas é normativa no sentido deflacionado, mais estrito, que permite distinguir o “disfuncional” do “não funcional” e identificar o desempenho que define a significação do órgão investigado.

Mas como Boorse distingue função de disfunção? Como escapar do problema da concepção sistêmica que não consegue diferenciar um efeito funcional de um efeito acidental? Boorse espera resolver esta dificuldade relativizando os enunciados funcionais a certa classe de entidades, a “classe de referência”. Assim, uma função fisiológica é sempre uma contribuição padrão de características dos indivíduos em uma espécie dada. Boorse fala da função do cristalino (focar a luz na retina). Pessoas que sofrem de catarata ou que não possuem cristalino não colocam em questão a existência dessa função na espécie humana, porque elas não são *típicas* da espécie. Os enunciados funcionais descrevem espécies ou características populacionais e não individuais (BOORSE, 1977). O juízo clínico, normativo, sobre a saúde individual é feito sob a base de uma normalidade funcional *típica*.

Portanto, é necessário definir objetivamente a espécie à qual os enunciados são relativos. Como defini-la como uma categoria natural sem recorrer a uma história seletiva portadora de normatividade? Segundo Boorse (1977), a evolução biológica leva naturalmente a certo equilíbrio, a uma uniformidade do *design* da espécie, certa estabilização de um conjunto de indivíduos. E, diz, a uniformidade funcional da espécie não é então outra coisa que o resultado da “seleção normalizante”. Portanto, é difícil concordar com Boorse que seu conceito de função não evoca a utilidade passada e a história seletiva, como fazem os defensores da concepção etiológica.

A definição da espécie e da classe de referência às quais são relativos os enunciados funcionais em fisiologia permitem identificar quais funções são *típicas* ou *normais* para tais organismos. Porém, para saber qual é o nível normal de funcionamento de cada uma delas deve-se precisar a natureza do efeito que exerce. Segundo Boorse, uma característica não deve apenas cumprir a função típica, mas deve cumpri-la com um nível de eficácia estatisticamente típica. Trata-se de definir os níveis de funcionamento e processos que são normais para cada classe de referência e daí extrair a noção do funcionamento normal e de disfunção, o que caracteriza a saúde e a doença (GIROUX, 2011).

A teoria de Boorse se baseia, assim, tanto na fisiologia como na estatística. Diferentemente de Canguilhem, para quem os conceitos de saúde e doença devem ser entendidos a partir do *referencial clínico*, para Boorse o trabalho filosófico sobre estes

conceitos deve ter como fundamento *a medicina fisiológica e o uso dos patologistas e não dos clínicos*. Portanto, a noção de funcionamento normal aventada por Boorse tem a estatística como fundamento, mas a teoria da doença do autor é muito mais complexa do que as teorias que se baseiam apenas na distribuição normal e no desvio estatístico. Boorse defende uma teoria teleológica da função em que é preciso considerar a contribuição do traço para a sobrevivência individual e para a sobrevivência da espécie.

Para George Khushf (2001), Boorse é um dos principais proponentes modernos do “princípio de Broussais”, o qual informa que os fenômenos normais e patológicos, ou que a fisiologia e a patologia são idênticas, diferindo apenas quantitativamente, em termos de intensidade. A distinção entre o normal e o patológico, segundo esta concepção, deve ser explicada em termos de excesso ou falta.⁵⁷ Desse princípio Boorse extrai a ideia de que o normal é o natural e que o conceito de doença é subordinado à biologia, mas inclui a teoria evolucionista na compreensão do fenômeno patológico.

A crítica de Canguilhem ao princípio de Broussais é aplicável à teoria de Boorse. Para Canguilhem, a relação entre fisiologia/patologia e ordem/desordem não é tão simples como expõem estes autores, e afirma que estes ignoram a essencial negatividade de toda enfermidade para o indivíduo. Quando um clínico julga uma condição como não saudável, não pensa em um desvio em relação a uma média. O critério estatístico é útil para a medicina, mas não é possível considerá-lo descritivo, como faz Boorse (1987). Este reconhece que a linha entre o normal e o patológico é arbitrária e que o estado patológico tem fronteiras vagas, mas refere que essa vaguidade não coloca em perigo o propósito de determinar objetivamente a distinção entre o normal e o patológico.

Como mostra Canguilhem (1995), a patologia estabelece relações complexas com disciplinas afins como a fisiologia e a terapêutica. Na medicina, diz ele, existe uma confusão oriunda do termo *normal* designar ao mesmo tempo o estado habitual dos órgãos (normal como fato) e seu estado ideal (normal como valor). O grande objetivo do autor é destruir a ideia de que possa haver uma medicina e uma patologia científicas, isto é, de que haveria um critério objetivo, quantitativo, de demarcação entre o normal e o patológico. A frequência estatística, segundo Canguilhem, não nos oferece subsídios para a consideração de uma norma de vida. Para o autor, “um traço humano não seria normal por ser frequente; mas seria

⁵⁷ Segundo o princípio de Broussais todas as doenças consistem basicamente no excesso ou falta da excitação dos diversos tecidos abaixo ou acima do grau que constitui o estado normal. O princípio de Broussais considera a excitação como o fator vital primordial. O homem só existe pela excitação exercida sobre seus órgãos pelos meios nos quais é obrigado a viver e é sobre a ação contínua das fontes de excitação que a vida se mantém (CANGUILHEM, 1995).

frequente por ser normal, isto é, normativo num determinado gênero da vida...” (CANGUILHEM, 1995, p.126). Assim, o uso primeiro do termo normal é valorativo, sendo incompatível com a posição quantitativa que afirma que a patologia seria um afastamento de uma média. Este juízo de valor não pode ser universalizado, transformado em uma norma a ser seguida, pois isso ocasionaria um regime normatizante que consideraria anormais os que desviam do padrão.

Canguilhem reposicionou a hierarquia entre ciência e terapêutica, afirmando que não se trata de conhecer para valorar e intervir, mas sim valorar para conhecer e intervir. A descoberta do fato patológico não é um dado tributário exclusiva e primeiramente da ciência, mas é produto da denúncia humana de seu mal-estar. É impossível fazer um diagnóstico em medicina sem recorrer a uma informação clínica prévia, isto é, ao testemunho do sujeito sobre o seu sofrimento. A estatística vem depois do sentimento de vida contrariada. Assim, o autor nos mostra que o apelo à estatística não parece convincente para a determinação do disfuncionamento em medicina.

Outro problema referente ao conceito de normalidade estatística advém do fundamento biológico da uniformidade funcional. A noção de normalidade biológica e o conceito de espécie como idealização estatística pressupõem uma homogeneidade e a possibilidade de identificar caracteres próprios a todos os membros da mesma espécie que, segundo Giroux (2011), não parecem compatíveis com a grande variedade afirmada pela síntese moderna da evolução. Autores contemporâneos mostram que, na natureza, não são a homogeneidade nem a semelhança qualitativa que predominam, mas a heterogeneidade e o laço genealógico (AMUNDSON, 2000; HULL, 1978, 1986). Segundo Engelhardt (1986) as espécies podem ser bem adaptadas devido a um equilíbrio entre várias características contrastantes, não havendo sequer um *design* natural único. Inclusive, diz, um funcionamento bem-sucedido em um contexto pode ser considerado doença em outro. Dessa forma, não é possível falar de um *design* ou uma *tipicidade* da espécie.

Ao tornar o conceito de função relativo a uma população, Boorse precisa de uma definição objetiva da população, em relação à qual os enunciados funcionais são relativos (GIROUX, 2011). Para tanto, faz uso da noção de *ideal empírico*. A espécie, a seu ver, é uma unidade natural de classificação que pode ser empiricamente definida a partir de uma abstração estatística. A noção de espécie repousa sobre a constatação empírica da existência de uma grande uniformidade funcional de um conjunto de indivíduos. Se nos tempos anteriores à Darwin a explicação da uniformidade funcional incluía a referência a Deus como

um “*designer* inteligente”, depois de Darwin a uniformidade passou a ser explicada por alguns autores como resultado do trabalho da seleção natural. Como mostra Gammelgaard (2000), Boorse conecta o *design* da espécie à seleção natural. Porém, diz a autora, apesar de a maioria dos teóricos afirmarem que a teoria evolucionista torna a ideia de propósito biológico inteligível, o que é indispensável para a explicação funcional, não costuma atrelar a seleção natural ao conceito de *design* da espécie. Adaptações, segundo Darwin, apenas dão a aparência de *design*.

Com tal conceito de espécie e partindo da afirmação de que os grupos são constituídos em função da superioridade da semelhança sobre a diferença (BOORSE, 1997), a teoria de Boorse é criticada por se fundamentar em uma biologia obsoleta ou extremamente simplificada. Críticos a acusam de ser uma análise tipológica, platônica, que ignora as mudanças das espécies, a variabilidade intraespecífica e a relatividade da adaptação (BOORSE, 1997, NORDENFELT, 2001, GIROUX, 2011). No que diz respeito à medicina, Boorse é criticado por defender uma tese essencialista – e não operacional – da doença com base na noção de *design* da espécie (GIROUX, 2011; NORDENFELT, 2001).

O pensamento de Platão referente às espécies biológicas traz no bojo a noção de classe ou tipo natural, a qual esteve efetivamente associada à noção de essência. O resultado da aplicação da filosofia essencialista ao estudo da diversidade dos seres vivos foi a orientação para *tipos*, isto é, *espécimes que teriam em comum uma mesma essência* (FORATTINI, 1996). Nesta concepção, a espécie tem como premissa a noção de arquétipo, um modelo ideal extraído dos membros que compartilham propriedades essenciais. A espécie é necessariamente fixista, imutável, definindo-se pela existência de caracteres morfológicos comuns nas populações que as constituem, e implica, ao mesmo tempo, imutabilidade no arquétipo e variabilidade – entendida como imperfeição – das propriedades acidentais dos organismos de uma espécie (GONZÁLEZ, 2011). Há, portanto, o predomínio do princípio da imutabilidade das espécies – o fixismo⁵⁸ – no qual o organismo é criado definitivamente com a forma atual e o número dos diferentes tipos de organismos é constante desde o momento da criação do mundo.⁵⁹

⁵⁸O maior representante da Hipótese Fixista foi Georges Cuvier, naturalista francês.

⁵⁹ O idealismo ou tipologismo de Platão é apenas uma das três principais escolas que marcaram a história do conceito de espécie na cultura ocidental. As outras duas são o conceitualismo de Aristóteles e o nominalismo de Ockham. O conceitualismo sustenta que a espécie como hierarquia taxonômica é um *conceito*, embora não arbitrário, uma vez que está representado pelas características comuns e reais que os organismos que formam a espécie possuem. O nominalismo, por sua vez, surge como reação ao idealismo e possui duas formas. A forma tradicional, de Lamarck e Darwin, sustenta que há apenas organismos individuais e que as espécies são apenas

A ideia fundamental é a da existência de um *tipo ideal biológico* ao qual a espécie se assemelha e a inexistência de mudanças significativas nos descendentes. *A visão tipológica da natureza de Platão, eventos materiais reais, que podem diferir uns dos outros em graus variados, são realizações imperfeitas e acidentais de tipos idealizados*. Diz Lewontin (2002, p.14): “O real é o ideal visto ‘através de um espelho, indistintamente. Esta foi a visão das espécies que predominou até o século XX”. Os indivíduos da espécie que variavam em relação ao *tipo* eram vistos como realizações imperfeitas do ideal subjacente.

A noção de tipo natural, tematizada em um quadro de forte tom realista, ao ser problematizada deu início à incorporação da dimensão histórica das linhagens, marcando uma mudança fundamental no desenvolvimento do conceito de espécie. A constatação da existência de semelhanças e diferenças observadas entre as espécies começou a colocar em dúvida a Hipótese Fixista e o Criacionismo que predominavam na época (GONZÁLEZ, 2011). Lamarck e Darwin apresentaram os fundamentos teóricos e a evidência empírica de que as espécies não eram imutáveis. A biologia evolutiva moderna rejeita os ideais platônicos e sustenta que a variação efetiva entre os organismos é a base material de que depende a mudança evolutiva. Essa seria a realidade a ser explicada (LEWONTIN, 2002). A espécie não seria mais definida por sua *essência*, mas por sua *variação*, tendo, assim, uma existência temporária. Darwin define as espécies como grupos de indivíduos que diferem bastante e de maneira irreversível de outros indivíduos e reconhece de maneira reiterada que as espécies são arbitrárias, combinações meramente artificiais feitas por conveniência e não entes reais. O autor substitui o conceito de “realidade da espécie” pelo de “variação”, pois a noção de real trazia consigo a ideia de *imutabilidade*.

Gould traz uma boa contribuição sobre a ilusão – provocada pela necessidade humana de categorizar o mundo – a respeito da constância na natureza. Gould tem da natureza a visão de um fenômeno espontâneo em direção à diversidade. Para o autor, na natureza a variação é mais importante do que a constância. Nela, diz ele, a regra é a variação e a fixidez é um reflexo do hábito essencialista de pensar. Nesta concepção, a variação é o fenômeno primordial e a essência, um conceito provisório (GOULD, *apud* COSTA 1995a). Dito de outra maneira, a variação é o material bruto da mudança evolutiva; é uma realidade fundamental na natureza e não um desvio em relação a uma norma estabelecida.

Amundson (2000) informa que a variação é sempre diferente e não “anormal”, simplesmente porque não há nenhuma interpretação darwiniana de anormalidade. O autor

convenções nominais que respondem a razões práticas. A forma contemporânea advoga que as espécies são indivíduos concretos, reais, além de serem entidades históricas (GONZÁLEZ, 2011).

afirma que o conceito de normalidade biológica ou de função normal é um erro biológico, assim como o conceito de raça, pois, na realidade, a diversidade de funções é que é um fato biológico e não a continuidade ou a repetição.⁶⁰ Como vimos essa é, precisamente, a ideia de Darwin: a realidade biológica é formada por populações compostas de indivíduos não similares. Margolis (1976) confronta a forma tipológica de pensar que é adotada por alguns autores, afirmando que é uma forma equivocada para se pensar sobre a biologia e, sobretudo, sobre a medicina atual.

A teoria darwiniana da evolução baseia-se, portanto, em um modelo variacional da mudança. O conjunto dos indivíduos modifica-se não porque cada indivíduo passa por desenvolvimentos paralelos durante a vida, mas porque há variações entre os indivíduos e algumas variantes deixam mais descendentes que outras (LEWONTIN, 2002). Pode-se dizer que Darwin rejeitou o essencialismo ao deslocar o foco das propriedades supostamente essenciais dos organismos individuais para um nível mais alto de organização: o populacional. *Deste ponto de vista, os tipos não são reais, somente os indivíduos dessemelhantes e as populações que eles compõem.* Para autores como Sober e Mayr, trata-se de uma mudança radical. Darwin teria superado o pensamento tipológico tradicional de Platão ao introduzir o enfoque populacional na biologia, o qual dá relevo à variação e à estatística. Assim, enquanto para o tipologista o tipo é real e a variação uma ilusão, para o teórico populacional o tipo (média) é uma abstração e só a variação é real. Em consequência, assume-se que após Darwin, o pensamento essencialista ruiu (BOHÓRQUEZ & ANDRADE, 2011).

Neste imbróglgio vemos o debate sobre a existência de “realidades” que preexistem às descrições, no caso, a realidade que seria prévia ao *conceito* de espécie. Trata-se da problemática referente à existência real das espécies, e que é objeto de debate entre nominalistas e realistas. Os primeiros afirmam que apenas os indivíduos existem. As espécies são elaborações da mente humana, dado que conceitos são abstrações sem substrato real. Negam a existência de universais reais. De acordo com González (2011), por exemplo, as espécies não são entes reais, mas são arbitrárias, unidades convenientes, conceitos forjados pela mente com a finalidade de organizar o material empírico. Segundo Ghiselin (1997, *apud* GONZÁLEZ, 2011), os nominalistas afirmam que apesar dos indivíduos que formam uma

⁶⁰ Amundson (2000) vai além. Diz que a diferenciação entre função normal e anormal acaba acarretando desvantagens para os considerados anormais, e que estas desvantagens não derivam da biologia, mas do julgamento social implícito na diferenciação.

classe serem “reais”, a própria classe não o é. Os segundos, ao contrário, atribuem à espécie uma substância no real.⁶¹

Considerar que “a espécie não existe”, que o conceito de espécie é uma categoria construída pelos seres de linguagem, uma ferramenta conceitual utilizada para entender a diversidade biológica, não implica negar o grau de uniformidade do que chamamos de espécie. O poeta Pablo Neruda (1983) pergunta como se chama o mês que está entre dezembro e janeiro. Revela, de forma simples, aquilo que a ciência torna inexistente dentro do sistema de categorias e evidencia que, na realidade, dezembro e janeiro não existem. Somos nós que criamos, por convenção, esses meses. Podemos dizer o mesmo sobre o conceito de espécie. Neste sentido, a noção de espécie não se diferencia de outros conceitos fundamentais como de família, gênero etc. Admitir que as espécies são combinações meramente artificiais feitas por conveniência nos liberta da busca vã pela essência da mesma ou da busca por uma natureza humana.

Pode-se perguntar em que medida Boorse é essencialista, como dizem os críticos. A noção de *tipo* de Boorse é inferida da noção de desenho da espécie, isto é, da hierarquia de sistemas funcionais que apoiam a vida de organismos daquele tipo. Mas, para ele defender a ideia de tipo não equivale a defender um essencialismo, posto que essencialismo não é tipologia. Boorse se defende afirmando que sua teoria não é essencialista, pois não tem nada a dizer sobre poderes causais e sobre definição de espécies pelas propriedades necessárias, como faz a versão essencialista. Ademais, o autor não pretende com isso afirmar a existência metafórica de tipos ideais como faz o pensamento platônico.

Uma vez que Boorse está preocupado com os processos fisiológicos, sua defesa da superioridade da constância sobre a variação em biologia e da aplicação de classes às doenças com o objetivo de identificar propriedades naturais comuns com vistas à intervenção faz sentido. Essa visão não é incompatível com o pensamento de Darwin que enfatiza a variabilidade e a mudança constantes. Boorse quer chamar atenção para o que é comum na espécie, mas nem por isso desconsidera a variabilidade populacional, nem tampouco a individual. Parece-nos razoável olhar para aquilo que se repete, que é comum à maioria, para pensar na teoria médica. Para Boorse (1977) é a superioridade da uniformidade que possibilita

⁶¹ Não pretendemos aprofundar a discussão sobre “realidade linguística” e “realidade não linguística”. Para um aprofundamento do tema, ver *A face e o verso. Estudo sobre o homoerotismo II* (COSTA, 1995). Para o autor, não há qualquer realidade independente de descrições, de um acordo linguístico, pois mesmo quando dizemos que algo é prévio à existência do homem – como estrelas e árvores – o que é “prévio” também já o é sob descrição. O que se pode dizer é que existem “realidades independentes da linguagem” e “realidades linguisticamente dependentes”, mas ambos já existem “sob descrição”.

a criação de manuais de fisiologia que descrevem com detalhe o funcionamento do organismo humano. A uniformidade da organização funcional é imprescindível ao estudo da fisiologia e de patologia. Isso é capital para a prática médica, pois é necessário saber onde os órgãos se localizam e como funcionam para agir terapêuticamente e transmitir conhecimentos seguros, o que não implica, em absoluto, desconsiderar a variabilidade individual.

A constatação de Boorse sobre a importância dos enunciados funcionais em fisiologia é inegável. Como ele diz (BOORSE, 1997), ninguém pode sugerir que os rins de alguns humanos não contêm córtex, medula, néfrons e que não atuam segundo o sistema de contracorrente multiplicador nos ramos em “U” da alça de Henle. Para Boorse, os críticos acabam por dar a impressão de que a variabilidade humana é tão grande que o *design* da espécie não tem conteúdo real. *As espécies, entretanto são, de fato, altamente uniformes em estrutura e função. De outra forma, diz, não haveria como existir livros de fisiologia humana.* É essa uniformidade da organização funcional que Boorse chama de *design* da espécie.

Mas podemos afirmar que para a ordenação em classes, é necessário que haja critérios para haver classificação e, dependendo do critério, haverá ou não similaridade entre os membros a serem classificados. Deve haver um acordo pragmático de que haja uma referência de classe e um *design*. Como diz Costa (1995), ao falar do trabalho de Kinsey, apenas o espírito humano inventa categorias e se esforça por fazer corresponder os fatos a escaninhos separados, pois a natureza se exprime raramente por categorias descontínuas. Dividir e classificar o mundo – e os indivíduos – é a maneira que temos de falar sobre as coisas. Construimos categorias devido a fins metodológicos e pragmáticos, o que é fundamental. O problema, diz Costa (1995), é que toda classificação tende a deixar de fora justamente suas condições de possibilidade, ou seja, a variabilidade.

Como vimos, na teoria de Boorse a uniformidade é privilegiada e a variação é vista como inoportuna, devendo ser ignorada. Ora, o perigo dessa opinião está em desconsiderar o enorme leque normal da variação humana⁶² e o de acreditar na existência de um tipo ideal dado pela natureza. A história mostra o dano provocado pela crença em um *tipo puro ideal* e no “aprimoramento natural da espécie”, do qual as anomalias deveriam ser eliminadas. Ademais, ao ignorar a complexa relação existente entre o biológico e o social, este tipo de

⁶² Boorse se encontra com Canguilhem na referência comum a John Ryle, médico que propõe a substituição da noção de normalidade por variação normal. Mas, se por um lado o termo variação normal tem a vantagem de evitar uma restrição da noção de norma ao valor médio, ela introduz a dificuldade de definir os limites dessa variação (GIROUX, 2011).

ideia se afina a uma crença – duvidosa – em uma natureza humana, atualmente representada pela crença em um determinismo genético.⁶³

A crença na existência real de tipos humanos e o encantamento ingênuo pelas classificações podem ter consequências também na prática clínica. A discussão nos interessa em dois sentidos práticos. O primeiro consiste em observar as perdas – para o sujeito – decorrentes do (mau) uso dos manuais diagnósticos. Reduz-se o sujeito e seu sintoma às nomenclaturas dos transtornos mentais, engessando-os em classificações identitárias universais. A existência de um disfuncionamento em relação a um ideal de saúde e bem-estar predeterminado faz com que a prática clínica dirija-se a um conjunto de normas e à promoção de um ideal de saúde, bem-estar e felicidade, muitas vezes alheio ao próprio sujeito. O sujeito é ejetado do discurso sobre seu próprio sofrimento; perde-se o traço particular, a marca do seu estilo.

Além disso, temos a intenção de chamar atenção para algo que está pressuposto no discurso médico naturalista que legisla sobre a (a)normalidade presente nos manuais diagnósticos. Acredita-se na possibilidade de definir o típico e o atípico descritivamente, a partir do olhar sobre a natureza. Mas, como refere Costa (**artigo não publicado**),

O típico e o atípico são termos da linguagem ordinária e não da linguagem científica. Na natureza, a variação é o 'típico'; a constância, o 'atípico'. Ao falarmos de tipo, recorremos ao senso comum, que classifica, de modo puramente pragmático, o costumeiro, o recorrente, o familiar, como 'típico'. O uso vernacular da palavra, entretanto, não ambiciona eleger a tipicidade como uma norma biológica, por oposição ao que seria disfuncionalmente atípico. O típico como figura de linguagem é uma convenção discursiva destinada a incluir certas coisas e eventos em classes lógicas distintas. Ao dizermos, por exemplo, que a classe das aves tem seus representantes típicos em galinhas, patos ou águias, e não em avestruzes ou pinguins, estamos, simplesmente, economizando descrições complexas de tais animais, dispensáveis na vida prática. O mesmo ocorre ao dizermos que baleias ou morcegos não são mamíferos "típicos".

Costa pretende afirmar que a matriz tipológica não esgota o fato patológico, pois a própria caracterização de algo como típico é oriunda da convenção discursiva e pressupõe modos ideais de existência. De fato, tal afirmativa se confirma ao observarmos um movimento interessante em torno do conceito de normalidade que pode ser explicitado a partir da análise

⁶³ Os estudos da Sociobiologia iniciados por Wilson em 1976 e expandidos na década de 1980 afirmavam a existência de universais sociais geneticamente determinados, estabelecidos a partir do processo de seleção natural. Apesar das inúmeras críticas direcionadas ao determinismo biológico, ainda vemos, na contemporaneidade, um movimento que tenta encontrar a determinação biológica dos comportamentos e da moralidade (CAPONI, 2007). Importante notar que não afirmamos um comprometimento de Boorse ou Wakefield com a ideia de tipo puro ou de tipo ideal em termos morais, mas estas teorias podem ser aproveitadas com este intuito.

do DSM-V, publicado em maio de 2013. Este instrumento transformou “ser normal” em “anormalidade”, uma vez que é quase impossível alguém escapar da classificação de doente mental.

Se, por um lado, tal inversão é nefasta, uma vez que descreve a normalidade praticamente como ausência de sofrimento (segundo o DSM-V, se o luto durar mais de duas semanas é sinal de depressão), colocando-nos, todos, como possíveis consumidores de psicofármacos, podemos aproveitar, com cautela, uma dimensão do problema. Ora, a fronteira entre normalidade e anormalidade parece estar mais nebulosa, o que nos impõe o desafio de pensar *para além da saúde e da doença*, o que pode ser bastante interessante. A superação da dicotomia saúde/doença nos desafia a considerar a maneira singular de interrogar o sofrimento psíquico e a forma com que o sujeito particular inventa modos de se relacionar com o mundo.

Em posição de exterioridade ao campo, Ian Hacking (1995) traz uma boa contribuição para a discussão. O autor, interessado no deslocamento do conceito de *normal* da estatística para a sociedade mostra que categorias científicas e estatísticas nunca são neutras, e pretende analisar como as pessoas são afetadas ao serem classificadas em *tipos* humanos. O processo no qual o conhecimento especializado retroalimenta a sociedade modelando a realidade na qual vivemos é denominado pelo autor como *making up people*. Mas a partir da noção de efeito *looping*, o autor mostra que a elisão do sujeito não se cumpriu na sua totalidade, como afirmam algumas análises catastróficas da contemporaneidade. Seguindo a orientação foucaultiana de que o poder possui uma eficácia produtiva, havendo sempre resistência, onde há poder, Hacking aponta para as lutas atuais em torno da subjetividade, mostrando como os sujeitos classificados como doentes lidam com o diagnóstico que lhes é imputado. O filósofo chama de efeito *looping* uma espécie de reflexividade que – diferentemente da rotulação – traz em si uma positividade. O *tipo*, ao ter consciência de como é classificado, interfere no conhecimento causal estudado e no enunciado científico forçando os *experts* a repensarem as classificações.

Hacking ajuda a perceber que o processo de classificação é dinâmico, que as formas de enquadrar as pessoas não são estáticas, mudando ao longo do tempo. Ademais, se, por um lado, categorizar as pessoas é estigmatizar, por outro pode ser seu único vínculo de pertencimento a um grupo social e a única possibilidade de dar sentido a certos comportamentos outrora inexplicáveis. O fundamental, para nossa discussão, é que o autor

evidencia que as pessoas são diversas, reagem de diferentes formas aos efeitos da classificação e que cada uma constrói e reconstrói a realidade de uma maneira única.

Devido sobretudo às implicações expostas acima, a *exigência* de uniformidade imposta à diversidade de pessoas é precisamente o que pretendemos assinalar para rechaçar. Isso não implica, em absoluto, desconsiderar a uniformidade ou menosprezar a nosologia e a teoria médicas. Costa (1995) preocupa-se com o tema, e afirma a importância de desclassificar as classificações e prosseguir reclassificando o classificado, de modo a fazer do desvio a norma de vida. Como diz o autor (COSTA, 1995), a defesa da tese da variação contra a norma em biologia é interessante, pois este pensamento pode ser aproveitado como forma de pensar sobre a vida como traição da norma, como forma de aceitar que o único critério relevante na descrição da natureza é a variação contínua da vida.

Portanto, é importante afirmar a tese da “superioridade” da variação sobre a constância na natureza, a qual se aproxima da concepção de “vida como variação” de Canguilhem (1995). O autor propõe que a vida é criativa ou normativa, isto é, cria normas para si. A vida é “posição inconsciente de valor”, é polaridade, e, portanto não é indiferente às condições nas quais ela é possível. Dizer que a vida é posição inconsciente⁶⁴ de valor é afirmar que a vida não é indiferente às injunções do meio. Os seres vivos estão sempre confrontados com a experiência de maneira a escolher entre “sim” ou “não” e a achar que as circunstâncias são favoráveis ou desfavoráveis.

Trata-se de uma concepção de vida que nos parece interessante. A aplicação da ideia de que a vida não é indiferente às condições nas quais ela é possível preserva a ideia da vida como pluralidade, variação, diversidade. Definir a vida como capacidade de criação de novas normas para si é importante, tanto no que se refere à vida biológica, como à vida social, porque permite ver a vida como uma abertura constante para novas formas de vida possíveis.

A ideia de que “a vida valora” é fundamental, mas isso não corresponde, em absoluto, a defender uma intencionalidade própria da vida. Evidentemente, só podemos falar de intenção na natureza de forma metafórica. E este é o tropeço de Canguilhem, assim como de Boorse e Wakefield. Apesar do grande valor das reflexões de Canguilhem sobre o normal, sobretudo ao afirmar o fato patológico como uma espécie de denúncia humana de seu mal-estar e ao atacar o edifício da normalização da medicina positivista (RABINOW, 1994), a epistemologia da vida de Canguilhem incorre em um problema que observamos também na

⁶⁴ O termo *inconsciente* é interessante, pois indica que não se trata de uma intencionalidade da natureza, mas depois o autor parece afirmá-la.

teoria de Boorse e Wakefield. Estes autores esperam extrair a significação da vida da análise minuciosa da matéria, seu funcionamento e sua dinâmica.

Canguilhem afirma a capacidade de valorar estados humanos ancorando-a num referencial último que seria o próprio fenômeno vital. Para o autor, é a própria vida que nos diz como pode ser descrita – como estabilidade, variabilidade e fecundidade – adotando a ideia de que podemos olhar a vida e encontrar nela uma espécie de intencionalidade, que independe de nossa descrição. No intuito de afirmar o caráter indiscutível do *valor da vida* Canguilhem procura um solo racional para justificá-lo. Cria então a noção de normatividade vital – uma capacidade que a vida possui de determinar na consciência os valores e juízos fundamentais à sobrevivência do organismo – como forma de fundar racionalmente a existência do valor da vida. Para o autor, há um impulso vital forte o suficiente para forjar as intenções em prol da vida na consciência humana (FERRAZ, 2008). Segundo Canguilhem, a preferência do ser vivo pela vida em detrimento da morte ou pela saúde ao invés da doença é um fato irreduzível e insuperável.⁶⁵

Interessante notar que, à primeira vista, a teoria de Canguilhem parece situar-se ao lado dos normativistas no debate entre eles e os naturalistas. Porém, se se considera o sentido amplo do naturalismo, isto é, como uma compreensão de fenômenos referindo-se à biologia da natureza, a concepção de saúde do autor pode ser categorizada como tal. Para Giroux (2011), ambos os autores – Boorse e Canguilhem – identificam normas na natureza, mas para Boorse elas não são normativas como em Canguilhem. Assim, cada um à sua maneira mantém um naturalismo não reducionista.

2.3 Os fins biológicos

A *disfunção biológica* é a noção básica do conceito de doença de Boorse, e nada mais é do que a inibição ou distorção da “eficiência típica” da função orgânica padrão, implicada na realização dos fins biológicos: a sobrevivência e a reprodução da espécie. Boorse tenta oferecer uma explicação naturalista dos *fins* dos organismos vivos, mas difere de Canguilhem. Enquanto este distingue o fisiológico do patológico não como uma realidade objetiva de tipo físico-químico, mas como um valor biológico, aquele afirma que as metas – sobrevivência e reprodução – não são valores, nem mesmo “valores biológicos” ou “valores objetivos”, mas

⁶⁵ Além da excessiva confiança com que Canguilhem fala em nome da natureza, outro problema da afirmativa é que o autor desconsidera o conceito de pulsão de morte formulado por Freud no início do século XX que mostra que o ser humano traz em si também forças que agem contra a vida.

propriedades físicas do organismo.⁶⁶ Boorse não afirma um valor próprio da vida e dispensa a consideração de valores morais para a caracterização da saúde e da doença. Porém, não se pode dizer que negue qualquer normatividade no conceito de doença, pois constrói uma teoria que tenciona distinguir o disfuncional do não funcional, isto é, que permita afirmar que, por exemplo, um coração mantém sua função de bombear o sangue, mesmo que defeituoso.

Vemos, porém que a sua grande dificuldade é defender que os fins da sobrevivência e reprodução que buscamos são um fato biológico. Alguns autores referem que afirmar os fins do organismo como sobrevivência e reprodução seria o mesmo que sustentar uma abordagem com base na história seletiva e outros afirmam a impossibilidade de determinar de forma naturalista estes fins. De acordo com a primeira objeção, de fato, como vimos, Boorse usa o termo “seleção normalizante” (BOORSE, 1977) para se referir à uniformidade funcional da espécie oriunda da evolução biológica. A ideia de que a evolução leva à estabilização “típica” de uma característica ou processo funcional, impedindo a expansão das variações, é ambígua. Ela pode justamente evocar um componente evolucionista que Boorse tenta evitar na formulação do conceito não normativo de função.

Mas Boorse (2002) defende seu ponto de vista reforçando a descrença na inflação das normas defendida pelos selecionistas, além de afirmar seu interesse pela fisiologia e não pela evolução em sua análise do organismo vivo. Boorse faz uso da constância a curto tempo do *design* biológico, que é diferente da escala de tempo evolutivo.⁶⁷ Ao biólogo evolucionista interessa as variações individuais como mutações que podem dar nascimento a uma nova espécie; ao fisiologista interessa a organização funcional atualmente estabilizada de um conjunto de organismos individuais, diz (GIROUX, 2011).

Interessa-nos, sobretudo, a segunda questão: a (im)possibilidade de determinar de forma naturalista os fins do organismo vivo. Podemos afirmar, sem titubear, que os fins dos organismos vivos são a sobrevivência individual e a reprodução da espécie? É certo que a escolha da sobrevivência e da reprodução como propósitos refletem os interesses humanos,

⁶⁶ Essa é uma questão mal resolvida na teoria de Boorse. O autor distingue as ciências físicas das biológicas fazendo uso do pensamento teleológico, mas não consegue defendê-lo e inúmeras vezes refere-se às propriedades físicas do organismo vivo.

⁶⁷ Importante notar que não são poucas as vezes que Boorse se aproxima das concepções etiológicas que tanto critica. Boorse também amplia a classe de referência a membros passados da espécie como forma de distinguir a má adaptação do disfuncionamento quando confrontado por situações em que o funcionamento típico, devido a uma mudança radical e durável no meio ambiente, coloca em perigo a sobrevivência e reprodução da espécie. O autor refere que a saúde é questão de adaptações típicas da espécie e não uma adaptabilidade a ambientes particulares. Levado a dar uma precisão sobre a extensão temporal da espécie, amplia a classe de referência aos membros passados da espécie e introduz uma norma não estatística de funcionamento definido pela ação da seleção relativa a um meio ambiente passado, aproximando-se das concepções etiológicas (GIROUX, 2011).

uma vez que estes são apenas alguns dos vários propósitos evidentes nas explicações funcionais em biologia. Como exemplo temos a sobrevivência dos genes, a sobrevivência da espécie, o equilíbrio ecológico. A controvérsia se dá sobre a entidade ou entidades alvos do processo de seleção natural, ou seja, vemos a disputa em relação à qual é a “unidade de seleção”, a qual nível de organização a adaptação opera no curso da evolução. O gene, o organismo, a comunidade ou a espécie? O problema, dizem os biólogos, é que um mecanismo bioquímico pode ser benéfico para os genes, mas deletério para o organismo. A meta da sobrevivência e da reprodução visa o organismo, o gene ou as células? Se não sabemos de qual entidade a organização funcional do corpo depende – genes, célula ou organismo – também não podemos identificar um *design* da espécie (GAMMELGAARD, 2000). Portanto, determinar as “metas necessárias” a uma explicação funcional não é trivial na teoria evolucionista, como afirmam os defensores da abordagem etiológica.

Além do mais, para Schaffner (1993 *apud* GAMMELGAARD, 2000) a escolha de uma propriedade do sistema como uma *meta* e não como um *efeito* requer outro elemento, o qual, em sua análise, é adicionado por analogia com situações intencionais humanas. Segundo o autor, a inferência de metas a partir da seleção natural aproxima-se daquilo que Moore chama de falácia naturalista, isto é, a derivação do *deve ser* do que *é*. Stove (1995 *apud* GAMMELGAARD, 2000), por sua vez, afirma que a ideia de que o organismo se esforça para sobreviver e se reproduzir e que os outros propósitos se subordinam a estes, nunca foi *descoberta*, mas foi difundida imperceptivelmente entre os naturalistas. Da mesma forma que Schaffner, Stove considera que qualquer propósito na teoria evolucionista deve se originar de outra teoria ou crença. Assim, a biologia evolucionista, e especialmente a medicina darwinista, não pode legitimamente reivindicar a sobrevivência e a reprodução como metas “naturais”. Sobrevivência e reprodução não são fins intrínsecos.

Parece-nos que há uma tendência em acentuar o caráter teleológico na biologia confundindo *direcionamento* com *intencionalidade*, isto é, confundindo um aparente propósito da vida com o fato de a vida ter um propósito. Boorse incorre neste erro. Apesar de afirmar o direcionamento e não a intencionalidade dos processos naturais, não consegue assumir que, em última instância, somos nós que definimos que o fim superior dos processos vitais é a sobrevivência, pois não foi a natureza que nos contou que o fim é esse. Como diz Costa (1995, p.16):

É difícil saber o que a natureza realmente é. Nenhum de nós ouviu os segredos de sua intimidade (...) Todos nossos vocabulários são mortais e a tarefa de

(re)descrever o bem e o mal não termina. A vida e o sentido da vida são um movimento constante; diferenças e semelhanças, pausas no caminho da ética.

O mais curioso é que Boorse (1977) reconhece que *os fins são determinados pelo interesse do biólogo, mas insiste em afirmar que estes fins são descobertos e não construídos*. Podemos dizer que Canguilhem ao afirmar que “a vida prefere” ou Boorse ao afirmar um direcionamento dos organismos, estão fazendo uso de uma forma alegórica de falar, pois não há como saber o que é uma preferência imanente se não dispusermos previamente da ideia de escolha intencional. Os autores atribuem um predicado à natureza que a natureza, em si, não reivindica. Para a natureza, doença, vida e morte não existem; são meras alterações de estados físico-químicos. A natureza, por si, nem é normal nem patológica. Deve haver uma projeção antropológica na natureza para definirmos uma mudança de estado como doença ou morte, desejável e indesejável. Nomear a transformação do estado orgânico de saudável ou de doente, bom ou ruim, é indexá-lo com a marca do humano, isto é, de quem tem consciência reflexiva de sua existência limitada no tempo e que tem o ideal de viver melhor.

Mais radicalmente, poderíamos ver os processos vivos como direcionados para a morte e não para a sobrevivência e reprodução, como faz Boorse. Como refere Ferraz (2008, p.263), é logicamente possível postularmos que a “‘direção’ da vida é o desgaste do corpo e o alcance da morte depois de exploradas todas as respostas possíveis do organismo às situações dadas pela existência”. Costa (2010) mostra como a natureza é abordada por Philip Dick como o mundo tumular, sombrio. A natureza é inviolável em suas leis e absolutamente indiferente às finalidades dos mortais. A morte é inevitável e é para onde os processos vivos são destinados. Legitimamente, poderíamos afirmar que o fim dos processos vitais é a morte, uma vez que todo organismo vivo tem “como fim” a morte. Assim, poderíamos dizer que ao olhar a natureza, vemos que o último fim não é a sobrevivência, mas a morte do organismo individual. A morte, nesta concepção, seria definida como finalidade da vida.

Outra possibilidade é entender que a vida sempre fracassa, porque perece no final. Mas não fazemos isso. Não dizemos que o fim – como finalidade – dos processos naturais é a morte nem tampouco que a vida é inexoravelmente um fracasso, porque o sentido da vida somos nós que criamos. Definimos a vida como algo positivo e não como algo que dá sempre errado e, para tanto, é preciso introduzir a noção de que viver é um *bem*. É necessário introduzir a noção de sobrevivência como valor e justificar a correção do desvio que ameaça a sobrevivência e que chamamos de patológico.

Olhamos para a vida como algo positivo que deve ser preservado como faz Boorse e Canguilhem, não porque a vida nos diz que essa é sua essência, mas porque chegamos a um acordo em defini-la dessa maneira. O valor da vida é um valor humano, contextual e não um valor extra-humano, inegociável, como defende Canguilhem no conceito de normatividade vital ou então um não valor como defende Boorse. Considerar o valor da vida uma escolha humana não enfraquece o valor da mesma, como parecem acreditar os autores que buscam um fundamento extralinguístico para o mesmo. Ao contrário, é precisamente porque é nossa a responsabilidade pelas crenças que possuímos que o valor se torna incomensurável.

Podemos dizer, portanto, que a resposta para a pergunta do início do capítulo “*se a teoria evolucionista é capaz de definir como os organismos humanos saudáveis funcionam*” é negativa. Vimos que não é simples sustentar a ideia de função biológica e de seu caráter teleológico com base na seleção natural. O próprio Wakefield (2008) refere que muito antes do conhecimento da teoria da evolução, as pessoas entendiam que a função do olho é enxergar e entendiam que os conceitos de doença emergiam dos conceitos funcionais, mas ele não ressalta a ideia de que função, em biologia, é uma metáfora extrapolada ou do pensamento religioso ou da atividade humana produtora de artefatos.

Vimos também que a ideia de um tipo biológico é altamente controversa e, por fim, que somos nós que determinamos, em última instância, quais são os efeitos que são funções ou disfunções caracterizadas como doença. Isso tudo fragiliza a convicção de que as ideias de seleção natural ou função típica bastam para definir o que é normal e o que é patológico.

No final das contas, a teoria de Boorse sobre a doença parece mais razoável que as teorias que se fundamentam na seleção natural. Boorse (2009) repete muitas vezes que o argumento da seleção natural é falacioso e, de certa forma, esconde a semelhança com a sua teoria. No fundo o que é relevante para a medicina é a explicação sistêmica, que enfatiza o desempenho e não a etiológica que enfatiza a evolução.

O critério pragmático é evidente na teoria de Boorse, o que é interessante. Ao ser desafiado pelos filósofos da biologia, Boorse (2009) argumenta que se ao longo de algumas gerações ninguém mais andar, então a função da perna não é andar. Um defensor da abordagem etiológica jamais concordaria com isso. Para Boorse, a evolução pode fazer com que continuemos com pernas mesmo que elas não sejam usadas para locomoção. Ela seria um órgão vestigial. Boorse não tem um critério definitivo do que é disfuncional. Assim, uma vantagem da teoria de Boorse sobre as teorias que associam função à seleção natural é a

ênfase no desempenho, pois ela é mais flexível na admissão da variação como norma e consequentemente permite o respeito à diversidade.

Boorse não diz, mas podemos afirmar que na medicina o importante é aliviar a dor e prolongar a vida com qualidade; saber de que “espécie” ou “tipo” somos feitos é secundário. Se a pessoa for composta por titânio e estiver feliz alcançando suas metas pessoais não interessa se ela é espécie típica ou não. A teoria de Boorse é complicada por usar como fundamento a noção de tipo biológico, mas se o tipo biológico for o tipo que varia, então ela parece bastante razoável.

Considerando ainda que o meio interfere diretamente no desempenho funcional e que temos a capacidade inata de responder às injunções do meio criando novas formas de estar no mundo parece extremamente falho considerar que a seleção passada nos indique o que é funcional no momento atual. Mas é evidente que a teoria de Boorse tem inúmeros problemas, que mostramos ao longo do capítulo. Ademais, ela é extremamente limitada, pois considera apenas a autorregulação e a autorreprodução na caracterização da saúde e da doença. Não podemos desconsiderar a manifestação afetiva ou emocional do ser humano que, com a linguagem, permite que tenhamos um sistema que se autonomiza em relação à autorreprodução e autorregulação. Medicina é diferente de biologia.

3 SAÚDE E DOENÇA: A PERSPECTIVA NORMATIVISTA

3.1 O normativismo na medicina

A corrente normativista, também chamada de subjetivista ou construtivista, afirma que tudo que existe só faz sentido dentro de um universo linguístico com regras de consistência de entendimento e dentro de um universo genealógico – de uma história de saberes, de poderes, de determinações éticas ou estéticas. Assim, os normativistas diferem substancialmente dos naturalistas, ao considerar que o contexto epistêmico é indissociável do contexto histórico-cultural. Desta forma, podemos dizer que o normativismo é uma variante do historicismo, do construtivismo e do pragmatismo que defende que o sentido que damos às coisas é dependente do *background* cultural, genealógico, gramático, epistemológico e histórico que possuímos.

O normativismo opõe-se às concepções deterministas e reducionistas em saúde, afirmando a presença necessária de critérios antropológicos na definição do que é bom ou mau, do que é desejável ou indesejável. No caso da saúde e da doença, os normativistas são céticos em relação à existência de algo estável, fixo e distintivo para a caracterização dos conceitos médicos. Para eles, acreditar em uma definição neutra da saúde e da doença como se fosse possível, com o recurso da ciência, olhar para a natureza e dizer o que é funcional e o que é disfuncional é ingênuo.

Enquanto os naturalistas, receosos de verem sua teoria rebaixada à pseudociência, buscam uma evidência objetiva que sustente a explicação do comportamento desviante, os normativistas afirmam o caráter subjetivo e intencional da caracterização de qualquer condição como desviante. Portanto, contrapõem-se à ideia dominante em medicina segundo a qual a doença pode ser definida objetiva e cientificamente como um desvio em relação a uma norma estatística ou fisiológica. Sendo os conceitos de saúde e doença necessariamente valorativos, não são passíveis de ser descobertos, mas apenas (re)descritos. Os normativistas se preocupam com a gênese do *significado* e não com a origem ou a essência das coisas.

Desde meados do século XX, sociólogos, filósofos, antropólogos, historiadores e psiquiatras discutem o alcoolismo, a homossexualidade, a masturbação e outros “desvios”, pondo em evidência a relatividade histórica e social dos juízos que presidem a categorização de um estado ou de um comportamento como normal ou patológico. Autores como Ivan Illich, Peter Conrad, Erving Goffman, Michel Foucault, David Cooper, Ronald Laing,

Thomas Szasz, Gilles Deleuze, Felix Guatarri, além de outros pensadores do campo crítico da sociologia da saúde, denunciam a natureza política e ideológica do discurso médico pretensamente científico, utilizado para justificar, disfarçadamente, exclusões por razões sociais, políticas ou morais.

Entre estes autores há aqueles que consideram que todos os julgamentos nas ciências médicas são valorativos, não havendo nenhum componente descritivo real. Para estes, chamados de normativistas fortes (TURNER, 2008), os estados fisiológicos ou psicológicos que são desejados são chamados de “saudáveis” e os estados que comumente se quer evitar são vistos como doentes. O julgamento de valor negativo é necessário e suficiente para qualificar algo como doença. As posições mais extremas conduzem a um grande relativismo, pois negam a existência da doença (mental) ou defendem que não se pode justificar racionalmente que um juízo vale mais que o outro. Os menos extremistas, apesar de sustentarem que todos os juízos sobre a saúde e a doença incluem juízos de valor, mantêm a possibilidade de justificação e de hierarquização dos valores e afirmam a possibilidade de caracterizar uma condição como doença mental. Estes, que serão trabalhados neste capítulo, reconhecem um componente descritivo ou factual além do componente valorativo nos julgamentos da doença, sendo denominados normativistas fracos (AGICH, 1997; BOORSE, 1975; TURNER, 2008).

A maioria dos filósofos da medicina adeptos do normativismo segue esta segunda compreensão. Eles aderem à concepção pragmática da saúde, acomodando a tensão entre as demandas científicas para uma base descritiva da linguagem da doença e as implicações práticas do uso dessa linguagem. Em geral, não dialogam com os filósofos da biologia, pois não têm interesse em discutir a pertinência do conceito de função natural ou função própria e se limitam a problematizar quais valores estão em jogo na distinção entre o normal e o patológico.

Os normativistas se dividem entre os que acreditam que o valor da saúde é algo externo ao organismo e os que acreditam que se trata de um valor interno, determinado pela própria vida. Os primeiros sustentam que a avaliação do estado saudável depende do juízo da comunidade na qual se elaboram as normas de saúde. Os segundos alegam que a norma advém do fenômeno biológico, da própria vida, sendo o estado saudável universalmente valioso. Trata-se do normativismo biológico defendido por Canguilhem. Nesta visão a norma é *aplicada* aos indivíduos, independentemente do que pensam sobre as mesmas.

Mas não é simples apreender a maneira que Canguilhem articula normas sociais e biológicas. Segundo Giroux (2011), apesar de no *Ensaio* ele identificar a origem vital de toda normatividade consciente e intencional, em *Novas reflexões* (1995) aprofunda o estudo sobre as normas sociais e insiste na diferenciação entre elas e a normatividade biológica. Para Giroux, não parece que Canguilhem trate da influência direta do social ou cultural sobre a saúde e a doença. O debate anglo-saxão, por seu turno, segue a primeira orientação, cuja noção de normatividade difere daquela defendida por Canguilhem, pois é, antes de tudo, de natureza social e cultural. A evolução biológica, diz Engelhardt (1996), é um processo cego e mecânico que não tem perspectiva própria; na natureza, não há uma continuidade entre os efeitos da evolução biológica e as metas e interesses dos indivíduos e das sociedades humanas.⁶⁸

A aceção de “objetividade” defendida por Canguilhem, porém, difere do sentido dado ao termo pelos naturalistas. Para os normativistas este termo quer dizer que há algo que pode ser “universalmente valioso” enquanto para os naturalistas, “objetivo” refere-se à independência em relação a valores, normas e à cultura. Discute-se, porém, se os autores que defendem a existência de valores inerentes à própria vida são normativistas ou naturalistas.

3.1.1 Suportes teóricos do normativismo

Na filosofia da medicina contemporânea, representantes do normativismo como Agich (1997) Margolis (1976) Sedgewick (1982), Engelhardt (1986), Nordenfelt (1994, 1995, 2006b, 2007), Fulford (1989, 1993, 2001a, 2001b), Porns (1993) e Kenneth Richman (2004), entre outros, divergem em suas abordagens. Em geral, a divergência relaciona-se com os valores em questão no julgamento da condição saudável e com a relevância dos fatos empíricos para o julgamento do estado de saúde. Em comum, defendem que a definição de saúde e doença é necessariamente valorativa e que a demarcação entre o normal e o patológico só pode ser feita a partir de um julgamento normativo sobre a condição.

Identificamos duas orientações principais, não excludentes, nesta vertente de estudos. Alguns dão prioridade à prática clínica e ao agir humano, e defendem uma concepção que podemos denominar de “pragmática” ou “intervencionista” da doença, resultante da

⁶⁸ Há algumas exceções como o trabalho do filósofo James Lennox. O autor propõe uma análise da dimensão axiológica da saúde em que vida e saúde são valores objetivos e define a saúde como uma vida não comprometida.

interpretação da medicina como resposta prática a pedido de ajuda dos sujeitos (AGICH, 1997; GIROUX, 2012) Estes autores compreendem que a doença está relacionada primeiramente com necessidades práticas e não com aspectos ontológicos ou lógicos das teorias da doença. Outros são mais favoráveis ao projeto de definição e propõem uma concepção da saúde ou da doença a partir da teoria analítica da “ação humana”, ao invés da análise da função fisiológica (GIROUX, 2012).

Trabalharemos as noções de saúde e doença de dois autores que seguem a segunda orientação, mas que também aceitam a primeira orientação: Lennart Nordenfelt e Bill Fulford. Ambos trabalham na tradição da filosofia analítica e constroem suas reflexões sobre os conceitos médicos levando em conta os valores e os elementos descritivos na definição dos conceitos médicos. Suas teorias são frequentemente mencionadas como uma versão *moderada* do *normativismo*.

A escolha de Nordenfelt deve-se principalmente a seu diálogo com os estudiosos do campo da *disability*. Seu nome é uma referência obrigatória no terreno da discussão sobre “déficit e diferença” no campo da saúde. Fulford é um teórico incontornável no estudo filosófico das bases conceituais da doença e, embora próximo de Nordenfelt, centra sua análise quase exclusivamente sobre a doença mental. Não analisaremos a tese de Fulford em sua totalidade; apenas aproveitaremos as ideias que o autor defende em consonância com a teoria de Nordenfelt.

Os dois pertencem à tradição analítica anglo-saxônica e fazem uso da “teoria da ação” para entender os sentidos comuns da saúde e da doença. Portanto, a linguagem da intenção é crucial em ambas as teorias. A intenção referida nestas teorias, contudo, é de outra ordem daquela da abordagem fenomenológica. Esta última entende o corpo como uma “entidade que intenciona” e se relaciona com o mundo em função da diversidade de “atos intencionais”. A *illness*, nesta concepção, é resultado da ruptura da pessoa com a vida harmoniosa, com o mundo, com a comunidade em que vive, seja em relação às normas ou ao sistema de significado que guia a vida. Os filósofos analíticos, por sua vez, entendem que o saber da ciência é autônomo em relação às intenções da agência humana e deve ser mantido à parte, no que concerne às ideias sobre vida, saúde, doença, natureza etc. (KHUSHF, 2001).

Nordenfelt e Fulford situam-se em outro quadrante e defendem uma *Teoria Reversa* da saúde/doença, apesar de apenas Fulford usar a expressão “visão reversa”. Invertem a concepção convencional de saúde, por entenderem que o conceito médico básico é a *illness* e

não conceitos “científicos” como *disease* ou disfunção.⁶⁹ A *illness* é logicamente anterior à *disease*, pois apenas após a percepção de que a pessoa não está bem, busca-se uma explicação desse estado. Portanto, para estes autores, a linguagem da doença jamais será isenta de valor. O que é identificado como doença é dependente da experiência subjetiva do mal-estar.

Mas Fulford aproxima-se de Boorse e Wakefield ao propor uma teoria sobre o lado negativo da saúde humana, enquanto Nordenfelt (2001) diferencia-se dela ao propor uma teoria positiva da saúde. Para Nordenfelt, o conceito médico primário não é o negativo, a doença, mas o positivo, a saúde. Ele julga não ser possível identificar a *illness* ou a *disease* sem uma visão tácita sobre o que é a saúde positiva. Portanto, Nordenfelt oferece uma Teoria Reversa mais radical que a de Fulford.

Apesar de Nordenfelt e Fulford terem trabalhado de forma independente, apresentam diversos pontos em comum. Ambos se interessam pela semântica da saúde/doença na linguagem ordinária e em explicar a rede de conceitos aos quais os dois termos se articulam. O fundamental, porém, é que eles se inspiram em conceitos e ideias da Teoria da Ação, ou seja, identificam a “essência” da saúde e da doença na (in)capacidade para agir. Assinalam, então, a estreita relação entre conceitos patológicos e o *funcionamento* nas atividades da vida, substituindo a noção de doença como *disfunção biológica* por uma noção de doença como disfunção em relação às expectativas individuais e sociais. Nordenfelt privilegia a incapacidade para realizar *fins vitais* e Fulford, as *ações ordinárias*. Para Giroux (2011), inscrever a teoria da saúde no quadro da teoria da ação permite desfazer a oposição entre normativismo e naturalismo, além de desativar o conflito entre normas biológicas e normas sociais. Segundo a autora, Canguilhem havia iniciado este processo, substituindo as categorias de qualidade e quantidade por possibilidade ou capacidade.

Fazer da capacidade de ação e da deficiência conceitos centrais no paradigma analítico visa sustentar uma teoria da saúde e da doença que não se limite à sobrevivência e à morte, mas que inclua a dimensão do bem-estar e da qualidade de vida. Além disso, fica mais difícil definir a fronteira entre saúde e doença, o que pode ser uma vantagem teórica.

Ao falarmos de morte, falamos de uma projeção nunca vivenciada por nenhum indivíduo. Ao falarmos de doença, nos referimos a uma condição que todos já vivenciaram. Mas, ao falarmos de deficiência ou incapacidade, a projeção é diferente à da morte porque não costumamos pensar que podemos ficar incapazes. Ademais, no caso da morte, ela é o oposto do que almejamos: a vida. E no caso da incapacidade? Ela seria o oposto do quê, de qual

⁶⁹ Estes autores fazem uso da noção de *illness* como a experiência subjetiva da doença e caracterizam a *disease* como o conceito objetivo derivado do nível de funcionamento do corpo ou da mente.

capacidade? Vida com qualidade, todos, em um estado mental saudável, queremos. E as habilidades? Queremos as mesmas? Quem define quais são as habilidades desejáveis?

3.1.2 Lennart Nordenfelt e a teoria do bem-estar

Lennart Nordenfelt é sueco e professor de Filosofia da Medicina e Cuidado em Saúde na Universidade de Linköping. Concentra seus estudos em saúde, sobretudo nas áreas da Epistemologia médica e da Ética e tem como influências principais os trabalhos de Georges Canguilhem, Caroline Whitbeck e Ingmar Pörn (NORDENFELT, 1995). Com base nestes autores, Nordenfelt constrói sua própria teoria, no intuito de propor um conceito de saúde aplicável tanto à saúde física como à saúde mental. Sua estratégia é combinar as ideias centrais da filosofia moderna da medicina com algumas noções da teoria analítica da ação da escola anglo-saxônica de pensamento.

Para Nordenfelt, a descrição de formas de vida como saudáveis ou doentes não é um inocente capricho semântico, posto que a indeterminação tem implicações éticas e econômicas relevantes (NORDENFELT, 1993). Apesar de não elaborar com profundidade quais são as consequências às quais se refere, em seus escritos parece estar especialmente preocupado com o cuidado em saúde.

Por achar que a rede conceitual médica é deficiente, o intuito do autor é construir uma teoria próxima do uso comum dos termos “saúde” e “doença” e, deste modo, poder alternar a rede conceitual prevalente. A compreensão de que a saúde física e a saúde mental são do mesmo gênero permite-lhe buscar explicações aplicáveis indistintamente aos dois campos. Desse aspecto, sugere a *incapacidade* como o conceito base para uma teoria geral da saúde. Para Nordenfelt (1995, 2001), nas doenças físicas há uma experiência de incapacidade em realizar a ação pretendida, e nas doenças mentais há falha nas capacidades relativas à percepção e à crença na própria capacidade, que resultam igualmente em impossibilidades de agir.

Segundo Nordenfelt e Fulford, as pessoas com transtornos mentais não têm capacidade de executar o projeto que a média das pessoas executa pelo fato de terem afetadas as “razões das ações”. Trata-se de uma falha constitutiva que implica em uma falha executiva. Por exemplo, no transtorno mental é comum o estabelecimento de metas irrealistas. Na linguagem das metas pode-se entender que há casos em que as metas são muito baixas, como na

depressão, ou muito altas, como na paranoia e na mania. Há ainda casos em que são irreais como na esquizofrenia.

Para Nordenfelt, o cuidado em saúde pressupõe ajudar uma pessoa com uma fratura, bem como ajudar alguém que tenha dificuldades em ajustar-se à realidade. No caso da doença mental, o *cuidado em saúde* envolve “cuidado de metas”, pois a saúde das pessoas pode ser melhorada através de um cuidadoso influenciar das suas metas vitais (NORDENFELT, 2000). Há muitos casos de doença mental que estão associados à compreensão distorcida da realidade e à falta de realismo. Sendo assim, cuidar da pessoa significa ajudá-la a ajustar-se à realidade, ou seja, a ter uma atitude realística para com as exigências da vida. Mas uma mudança genuína de uma meta vital requer uma mudança de personalidade, pois exige o estabelecimento de um alto valor sobre o novo estado de coisas prometidos pela mudança da meta vital. Em determinadas situações é possível trabalhar as metas para que se aproximem das metas aceitas socialmente; em outras, porém, a mudança de metas é uma forma de dar sequência a projetos que não são necessariamente dominantes.

A semelhança com a teoria de Boorse é quase nenhuma. Apesar de Nordenfelt compartilhar com Boorse a ambição de elaborar uma teoria científica para a saúde/doença aplicável ao físico e ao mental, ele é um dos principais críticos da teoria boorsiana. Nordenfelt se apoia em uma perspectiva holística e positiva da saúde que integra a noção de bem-estar. Isto difere radicalmente da perspectiva analítica negativa de Boorse, cuja atenção é dirigida a segmentos do organismo humano.

Mas Nordenfelt não considera as perspectivas holística e analítica excludentes. Afirma que uma teoria da saúde deve dar conta da relação entre as duas perspectivas, não obstante julgar que a holística é logicamente anterior à perspectiva analítica. Além disso, distancia-se significativamente de Boorse e Wakefield e se aproxima de Canguilhem ao propor que a prática médica seja anterior à ciência médica e que o conceito de saúde seja anterior ao de doença. Neste último sentido Nordenfelt também se distingue de Fulford.

Nordenfelt é o único dos autores trabalhados nesta tese que defende a saúde como conceito primário. O intuito de priorizar logicamente a saúde deriva da compreensão dos sujeitos como agentes que interagem entre si em um contexto social na busca por interesses ou fins vitais. Ademais, entende que uma análise da doença como incapacidade pressupõe a noção de capacidade, lógica e empiricamente anterior à primeira.

A saúde na teoria de Nordenfelt é avaliada em graus. Ela se estende da saúde perfeita até um estado de má saúde máxima. A linha divisória entre saúde e má saúde, por sua vez,

não pode ser estabelecida conceitualmente; depende do grau mínimo de saúde que a pessoa acha aceitável. Para Nordenfelt (2000) o paciente é, na maioria das vezes, a pessoa em melhor posição para determinar se uma situação é satisfatória. Por esta razão, seria um equívoco o médico tentar achar critérios independentes para traçar uma linha exata entre saúde e má saúde no caso de um paciente em particular.⁷⁰ A desejabilidade de tal linha só se justificaria em situações específicas como o caso de auxílio-doença; nunca para a prática clínica.

Em Nordenfelt, a ideia de fronteira cede lugar à ideia de gradação e assim se aproxima de Canguilhem, que dissolve a distinção rígida entre normalidade e doença ao afirmar a saúde como normatividade e a doença⁷¹ como normatividade reduzida. Canguilhem fala em graus de normatividade; Nordenfelt, em graus de saúde. A relevância da concepção gradativa da saúde e da doença reside, como indica Bezerra Junior (2007), na possibilidade de reconhecer algum grau de normatividade em qualquer forma de adoecimento. Por mais comprometida que seja a vida de um sujeito, há sempre alguma capacidade de invenção de novas normas de vida.⁷²

Vejamos a noção de doença de Nordenfelt. Enquanto o grau de saúde é avaliado pelo indivíduo, a doença é avaliada pelos profissionais. O autor distingue “má saúde” (*ill health*) de “doença” (*disease*).⁷³ *Má saúde* é a noção holística que é o contrário lógico da noção de saúde. Trata-se do sentimento de mal-estar oriundo da incapacidade para agir segundo os fins vitais que pode ser, mas não é necessariamente, resultado de uma *doença*.

A noção de má saúde tem dois aspectos, um objetivo e outro subjetivo. A má saúde objetiva é a redução da capacidade para alcançar os fins vitais, e pode ser devida à doença, mas também a ferimentos, defeitos, problemas existenciais e outros. A má saúde subjetiva tem dois aspectos. Um deles se refere a um estado cognitivo, isto é, à percepção que a pessoa tem de seu estado geral de saúde. Assim, uma pessoa que está inconsciente pode estar em má saúde objetiva sem ter má saúde subjetiva. O inverso também é possível, quando estamos enganados sobre nossa capacidade para agir. O outro sentido da má saúde subjetiva refere-se a

⁷⁰ Segundo Nordenfelt (2000), a avaliação que a pessoa faz sobre a própria saúde deve ser o ponto de partida para a avaliação que posteriormente será feita pelos profissionais de saúde apenas se a pessoa tiver a habilidade necessária para uma reflexão holística. Portanto, segundo o autor, crianças pequenas e psicóticos provavelmente não poderão fazer tal julgamento.

⁷¹ A noção de doença de Canguilhem é comparável à noção de “má saúde” de Nordenfelt.

⁷² Um bom exemplo de que sempre há um horizonte de normatividade a ser explorado é visto no livro/ filme *O Escafandro e a Borboleta*.

⁷³ Nos primeiros trabalhos Nordenfelt faz uso da noção de *illness* para se referir ao contrário da saúde, mas posteriormente prefere o termo *ill health*. Porém, as duas noções têm o mesmo sentido na teoria do autor.

estados mentais como dor, sentir-se cansado ou deprimido na ausência de causas externas imediatas. Este segundo sentido, menos trabalhado pelo autor, aproxima-se do conceito de *illness* proposto pela antropologia e sociologia médicas (NORDENFELT, 1995; 1999).⁷⁴

Doença é outra coisa na teoria de Nordenfelt. É a noção técnica e científica do *patológico*⁷⁵. Doença diz respeito ao aspecto orgânico ou biológico que compromete a saúde. Como refere (NORDENFELT, 2000), a pneumonia envolve normalmente febre e fadiga e reduz a habilidade da pessoa para agir. O autor reconhece a existência de doenças assintomáticas, mas diz que o que chama de doença é um tipo de processo físico ou mental, que na maioria das vezes resultou em algum sofrimento ou incapacidade. Um processo corporal, mesmo se variante, mas que nunca tenha levado ao sofrimento ou deficiência não tem lugar na lista das doenças (NORDENFELT, 2007). Assim, a doença conduz tipicamente à má saúde no sentido que Nordenfelt tem dado a este termo. Nordenfelt aborda pouco a noção de doença em seus textos, pois em seu entendimento, a essência da saúde está na capacidade de agir e não em qualquer condição particular do corpo.

Além de dar prioridade lógica ao conceito de saúde, Nordenfelt defende a tese contraintuitiva de que a relação entre os conceitos de saúde e doença não são contraditórios. Nordenfelt quer marcar o caráter não necessário da doença para a má saúde. Há casos em que a progressão de uma patologia é abortada ou que, no início, não tem sintomas. Ademais, há casos em que as patologias têm poucos efeitos sobre as capacidades gerais dos indivíduos. Para o autor não há *link* semântico automático entre saúde e ausência de doença e sua teoria comporta perfeitamente que uma pessoa saudável tenha uma doença.

O esforço em diferenciar estes conceitos aparece apenas quando o autor é interpelado. Em seus trabalhos, percebemos que não há o uso rigoroso dos termos. Em geral, Nordenfelt usa o termo doença (*disease*) e se refere ao sentido de má saúde. Na realidade, o autor praticamente não aborda a *disease*. Portanto usaremos o termo doença nesta tese também de forma indiscriminada, atentos que na maioria das vezes o sentido dado pelo autor é de má saúde. Ainda sobre os termos, podemos dizer que é possível interpretar a “má saúde” como “*illness*”, mas nos parece que a escolha em usar o termo má saúde (*ill health*) ao invés do

⁷⁴ Nordenfelt (1999) faz referência à noção do sociólogo americano Andrew Twaddle.

⁷⁵ A noção de patológico de Nordenfelt (1995) inclui doença, deficiência, lesão, ferida, injúria, má formação, pois são noções que têm em comum serem referidas a entidades internas ao corpo e à mente do sujeito que tendem a comprometer a sua saúde. Estas noções são também referidas por Nordenfelt como *maladies*. A diferença entre elas, diz, é da ordem do *status* ontológico. A patologia é um processo, a deficiência é um estado final de uma patologia, uma ferida é um estado que tem causa externa e a má formação é um estado congênito. Para um aprofundamento, ver Nordenfelt, 1995.

termo *illness* é decorrente do esforço em manter a saúde – e não a doença – como o conceito primário na teorização dos conceitos médicos.

A oposição de Nordenfelt à ideia de saúde como ausência de doença e à compreensão da doença como “função biológica estatisticamente anormal” é evidente. Porém, diferentemente do que foi apresentado no segundo capítulo desta tese, as críticas de Nordenfelt não recaem sobre o fundamento da noção de “função normal”. As críticas oferecidas pelo autor são dirigidas à impossibilidade de abordar satisfatoriamente um estado corporal como doente – mesmo em um sentido hipoteticamente teórico – apenas com base no funcionamento biológico anormal em face da sobrevivência e reprodução. Para o autor, o critério essencial da saúde deve ser encontrado no nível conceitual da psicologia e da sociologia e não da biologia. Para ele, uma pessoa é saudável se se sente bem e *funciona* em seu meio social.

Nordenfelt quer chamar atenção para a redução da doença ao patológico, como sinônimo de desvio de constantes fisiológicas ou de regularidades anatômicas que ameaçam a sobrevivência ou a reprodução. Se a função de um órgão ou de um processo bioquímico pode ser definida, em biologia, como a sua contribuição para a sobrevivência individual e para a reprodução, não podemos dizer o mesmo em medicina. Parece muito complicado reduzir a noção de função em medicina ao saber da biologia. O que é funcional de acordo com uma perspectiva evolucionista não é necessariamente funcional segundo a perspectiva do paciente.

Para Kovács (1998), enquanto a noção evolucionista de saúde expressa o quão eficientemente o corpo e a mente de um indivíduo pode ser “usado” pelos genes para suas próprias multiplicações, a noção cultural expressa o quão eficiente o corpo e a mente podem ser usados para realizar formas preferenciais de vida e valores desejados por certas culturas ou indivíduos.

Em medicina, as finalidades a serem atingidas nem são autoevidentes, nem imediatamente dedutíveis da “natureza” do organismo humano (GAMMELGAARD, 2000). Há inúmeros estados do organismo que não estão sujeitos à meta da sobrevivência e reprodução, como casos da sexualidade não reprodutiva ou da alimentação degustativa, por exemplo. Existe uma dimensão fundamental da existência que ultrapassa o “sobreviver”: a autossatisfação representada pelo bem-estar, o prazer etc. A experiência humana é irreduzível ao discurso naturalizante fundado nas ciências biológicas. Além disso, no que se refere à má saúde, na grande parte dos casos não ameaça a sobrevivência, a reprodução ou a variabilidade

da vida. No caso dos transtornos mentais, por exemplo, a maioria está longe de alcançar tal gravidade.

O indivíduo como sujeito de ação está no centro da teoria da saúde de Nordenfelt. O autor faz uso da noção de *capacidade* ou habilidade para se referir à ação do sujeito como a base dos julgamentos de saúde. A pessoa está em um estado de saúde perfeita, diz o autor, se e somente se, em circunstâncias padrão, é *capaz* de realizar seus *fins vitais*. Isso equivale a dizer que a pessoa é capaz de atingir um nível mínimo de *felicidade*.⁷⁶

Nordenfelt (1995, 2007) entende a saúde como um conceito intrinsecamente relacional, que deve ser pensado a partir de três elementos fundamentais: (1) o sujeito ou agente, com sua capacidade de agir, (2) os seus objetivos ou fins vitais e (3) o ambiente ou as oportunidades. A saúde depende desses três elementos. Dizer que uma pessoa não possui habilidade em um aspecto particular nos coloca diante da descrição da habilidade em causa. Deste aspecto, Nordenfelt (2000) recusa a normalidade estatística como norma para a capacidade humana, mas não nega a necessidade conceitual e prática de alguma norma ou linha orientadora. A norma, porém, é individual e não coletiva, social ou formalmente abstrata.

Vejamos as influências teóricas de Nordenfelt a fim de entender como o autor formulou sua definição geral de saúde. A proximidade do autor com o pensamento de Canguilhem é evidente. Porém, diferentemente de Nordenfelt, Canguilhem (1995) em *O Normal e o Patológico* não pretendia oferecer uma *definição* de saúde, mas apenas traçar os contornos do difícil campo de análise desse conceito. Daí nasce a tese sobre a normatividade intrínseca da vida e a tese da saúde como a capacidade normativa do indivíduo ou a capacidade de tolerar infrações à norma habitual e instituir novas normas. Nordenfelt (1995) aproveita a noção de capacidade normativa de Canguilhem para falar em *possibilidade*, *capacidade*, *disposição* ou *poder de ação* referente à realização dos *fins vitais*.⁷⁷ Assim, ambos os autores defendem uma concepção relacional da saúde afastando-se da concepção essencialista da mesma.

⁷⁶ Para o autor são apenas problemas médicos que o médico deve resolver e portanto, é preciso saber o que são eles. Segue afirmando que o conceito de problema médico é mais abrangente que o conceito de doença, pois inclui injúrias, lesões e defeitos, mas a tarefa conceitual é similar. Devido a fins práticos, o autor, assim como Amundson (2000) distingue problemas que são processuais na natureza (doenças) de problemas que são estados (injúrias, lesões e defeitos). Estes últimos, diz, podem ser congênitos, resultado de doenças ou de forças externas.

⁷⁷ Nordenfelt (2000) considera que em muitos casos é possível obter a clareza e o conhecimento necessários sem definições completas, mas acredita que as definições são uma mera final natural nos contextos científicos e profissionais.

Importa-nos apontar que o autor acompanha Canguilhem em quatro sentidos principais: (1) na defesa de uma norma individual; (2) na ideia de que o núcleo conceitual não se encontra do lado da teoria médica, mas do uso ordinário e da experiência individual; (3) na consideração da dimensão do sofrimento humano para a caracterização da saúde e da doença e (4) na fundamentação da análise do conceito de saúde/doença na noção de capacidade.

Nordenfelt (2000), apesar de não se aprofundar no tema, diz que a medicina é uma prática que visa capacitar a pessoa para retornar a um nível, no qual ela seja capaz de, tanto quanto possível, viver como antes. A pessoa adoece quando se torna incapaz de realizar suas metas vitais. A intervenção clínica, por sua vez, tentará restabelecer a capacidade perdida.

A ideia é interessante porque observa que a norma é sempre individual e não está completamente subordinada à norma padrão. O critério fundamental da norma é a capacidade da pessoa enferma comparada à sua capacidade antes da condição patológica e não à capacidade da maioria das pessoas. Dessa forma, Nordenfelt corrobora a tese de Canguilhem de que a instauração do normal não pode ser reduzida a padrões gerais pré-estabelecidos.

Porém, o autor não possui o refinamento teórico do filósofo francês. Canguilhem não vê a saúde como um retorno à situação passada. A medicina é a arte de instauração no normal e não de restabelecimento da normalidade anterior. Não se trata de restabelecer o *status quo ante*, mas de restabelecer uma normatividade propiciadora de reinvenção das relações do sujeito com o mundo.

A flexibilidade da norma ou a variabilidade dos organismos é o conceito chave na teoria de Canguilhem.⁷⁸ A saúde, segundo o autor, deve ser avaliada de acordo com a capacidade de reagir às injunções da vida no meio. O indivíduo saudável é capaz de inventar novas maneiras de se organizar e não precisa necessariamente retornar à situação que precede à doença.

Sobre a relação entre teoria científica e experiência vivida, para ambos, os conceitos de saúde e doença contam em primeiro lugar para o indivíduo como uma totalidade e não como instância lógica de um tipo geral (GIROUX, 2011). Segundo Canguilhem (1995), se a fisiologia é capaz de identificar uma doença, é à clínica que se deve esse reconhecimento. A descoberta do fato patológico não é um dado tributário primeiramente da ciência; é o produto da denúncia humana de seu mal-estar. Citando René Leriche, “saúde é a vida no silêncio dos

⁷⁸ Nordenfelt aproxima-se sutilmente da concepção canguilhemiana quando aborda as *illnesses* mentais. O autor refere que é necessário, em algumas situações, o “cuidado das metas”, como no caso dos fins não realistas. Nestes casos a flexibilidade das normas é compreendida como um bom indício de saúde mental. Canguilhem já dissera que a intervenção clínica se orienta pela finalidade de instaurar uma norma tendo em vista as expectativas do meio.

órgãos”, Canguilhem reitera que a saúde é a inconsciência do corpo, sendo sua consciência despertada pelos limites impostos pela doença. A experiência da doença rompe a imanência silenciosa entre o sujeito e o seu corpo e transforma o corpo em um “problema” que cria exigências de saber e configura necessidades de cuidado e intervenção.

As doenças assintomáticas ou latentes não desafiam a primazia da experiência vivida sobre a identificação patológica. O saber médico, diz Canguilhem (1995), pode considerar enferma uma pessoa que não se sente como tal, mas esta inversão da relação entre experiência e conhecimento é possível porque anteriormente houve uma experiência da doença por outra pessoa que permitiu ao médico obter este gênero de conhecimento. A terapêutica decorre de uma condição vivencial que apenas secundariamente é recuperada e organizada pela ciência, não havendo nada na ciência que antes não tenha aparecido na consciência.

Nordenfelt (2001) segue a mesma ideia ao conferir prioridade lógica ao conceito de *má saúde* sobre o conceito de *doença*. O autor diz que é apenas quando a pessoa tem uma incapacidade – no sentido dado por ele – que se inicia a busca pela causa interna da mesma. A dimensão experiencial valorativa da doença é anterior à caracterização da mesma. Se a variação se manifestar como incapacidade em várias pessoas, e se este tipo de causa provocar má saúde em outras pessoas, então encontramos uma doença que pode ser registrada nas classificações médicas. Uma vez encontrado um *tipo* de doença, esta ganha autonomia, podendo estar presente em um indivíduo sem que este manifeste incapacidade, sintoma ou qualquer sentimento de vida contrariada.

Mas Nordenfelt diverge de Canguilhem e segue os apontamentos da filósofa americana Caroline Whitbeck⁷⁹ e do filósofo finlandês Ingmar Pörn, ao sustentar que é logicamente impossível definir a doença sem referência à saúde. Estes autores compreendem que a definição da saúde deve ser buscada sem referência ao conceito de doença. O argumento é que, uma vez que os conceitos médicos são fundamentados na noção de (in)capacidade, a anterioridade dos conceitos de saúde/ capacidade é logicamente necessária em relação aos conceitos de doença/ incapacidade. Quando se diz que alguém está *incapacitado* tem-se necessariamente uma ideia sobre o que determinada pessoa deve ser *capaz* de realizar.

O pensamento de Canguilhem é outro. Em seu entender (1995), a infração antecede a norma, isto é, na experiência humana é a anterioridade histórica do futuro anormal que provoca a intenção normativa. O conceito de doença é anterior ao de saúde, diz o autor, pois

⁷⁹ A autora trabalha sobretudo no campo da promoção da saúde, o qual é bastante desenvolvido nos Estados Unidos da América.

ter saúde é poder adoecer e recuperar-se. Apenas quando o sujeito é desafiado, a saúde pode ser avaliada. Uma vez que a filosofia da medicina de Canguilhem é indissociável de sua filosofia da biologia, o autor afirma ainda a irredutibilidade do patológico ao fisiológico e da clínica à fisiopatologia.

Outros pontos de encontro das teorias de Nordenfelt e Canguilhem são a consideração da dimensão do sofrimento humano e a fundamentação da análise do conceito de saúde/doença na noção de capacidade. Para Nordenfelt esses dois fenômenos: o fenômeno subjetivo, isto é, o bem-estar ou o sofrimento e o fenômeno da capacidade ou da deficiência estão conectados de diversas maneiras. A ideia da saúde como *sentimento de segurança na vida* e da doença como *sentimento concreto de sofrimento ou impotência, como sentimento de vida contrariada*, é aproveitada por Nordenfelt (1995, 2001) para afirmar o caráter subjetivo da doença.

Contudo, apesar de valorizar a importância da experiência do sofrimento no fenômeno da doença, o autor propõe que o conceito de deficiência ou incapacidade tem um papel mais fundamental. O conceito chave da teoria de Nordenfelt (1995, 2000, 2001) é, portanto, a *capacidade (ability)* e o seu correlato, a *deficiência ou incapacidade (disability)*. Embora seja possível ter uma incapacidade sem sofrimento, por exemplo, no caso do coma ou de certas doenças mentais, não é possível haver um grande sofrimento ou dor sem algum grau de deficiência. Assim, se apenas uma dessas características for essencial para a noção de doença, a incapacidade é a primeira candidata.

Nordenfelt pretende refinar o conceito de capacidade introduzido por Canguilhem e, para isso, aproveita as contribuições de Ingmar Pörn e Caroline Whitbeck, ambos influenciados pelo trabalho do americano Talcott Parsons, um dos principais fundadores da sociologia da medicina nos anos de 1950.⁸⁰ Para Parsons, a saúde pode ser definida como o estado ótimo de capacidade de um indivíduo para a *performance* efetiva dos papéis para os quais foi socializado (NORDENFELT, 1995).

Parsons é considerado um dos pais do *funcionalismo* estrutural, mas sua teoria *funcional* é distinta daquela discutida nos capítulos precedentes. Em ambos os casos o termo funcionalismo tem como pivô as funções e suas consequências. A premissa é a de um sistema organizado, seja ele social ou orgânico, em que as partes possuem funções que garantem o

⁸⁰ A partir da publicação do livro *The social system* (PARSONS, 1951) e, em especial devido ao capítulo *Social structure and dynamics process: the case of the modern medical practice*, Parsons tornou-se referência para a sociologia médica no momento inaugural da sistematização das ciências sociais no campo da saúde no século XX. Parsons desenvolveu uma teoria geral da ação com o intuito de analisar sistemas sociais, fazendo uso da noção de homeostase social numa abordagem funcionalista.

funcionamento do todo. Porém, enquanto na sociologia o funcionalismo inspirado em Émile Durkheim procura explicar aspectos da sociedade em termos de funções realizadas por instituições voltadas para sociedade como um todo, na filosofia da saúde remete-se, sobretudo, ao estudo das funções biológicas.⁸¹

Seguindo Durkheim, Parsons (1951) compreende a sociedade e a cultura como um sistema integrado de funções. No terreno da saúde, a integração refere-se ao exercício competente de papéis sociais e a doença corresponde a um comportamento desviante com capacidade de funcionamento diminuída.⁸² A ênfase do autor na *ação* como uma importante dimensão da saúde foi retomada por Pörn, Whithbeck e Nordenfelt para reforçar a ideia de que saúde consiste na capacidade do sujeito em realizar as suas metas. Habilidade ou capacidade são possibilidades de ação determinadas por fatores internos ao corpo ou à mente do agente.

Whitbeck e Pörn definem a saúde como um conceito molar que pertence à pessoa em sua totalidade. Suas teorias são holísticas. Ao invés de ser um conceito biológico ou estatístico, a saúde é vista como um conceito antropológico que considera o indivíduo como agente em uma sociedade. Dessa maneira, Whitbeck (1978, 1981) define a saúde como a capacidade “psicofisiológica” para agir de forma apropriada em situações variáveis, de forma que seja possível ao indivíduo alcançar seus fins, projetos e aspirações. A doença é um dos processos psicofisiológicos que comprometem a habilidade da pessoa realizar o que deseja e espera ser capaz de fazer. Isso implica que saúde e doença não são conceitos complementares nem tampouco contraditórios. Um alto grau de saúde é compatível com algum grau de *illness*. Além de a saúde ser muito mais do que a ausência de doença, ela pode ser reduzida por outras situações além da doença, como, por exemplo, a fraqueza de vontade ou a crença equivocada sobre a incapacidade de realização dos projetos pessoais.

⁸¹ Em filosofia da medicina, o termo “funcionalismo” é utilizado principalmente no estudo da mente e em filosofia da mente. É sucessor moderno do behaviorismo e seus primeiros representantes foram Putnam e Sellars. Compara-se o funcionalismo às descrições de um computador, pois segundo esta corrente as descrições mentais correspondem à descrição de uma máquina em termos de suporte lógico (*software*) omitindo o suporte físico (*hardware*) subjacente (BLACKBURN, 1994).

⁸² Parsons (1951) pesquisou os significados sociais da saúde e investigou o papel da medicina não apenas como um conjunto de técnicas, mas também como um meio de controle e regulação social. Em sua formulação clássica do controle social, Parsons (1951) indica que o controle social exercido pela medicina se dá, sobretudo, por meio da administração e reintegração dos doentes na sociedade. Através dos conceitos de “papel social” e “papel de doente” o autor desenvolveu a ideia de que o papel social de doente evoca um conjunto de expectativas padronizadas que definem as normas e os valores apropriados ao doente e aos indivíduos que interagem com ele. O trabalho de Parsons (1951) é uma das grandes inspirações para o desenvolvimento das análises sobre medicalização e controle social desenvolvidos por autores como Peter Conrad (1992), Ivan Illich (1975) e Michel Foucault (2005). A teoria do rótulo (*labeling theory*) proposta por Becker (1963) é a outra inspiração para este tipo de estudo.

O conceito de saúde de Pörn (1993) é similar. Para ele, nossos atos visam duas relações fundamentais: a do indivíduo com o meio ambiente e a do indivíduo consigo mesmo. Isso constitui o que o autor chama projeto de vida. Porém, não basta que a pessoa tenha habilidade para realizar determinada ação. É também fundamental que haja oportunidade para realizá-la. Pörn faz uso da noção de adaptabilidade para se referir à capacidade de obter algo em determinado tempo e lugar. Adaptabilidade é, portanto, uma relação ternária entre a habilidade individual, as condições ambientais e os desejos individuais. Estar adaptado no caso da saúde significa estar adaptado às condições que ocorrem no ambiente daquele sujeito durante determinado tempo e que se relacionam com seus desejos. Trata-se de uma referência individual e não de uma referência padrão ou de acordo com a média da população. Adequação e realismo são os aspectos gerais da adaptabilidade, pois as habilidades devem ser adequadas ao ambiente, ou seja, realistas em relação ao ambiente e ao repertório de cada um.

Nordenfelt aproveita o trabalho dos dois autores, selecionando elementos dos mesmos. O autor compartilha a ideia da saúde como capacidade para realizar projetos individuais e a ideia de que a saúde e a doença não são conceitos contraditórios. Apesar de considerar a definição de saúde de Pörn muito ampla e equivocada por confundir saúde com adaptabilidade e com liberdade, guarda a ideia de saúde como um tipo de “inteireza”, como um acordo entre a capacidade do sujeito, seus projetos/metastas de vida, o ambiente e seu *design* ou repertório. Vai além, entretanto, e restringe “metas” a “metas *vitalis*”, “capacidades” a “*capacidades de segunda ordem*” e “meio ambiente” a “*circunstâncias*”.⁸³

Na teoria de Nordenfelt a capacidade para executar uma ação pressupõe a capacidade para formar a intenção de executá-la e esta pode estar prejudicada por diversos fatores. Desconhecer, ou ter aversão à ação ou estar convicto da incapacidade de exercê-la são alguns dos fatores que precedem a intenção e impossibilitam a realização da ação. Muitos casos de doença mental, diz Nordenfelt, são defeitos relacionados aos “antecedentes da intenção”.

O autor denomina de *possibilidade prática* aquela em que a pessoa tem tanto a *capacidade* como a *oportunidade* necessárias para executar determinada ação. Mas capacidade no âmbito da saúde não é sinônimo de possibilidade prática. Para saber se a pessoa é saudável não se deve procurar responder se há possibilidade prática da pessoa alcançar suas metas. Interessa, neste caso, saber se a pessoa é *capaz* de executar as ações necessárias para o alcance das metas. Isso significa saber se seus recursos internos – físicos e mentais – são suficientes para a execução das ações. São os fatores incapacitantes internos ao

⁸³ O autor (NORDENFELT, 2004) faz uso do termo “circunstância” para tudo aquilo que se refere à capacidade de ação e o termo “meio ambiente” para os processos orgânicos.

corpo ou à mente do agente que devem ser avaliados para a consideração do estado saudável ou doente. Assim, apesar de Nordenfelt considerar a relevância das oportunidades no julgamento da condição saudável, a forma que encontra de diminuir a confusão entre *incapacidades devido ao ambiente e incapacidades inerentes ao próprio sujeito* é afirmar que a condição interna ao indivíduo é indispensável para tal julgamento.

Dizer que *A* é capaz de fazer *F* não implica que *A* realmente fará *F*. *A* pode ser capaz de executar *F*, mas falhar em fazê-lo devido à falta de oportunidade. Da afirmação que “*A* é capaz de fazer *F*” podemos apenas concluir que *A* faz *F* se ele tentar e tiver as oportunidades necessárias para realizá-lo. Mas, diz Nordenfelt (1995), essa solução formal não se enquadra com nossas intuições e não é suficiente para definir a noção básica de capacidade para a saúde, pois sugere que praticamente todos são capazes de fazer praticamente tudo manipulando certas oportunidades. Para aproximar-se da noção de capacidade própria à conceitualização da saúde, o autor faz uso da noção de *circunstância*.

Segundo Nordenfelt (1995; 2000), alguém é *capaz* de executar uma ação se consegue realizá-la em circunstâncias normais, razoáveis para sua realização. Circunstâncias artificiais ou extremamente vantajosas estão fora desse padrão. Descrevemos uma pessoa que perdeu as duas pernas como deficiente em relação a mover-se mesmo que ela faça uso de uma cadeira de rodas. Ou seja, descrever a pessoa como deficiente significa, em primeiro lugar, desconsiderar a cadeira de rodas. Mas como determinar as circunstâncias padrão?

Os teóricos que argumentam em favor da *diferença* contra a noção de *déficit* afirmam que a circunstância padrão jamais pode ser definida em termos absolutos. Circunstância padrão, dizem, é algo altamente variável segundo a época e a sociedade. Nordenfelt (1995) avaliza estes argumentos. Concorde que o desvantajoso, em dada sociedade, é uma questão normativa e não descritiva. O conceito de capacidade está relacionado a circunstâncias padrão que são referentes a ambientes naturais e culturais e, portanto, ele mesmo é um conceito normativo. O que é considerado circunstância padrão para um tipo particular de ação é parcialmente influenciado por fatores estatísticos, mas é determinado, sobretudo, pelos objetivos da sociedade. As circunstâncias padrão não são as que ocorrem mais comumente, mas as que são definidas como tal por um conjunto de pessoas capazes de defini-las.

Assim, Nordenfelt (1995; 2001) tem razões fortes para afirmar que valores estão envolvidos na descrição da saúde. No entanto, para ele, descrever a capacidade já é descrever parte do mundo em que a pessoa vive. Por exemplo, se dissermos que *A* é capaz de consertar um carro está pressuposto que esta pessoa vive em uma sociedade industrializada. Depois de

determinadas as circunstâncias padrão, o resto da afirmativa é descritiva. Por isso, certas afirmações apenas *descrevem* e não *expressam* a saúde. Tão logo a premissa valorativa é aceita, um padrão é estabelecido e pode ser investigado de forma puramente empírica. Em suma, a relatividade ambiental e cultural não impede o uso dos conceitos de saúde e doença nas ciências médicas.

Fica, então, a pergunta: a teoria de Nordenfelt defende a relativização da saúde segundo o meio ambiente e a dimensão social? A relatividade ambiental é ressaltada por Nordenfelt nos casos em que a mudança de ambiente faz com que uma pessoa considerada deficiente deixe de sê-lo, sem que haja qualquer mudança interna, física ou mental. Seria, por exemplo, o caso de um agricultor sem estudos, de uma zona rural pouco desenvolvida, que se muda para Suécia. Segundo Nordenfelt (1995), no ambiente original ele vivia relativamente bem, mas na Suécia é um deficiente.

Vemos que, para Nordenfelt, a caracterização de determinada condição como deficiente tem uma relação direta com o ambiente. Entretanto, se a “deficiência” é o conceito chave de Nordenfelt, pode-se dizer que a doença é também relativa ao ambiente? Um indivíduo com a mesma constituição física e mental pode estar bem de saúde em um ambiente X e mal de saúde em um ambiente Y? No exemplo citado, podemos dizer que o indivíduo é saudável em seu país de origem é doente na Suécia?

Preocupado em resolver a questão, Nordenfelt (1995) sugere dois tipos de capacidades: a capacidade de primeira ordem e a capacidade de segunda ordem. No caso da saúde, diz o autor, o que está em jogo é a segunda. A primeira é a incapacidade de exercer, ocasionalmente, uma competência fundamental (incapacidade de se sustentar na Suécia). A capacidade de segunda ordem é a capacidade *potencial*, ao contrário, é a capacidade que a pessoa tem de após um treinamento, superar a condição incapacitante e aprender habilidades necessárias à nova situação. Como diz Nordenfelt (2010b), nascemos equiparados com pré-condições biológicas e psicológicas para nossas habilidades futuras. Estas pré-condições são as habilidades de segunda ordem e é delas que se trata ao falarmos de saúde.

Evidentemente, a falha da pessoa em alcançar a capacidade de primeira ordem após o treinamento não quer dizer que ela tenha, necessariamente, uma deficiência na habilidade de segunda ordem. A falha pode ser da circunstância do treinamento. Fala-se que a pessoa tem uma deficiência de segunda ordem em realizar uma ação *F*, se e apenas se, ela, dadas as circunstâncias padrão e após seguir todo o treinamento corretamente, for deficiente para adquirir a capacidade de primeira ordem solicitada. Assim, dizer que alguém tem uma

habilidade de segunda ordem é o mesmo que dizer que a pessoa tem os recursos básicos para agir – físicos e mentais – se as condições necessárias para tal forem oferecidas.

Importa notar que a capacidade de segunda ordem é diferente da competência fundamental, isto é, de *saber* fazer algo. No caso da saúde não se trata de *ter* a competência básica, mas de *poder executar* a competência básica. Trata-se de ter a habilidade *executiva*. A distinção é importante no caso das doenças agudas. A pessoa que está incapacitada temporariamente devido à dor ou mal-estar geral não tem condições de exercer a competência básica apesar de saber fazê-la. Neste caso, dizemos que a pessoa está doente apesar de, em condições normais, ela ser capaz de exercer as ações necessárias para o alcance dos fins vitais (NORDENFELT, 2010b).

Vemos que a noção de capacidade de segunda ordem aproxima-se da ideia de *capacidade humana biológica*, mas não desconsidera a relatividade ambiental para o exercício efetivo da ação. É possível que alguém que tenha uma deficiência em uma habilidade de primeira ordem, mas que seja competente quanto à capacidade de segunda ordem, possa alcançá-la se condições externas satisfatórias forem oferecidas. Ao enfatizar a capacidade de segunda ordem como a mais apropriada para o processo de definição da saúde, o autor direcionou o conceito para o nível mais biológico e fisiológico da pessoa.

Para Nordenfelt (1995), então, é a deficiência de segunda ordem que faz do portador um doente. Doente é aquele que perdeu uma ou mais habilidades de segunda ordem. A deficiência de primeira ordem não é suficiente para tal caracterização e apenas podemos falar em doença se a aquisição de novas habilidades foi impedida por fatores internos. Assim, o autor pretende evitar que pessoas que não possuem capacidade de primeira ordem devido a fatores externos, muitas vezes hostis, como no caso das iniquidades sociais, sejam julgadas como doentes.

Porém, a delimitação da saúde e da doença à (in)capacidade de segunda ordem está longe de esgotar a teoria de Nordenfelt. A pergunta que permanece é *quais são as ações que uma pessoa saudável deve ser capaz de executar?* Pressupõe-se que há uma gama de fins/metabolismos/objetivos que uma pessoa saudável deve ser capaz de alcançar. Outra forma de colocar a pergunta é: *Quais são as metas que uma pessoa saudável deve ser capaz de realizar?*

Nordenfelt (2001) não se detém no problema. Pensemos, no entanto, no caso de um halterofilista que fortalece os músculos. De acordo com a intuição ordinária, ele não tem uma saúde melhor porque aumentou a massa muscular. O mesmo pode ser dito em relação a uma

pessoa que após muita prática se torna proficiente em uma língua. Ela também não é vista como mais saudável. Se considerarmos quaisquer fins, é impossível diferenciar a saúde de desempenhos excelentes.

Para discutir a questão das metas, Nordenfelt elabora o conceito de “fins vitais”. *Fins vitais* são as metas que a pessoa deve ter a capacidade de alcançar na condição saudável. Para descrevê-las recorre ao comentário sobre duas teorias. Na primeira, os fins vitais são definidos como *necessidades humanas fundamentais*; na segunda, como *metas estabelecidas pelo próprio agente*. Nordenfelt reconhece os méritos das duas, mas acredita que, sozinhas, não respondem pelos fins vitais do homem.

A primeira estipula a *necessidade* como condição necessária para a realização de uma meta. Os adeptos dessa teoria pensam que as necessidades básicas ou essenciais podem ser enumeradas pela análise da natureza humana, segundo a biologia e psicologia empírica. Seria o caso da teoria de Abraham Maslow, psicólogo americano que foi um dos fundadores da “psicologia humanista” (NORDENFELT, 1995). Maslow propôs uma hierarquia das necessidades na qual algumas devem ser saciadas para abrir espaço para outras. O autor enumera quatro necessidades fundamentais e universais. As duas primeiras, mais básicas, são as necessidades fisiológicas, como comer e dormir. A seguinte, a segurança, como paz interior ou uma moradia segura. Depois, a necessidade do amor e o sentimento de pertencimento. Por fim, a autoestima, a necessidade de respeito e de realização de si (VENTEGODT *et al.*, 2003).

Esta teoria, diz Nordenfelt, tem o mérito de buscar certa objetividade no conceito de necessidade básica como um conceito de saúde universalmente válido para todos. Mas distancia-se dela e prefere as teorias da *meta subjetiva* de Pörn e Whitbeck, que sustentam que os fins vitais são fins determinados pelo próprio sujeito. Para estes autores, como vimos, a saúde é dependente da relação entre a capacidade individual e as metas individuais. O conceito de fins vitais não se refere puramente à capacidade, mas à relação entre a capacidade e os fins individualizados.

Estas teorias têm o mérito de serem sensíveis à multiplicidade e à diversidade das metas humanas, considerando a individualidade, mas pecam por considerarem a saúde como a capacidade de realizar *quaisquer* fins determinados pelo próprio sujeito. Para Nordenfelt, isso é muito vago, além de contraintuitivo, como nos contraexemplos em que o sujeito estabelece para si metas impossíveis, muito baixas ou danosas. Assim, o fato da meta ser desejada pelo sujeito não é suficiente para ser caracterizada como uma meta vital.

Considerando estes pontos, Nordenfelt propõe uma teoria da saúde pautada no bem-estar e na noção de felicidade. Para o autor, as intuições comuns a propósito da saúde implicam um nível mínimo de *vitalidade*. A ideia de relacionar saúde com felicidade é a forma que Nordenfelt encontra para dar consistência ao vínculo entre as teorias da *necessidade* e dos *fins subjetivos*. Mas, apesar de relacionar a felicidade com os fins individualmente escolhidos, Nordenfelt pondera que nem todos os fins intencionados visam o bem-estar. Além disso, identifica que há fins no sentido do bem-estar que não são buscados pelo agente.

Pergunta-se então se os fins vitais de um homem são de natureza teórica ou se a investigação empírica pode determiná-los. Ademais, se o alcance dos fins vitais é necessário para a felicidade, deve-se saber o que a felicidade requer. Outra forma de colocar a questão é decidir se a felicidade é singularizada, dependente do relato da primeira pessoa, ou se a terceira pessoa tem autoridade para defini-la. Na decisão sobre a felicidade e os meios de alcançá-la há predomínio da descrição objetiva ou da experiência subjetiva? Para Nordenfelt trata-se de uma questão parcialmente teórica e objetiva. Vejamos, em seguida, quais os argumentos do autor para defender este ponto de vista.

3.1.3 Os fins vitais

A noção de *fim* ou *meta* tem um sentido *fático* e um sentido *ideal*. Como vimos, entre os naturalistas as metas são fatos. Eles defendem uma teleologia não normativa, como faz Boorse na teoria sobre as funções biológicas e sobre a saúde. Para Nordenfelt (1995), em oposição, as metas aludidas são ideais, isto é, pertencem à esfera das aspirações ou desejos.

Ideais, desejos e intenções são conceitos marcantes na teoria de Nordenfelt. Os fins vitais são aqueles intencionados, conscientemente, pelo sujeito, e que formam o tecido da felicidade mínima.⁸⁴Vemos, porém, que a noção de “fim vital”, apesar de altamente individualizada, se restringe à meta biológica da sobrevivência, defendida na teoria funcionalista de Boorse. Alguns fins vitais, diz Nordenfelt, são os “fins vitais básicos”, universalmente implícitos no fenômeno da vida. É o caso da sobrevivência. Por esta razão, a meta de tirar a própria vida nunca será um fim vital na teoria de Nordenfelt. A satisfação de um fim vital é uma condição necessária para a felicidade mínima de A e uma condição

⁸⁴ Nordenfelt (2001) faz referência à *vida minimamente decente* e à *realização de projetos de vida* como sinônimos de felicidade mínima.

necessária para a felicidade mínima de A é que ele esteja vivo (NORDENFELT, 1995; 1999).⁸⁵

Estar vivo é uma condição essencial para ser feliz. Por isso, todas as condições necessárias para manter a vida – comida, habitação e segurança – devem sempre ser consideradas fins vitais. A sobrevivência é uma meta vital básica e estas últimas são denominadas “metas vitais derivadas” ou submetas. Sendo a sobrevivência um fim distante, cada etapa da atividade é uma submeta e, portanto, atingir um fim requer a realização de uma gama específica de submetas.

Nordenfelt (1995) amplia a *teoria das necessidades* acrescentando que a necessidade de comida ou de segurança são “impulsos biológicos” e que o impulso surge quando as necessidades não são saciadas. A existência do impulso é importante para a identificação da necessidade básica. Sempre que há um impulso fisiológico ou psicológico, que desencadeia um comportamento em direção a certo objeto ausente, estamos lidando com uma necessidade básica. Assim, diz o autor, o problema da necessidade básica estaria, em princípio, resolvido pela biologia e pela psicologia empírica.

Para Nordenfelt, a saúde deve ser algo mais do que a habilidade para sobreviver e identifica outras necessidades básicas fundamentais para a saúde. É este “algo mais” que o autor visa com a ideia de “fins vitais”. No caso dos humanos, os fins “saúde” e “sobrevivência” são diferentes. Um sujeito saudável, além de poder viver uma vida sem dores e inibições debilitantes, deve poder realizar projetos como ter um trabalho, ter uma moradia decente, educar os filhos (NORDENFELT, 1995, 2000, 2001).

A grande maioria das pessoas está envolvida em atividades profissionais que garantem a sobrevivência, mas também em atividades políticas, artísticas e outras. Estas podem ser extremamente importantes para o indivíduo e importa pensar se deficiências nestas atividades são sinais de doença. Para Nordenfelt, sim. A seu ver, não parece razoável dizer que todas as doenças ameaçam a sobrevivência ou reduzem nossas chances de sobrevivência. O que pode ser dito de modo razoável é que todas as doenças, em algum sentido, podem reduzir nossa capacidade para agir (NORDENFELT, 2000).

A capacidade de agir segundo os fins vitais é, portanto, o conceito fundamental da teoria de Nordenfelt. Para saber quais são estes fins ele diz que a teoria do *fim subjetivo* é a melhor resposta. Fins vitais são aqueles que o próprio sujeito determina. Entretanto, tais metas não são necessariamente conscientes. Em alguns casos, a autoridade do indivíduo para definir

⁸⁵ Nota-se que para que uma pessoa seja considerada doente e não apenas com a saúde diminuída é preciso que os fins vitais básicos – os fins requeridos para a sobrevivência – sejam ameaçados (NORDENFELT, 2007).

quais são os seus fins vitais é ameaçada. Desse aspecto, Nordenfelt discorda de Pörn e Whitbeck, que julgam suficiente perguntar ao sujeito quais são as suas metas para determinar as metas vitais. Há situações em que o sujeito não pode responder a estas questões. Apenas no caso típico, a pessoa está habilitada a descrever ou justificar suas escolhas, projetos, intenções etc. Como nota Nordenfelt (1995, 2001), em algumas situações a finalidade não se enquadra na classe dos fins vitais. É o caso dos fins compulsivos ou dos desejos que prejudicam a formação ou execução de metas.

Pergunta-se se o projeto de vida pode ser levado em consideração quando, por exemplo, o objetivo do sujeito é fazer uso de cocaína e esse objetivo é bem-sucedido. Poderíamos chamá-lo de saudável? Neste caso há um sistema de autossatisfação que coloca em risco os objetivos de sobrevivência e reprodução, além da realização de outros fins. Outro exemplo é o da ameaça externa. Uma pessoa ameaçada com uma arma é forçada a executar várias ações, que são racionais e úteis, apenas no contexto da coação sofrida.

A conclusão é que metas são fins vitais somente quando existe liberdade de escolha. Mesmo assim, a liberdade de escolha e a intenção de realizar o que se escolheu não bastam. É preciso que o fim tenha como resultado a felicidade mínima. Se o sujeito tem como meta algo que impede o alcance da felicidade mínima, então esta meta não pode ser uma meta vital. Se o fim não tem como resultado a felicidade mínima, é “contraprodutivo”. Ainda que num primeiro momento seja responsável pela felicidade do sujeito, em longo prazo leva à infelicidade. O alcance do fim, por exemplo, comer muitas balas, pode resultar em dor estomacal e mal-estar geral da pessoa. Este fim, diz Nordenfelt (1995), apesar de ser desejado e alcançado, causa infelicidade por mais tempo do que causa prazer. Outro exemplo é a decisão de ir a um bar e beber na véspera de um concurso importante, de modo a prejudicar a realização do concurso. Para o autor é incontestável que se a pessoa pudesse escolher ela escolheria fazer o concurso e não beber no bar. Fim vital, por conseguinte, é aquele que, em caso de conflito, é escolhido como prioritário em relação à meta da felicidade mínima.

Fins triviais também são considerados por Nordenfelt (1995) como “não vitais”. O autor chama de fins triviais aqueles que não constituem as bases para o bem-estar do sujeito e para o alcance da felicidade mínima. Fins triviais, em geral, não colidem com os fins vitais. Sua realização pode produzir satisfação sem prejudicar os fins básicos. Mover um objeto de um lugar a outro e coçar a perna são alguns exemplos. Não são fins vitais porque sua satisfação é momentânea e nem contribui nem compromete obrigatoriamente a felicidade do agente. Após terminar a ação, o processo não tem qualquer importância.

Considera-se, todavia, o caso de “beber chá”, se esta bebida for, em circunstâncias excepcionais o único meio disponível contra a desidratação. Beber chá, apesar de parecer trivial pode ser um fim vital, porque é necessário para a nutrição que a pessoa beba algo. Tomar chá neste contexto é uma condição necessária para o fim vital da sobrevivência. Assim, o fim “trivial” torna-se um fim vital se for uma condição necessária para satisfazer um fim vital. A questão sobre se algo é um fim vital depende de julgamentos sobre a provável relação entre a realização do fim e a felicidade mínima.

Partindo da premissa de que os fins vitais são determinados individualmente é fácil entender que a busca por um fim não usual não é, na teoria de Nordenfelt (1995, 2004), um sinal de doença. Pensemos na situação hipotética em que a vontade do indivíduo é escalar o Monte Everest, tornar-se medalhista olímpico ou navegar pelo mundo em um pequeno barco. Apesar de não usuais, tais metas não são sinal de doença. Mas em alguns casos, perseguir um fim incomum – assim como alguns fins usuais – pode *criar* doenças. Isso ocorre se a busca pela meta danifica o corpo ou a mente do agente⁸⁶ ou se a energia gasta para sua realização impossibilita a execução de outros fins vitais. Da mesma forma, a incapacidade para atingir fins usuais não é necessariamente sinal de doença se estes fins não forem fins vitais para aquele sujeito em particular.

Mas, como defender uma teoria em que as metas vitais e a felicidade dependem de escolhas subjetivas e, ao mesmo tempo, explicar os casos em que a pessoa deseja algo autodestrutivo? A forma com que Nordenfelt enfrenta esta dificuldade é postulando que as pessoas não têm pleno acesso epistêmico às suas vidas emocionais. Sentimentos “superficiais” podem bloquear a compreensão do que a pessoa “realmente” sente, no nível “profundo” (NORDENFELT, 2001). Isso dificultaria o entendimento do que deve ser cumprido para atingir a felicidade. Existem “decisões irracionais” (NORDENFELT, 1995) em que o julgamento do sujeito está prejudicado. Nestes casos, o suplemento de julgamentos externos é imperativo para que o agente tome consciência de seus fins realmente vitais.

Portanto, segundo o autor, são as próprias pessoas que devem dizer se estão em boa saúde ou não. Mas para isso devem ser “adultos normais” com razoável acesso epistêmico a suas emoções. Satisfeita essa cláusula, a avaliação sobre se a pessoa está saudável ou não concerne ao próprio sujeito e não a profissionais de saúde ou quaisquer outras pessoas. Aos profissionais de saúde cabe apenas a decisão sobre *o que* se pode fazer para aprimorar a saúde da pessoa e o que não *se* deve fazer. Os adultos normais conhecem melhor as circunstâncias

⁸⁶ Habilidades básicas são as necessárias para atingir as metas vitais básicas, isto é, aquelas que dizem respeito à sobrevivência.

que favorecem suas vidas. Esta é a razão epistêmica que permite dizer que os adultos normais podem determinar seus fins vitais e fazer julgamentos sobre seus níveis de felicidade, enquanto crianças, idosos e doentes mentais não. Estes têm pouco acesso epistêmico sobre os limites da própria saúde. Nestes casos, o julgamento dos próximos é mais confiável para caracterizar o conjunto de metas vitais e o nível geral de felicidade.

Na teoria de Nordenfelt, três características permitem discriminar entre as metas perseguidas, as que são triviais, das que são contraproduativas e/ou prejudiciais: a durabilidade da felicidade, a liberdade de escolher as metas e a “racionalidade” da decisão. Mas, metas vitais têm ainda outra dimensão fundamental. Além de contribuir para a felicidade, não devem ameaçar as metas biológicas e devem ser duráveis e alcançáveis pelo próprio sujeito.

Por fim, podemos dizer que a definição completa de saúde de Nordenfelt (1999; 2000) é: *A está completamente saudável se, e somente se, A se encontra em um estado físico e mental tal que A tenha a capacidade de segunda ordem, em circunstâncias aceitáveis, de realizar o gênero de coisas que são necessárias e suficientes para a felicidade mínima e durável de A.*

Portanto, torna-se imprescindível entender o sentido da noção de “felicidade mínima” a fim de precisar quais metas subjetivas são pertinentes para o conceito de saúde.

3.1.3.1 Felicidade mínima

A teoria da saúde de Nordenfelt se ancora no conceito de felicidade, o que torna imprescindível entender que tipo de entidade é a felicidade. Sendo a felicidade um estado subjetivo, é possível objetificá-la e mensurá-la? A felicidade é determinada pelo próprio sujeito ou por terceiros? Essas são algumas das muitas perguntas que surgem a partir da consideração da felicidade como fim a ser atingido e como elemento para a caracterização do estado saudável. Evidentemente há inúmeras dificuldades práticas em avaliar o sentimento de felicidade de uma pessoa em particular, e este é um dos pontos fracos da teoria de Nordenfelt.

São várias as teorias filosóficas sobre a felicidade. Nordenfelt não propõe uma teoria da felicidade, mas aproveita noções elaboradas por outros para dar suporte a sua teoria da saúde. Como exemplo, citamos o uso que ele faz de Aristóteles. Aristóteles é mencionado como um pensador que serve de polo para marcar a diferença de Nordenfelt.

Para Aristóteles, o fim por excelência da existência humana é a realização plena de seu próprio ser. *Eudaimonia*, comumente traduzida por “felicidade”, “bem-estar” ou “sucesso” é o

conceito aristotélico que corresponde ao exercício ativo dos poderes da alma (virtuosa) em conformidade com a razão. É um estado completo e autossuficiente, um fim a ser atingido por si mesmo.

Ergon (função) é o conceito chave usado por Aristóteles para descrever o conteúdo da felicidade ou a autêntica atividade do homem. Para ele, todas as entidades do mundo têm uma função e o propósito de cada objeto ou ser é realizar a sua função. O fim de uma pessoa reside no produto de sua atividade, no seu trabalho, e a *eudaimonia* é a atividade que determina a *função* do sujeito no mundo. Na perspectiva de Aristóteles, a melhor vida concebível é aquela em que o sujeito exerce sua função da melhor forma possível (MARTINS, 1994).

Do filósofo grego, Nordenfelt aproveita a ideia de *florescimento* para afirmar que a saúde está articulada com a ideia de “felicidade com a vida como um todo”. Porém, distancia-se dele na compreensão da felicidade como um fim em si mesmo ou como resultado de uma vida moral ou virtuosa. Também discorda de Aristóteles em relação à ideia de que o mundo é uma estrutura teleológica e que todos os objetos têm funções que são suas essências.

Para Nordenfelt, a felicidade é uma emoção, claramente dependente das metas do indivíduo. Por isso, é impossível descrever a condição emocional da pessoa simplesmente descrevendo seus estados externos. Nordenfelt (1993, 1994, 2001) aproxima-se das versões modernas, as quais compreendem a felicidade como um estado e não como uma atividade. A felicidade, em sua opinião, é um conceito subjetivo que implica, necessariamente, um *sentimento* de felicidade. Entretanto, não obstante a primazia concedida ao estado sentimental, Nordenfelt não anula a ideia de *atividade*. Acrescenta-se também que o autor, assim como os utilitaristas, entende a felicidade não como um prazer temporário, mas como um sentimento duradouro e consistente, como uma emoção.

A noção de felicidade – e de meta vital – de Nordenfelt é inspirada nos trabalhos de Tatarkiewicz, Telfer e Griffin, defensores da abordagem descritiva mais difundida desses conceitos (Feldman, 2008). Estes autores entendem a felicidade como satisfação sustentada, completa e justificada com a vida como um todo. Nesta concepção, uma pessoa está feliz se julga que aspectos importantes de sua vida correspondem a suas expectativas. Nordenfelt concorda com esta visão e especialmente com a versão de Tatarkiewicz, que opta por uma concepção de satisfação que envolve tanto o elemento intelectual como o emocional.

Nordenfelt (1993, 2001) aproveita a ideia de felicidade como satisfação com a vida e a complementa com a de felicidade conceitualmente conectada com os desejos e as metas do ser humano. Alguém é feliz quando realiza o que deseja, isto é, quando sua intenção é lograda

e, desse aspecto, adere à teoria da felicidade baseada na vontade. Felicidade é a emoção derivada do equilíbrio entre a vontade do sujeito e as suas condições de vida.

Qual é, então, a relação entre saúde e felicidade na teoria de Nordenfelt? Como vimos, a saúde como habilidade de um indivíduo de realizar os fins que busca é um importante componente da felicidade. Mas, de acordo com Nordenfelt, a saúde não pode ser compreendida como a capacidade de alcançar metas que levem à *completa* felicidade. A relação entre saúde e felicidade se refere ao alcance da *felicidade mínima*. Estar saudável é ter capacidade de cumprir as metas que são necessárias para atingir o *grau mínimo de felicidade*.

A felicidade mínima, contudo, é um juízo de valor e não um dado científico. O nível de felicidade mínima é uma função das metas vitais, as quais são as metas mais importantes para um sujeito em particular. Nordenfelt (1994, 2001) reconhece que a “preferência” em relação à própria vida não é um tipo de julgamento que pode ser avaliado objetivamente. Mas, se a felicidade mínima resulta da realização das metas vitais de uma pessoa, poder-se-ia pensar que não pode haver uma “teoria do bem-estar”. Porém, para o autor, teorizar sobre o “bem-estar” não implica definir com precisão e de modo apriorístico o que é o bem-estar. Implica, diferentemente, em dizer que a noção de bem-estar é importante na avaliação do estado saudável.⁸⁷

Pautar a avaliação da saúde pela realização de metas que levam ao bem-estar implica pensar quem tem autoridade para afirmar quais são as metas relevantes e quem responde pelo bem-estar. Se é o próprio sujeito quem define suas metas, como avaliar a pessoa pouco inteligente e com baixo grau de vitalidade, que estabelece poucas e primitivas metas? Do ponto de vista da satisfação dos fins, se esta pessoa for capaz de alcançar estas metas, é uma pessoa feliz e saudável. Mas, diz Nordenfelt (1989), isso não é suficiente. A “felicidade real” pressupõe um mínimo de complexidade e sutileza. Não basta cumprir metas escassas e rudimentares, porque estas não preenchem os requisitos da felicidade humana mínima ou do mínimo de bem-estar humano.

Nordenfelt (1994) busca certa universalização ao dizer que o julgamento da qualidade de vida não é apenas o sentimento de felicidade sentido, mas o merecimento percebido autorizado pelo meio. Vemos que o autor busca o reconhecimento dos outros do que é uma vida boa. Neste sentido, é possível aplicar a teoria do bem-estar a casos graves, em que a pessoa está inconsciente, não pode se comunicar ou é completamente incapaz de mover-se.

⁸⁷ O autor iguala felicidade à qualidade de vida, mas não elabora o significado de qualidade de vida.

Ademais, segundo o autor, para caracterizar a felicidade não se podem considerar apenas os desejos atuais. Devem-se considerar os desejos potenciais, isto é, desejos que surgiriam caso a pessoa se tornasse consciente de outras possibilidades de vida. Tal afirmativa advém da intenção de Nordenfelt de pontuar que em certas circunstâncias, a pessoa pode ter suas modestas expectativas atendidas de tal forma que seja, de certo modo, completamente feliz. Mas Nordenfelt (2000) afirma que tal pessoa não é tão feliz quanto poderia ser se seus talentos virtuais fossem despertados. Se a pessoa os descobre e é capaz de realizá-los viverá uma vida mais rica.

Interessa notar que Nordenfelt não considera uma pessoa que define fins muito baixos para si necessariamente como doente, pois reconhece que as pessoas têm expectativas muito diferentes com respeito à vida. Assim, a saúde, na teoria do autor, depende até certo grau do nível de expectativa da pessoa, o que cria um problema. Pode ocorrer, por exemplo, que quanto mais uma pessoa exigir da vida mais chances terá de se frustrar e cair em um estado de má saúde. Na teoria de Nordenfelt a pessoa que tem expectativas pequenas tem mais facilidade de ser feliz do que a pessoa que possui grandes expectativas. Para ele, é isto que uma análise apropriada de felicidade deve ser capaz de expressar.

Segundo Nordenfelt, a pessoa que define fins muito baixos para si só é doente se não for capaz, por razões internas ao seu corpo ou sua mente, de definir fins que são idênticos a seus fins vitais. Mas uma pessoa com “poucas e simplórias” metas não pode ser considerada saudável se estas metas destoarem muito da cultura em que ela está inserida. Pessoas da mesma cultura tendem a fazer uma avaliação parecida sobre o que é uma vida boa, do ponto de vista do bem-estar. Há certo consenso sobre os graus mínimo e desejável de bem-estar. Este, entre outras coisas, diz Nordenfelt (1995), equivale a especificar o que é considerada a fronteira entre a saúde e a doença.

Importa notar que se poderia pensar que a teoria de Nordenfelt faz um *link* direto entre saúde e adaptabilidade, isto é, a pessoa seria saudável se tivesse a capacidade para lidar com a situação em que se encontra. Isso traria um grande problema teórico, caso a situação em que a pessoa se encontrasse no momento fosse ruim e necessitasse de mudança.

Pensemos no caso de um alcoólatra. É legítimo dizer que as habilidades exigidas para viver tal vida constituem o padrão para julgar o estado de saúde da pessoa? Nordenfelt (2000) diz que não. O que importa não é o que “a situação exige”, mas o que são as “metas vitais” de uma pessoa. Este conceito dá conta das ambições das pessoas com respeito a mudanças.

Isto dito, é fundamental pontuar que o termo “felicidade mínima” é apenas uma construção terminológica usada a fim de satisfazer requerimentos de exatidão e parece impossível utilizá-lo de modo “técnico”. Por esta razão, Nordenfelt é criticado duplamente. O fato de não fornecer uma descrição precisa da felicidade faz com que alguns autores argumentem que tal vaguidade é uma fragilidade em sua teoria. Outros acham equivocado buscar uma definição para a felicidade, pois a mesma deve ser deixada a cargo dos sujeitos individuais ou dos poetas e não dos cientistas ou dos filósofos.

O tema é complexo e não definir a felicidade parece uma saída mais razoável do que tentar defini-la objetivamente. Nordenfelt mantém que o conhecimento psicológico empírico é indispensável se quisermos dizer algo sustentável sobre as chances que alguém tem de ser feliz. A grande preocupação do autor é levar em consideração a individualidade sem se restringir a ela.

Mas essa não é a única dificuldade da teoria de Nordenfelt. Podemos facilmente argumentar que a felicidade é um sentimento sobre o qual não possuímos controle e pode aparecer em situações extremamente surpreendentes. Todavia, esse não é o sentido de felicidade adotado por ele. Para o autor, a felicidade não é apenas uma sensação, o que garante o grau de “cientificidade” que ele busca. A felicidade, diz, possui necessariamente um objeto. A pessoa pode não estar consciente do objeto, mas isso não faz com que ele não exista (NORDENFELT, 2000).

Nordenfelt distingue prazer de felicidade. O sentimento de felicidade é diferente de uma *sensação* (como a dor). A sensação pode ser corporalmente localizada, pressupõe a não existência de reflexão e não possui necessariamente objetos. A felicidade é diferente; é uma *emoção*, sem referente corpóreo. Emoções são sentimentos que contêm um elemento de reflexão, ou seja, são conceitos cognitivos. As emoções não podem ser localizadas no corpo, e, em geral, são direcionadas a objetos que estão localizados externamente à pessoa. É o caso do amor. A felicidade é diferente. Em geral, um homem feliz está feliz *por* ou satisfeito *com* algo.

Nordenfelt (1995) diz então que há os usos “molecular” e “molar” do termo felicidade. Se alguém está feliz devido a um simples fato ou à realização de uma ação específica, dizemos que se trata da felicidade molecular. Este sentido de felicidade é sinônimo de satisfação. Se alguém está feliz com sua situação na vida, o objeto formal da felicidade é a existência da pessoa como um todo. Este é o sentido “molar” e mais geral de felicidade. Neste caso, a pessoa acredita que sua situação de vida contribui substancialmente para a realização

de seus desejos. Estes dois sentidos de felicidade como emoção⁸⁸ realçam a dimensão intencional, dirigida à realização de metas.

Importa notar que não se pode dizer que a saúde é suficiente ou necessária para a felicidade mínima. O autor reconhece que a saúde implica apenas certa habilidade e não a ação correspondente. A saúde não é suficiente para a felicidade porque a habilidade em cumprir os fins não significa que a pessoa irá cumpri-los. Uma pessoa perfeitamente saudável pode não ser feliz. A pessoa pode escolher não realizar os fins vitais ou pode haver circunstâncias excepcionais ou desfavoráveis, como estados de guerra, que impossibilitem a realização dos fins e o alcance da felicidade de pessoas saudáveis. O ponto crucial é *ser capaz* de ser feliz, de realizar os fins vitais.

Podemos dizer também que a saúde não é necessária para a felicidade porque os fins podem ser alcançados por outros meios, como por exemplo, pela ação de outras pessoas. Isso é parte da proposta dos cuidadores que visam *compensar* a falta de habilidade dos pacientes para o alcance dos fins e para o bem-estar deles. Assim, pessoas com a saúde prejudicada podem ser felizes se a incapacidade para realizar as metas vitais puder ser compensada ou assumida por outras pessoas.

Muitas questões permanecem abertas na teoria de Nordenfelt. O que é a felicidade mínima ou “real”? O que são os fins vitais? Por um lado, os fins são vitais se o alcance deles é necessário para um nível mínimo de bem-estar, isto é, de felicidade e, por outro, atinge-se a felicidade se os fins vitais são alcançados. Parece haver certo grau de circularidade na teoria de Nordenfelt. Vemos que o autor não quer restringir os fins vitais à sobrevivência e à reprodução individual, mas não diz quais são estes outros fins. Repete que são aqueles que garantem a felicidade mínima, mas não diz o que é afinal a felicidade mínima. A noção de bem-estar parece dar conta desses limites, mas, ainda assim, o bem-estar é um sentimento privado, individual. Pode ele ser a base de uma teoria científica, geral, da saúde?

Nordenfelt (1995) enumera quatro considerações gerais sobre a natureza e o estatuto da valoração do bem-estar que mostram que a possibilidade de uma ciência médica não está ameaçada pela relatividade da definição das metas vitais e das circunstâncias padrão. São elas: (1) A avaliação não é arbitrária, mas, ao contrário, pode ser realizada por métodos empíricos e com tanto rigor quanto uma investigação científica. Trata-se de avaliar se uma

⁸⁸ Nordenfelt identifica que há sensações de prazer derivadas de experiências que não são desejos preconcebidos. Também refere que há estados de felicidade que não têm objeto. São *humores* (*moods*) de felicidade.

capacidade está adaptada às metas da pessoa; se a pessoa tem êxito em realizar o que ela mesma definiu. Essa avaliação, diz, é de natureza empírica e causal; (2) As avaliações estão em um contexto social dado, sendo realizadas sobre a base de uma cultura comum, o que facilita o juízo sobre os graus mínimos de bem-estar; (3) As avaliações podem ser explícitas e objeto de decisões motivadas. Um conflito de opiniões pode ser teoricamente resolvido se os oponentes tomam uma decisão comum a propósito de critérios que definem a felicidade mínima e são capazes de formulá-los em termos intersubjetivamente verificáveis e (4) Há um juízo secundário de saúde e de enfermidade que não é em si mesmo axiológico. Isso ocorre quando atribuímos saúde a alguém com antecedentes de critérios padrão que provavelmente foram objeto de uma decisão. Trata-se de aplicações teóricas de normas e valores estabelecidos por outros avaliadores.

3.2 Análise conceitual e definição em saúde

Em desacordo com Canguilhem, que é da tradição da filosofia continental e, sobretudo do “estilo francês” em filosofia das ciências e, portanto, mescla enfoques epistemológicos e históricos, Nordenfelt segue o estilo filosófico da filosofia analítica para definir os conceitos de saúde e doença e determinar um sentido geral para estes conceitos. Assim como Boorse, Wakefield e Fulford, o autor faz uso do método da análise conceitual, um método tipicamente anglo-saxão que consiste em explicitar o conceito que corresponde às intuições do uso ordinário ou popular (GIROUX 2011; 2012)⁸⁹. Cada um, à sua maneira, os autores defendem a utilidade da análise conceitual para a definição da saúde e da doença e adotam uma visão clássica do conceito em que sua estrutura é caracterizada por uma pequena lista de condições necessárias e suficientes. Este é o caso de Nordenfelt.

O autor pretende se distanciar de um nominalismo extremo que afirma não haver nenhum conceito de saúde claramente definido ou nenhuma unidade de significação. No intuito de se diferenciar da versão forte do normativismo e das análises relativistas sobre o conceito de saúde e doença, Nordenfelt busca um conceito geral, fundamental e único de saúde que transcenda as diferenças culturais e sociais. Porém, apesar de acreditar na existência de uma estrutura conceitual comum do conceito de saúde, reconhece que as controvérsias quanto à definição de condições como doentes ou saudáveis são inerentes ao

⁸⁹ O estilo da análise conceitual adotado por Nordenfelt é da reconstrução racional da teoria, típica do empirismo lógico (GABBAY *et al.*, 2011).

processo de definição. O intuito do autor é analisar as categorias ou conceitos gerais refletidos na linguagem, isto é, a forma como dada cultura emprega os termos saúde e má saúde.

Desde os primeiros trabalhos, Nordenfelt identifica que a análise conceitual não pode determinar se uma pessoa em particular está doente ou não. O interesse do autor é precisar um conceito teórico e geral da saúde que deixa indeterminada a fronteira precisa entre saúde e doença em nível individual. Nordenfelt (2000) reconhece que quase todos os conceitos comuns são vagos e oferece um exemplo filosófico clássico para ilustrar a vaguidade inerente à análise conceitual: o caso da calvície. A intuição linguística diz que a pessoa é calva quando não possui cabelo. Mas a pessoa seria calva mesmo se possuísse alguns poucos fios de cabelo? Quantos fios de cabelo pode a pessoa ter na cabeça e ainda assim ser considerada calva? Não há uma resposta correta para esta pergunta, que só pode ser determinada por um acordo pragmático.

A perspectiva pragmática adotada pelo autor não é ameaçada pelo termo “natureza” da saúde, referido em inúmeros trabalhos. Em *On the Nature of Health*, um de seus livros mais importantes, Nordenfelt faz uso do termo “*nature*” com o intuito de designar uma unidade de significação e não uma unidade real da entidade “saúde” (GIROUX, 2011). Nordenfelt limita o papel da definição à essência nominal, adotando a versão moderada do nominalismo. Visa, assim, encontrar um conceito fundamental de saúde, um núcleo semântico do qual derivam outros conceitos relacionados, e se autoriza a corrigir os usos incoerentes desses termos.⁹⁰ O conceito “saúde” é, portanto, um conceito do tipo “semelhança de família”. Ele deve ser pensado levando em consideração versões técnicas e discursos variados como o ordinário, o administrativo, o científico, o médico e outros (NORDENFELT, 1995).

Portanto, Nordenfelt também visa a reconstrução lógica, refinando as fronteiras do conceito de saúde. O autor se interessa pelas relações lógicas entre os conceitos de saúde e o de felicidade, entre saúde humana e de outros animais, entre a saúde física e a saúde mental, entre saúde e ambiente e também pelo lugar dos conceitos de saúde na ciência. Desta forma, sua abordagem não pode ser caracterizada como pertencente à filosofia da ciência em geral ou à ciência médica em particular. Trata-se, diz Nordenfelt (1993a; 1995), de uma filosofia da saúde ou do bem-estar relacionada com noções morais e políticas, sendo um ramo da filosofia da ação.

A procura por características distintivas do conceito geral de saúde é uma tarefa fundamental para Nordenfelt. O autor reconhece, no entanto, que qualquer conceito está longe

⁹⁰ Apesar de abrir espaço para uma definição por estipulação, Nordenfelt rejeita uma definição integralmente estipulativa.

de envolver tudo o que pode ser dito sobre saúde e má saúde. Seu intuito não é afirmar *o que é* a saúde e *o que é* a doença da forma como estes termos são usados em patologia ou pelos médicos, como faz Boorse. Ele visa descrever o uso ordinário do termo “saúde” e reconstruir o conceito de modo a torná-lo facilmente usável na comunicação sobre saúde e fenômenos relacionados. Para Nordenfelt, o uso mais concreto do conceito de saúde ocorrerá se ele puder tornar-se um fator vivo no trabalho diário de cuidado em saúde, ou seja, se ele puder formar a base dos julgamentos de saúde que os profissionais do cuidado realizam em suas práticas diárias (NORDENFELT, 2001).

Assim, é evidente que a análise conceitual de Nordenfelt não pode definir com precisão quais são as metas vitais da saúde. O que ela pode, no máximo, é mostrar que a especificação das metas vitais deve ser deixada à avaliação do bem-estar que, a seu ver, é uma avaliação *sui generis*. A avaliação sobre os graus mínimos de bem-estar é realizada sobre as bases de uma cultura comum, mas os valores ligados às metas vitais são muito mais egocêntricos, isto é, relacionam-se com a satisfação do próprio agente e não necessariamente com a prescrição da sociedade (GIROUX, 2011).

O autor, ao priorizar a dimensão individual na avaliação do bem-estar tenta evitar o rótulo de relativista. Em algumas passagens, por isso, busca defender a tese que o conceito de *capacidade* não está atrelado à valoração moral, o que é altamente questionável. Nordenfelt (2001) afirma que a saúde é definida como *capacidade* e não como *atividade* ou *comportamento* precisamente porque estes são conceitos utilizados no terreno da moralidade e a capacidade não. Em seu entender, distinguir entre capacidade e atividade ou ação significa afastar confusões entre saúde/doença e moralidade/imoralidade. Em sua concepção, o mentiroso conta mentiras, mas é *capaz* de falar a verdade. O criminoso comete crimes, mas é capaz de não cometê-los. O doente, ao contrário do saudável, tem uma *incapacidade interna*. Se as ações desviantes resultarem de uma incapacidade para seguir as regras, então o sujeito tem uma deficiência e é isento de responsabilidade legal ou moral.

A tentativa de Nordenfelt de afirmar a capacidade como um termo não valorativo parece simplista. Ele mesmo afirma que não é qualquer incapacidade que consideramos como patológica, mas apenas aquelas referidas ao alcance dos fins vitais. Refere também que não é o alcance de qualquer fim vital que nos torna saudáveis. A noção de capacidade é imbuída de valores que são positivados individual e socialmente.

Portanto, é mais interessante pensar que avaliar a saúde significa avaliar se uma capacidade está adaptada às metas da pessoa. Nordenfelt (2001) entende que a saúde, em si,

pode ser um conceito puramente descritivo. Na afirmação de um estado de saúde *S*, Nordenfelt relaciona as capacidades pessoais em relação aos fins vitais e ao ambiente padrão. Seja qual for a natureza das metas ou do ambiente, a afirmativa é descritiva. A frase pode ser descritiva apesar de alguns fatos referenciados serem em si mesmo valorativos. Uma pessoa que diz “sou saudável” está afirmando algo referente a valores. Mas dizer “A está saudável” é uma afirmativa descritiva. A frase refere-se a uma valoração, mas não é, em si, valorativa. Dizer que *A* tem a habilidade necessária para alcançar o nível de felicidade que *A* avalia como minimamente adequado não é fazer uma declaração valorativa. A valoração está presente na expressão e na designação da saúde pela primeira pessoa, mas uma vez feita a valoração, a afirmação da terceira pessoa torna-se descritiva. O mesmo pode ser dito em relação à definição das circunstâncias padrão.

Ademais, segundo o autor, o núcleo conceitual que constitui o conceito fundamental e geral de saúde não se modifica após a consideração dos valores morais. A variação, diz Nordenfelt, é referente ao que faz parte das metas vitais e não à significação das noções de *meta vital* ou *saúde*. Em outras palavras, a variação está no conteúdo dos termos de uma relação, e isto não implica na modificação da relação em si. O conteúdo preciso do conceito de saúde pode variar de acordo com o contexto, mas o significado do conceito se mantém.

Podemos concluir que Nordenfelt não nega que o conceito de saúde que propõe possui fronteiras abertas, mas não julga que isso é um problema que deve ser resolvido em sua teoria. Ao contrário, diz que o conceito parte da linguagem comum e, assim, jamais terá uma interpretação exata. Em sua análise básica, o autor pretende reter esta abertura e, ao mesmo tempo, realizar uma clarificação indicando as características da mesma.

3.3 Fulford e a Teoria Reversa da Doença

A teoria de Fulford é muito mais elaborada do que apresentaremos nesta tese. Assim como expusemos apenas a parte da teoria de Wakefield sobre a doença mental que se aproximava da teoria geral de Boorse sobre a doença orgânica, analisaremos apenas a parte do trabalho de Fulford que conversa com a tese de Nordenfelt. Nossa intenção, portanto, não é oferecer uma síntese do pensamento de Fulford. Em suas teses, interessa-nos apenas a apropriação que faz da moderna teoria filosófica da ação para lidar com a conceitualização da doença mental.

Fulford é psiquiatra e professor de Filosofia e Saúde Mental na faculdade de filosofia da Universidade de Warwick, no Reino Unido. Os principais temas investigados pelo autor são filosofia da psiquiatria, ética médica, filosofia moral e filosofia da ciência. Preocupado com o uso dos conceitos médicos na prática psiquiátrica, ele é um dos principais críticos da abordagem naturalista dos fenômenos mentais. Em seus escritos costuma fazer contundentes críticas às abordagens de Boorse e Wakefield que delimitam a fronteira entre o normal e o patológico, buscando conceitos “livres de valor” com base na teoria evolucionista.

Segundo Fulford (2001), ambos os autores usam a linguagem valorativa para se referirem aos conceitos supostamente “livres de valor” que embasam suas teorias: a disfunção e a doença (*disease*). Como Nordenfelt, Fulford afirma que o termo “disfunção” biológica, ao contrário do que defende o projeto de naturalização filosófica, inclui um elemento valorativo essencial no significado. Mais radicalmente, o autor (FULFORD, 1989) afirma que mesmo o termo “função” possui tal elemento oculto, à primeira vista. Segundo o autor, os pretensos efeitos para os quais os objetos funcionais biológicos foram projetados não são autoevidentes. Ao contrário, são estabelecidos pelos biólogos. É deste prisma que Fulford discute sobre a teleologia e a finalidade dos traços biológicos.

Fulford (1989) mostra que Boorse costuma fazer uso do termo “deficiência” – que é claramente um termo valorativo – quando diz que as doenças são “deficiências na eficiência típica funcional do corpo” ou quando adiciona o critério causal – o ambiente – se referindo ao ambiente “hostil”. Sobre Wakefield, Fulford (1999) diz que o termo “falha” em “falha de um mecanismo interno” é ambíguo, por ter um sentido factual e um sentido valorativo. O sentido valorativo é o empregado quando dizemos que alguém “falhou no exame” e o não valorativo é exemplificado pela noção de “estrelas fracassadas” em referência às estrelas marrons anãs⁹¹. Mas, Fulford diz que é o sentido valorativo de “falha” que predomina na definição original de Wakefield.

Para o autor (2001), muitas dificuldades na prática médica e psiquiátrica são resultado da obscuridade dos conceitos de doença – *illness* e *disease* – sobretudo devido à lacuna existente entre o *uso* e a *definição* desses conceitos. Para isso, tenta criar uma teoria interdisciplinar que aproxime as necessidades práticas da medicina dos interesses teóricos da filosofia.

⁹¹ Uma anã marrom, por ter uma massa superior à de um planeta, mas não tão massiva quanto à de uma estrela, são consideradas estrelas fracassadas. Por causa dessa característica são vistas como o “elo perdido” entre planetas gigantes gasosos e estrelas.

Partindo da ideia de que a comunicação entre os trabalhadores de saúde mental é prejudicada pela falha em reconhecer as diferentes formas de entender a doença mental, Fulford desenvolveu em parceria com Tony Colombo e Nordenfelt o projeto denominado *Models Project*⁹². O projeto visa recensear os usos ordinários dos termos médicos na prática diária, investigando a rede conceitual implícita nestes usos e analisar a extensão em que o uso corrente difere dos modelos que os profissionais acham que usam.

Os autores combinam técnicas empíricas das ciências sociais – entrevistas semiestruturadas com os agentes de saúde mental – com a filosofia linguística de John Austin⁹³ para identificar e caracterizar os modelos implícitos envolvidos na comunidade de cuidados de esquizofrênicos crônicos. Observam que a impressão deixada pelos livros texto em psiquiatria de que todos têm um conceito biopsicossocial mais ou menos homogêneo da doença mental é falsa. Fulford, então, propõe um estudo bastante diferente de Boorse. Enquanto Boorse visa apreender o conceito técnico presente nos livros médicos, Fulford visa analisar os modelos implícitos da doença que estruturam a prática da saúde mental.

Nas pesquisas de Fulford, é evidente a preocupação com as conexões potencialmente ricas entre a filosofia e a prática em saúde mental. Em particular, o autor analisa as formas pelas quais os valores estão envolvidos com a avaliação e com o diagnóstico em medicina, sobretudo em psiquiatria, preocupando-se com os aspectos éticos do tratamento. Segundo Fulford (1993b), apesar de os problemas da filosofia serem conceituais e não empíricos, no caso da reflexão sobre o cuidado em saúde, são problemas práticos. Assim, entende que, mesmo que a teoria sobre a saúde e a doença tenha consistência interna, se não fizer qualquer diferença para a prática, é necessariamente suspeita.⁹⁴

O método utilizado pelo autor é o da filosofia da linguagem ordinária ou análise linguística que visa correlacionar a fala com o significado “real” do que se diz. A análise linguística é baseada na observação cuidadosa dos dados linguísticos, incluindo as formas nas quais e os propósitos para os quais os conceitos são empregados em uma situação qualquer da vida. A ideia desse método é descrever a “geografia lógica” dos conceitos em determinada

⁹² Tony Colombo é cientista social e coordenador do *Models Project*.

⁹³ John Austin é um filósofo da linguagem britânico e foi a principal figura do movimento conhecido como “filosofia linguística” ou filosofia da “linguagem comum” (BLACKBURN, 1997).

⁹⁴ Segundo Fulford, as três áreas práticas beneficiadas por este tipo de teoria são a clínica, o ensino e a pesquisa. Em cada caso a sua teoria oferece um recurso conceitual ampliado sugerindo novos modelos, métodos e resultados.

área do discurso (RYLE, 1980 *apud* NORDENFELT, 2001). Portanto, assim como a ciência, este método inicia-se pelos fatos, mas por fatos do uso linguístico.

A grande inspiração de Fulford é John Austin. Este autor defende o exame da forma como as palavras são normalmente utilizadas como meio de elucidar o significado que eles possuem e evitar confusões filosóficas. Assim como Austin, Fulford (1989) confia que as pessoas *usam* melhor os conceitos do que os *definem*. Portanto, estes autores privilegiam a exploração dos *usos* que um conceito adquire na linguagem concreta em oposição a sua definição mais abstrata, como via de acesso a seu significado.

Nota-se que a intenção de Fulford é mais delimitada que a de Wakefield. Enquanto Wakefield, na tentativa de clarificar e analisar o conceito de doença mental, propõe uma teoria para o transtorno mental, Fulford (2001) diz que sua filosofia tem motivação descritiva e não explanatória. A filosofia da linguagem ordinária constitui o primeiro momento na abordagem de questões conceituais; é um instrumento para iniciar o debate de problemas filosóficos. Particularmente na saúde mental, Fulford confia na utilidade do método, pois torna mais claras as características dos conceitos relevantes na área.

Em comparação com os objetivos de Nordenfelt, Fulford parece também ser menos pretensioso. Fulford persegue a análise da linguagem ordinária; Nordenfelt, a análise conceitual com o propósito explícito de construção teórica. Fulford pretende chegar a conclusões que sejam próximas às conceitualizações embutidas na linguagem corrente e, portanto, que sejam acessíveis às pessoas leigas e reflitam a linguagem médica ordinária. Nordenfelt, apesar de também ser sensível à linguagem ordinária, pretende sugerir definições precisas e formais dos conceitos médicos (NORDENFELT, 2001).

Os autores que fazem uso da filosofia da linguagem ordinária afirmam que uma atenção cuidadosa aos conceitos e distinções expressas na linguagem é a função própria da filosofia e que, muitas vezes, algumas recomendações pouco fundamentadas sobre como *devemos* pensar acerca de algo ficam aquém da agilidade e sutileza com as quais pensamos, de fato, sobre o assunto (BLACKBURN, 1997). Fulford faz uso desse método⁹⁵ para a análise dos conceitos de saúde e doença, avaliando a consistência interna dos enunciados médicos além das regras da lógica formal. O autor lida com os conceitos utilizados implicitamente no discurso do dia a dia e indica, por exemplo, que as definições de delírio nos livros de

⁹⁵ A metodologia de Austin é abordada em *A Plea for Excuses* (AUSTIN, 1957). Fulford aproveita o trabalho do filósofo, mas combina a filosofia com as ciências sociais. O autor combina os métodos empíricos e analíticos, fazendo uso de entrevistas semiestruturadas e posterior análise das correlações entre modelos conflitantes e falhas no cuidado em saúde.

psiquiatria contradizem o conceito utilizado na prática. Enquanto este conceito é definido nos livros como crenças falsas, na prática ele está vinculado também a julgamentos de valor, como “delírios de culpa” ou “culpa na depressão”.

O filósofo iniciou seus trabalhos em pleno debate sobre o estatuto da doença mental em 1960 e é um dos autores responsáveis por impulsionar o debate recente sobre valores na medicina e na psiquiatria. Fulford (1993b) desenvolve sua teoria em explícita oposição à teoria funcional de Boorse, mas nem exclui completamente a versão biológica dos conceitos médicos, nem tampouco adere indiscriminadamente à teoria social sobre os mesmos. Para o autor, a visão biológica dos conceitos de *disease*, em termos de distúrbios do funcionamento do corpo e da mente e a visão social sobre as concepções positivas da saúde relacionada com a competência social, são estruturalmente interdependentes. Ele propõe os valores, a *illness* e a falha da ação como elementos lógicos numa teoria que visa ser uma *teoria ponte* situada entre as teorias biológicas e sociais. A *illness* situa-se entre partes do corpo e estruturas sociais e, similarmente, as ações dos indivíduos estão entre o funcionamento de suas partes corporais – das quais as ações são contingentemente dependentes – e os papéis sociais, através dos quais, em parte, a competência das ações dos agentes é mensurada.

O objetivo de Fulford é oferecer uma explicação do uso médico ordinário tanto no contexto técnico como no contexto não técnico e formular um critério geral do conceito central envolvido na caracterização dos estados saudáveis e doentes. Trata-se de um projeto mais filosófico que o de Boorse e mais próximo do proposto por Nordenfelt. O intuito do autor nem é fazer uma investigação empírica dos usos dos termos *illness* e *disease* em psiquiatria, nem oferecer uma teoria descritiva desses conceitos. Seu objetivo é entender o uso ordinário para formular um conceito geral da *illness*.

Assim como Nordenfelt, o autor oferece uma alternativa à interpretação médica convencional⁹⁶, defendida por Boorse, sobre a relação entre os conceitos de *disease* e *illness*. A alternativa é a teoria reversa da doença, em que a *illness* é um conceito logicamente anterior à *disease*. Importa notar que Fulford quer enfatizar que sua teoria valorativa reverte a relação **lógica** – e não **causal** – entre *illness* e *disease* como assumida pelo modelo médico tradicional.

Para o autor, o que conta como *disease* é determinado pelo que conta como *illness* e não o contrário. É a *illness* que define a *disease*. A *disease* será restrita à subcategoria da *illness* que é valorada negativamente pela maioria das pessoas. De acordo com Fulford (1989,

⁹⁶ Na visão técnica convencional, a *disease* é usada com conotação factual, definida o tanto quanto possível em termos de *disfunção*, um conceito biológico-científico supostamente livre de valor, do qual a *illness* é derivada.

1993b), a *disease* é a *illness* reconhecida, identificada em termos de sintomas e posteriormente classificada. O grupo de sintomas adquire um nome e é incluído nas classificações médicas, tornando-se um tipo de patologia. Uma vez definida a classe, outras classes de condições serão adicionadas por meio do processo de generalização de acordo com as conexões possíveis. A conexão mais usual é a causal. Assim, uma vez estabelecido o que conta como *illness* e secundariamente elaborado o conceito de *disease*, é possível fazer inferências da *disease* à *illness*. Quando as causas das *illnesses* são estabelecidas, há predomínio de categorias de *disease*, as quais podem ser definidas mesmo na ausência de sintomas. Uma vez que as categorias causais de doença se tornam cada vez mais utilizadas como resultado do desenvolvimento da ciência médica e biológica, elas se tornam mais proeminentes no discurso médico e *aparentam* ser logicamente primárias. Mas a cadeia se inicia na experiência subjetiva da *illness*. O fluxo de sentido é da *illness* para a *disease* e não o contrário, concordando com Canguilhem.

A concepção de Fulford sobre as relações entre os termos *disease* e *illness* difere substancialmente das abordagens naturalistas, mas também da abordagem antropológica clássica. O autor não restringe o termo *disease* à disfunção biológica e a *illness* à experiência subjetiva de mal-estar. Na concepção de Fulford, ambos os termos são valorativos, sendo a *illness* mais “puramente valorativa”, menos descritiva ou “científica” e é o conceito fundamental do qual o termo *disease* é derivado. No contexto não técnico, na linguagem ordinária, diz Fulford, a prioridade é dada à *illness* que corresponde à experiência subjetiva da *incapacidade*.⁹⁷ A queixa precede o diagnóstico da queixa e a percepção de que algo está errado normalmente precede a questão sobre o que está errado.

A partir dessa concepção é possível sustentar a existência de *illness* humana quando não é detectada nenhuma *disease*, o que não é possível na teoria de Boorse, para quem a *illness* é uma subcategoria da categoria *disease*, isto é, de um funcionamento biológico subnormal. A rigor, na concepção boorsiana apenas quando uma *disease* é diagnosticada podemos dizer que a pessoa está *ill*. Para Fulford, essa conclusão é contraintuitiva, pois é o contrário do discurso médico ordinário. O que é detectado primeiramente é a *illness*, isto é, a pessoa experimenta a incapacidade sem que haja fatores externos para tal. A pessoa se considera *ill* sem saber nada mais sobre sua condição, procura ajuda médica e o médico busca a causa do mal-estar.

⁹⁷ O autor prefere o termo “perda de agência” ao termo “incapacidade”, mas manteremos este último termo para marcar a similaridade com a teoria de Nordenfelt.

Se a *illness* é caracterizada em primeiro lugar, é preciso ter um conceito coerente da mesma. No intuito de diferenciar os conceitos *disease* e *illness*, o autor (FULFORD, 1989) afirma que a noção de *disfunção* pertence à *disease* enquanto a *illness* está referida à noção de *falha de ação*.⁹⁸ Portanto, assim como Nordenfelt, ele introduz a plataforma da ação do indivíduo no mundo e, em especial, a consideração da realização de metas para analisar os conceitos médicos.

Vemos, porém, que diferentemente de Nordenfelt, ele propõe uma teoria da *illness* – e não da saúde – e a ação implicada na avaliação da *illness* é a *ação ordinária* que a pessoa comumente realiza e não a ação necessária para o alcance dos fins vitais. No caso da doença mental, há falha em realizar *atos mentais* que são normalmente realizados. Assim, na concepção de Fulford, uma pessoa está doente (*ill*) quando, na ausência de obstrução ou oposição, é incapaz de realizar ações rotineiras e simples, como mexer as pernas e os braços, rememorar e se localizar no espaço (NORDENFELT, 2001). Como acredita Nordenfelt, o autor afirma que as razões para a incapacidade devem ser internas ao corpo ou à mente.

Após uma sofisticada discussão sobre as relações lógicas entre as noções de *illness* e *disfunção*, o autor (FULFORD, 1989) correlaciona a *illness* com a falha da *ação* e a distingue da *disfunção*. A noção de *disfunção* está relacionada aos objetos e é apropriada pelos naturalistas para fazer referência às partes do corpo. Mas Fulford, que defende uma perspectiva holística da saúde e da doença, à maneira de Canguilhem, quer frisar que no caso dos humanos nos referimos à perna da pessoa como não funcionando, mas é a pessoa que caracterizamos como *ill*. As partes do corpo *funcionam* enquanto as pessoas *realizam ações*. Portanto, as partes do corpo ficam *diseased*, mas as pessoas ficam *ill*. A *illness* é referida à pessoa como um todo e não a partes funcionais. Canguilhem diz o mesmo. Segundo o autor, o que faz um mecanismo funcional patológico é sua relação interna na totalidade indivisível do comportamento humano. *Illness* não são seres, mas afetam alguns seres, em certo nível de organização. Estritamente falando, não são moléculas, tecidos ou órgãos que são normais ou patológicos, é o organismo como um todo, em um dado ambiente (GAYON, 1998).

Ademais, segundo Fulford, há inúmeras condições funcionais do corpo que são avaliadas negativamente e que não estão relacionadas diretamente com *illness*. Na linguagem ordinária, dizer que a pessoa não está funcionando propriamente não é o mesmo que dizer que está *ill*, pode indicar apenas que a pessoa não está funcionando bem em algum papel social.

⁹⁸ Usaremos “doença” como um conceito geral, seguindo o uso feito pelo autor em seus escritos apesar de diferenciar *illness* de *disease*.

Mas os conceitos de disfunção e *illness* convergem em um sentido importante: ambos se apoiam na noção de *propósito*. No funcionamento das máquinas, em que o conceito de disfunção é apropriado, o propósito é determinado pelo *designer* e a disfunção ocorre quando a máquina não cumpre como deveria cumprir a função concebida por este agente⁹⁹. De forma parcialmente similar, a pessoa está *ill* quando algum órgão não está executando bem a sua função. Mas qual é a função ou o propósito do ser humano? A resposta de Fulford é que os propósitos de cada pessoa são idênticos a ou derivados das intenções que a pessoa tem. A noção de ação intencional, portanto, é crucial no conceito de *illness* de Fulford.

Fulford (1989), porém, não se refere a quaisquer ações intencionais para o julgamento da doença. As *illnesses* são falhas em executar *ações intencionais ordinárias*. Não se trata de ações difíceis ou altamente especializadas. A paciente que está *ill* é incapaz de realizar as ações ordinárias que as pessoas comumente realizam no dia a dia e a causa da incapacidade é interna ao corpo ou à mente da pessoa. Assim, a análise de Fulford fornece uma base comum para as noções de *illness* somática e *illness* mental, não porque há um mau funcionamento orgânico em ambos os casos, como querem grande parte dos naturalistas, mas porque a *falha em executar ações intencionais* oriunda de causas internas aplica-se tanto às *illnesses* físicas como às mentais. A pessoa pode ser incapaz de ir para o trabalho tanto devido à perna quebrada como à depressão (FULFORD, 1989; NORDENFELT, 2001).

3.3.1 Illness e ação

Qual é o sentido geral de *illness* que Fulford defende como fundamento das noções de *illness* física e *illness* mental? Vimos que o autor visa apontar para o erro de considerar qualquer teoria sobre a doença livre de valor. Fulford (2001) defende a natureza valorativa *prima facie* dos conceitos gerais de *illness* e *disease*. A experiência subjetiva da *illness*, diz, é logicamente anterior ao conhecimento médico sobre a doença.

A semelhança da teoria de Fulford com a de Nordenfelt é evidente. Diferentemente de grande parte da sociologia médica, estes atores não definem o conceito geral da *illness* em termos de sentimentos subjetivos, como sofrimento, dor, fraqueza. Em ambas as teorias estar *ill* é estar deficiente em algum sentido, sendo a *illness* referida diretamente à *ação*. Apesar de identificarem a importância das sensações na maioria das *illnesses* informam que há um grau de objetividade neste estado derivado da análise da falha da ação (NORDENFELT, 2001). Os

⁹⁹ O tema já foi aprofundado nos capítulos precedentes. Não retomaremos a discussão.

autores analisam a experiência da *illness* em termos de incapacidade, perda de agência ou falha da ação, ao invés de analisarem como sofrimento ou como disfuncionalidade.

Fulford (1993b) propõe uma teoria da *illness* como “teoria ponte” que se situa entre as teorias biológicas e as teorias sociais, isto é, entre partes corporais que se tornam doentes (*diseased*) e estruturas sociais das quais os padrões de saúde são determinados. Outra forma de colocar a questão é dizer que as ações dos agentes individuais estão entre o funcionamento das partes do corpo/mente, das quais são contingentemente dependentes, e os papéis sociais pelos quais a competência das ações do agente é, pelo menos em parte, mensurada.

Segundo Nordenfelt (2001), uma análise da incapacidade requer logicamente a noção de capacidade e indica que a razão para oferecer a prioridade ao conceito de saúde em sua teoria é epistemológica. De fato, considerando a *illness* como incapacidade para ação, é fundamental perguntar quais são as ações que o sujeito deve ser capaz de realizar. Fulford está consciente da necessidade lógica e tem uma resposta positiva preliminar. Enquanto Nordenfelt fala em capacidade para atingir os fins vitais, Fulford fala em capacidade para o “fazer ordinário”. Curiosamente, Fulford aborda pouco o que é o fazer ordinário. Em algumas passagens parece que o fazer ordinário é o fazer rotineiro, básico, simples, do dia a dia, mas este fenômeno não é aprofundado na discussão.

Três noções são marcantes na teoria de Fulford: (1) a noção de *experiência*, (2) a noção de *falha de ação* e (3) a noção de *ordinário*. No que diz respeito à primeira, Fulford não diz que a *illness* é a falha em executar ações ordinárias, mas é a *experiência* da falha do fazer ordinário. A partir da leitura do trabalho de Fulford entendemos a experiência como condição necessária para a noção de *illness*. A importância da experiência da *illness* é relevante por inúmeros motivos. O mais evidente é porque indica que o julgamento de valor é indispensável na caracterização dos processos patológicos. Mas a experiência da *illness* é também relevante para a classificação médica. Na teoria ponte, uma vez que é a *disease* o conceito derivado, a tendência é olhar para o fenômeno da *illness*.

Há, porém, situações controvertidas. Uma pessoa em coma não tem qualquer experiência neste sentido, assim como em alguns casos de *illness* mental. Fulford não deixa de considerar a *illness* nessas condições, pois há falha do fazer ordinário. A ideia implícita é que se a pessoa tivesse consciência ela experimentaria a falha. Uma pergunta não respondida pelo autor é se uma pessoa que experimenta uma falha na ação ordinária na ausência de uma falha “real” seria caracterizada como *ill* por Fulford.

Sobre a noção de *ordinário*, ao dizer que a ação relativa à *illness* é a ação ordinária, Fulford está se referindo a uma ação intencional, mas pré-consciente. São “atos intencionais latentes”. Neste sentido Fulford distancia-se de Nordenfelt que relaciona a saúde com as habilidades de segunda ordem para o alcance dos fins vitais. Para Nordenfelt, Fulford oferece uma teoria da ação que é incapaz de explicar a psicopatologia. Mas Fulford é menos pretensioso e diz apenas que, como método, a filosofia da linguagem ordinária constitui um primeiro passo na abordagem de questões conceituais. O autor pretende deixar o campo conceitual da saúde mental mais claro, “preparar o terreno”, como diz, para outros tipos de análise.

Fulford (2001) não aborda com profundidade o que é o “fazer ordinário”, mas faz referência ao trabalho de Austin. A caracterização do fazer ordinário, para Austin e Fulford, refere-se ao tipo de ação que alguém faz sem intenção explícita, sem esforço, sem pensar sobre a natureza da ação. As ações ordinárias são os componentes das primeiras experiências da *illness* como incapacidade. Levantar o braço, pegar uma caneta, levantar-se, lembrar onde está uma cadeira quando quer sentar novamente, dizer “bom dia” são ações ordinárias.

O fazer ordinário se torna conscientemente intencional quando é dificultado por alguma razão. A reflexão sobre os elementos da ação – intenção e movimento – também ocorre se a pessoa se pergunta por que realizou o ato, depois de realizá-lo. Reflexos e ações automáticas, como piscar, não são ações ordinárias. Estas se situam entre a ação inteiramente intencional que pensamos e planejamos, e a ação totalmente automática que não é intencionada. Assim, apesar do autor indicar as ações implicadas na *illness* como ações ordinárias intencionais, ele se refere às ações intencionais pré-conscientes.

Fulford reforça o papel da intencionalidade dizendo que é o elemento mais importante da noção de fazer ordinário. O “fazer ordinário”, apesar de tipicamente pré-consciente é ainda um fazer intencional, pois aquilo que o sujeito faz ordinariamente é algo escolhido, que *tem valor* para ele e que a pessoa tem a expectativa de realizar. A incapacidade para realizar a ação leva o sujeito a procurar um médico. Assim, se a pessoa não é capaz de realizar o fazer ordinário, ela é incapaz no sentido médico.

É evidente que a teoria de Fulford tem vários problemas. Nordenfelt (2001), por exemplo, pergunta como esta teoria pode incluir as *illnesses* moderadas como resfriados, em que a pessoa pode realizar a maioria de suas atividades, sobretudo as ações pré-conscientes, tendo restringidas apenas as ações mais complexas. Ademais, os fazeres ordinários pré-conscientes são diferentes para cada pessoa. Um acrobata executa ações ordinárias pré-

conscientes que a maioria das pessoas não pode executar. Podemos considerar o acrobata que falha em fazer um salto duplo, que ordinariamente fazia, como *ill*?¹⁰⁰ Podemos considerá-lo da mesma forma que consideramos uma pessoa que é incapaz de sair da cama de manhã?

Na análise dos conceitos de saúde e doença, o fazer pré-consciente é individualizado ou refere-se ao fazer que é pré-consciente para a maioria das pessoas? Fulford defende a primeira visão. Para o autor, a pessoa está *ill* se e apenas se não puder executar o que normalmente – ordinariamente – executa. Assim como Nordenfelt e Canguilhem, Fulford individualiza a noção de *illness*, pois relaciona a *illness* com a intencionalidade da pessoa e compara a pessoa com ela mesma na avaliação da saúde e da doença.

Vemos, porém, que apesar das inúmeras referências ao fazer ordinário como o conceito chave para a caracterização da *illness*, nos trabalhos mais recentes Fulford diz que a noção de fazer ordinário, em sua teoria, é consideravelmente estreita. A falha do fazer ordinário, diz, é apenas a origem, a célula germinal conceitual que deve ser combinada com outros elementos para construir o conceito de *illness*. Segundo o autor, a falha do fazer ordinário se restringe a identificar o tipo de falha de ação que espelha as características fenomenológicas da primeira experiência da *illness*. Essas características, além de valoradas negativamente, incluem certo nível de intensidade e duração. Como diz, não experimentamos uma dor breve, por exemplo, como *illness*.

3.3.2 A *Illness* mental

Fulford é ousado e diz que ao contrário do que as aparências sugerem, Szasz e Kendell, grandes opositores no debate sobre o que é a doença mental, têm mais convergências do que divergências.¹⁰¹ O primeiro considera que a doença física define-se por normas objetivas – anatômicas e fisiológicas – enquanto a doença mental define-se por normas que são éticas, sociais e legais. Nesta concepção, enquanto a doença física é compreendida pelo funcionamento biológico, a doença mental é definida pelo critério valorativo do funcionamento social e, por isso, é um mito. Kendell, por sua vez, considera que a doença

¹⁰⁰ Esta pergunta é válida também para Nordenfelt. Schramme (2006) problematiza considerando uma atleta que não consegue pular mais de dois metros e que apesar dessas ser uma meta vital para a mesma não podemos considerá-la doente. Nordenfelt (2007) responde dizendo que seguindo a sua teoria ela não estaria doente, mas que sua saúde completa estaria reduzida.

¹⁰¹ E diz algo parecido sobre as teorias de Boorse e Nordenfelt. Refere que possuem uma dependência mútua. O autor (FULFORD, 1993b) identifica os elementos valorativos implícitos na linguagem utilizada por Boorse na tentativa de definição da doença e pontua que os únicos fins vitais essenciais trazidos por Nordenfelt são a sobrevivência e a reprodução, exatamente os fins biológicos referidos por Boorse como critérios para a avaliação da doença.

física define-se por redução da expectativa de vida e ou da reprodução, pelo critério objetivo do disfuncionamento biológico, como sugere Boorse, e afirma que a doença mental deveria ser definida também por referência a este critério objetivo, livre de valor. O julgamento sobre a doença mental é, nesta concepção, do mesmo gênero que o da doença física (FULFORD, 1993b).

Vemos, porém, que o debate é sustentado por um pressuposto do qual ambos os autores partem. Os dois consideram que o conceito de “doença física” tem um significado relativamente transparente e não problemático por ser definido em termos objetivos – relativos ao funcionamento biológico – e destituídos de julgamentos de valor. Desse aspecto, a validade da noção de doença mental dependeria de ser ou não moldada para se adequar ao paradigma da doença física (FULFORD, 1993a).

Fulford considera essa visão inerentemente reducionista e sugere que assim como a doença mental, a doença física não se define exclusivamente por critérios factuais, mas também por julgamentos de valor. Não seria o significado da doença mental que é problemático, mas o da doença física. As doenças mentais e as doenças físicas seriam, desse ângulo, conceitualmente similares. Ao invés de reduzir a *illness* mental ao físico, o autor propõe a generalização, isto é, entende que as *illnesses* mentais e as *illnesses* físicas são igualmente subespécies válidas do conceito geral *illness*, que são legitimamente diferentes em alguns pontos e similares em outros.

A grande “sacada” de Fulford advém da ideia de Hare (1963 *apud* Fulford 1993b) de que a variação nas conotações valorativas dos termos reflete a extensão em que os critérios descritivos dos julgamentos de valor são assumidos de maneira tácita. O componente factual da “boa maçã” reflete o fato – psicológico e não lógico – de que a maioria das pessoas, na maioria das vezes, considera boa a maçã adocicada. Imaginemos agora uma obra de arte. Segundo Hare, não há critérios tão bem estabelecidos para julgar uma “boa pintura” fazendo com que a conotação da afirmativa seja claramente valorativa. Mas dizer que a maçã é uma “boa maçã” é igualmente fazer um julgamento de valor.

Segundo Fulford (1993b; 2001), podemos aplicar esta ideia aos conceitos médicos. Para o autor, os termos *disease* e *disfunção*, frequentemente utilizados na teoria naturalista da doença, apesar de aparentemente descritivos, possuem elementos valorativos evidentes. A impressão de que não há valores implicados na definição da doença física é oriunda do fato de que os valores relativos ao funcionamento do organismo são amplamente compartilhados e coincidentes com a norma biológica. Uma vez que os valores implicados da doença física são

mais consensuais, adquirem conotação descritiva. Diferentemente, os valores que concernem à experiência e ao comportamento humano, implicados na definição da doença mental, são muito variáveis. Estamos falando em crença, desejo, volição, emoção e outros. É razoável que as pessoas divirjam mais sobre o que é o bom funcionamento afetivo do que sobre o bom funcionamento cardíaco.

Diferentemente de Kendell, de Boorse e de grande parte dos naturalistas, Fulford considera impensável oferecer uma descrição aparentemente livre de valor da doença mental. Para que a doença mental tenha conotação igualmente descritiva depende da supressão das legítimas diferenças de valores entre as pessoas e não do estabelecimento de sólidos substratos neuropatofisiológicos. Em sua concepção, não há como analisar o que é uma vida psíquica saudável sem ter uma ideia sobre o que é uma “boa vida” ou uma “vida realizada” e essas noções são altamente subjetivas (BOTEGA, 2012).

Dessa forma, enquanto para a teoria biológica a psiquiatria é vulnerável ao abuso diagnóstico porque os conceitos diagnósticos são cientificamente primitivos, no ponto de vista de Fulford a vulnerabilidade é oriunda da natureza relativamente aberta dos julgamentos de valor envolvidos no diagnóstico psiquiátrico. Ela é irreduzível, pois reflete a diversidade dos seres humanos. Nas sociedades democráticas pluralistas contemporâneas a variedade de considerações valorativas é vista como uma importante proteção contra a hegemonia de qualquer ponto de vista e sua consideração é um componente essencial da boa prática clínica. Considerar a irreduzibilidade dos julgamentos em saúde mental à descrição científica livre de valor tem implicação para a psicopatologia, para a classificação e para o processo diagnóstico e caso seja ignorada pode levar a práticas altamente abusivas.

Interessa notar que, para Fulford, o conceito mais familiar em psiquiatria e em saúde mental é a *illness* mental e não a *disease* mental, o que difere do contexto técnico da medicina física que costuma fazer referência à *disease*. Segundo o autor, esta diferença tem sido negligenciada, o que paradoxalmente provoca uma supervalorização das diferenças conceituais entre a medicina física e a mental. O resultado da negligência é comparar a *illness* mental com a *disease* física. Para Fulford (1989, 1993[1], 2001), se a comparação fosse realizada entre a *illness* física e a *illness* mental, as diferenças conceituais seriam muito menores, pois elas estão em pé de igualdade, conceitualmente falando. Ambas são constituídas tipicamente por fenômeno mental e não físico, são variáveis e são termos valorativos.

O argumento é que os dois tipos de *illness* diferem quantitativamente e não qualitativamente. A *illness* mental é mais variável, subjetiva e carregada de valor do que a *illness* física. Em relação às *diseases*, as três principais categorias da *disease* – sintomas, condições associadas e causas – são as mesmas nas medicinas física e mental, mas em proporções diversas. O conceito de *disease* é menos proeminente e menos desenvolvido na medicina mental, mas pode ser aplicado da mesma forma como o conceito é aplicado na medicina física.

Mas como pensar na *illness* mental como falha no fazer ordinário? No caso das *illnesses* físicas é fácil entender a relação com o fazer ordinário. Se alguém quebra a perna ou o braço não pode realizar algumas ações ordinárias como limpar a casa ou subir escadas. Para Fulford, podemos dizer o mesmo das *illness* mentais. De fato, a depressão grave ou a ansiedade severa paralisam a pessoa em seu fazer ordinário. Mas podemos dizer o mesmo para as psicoses em geral, que são os casos paradigmáticos da psiquiatria? Podemos aplicar esta teoria para os esquizofrênicos e para os maníacos? Em que medida os maníacos teriam o fazer ordinário impossibilitado?

Para se referir às *illness* mentais, Fulford (2001) adota de Austin o termo “maquinaria da ação”, chamando atenção para a complexidade das ações. O termo pode ser compreendido como a “estrutura interna da ação”, que comporta seus elementos constitutivos. Em geral, os filósofos morais se concentram na intencionalidade como elemento chave da ação, mas a maquinaria da ação envolve também julgamento, conhecimento prévio, memória, afeto, controle e outros elementos. Os diferentes tipos de experiência de *illness* podem ser derivados como falhas de diferentes tipos e em diferentes partes da maquinaria da ação. As *illnesses* físicas estão relacionadas principalmente com movimento, sensação e percepção. As *illnesses* mentais cobrem um leque maior de experiências e comportamentos (FULFORD, 1989).

Quanto à relação entre *illness* e ação, também não se trata de situar a análise da saúde e da doença nos fins das ações, como faz Nordenfelt, mas em um tipo particular de “falha de ação”. Na esquizofrenia, por exemplo, os pensamentos desconexos podem ser entendidos como falha em alguma parte da maquinaria da ação. Os sintomas psicóticos, diz, não podem ser suficientemente explicados em termos de falha da função, mas podem ser explicados em termos de falha da ação.

Segundo Fulford (2001), o modelo médico tradicional define o delírio (*delusion*) como uma crença infundada. Porém, observando a linguagem ordinária, Fulford identificou que além das “crenças falsas”, o uso clínico do delírio inclui “crenças verdadeiras” como na

síndrome de Otelo, julgamentos de valor negativos na depressão e positivos na hipomania. Após um estudo aprofundado desses sentidos, Fulford (1989) propõe abordar o delírio como um distúrbio nas razões das ações e não no funcionamento cognitivo. As razões das ações podem tomar a forma de afirmações de fato – falso ou verdadeiro – e de afirmações de valor – positivo ou negativo.

As razões não executam as ações, mas as constituem. Se eu levanto meu braço, esta pode ser uma ação para pegar um copo ou chamar um táxi. Qual ação ela é, é determinada pela razão de levantar o braço. Se o delírio é a falha nas razões das ações, então é uma falha constitutiva e não executiva, como costumam ser as falhas das *illnesses* físicas. Trata-se de uma falha profunda, que impossibilita a ação. As razões são os elementos centrais na deliberação racional das ações, pois as definem. Assim, diz Fulford (1989, p.218), “uma interpretação do delírio em termos de razões defeituosas para a ação é compatível, *prima facie*, com a interpretação da *illness* em termos de falha da ação. Se a *illness* é logicamente derivada da falha de ação, então o delírio como falha dos elementos constitutivos das ações irá automaticamente emergir como núcleo central da *illness* (NORDENFELT, 2001).

As razões das ações são logicamente equivalentes às intenções e, assim, propor a psicopatologia do delírio em termos de falha nas razões das ações corresponde a afirmar o delírio como falha na intenção da ação. Se falamos do delírio como “não ação”, podemos falar também como “não intenção”, e, assim, o psicótico delirante está isento de responsabilidade legal por seus atos. Pelo mesmo motivo, justifica-se, em alguns casos, o tratamento involuntário.

Importa lembrar que Fulford propõe que a abordagem psicopatológica pautada na ação é complementar e não substitutiva da abordagem baseada na função. Enquanto em algumas áreas da psicopatologia, como a demência, a abordagem funcional parece suficiente, o caso paradigmático da psiquiatria – as psicoses – depende também da abordagem centrada na ação para ser compreendido. Mas, como vimos, esse é apenas o primeiro passo. São necessários muitos outros para termos uma abordagem completa do conceito clínico do delírio. A contribuição de Fulford foi mudar o foco de atenção das partes funcionais, típico do modelo médico tradicional, para as ações das pessoas. Ademais, o autor não ignora que é preciso pensar sobre a pessoa como membro de uma sociedade, mas não elabora a questão. Identifica que a perda de *insight* – própria do delírio – é definida em um contexto interpessoal e não intrapessoal.

Apesar de Fulford aproximar-se de Nordenfelt, ao articular a *illness* à noção de *ação*, não podemos esquecer que uma das grandes diferenças entre os autores é que Nordenfelt trabalha fundamentalmente com o conceito médico geral de saúde e Fulford com a noção de *illness* mental. Assim, a teoria de Nordenfelt (2001) é construída tendo como referência o que denomina de “adultos normais” – que têm seus valores como sujeitos preservados – e entende que bebês, retardados mentais e senis são casos “não padrões”, que devem ser tratados diferentemente.

Na psiquiatria, contudo, o “não padrão” é a norma. Assim, a diferença de ênfase na orientação teórica de Nordenfelt e Fulford faz com que na teoria do primeiro os valores sejam periféricos enquanto na teoria do segundo sejam centrais. Além do mais, ao buscar um conceito geral de saúde, Nordenfelt (2001) busca um julgamento “confiável”. Para Fulford (2001), entretanto, se Nordenfelt chama de “confiabilidade” o alto grau de acordo entre diferentes observadores, então, em psiquiatria, é preciso sacrificar a *confiabilidade* e buscar a *validade* dos julgamentos em saúde.

Para Fulford (1996; 1998; 2001), a ênfase dos objetivos práticos da teoria deve ser deslocada do consenso (confiabilidade) para o dissenso, do desejo de certeza para a tolerância da incerteza, do critério para o processo de raciocínio ético e de uma mera contingência para o *link* essencial entre raciocínio ético e habilidades comunicativas em medicina.

Sacrificar a confiabilidade não significa adentrar no relativismo extremo negando a possibilidade de reconhecer a doença mental. A consideração de valores na definição da doença mental não faz com que Fulford considere a sua teoria “não científica” ou “menos científica” do que as teorias naturalistas. O conhecimento científico das teorias normativistas como a dele e de Nordenfelt é simplesmente a atividade de explicar a noção comum ou ordinária dos termos médicos.

Ademais, apesar de considerar os termos médicos valorativos, o autor, após realizar uma análise aprofundada das ideias fundamentais da medicina, construiu sua teoria de forma a defender a legitimidade do conceito de doença mental. Vai além e afirma que, em alguns casos, há razões moralmente legítimas para afirmar a existência da doença mental, apesar da inexistência da experiência subjetiva do mal-estar, justificando a intervenção médica independentemente da vontade do paciente.

4 DEFICIÊNCIA E NORMATIVIDADE

Neste capítulo procuraremos evidenciar algumas ideias implícitas nos usos ordinários da saúde e da doença que escapam ao crivo de Nordenfelt e Fulford. Na literatura sobre os conceitos médicos, a teoria holística de Nordenfelt é menos sujeita a críticas do que a teoria de Boorse. Além de mais recente, acreditamos que a teoria de Nordenfelt é menos debatida porque oferece uma definição muito ampla do conceito de saúde. Esta é, inclusive, uma das críticas dirigidas a ele, qual seja, o tipo de vinculação entre saúde e felicidade que procura estabelecer.

Entre as críticas mais comuns feitas a Nordenfelt, encontram-se os críticos à *cientificidade* de sua teoria e à pertinência da noção de *capacidade*. Nordenfelt é criticado tanto pelos normativistas como pelos naturalistas, quando o assunto é o caráter científico de suas teorias. Para os normativistas, a teoria do autor é muito cientificista, deixando pouca abertura para a construção social do conceito de saúde. De fato, a análise de Nordenfelt difere das teses relativistas construtivistas e das teses dos “normativistas fortes”, pois o autor defende um conceito geral e único de saúde que transcende as diferenças culturais e sociais. Em contrapartida, para os naturalistas, falta *cientificidade* à teoria de Nordenfelt, posto que ele defende uma concepção subjetivista das metas vitais (GIROUX, 2011).

A crítica que concerne à pertinência da noção de capacidade nos interessa mais. Como visto, Nordenfelt e Fulford constroem o pensamento da saúde e da doença depositando grande importância na intenção lograda, seja pela realização de fins ordinários, seja pela realização de fins vitais. A experiência particular da doença à qual se referem não é o *sentimento*, o *sofrimento* ou o *mal-estar geral*, mas a *incapacidade* ou *deficiência*.

Neste capítulo, por conseguinte, nos dirigiremos à noção de (in)capacidade criada por Nordenfelt e a abordaremos em diálogo com a noção de *deficiência* problematizada pelos estudiosos dos *Disability Studies*. Aproveitaremos também algumas discussões contemporâneas sobre a temática da normalidade em medicina, como forma de discutir alguns aspectos da teoria do filósofo sueco. Por fim, abordaremos a noção de normatividade de Canguilhem em diálogo com a teoria de Nordenfelt, centrando a análise no cuidado em saúde, um dos temas de interesse deste último.

4.1 A deficiência

A literatura sobre os chamados inválidos, anormais, monstros, deformados, aleijados, degenerados, isto é, sobre todos aqueles que escapam do padrão de normalidade de determinada cultura é extensa. O corpo marcado pela diferença foi, por um longo período do pensamento ocidental, compreendido misticamente como resultado da ira ou do milagre divinos. A anomalia, sobretudo a congênita, era compreendida como corporificação da ira dos deuses e o destino do sujeito era a morte imediata (BRADDOCK, PARISH, 2001). Foucault (2002), no entanto, diz que com a entrada da narrativa biomédica sobre o corpo, o discurso religioso sobre o excêntrico perdeu força e o corpo anômalo passou a ser diagnosticado como patológico, anormal, monstruoso ou deficiente, buscando-se o saber e o controle sobre o mesmo.

Analisando o domínio da anomalia tal como funcionava no século XIX, Foucault (2002) mostra que ela se constitui de três figuras – o monstro humano, o indivíduo incorrigível e o onanista. A ideia do monstro nos interessa em especial. O monstro é o que combina o impossível com o proibido; é a forma natural da contranatureza, que representa a transgressão dos limites naturais. O monstro humano é aquele que, por existir, constitui não apenas uma violação das leis da sociedade, mas uma violação das leis da natureza.

Dessa maneira, o monstro humano pertence ao domínio “jurídico-biológico”. É uma figura peculiar, pois apesar de infringir a lei, não suscita a resposta da lei, mas a piedade e o cuidado médico. A medicina aparece, assim, como tecnologia de cuidado e como autoridade para decidir sobre a “normalidade” ou “periculosidade” dos atos humanos. Descobrir qual o fundo de monstruosidade que existe por trás das pequenas anomalias, dos pequenos desvios, diz Foucault, é a busca de todo o século XIX. O anormal, no século XIX, é no fundo, um monstro cotidiano, é uma figura que deve ser “corrigida”.¹⁰²

Sob a denominação de monstruosidades, deficiências, esquisitices, excentricidades, deslizes ou gaguejos da natureza, Foucault (2002) diz que os sujeitos anormais diferem dos enfermos, porque, apesar da enfermidade abalar a ordem natural, ela tem seu lugar no direito civil e no direito canônico e, portanto, não é uma monstruosidade. Enquanto o enfermo é previsto pelo direito, os irmãos siameses e o hermafrodita, transgressores naturais, não são. O ser com dois sexos representa um problema médico-jurídico; não se sabe se deve ser tratado

¹⁰² Na figura do onanista, que data da passagem do século XVIII para o XIX e envolve a família burguesa entendida como dispositivo de poder responsável por velar pela masturbação, se detém o essencial dos problemas que giram em torno da anomalia. Qualquer distúrbio mental, deficiência física ou vício moral poderia ser desencadeado pela prática do onanismo segundo o ideário médico burguês.

como menino ou como menina, se deve ou não ser autorizado a casar-se e com quem, se pode ser titular de benefícios eclesiásticos. Foucault, portanto, já abordava a problemática dos diferentes ou anormais, problematizando o papel das instituições médicas e jurídicas sobre os mesmos e a diferença entre eles e os doentes.¹⁰³

É a ideia médica moderna do anormal como monstro cotidiano ou como um corpo com diferenças, banalizada pelo controle que a biomedicina exerce sobre o indivíduo, que é criticada na atualidade pelos estudiosos do tema da deficiência. Estes referem que a deficiência é um fenômeno social e que a opressão sofrida por seus portadores não é provocada pela lesão corporal e pelas restrições de capacidades resultantes dela. A deficiência, dizem, não deve ser compreendida como uma experiência privada e individual; não deve ser explicada pelo acaso de um corpo marcado pela diferença (SANTOS, 2008), mas como resultado da hostilização do meio.

Lobo (2008) em seu belo livro, *Os infames da História: pobres, escravos e deficientes no Brasil* busca desnaturalizar as marcas do corpo deficiente em seu caráter tão arraigadamente biológico. A autora versa sobre a constituição das categorias de deficiência no Brasil através da análise das trajetórias de sujeitos que vivem à margem da história. Entre eles estão os inválidos, incapazes, aleijados, doentes, excluídos, os quais a autora chama de *sujeitos infames*. Lobo, mediante a investigação histórica e genealógica mostra como diferentes expressões da anormalidade se transformam em imagens da deficiência. Tomados como objeto de saber/poder, a autora mostra que a partir de discursos doutos, de caráter científico, esses sujeitos desviantes – doentes mentais, onanistas, cegos, surdos – são rotulados como anormais, massacrados, invisibilizados, relegados a uma vida obscura, esquecidos em sua história.

Nesta mesma direção, ativistas da deficiência denunciam a opressão vivenciada pelas pessoas que possuem corpos anômalos, questionando a soberania do discurso biomédico sobre a deficiência, e trazendo o discurso das ciências sociais para a reflexão sobre a complexidade inerente à caracterização de determinada condição como deficiência (MARTINS, 2012).

¹⁰³ No desenvolver do livro Foucault aprofunda a reconstrução genealógica do conceito de “anormal” e nos mostra que as três categorias da anomalia só permanecerão claramente delimitadas até o século XIX, pois após o desenvolvimento da noção de degeneração por Morel – mãe das teorias eugênicas que se desenvolvem no período vitoriano, como a escola italiana de Lombroso que se apoia em Darwin para identificar estigmas físicos da anormalidade como indicativos da criminalidade – as anormalidades são agrupadas de forma a designarem condições orgânicas difusas que perturbam constitutivamente as funções mentais ou físicas. Neste livro, Foucault (2002) está preocupado em discutir os efeitos de poder produzidos pelo discurso da psiquiatria que se erige como ciências dos anormais e das condutas anormais, o que escapa do tema dessa tese.

Talcott Parsons (1951), como vimos, foi um dos pioneiros na tentativa de aproximar as ciências sociais do tema da deficiência, e é nessa aproximação que insistem os militantes e estudiosos da deficiência na contemporaneidade. Neste novo campo, a definição da deficiência como um fenômeno no âmbito da anormalidade biológica ficou conhecida como o *modelo médico da deficiência* (DINIZ, 2007).

Era preciso aprofundar a discussão. Em contraposição ao modelo médico da deficiência, alguns autores indicam, à moda de Canguilhem (1995), Foucault (2002) e Goffman (1988), que são os próprios ambientes sociais que estabelecem parâmetros sobre o normal e o patológico e, portanto, são os valores compartilhados em determinada sociedade que definem quais tipos de pessoas devem ser considerados membros normais de cada um dos ambientes. Isso é o que diz Foucault (2002), retomando o estudo sobre as fronteiras difusas da normalidade iniciado por Canguilhem em o *Normal e o Patológico*: “... a norma não se define absolutamente como uma lei natural, mas pelo papel de exigência e de coerção que ela é capaz de exercer em relação aos domínios a que se aplica. Por conseguinte, a norma é portadora de uma pretensão de poder...” (FOUCAULT, 2002, p.62)

Goffman (1985), por seu turno, diz que a estigmatização pode ser entendida como uma forma de controle social pela qual os grupos dominantes removem outros – negros, mulheres, deficientes, pobres – dos espaços sociais competitivos. Trata-se de uma marca social – e não natural – que denota inferioridade moral. É o mesmo atributo que estigmatiza um, diz, que confirma a normalidade do outro, uma vez que o estigma nada mais é do que um tipo de relação entre atributo e estereótipo.

De acordo com essas concepções sobre a normalidade e a deficiência, em 1960 tem início um importante Movimento do Direito dos Deficientes, quando se iniciou a reivindicação da participação de pessoas deficientes na pesquisa e nas decisões políticas referentes a este grupo. O Movimento defendeu o estabelecimento de um novo campo acadêmico que foi denominado *Disability Studies* e também lutou para que a resposta social às pessoas consideradas deficientes enfatizasse, ao invés da caridade, os direitos civis (RALSTON & HO, 2010),

Impulsionada por Paul Hunt, sociólogo deficiente físico, foi constituída a primeira organização política *sobre* a deficiência formada e gerenciada *por* deficientes denominada *Union of the Physically Impaired Against Segregation* (UPIAS)¹⁰⁴ na década de 1970. A UPIAS visava questionar a compreensão tradicional da deficiência – trazida pelas abordagens

¹⁰⁴ UPIAS. *Fundamental principles of disability*. London: Union of the Physically Impaired Against Segregation, p. 3-4, 1976.

biomédicas – como um problema individual e afirmar que a experiência da deficiência não era resultado da lesão individual, mas de uma sociedade hostil à diversidade humana (OLIVER, 1990; SHAKESPEARE, 2008).

Em 1980, a rejeição ao modelo médico e à ideia de que a deficiência precisa ser “curada” ganha força, assim como a defesa de que os “ajustamentos” não deveriam ser dos indivíduos deficientes, mas da sociedade, pois era ela que era desajustada em relação aos deficientes. Neste contexto, marcado pela “primeira geração” dos acadêmicos e ativistas da deficiência, os estudiosos atentavam para a complexidade do conceito de deficiência que, longe de ser sinônimo de um corpo com lesão, também denuncia a estrutura social que oprime a pessoa que apresenta um corpo anômalo. Em contraposição ao *modelo médico da deficiência*, cresce o *modelo social da deficiência*.

Desenvolve-se, então, a ideia da “deficiência como cultura” e como “categoria diversa” similar à raça e orientação sexual. O campo passa a ter afinidades com disciplinas que lidam com noções de identidade política, como os estudos de gênero e de diversidade sexual (RALSTON & HO, 2010). Portanto, a forma de compreender e tratar a deficiência passou a ser comparada com outras formas de humilhação e opressão pelo corpo como o sexismo e o racismo. Neste sentido, os teóricos do campo criaram o neologismo *disablism* para denunciar a cultura da normalidade que oprime e discrimina os portadores de impedimentos corporais. A normalidade, ora entendida como o funcionamento padrão da espécie, ora como preceito moral de produtividade e adequação às normas sociais, foi desafiada por uma leitura política que anuncia e denuncia a desigualdade imposta pelas barreiras ambientais (DINIZ *et al.*, 2009).

O campo dos *Disability Studies* é marcado por diferentes estilos – marxista, feminista pós-moderno e pós-estruturalista – e por duas ênfases principais: a opressão social da pessoa deficiente e a construção cultural e ideológica dos corpos anômalos (WILLIAMS, 2001). Os principais temas abordados no campo são as políticas de identidade, o preconceito, a estigmatização cultural, a opressão e relações de dominação simbólica, as representações sociais e culturais das deficiências, a medicalização da sociedade, o consumo de bens e serviços em saúde, a proliferação de categorias diagnósticas, as narrativas acerca das corporeidades atípicas, as violações, violências e privação de direitos. Apesar da inegável relevância desses temas, o nosso interesse é bastante restrito. Veremos em que medida algumas discussões desse novo campo podem ser aproveitadas para problematizarmos a noção de deficiência de Nordenfelt. Vejamos agora as definições de deficiência propostas pela

Organização Mundial de Saúde (OMS) que foram objeto de análise tanto dos estudiosos da deficiência como de Nordenfelt.

4.1.1 Definições de deficiência

Com o objetivo de sistematizar a linguagem biomédica relativa a lesões (*impairments*) e deficiências para fins de políticas de saúde, em 1980 a OMS publicou a *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)*¹⁰⁵, que, segundo Nordenfelt (1999), ganhou grande atenção especialmente entre os profissionais da área da reabilitação. Segundo a ICIDH: (1) lesão é qualquer perda ou anormalidade psicológica, fisiológica ou anatômica de estrutura e função; (2) deficiência é qualquer restrição ou falta resultante de uma lesão na habilidade de executar uma atividade da maneira ou da forma considerada normal para os seres humanos e (3) *handicap* é a desvantagem individual, resultante de uma lesão ou deficiência, que limita ou dificulta o cumprimento do papel considerado normal.

Considerando que a década de 1980 foi marcada pela efervescência política e acadêmica do modelo social, era de se esperar que a definição proposta pela OMS fosse objeto de críticas contundentes. As principais críticas à definição proposta pela ICIDH são referentes à adoção de um modelo médico da deficiência, ancorado na hegemonia da normalidade (DAVIS, 1995). A aproximação da deficiência à doença retomou a medicalização sobre o corpo com lesões e reforçou a discriminação do corpo atípico, a partir de uma concepção de normalidade bastante restrita. Segundo os críticos, a perspectiva adotada pela classificação mostrou-se incapaz de superar a concepção individualista da deficiência (BARNES *et al.*, 2000), representando um retrocesso para as conquistas da época.

O enfoque biomédico adotado pressupõe que as desvantagens experimentadas pelos deficientes resultam exclusivamente das lesões e desconsideram a hipótese inversa, isto é, do contexto oprimir as pessoas com lesões e segregá-los socialmente. Alguns autores afirmavam ainda que a ICIDH carecia de representatividade porque foi feita por pessoas que não tinham a experiência pessoal da deficiência. Mas se, para alguns, a publicação foi um retrocesso no debate sobre a deficiência, sobretudo por afastar o campo sociológico do debate, Diniz (2007)

¹⁰⁵ World Health Organization. *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (ICIDH)*, Geneva, p. 11, 1980.

refere que a mesma teve também uma influência positiva para o debate porque foi o pontapé inicial de uma grande fase de crescimento intelectual sobre o tópico da deficiência.

Em 1990 foi realizada a revisão da ICIDH, a qual contou com intensa participação de diversas entidades acadêmicas e de movimentos sociais de deficientes. Como desfecho foi publicada em 2001 a Classificação Internacional de Funcionalidade, Deficiência e Saúde (CIF)¹⁰⁶ que forneceu um novo significado ao termo “deficiência”. Deficiência deixou de ser uma categoria estritamente biomédica e assumiu um caráter também sociológico e político. Assim como a ICIDH, a CIF tem como objetivo fornecer uma linguagem padronizada para a saúde e para a deficiência. Diferentemente da ICIDH, contudo, ela considera que a deficiência e a incapacidade não são consequências apenas de condições de saúde e doença. São também determinadas pelo ambiente físico e social refletido na disponibilidade de serviços, nas diferentes percepções culturais e na legislação sobre o assunto. Enquanto a ICIDH compreendia a deficiência como consequência de doenças, uma definição tipicamente médica; a CIF entende a deficiência como pertencente aos domínios de saúde, descritos com base no corpo, no indivíduo e na sociedade, e não apenas nas doenças e seus efeitos.

Alguns conceitos são fundamentais na CIF. Citaremos alguns: (1) *atividade* é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo; representa a perspectiva individual de funcionamento; (2) *barreiras* são os fatores ambientais cuja presença ou ausência limitam o funcionamento de um indivíduo e criam a deficiência; (3) *capacidade* indica o mais alto nível de funcionamento que determinado indivíduo pode alcançar em determinado domínio e em dado momento. Indica a habilidade do indivíduo para executar uma tarefa e reflete o ajuste do ambiente às suas habilidades; (4) *deficiência* é um conceito guarda-chuva para lesões, limitações de atividades ou restrição de participação, que denota os aspectos negativos da interação entre o indivíduo e os fatores contextuais e (5) *participação* é o envolvimento nas situações de vida. Um indicador possível de avaliação da participação é o desempenho (DINIZ, 2007b).

Vemos que o principal termo da CIF é o *funcionamento*, o qual é referido às funções e estruturas do corpo, e às atividades e à participação social. Fala-se em funcionalidade quando se trata do aspecto positivo da interação entre o indivíduo e a participação. Incapacidade corresponde ao aspecto negativo resultante da interação entre a disfunção – funcional ou estrutural do corpo – apresentada pelo indivíduo, a limitação de suas atividades e a restrição

¹⁰⁶ World Health Organization. *International Classification of functioning, disability and health: ICF*. World Health Organization; 2001.

na participação social. Assim, deve-se considerar os fatores ambientais que possam atuar como facilitadores ou como barreiras para o desempenho dessas atividades.

4.1.2 Os conceitos de deficiência e má saúde na teoria de Nordenfelt

Os teóricos do campo da deficiência costumam se referir ao trabalho de Boorse em tom de crítica porque, segundo eles, o autor oferece uma noção estreita de normalidade em sua teoria da doença, o que contribui para a caracterização da deficiência como necessariamente uma doença. Centrando a noção de doença no desvio estatístico, dizem, Boorse considera que muitas pessoas que têm corpos anômalos são doentes. Vimos que a teoria do autor é mais complexa do que referem os críticos, mas uma vez que o tema já foi bastante discutido em outro momento, não o debateremos novamente.

Vemos, no entanto, que Boorse praticamente não dialoga com estes autores e que o termo “deficiência” aparece em sua teoria apenas quando diz que as doenças são “deficiências na eficiência típica funcional do corpo”, relacionando a noção de habilidade funcional à sobrevivência e reprodução (BOORSE, 1977; NORDENFELT, 2006). Mas é precisamente sobre o termo *deficiência* utilizado por Boorse que Fulford (1989) se apoia para afirmar que a tese do primeiro é repleta de conotação valorativa, uma vez que o termo deficiência é, em si, saturado de valor. Segundo Fulford, os valores também aparecem quando o autor adiciona o critério causal – o ambiente – e se refere ao ambiente “hostil” na caracterização da doença.¹⁰⁷

Apenas recentemente, no livro *Philosophical Reflections of Disability* (BOORSE, 2010), o autor faz referência direta ao tema das deficiências, abordando-o em diálogo com o modelo médico. Evidencia, porém, que sua teoria é substancialmente diferente, independente dos estudos da deficiência e prefere se concentrar na problematização do termo *impairment*. A escolha é razoável se considerarmos que este é o termo chave nos estudos sobre os componentes biológicos da deficiência e que a discussão sobre a inevitabilidade da implicação do contexto social na caracterização da deficiência não é relevante para Boorse.

Importa para o autor afirmar sua discordância em relação ao uso comum na literatura da deficiência de que *impairment* se refere à noção biomédica das pessoas deficientes. Para Boorse, este não é um termo biomédico, pois sequer aparece nos antigos dicionários médicos.

¹⁰⁷ Sobre a teoria de Wakefield, Fulford (1999) alude que o termo “falha” em “falha de um mecanismo interno” é ambíguo, tendo um sentido factual e um sentido valorativo. O uso valorativo é aquele que usamos quando dizemos que alguém “falhou no exame” e o não valorativo é exemplificado pelo autor através da noção de “estrelas fracassadas” em referência às estrelas marrons anãs. Mas, Fulford diz que é o sentido valorativo de “falha” que é operado na definição original de Wakefield.

Apenas recentemente os dicionários médicos lançam mão do termo, influenciados pela definição da ICIDH. Segundo o autor, apesar da OMS referir que a perda das pernas não é uma doença, mas uma deficiência, para Boorse ela é claramente uma condição patológica, sendo inútil a criação de novos termos. O que o autor quer enfatizar é que, para a medicina, o que importa é a disfunção e não as anormalidades estruturais. *Impairments* como a perda de um dedo não são considerados por Boorse como doenças nem tampouco deficiências; são anomalias puramente estruturais que não afetam o nível de funcionamento do organismo ou parte dele.

Diferentemente do que vemos em Boorse, o termo deficiência/incapacidade é o componente principal da teoria geral da saúde de Nordenfelt. Portanto, é interessante analisar a relação do termo usado por Nordenfelt com o uso feito pelos autores do campo de estudo das deficiências e pensar se a noção de deficiência utilizada pelo autor pode ser afetada pelas discussões desse campo.

Inicialmente, porém, é fundamental pontuar que, apesar de Nordenfelt estar atento e dialogar com os autores que fizeram uma intensa crítica à estrutura conceitual das definições propostas nas publicações da ICIDH não se envolve diretamente com as discussões sociológicas e filosóficas propostas na extensa literatura sobre o tema da deficiência. Quando faz referência à deficiência, à incapacidade ou à inabilidade, a preocupação do autor é *ou* contribuir para o debate sobre as bases conceituais do termo deficiência utilizadas nas classificações médicas atuais *ou* esclarecer os sentidos de saúde e de má saúde em sua teoria. Boorse não mescla os dois campos. De forma geral, podemos dizer que está preocupado, sobretudo, com a garantia de uma teoria de saúde que seja coerente e não tem a intenção de se apropriar das discussões realizadas pelos estudiosos da deficiência para corroborar suas teses.

Apesar de em alguns momentos o autor fazer um uso geral do termo deficiência, referindo-se tanto à incapacidade de mover um dedo como à incapacidade para desempenhar um trabalho, quando se refere à noção de deficiência que deve ser levada em consideração na análise da saúde, toma como premissa a ideia de uma causa interna que incapacita a realização de fins vitais.

O autor concorda com os documentos da OMS nos quais nem todas “não habilidades” (*non ability*) são deficiências (*disability*), e que é preciso ter fatores intrínsecos ao agente (além do ambiente) que são causalmente responsáveis pela não habilidade. Mas isso não quer dizer que considera que a não habilidade seja parcialmente causada por uma doença, uma lesão ou um defeito, o que o distancia da explicação estritamente médica. Quanto à

consideração sobre quais não habilidades são deficiências, Nordenfelt não disserta sobre a dimensão social das mesmas, apesar de reconhecê-la. Talvez o autor não se envolva com essa discussão porque quer manter a dimensão singular da mesma de acordo com os fins vitais. Assim, não são todas as não habilidades que são rotuladas como deficiência. As não habilidades que são deficiências devem ser importantes para o sujeito em questão, diz Nordenfelt (2010b).¹⁰⁸

Nordenfelt (2010b) elucida a diferença entre a deficiência social e a deficiência médica. A chamada deficiência social claramente não deve ser considerada como deficiência médica se a pessoa não possui anomalia corporal, física ou mental. A deficiência social é completamente dependente das circunstâncias *externas*, então essa noção não está de acordo com o uso que é importante para Nordenfelt. Nesta concepção, a pessoa é socialmente deficiente se for impedida de agir por obstáculos sociais externos. O caso extremo seria do prisioneiro em uma cadeia. Mas pode-se pensar também na falta de recursos que impede que uma pessoa abra um negócio. De acordo com a abordagem de Nordenfelt, estes são os casos em que falta *oportunidade* e, assim, a pessoa não tem possibilidade prática de realizar o que deseja.

O autor concorda com as críticas à ICIDH de que a deficiência não pode ser independente do contexto e, da mesma forma que a CIF (NORDENFELT, 1997) faz referência à deficiência como resultado de múltiplos fatores físicos, psicológicos, morais e sociais. Portanto, a abordagem de Nordenfelt é uma tentativa de fundir as dimensões causais dos modelos médico e social da deficiência, assim como propõe a ICF. Ademais, o autor indica que, além do reconhecimento do papel do ambiente na ação humana, uma das principais melhorias da CIF em relação à ICIDH é a mudança de foco da incapacidade para a capacidade, incluindo os aspectos positivos do funcionamento e oferecendo uma visão holística da saúde (NORDENFELT, 2003, 2006).¹⁰⁹

Porém, apesar de concordar mais com a CIF do que com a ICIDH, Nordenfelt faz uma análise crítica da plataforma conceitual da CIF, sobretudo no que se refere às definições sugeridas dos conceitos de atividade e participação. Para ele (2003), essas definições não são

¹⁰⁸ Se para afirmar que a pessoa é deficiente ou que a pessoa está em má saúde é preciso considerar os componentes internos responsáveis pela incapacidade que apresentam, poderíamos pensar se o autor está se referindo a um disfuncionamento biológico, o que o coloca diante do impasse apresentado nos capítulos precedentes sobre como determinar o que é disfuncional em termos médicos.

¹⁰⁹ A ICIDH trabalha com os conceitos de *impairment*, limitação da atividade e restrição da participação.

coerentes¹¹⁰, e é preciso considerar a *ação* do indivíduo a partir das noções de *capacidade* e *oportunidade*. A capacidade é a possibilidade interna da pessoa para a ação, isto é, as condições bioquímicas, fisiológicas e psicológicas inerentes à pessoa. A oportunidade, por outro lado, é exterior à pessoa, são as possibilidades externas, os fatores físicos, psicossociais, culturais e legais. Capacidade mais oportunidade é a possibilidade prática da pessoa para uma determinada ação.

Assim, para o autor, *A* é deficiente em relação à ação *H*, se e somente se, *H* for uma ação básica, incapaz de ser executada nas circunstâncias padrão do contexto e se sua realização for uma condição necessária para a realização de um ou mais fins vitais de *A*. Trata-se de uma caracterização da deficiência diferente da proposta pelos documentos oficiais da OMS ou pelos estudiosos da área (NORDENFELT, 1997, 2010b). Vemos, no entanto, que a noção de deficiência de Nordenfelt (2010b) se assemelha à noção de má saúde do autor, pois a deficiência é uma não habilidade para realizar um ou mais fins vitais, dadas circunstâncias aceitáveis. Da mesma forma, Nordenfelt se refere à má saúde como “incapacidade de segunda ordem, em circunstâncias aceitáveis, de realizar os fins vitais”. Habilidade / saúde / deficiência / doença estão intimamente relacionadas na teoria de Nordenfelt.

Entretanto, os estudiosos do campo da deficiência, sobretudo os representantes da primeira geração, não estão preocupados em saber se a condição anômala deve ser enquadrada como “saudável” ou “doente”, pois, segundo eles, a deficiência não deve ser analisável em termos médicos. A deficiência, afirmam eles, deve ser pensada como uma questão cultural e de linguagem, razão pela qual rejeitam o pensamento e o modelo médicos como fundamento da noção de deficiência. Isso não quer dizer que os estudiosos da deficiência desconsiderem a relevância de alguns *impairments* para a sua caracterização¹¹¹.

Por aproximar os termos deficiência (*disability*) e má saúde (*ill health*), o trabalho de Nordenfelt parece problemático para alguns autores. Stone (2008), por exemplo, diz que a falsa impressão de que a deficiência é um tipo particular de condição que provoca sofrimento e requer intervenção médica resulta da discussão imprópria sobre os termos *illness* e *disability* como sinônimos. Nesta concepção, a teoria de Nordenfelt estaria reforçando a visão médica sobre o corpo anômalo e ignorando os ganhos advindos da discussão promovida pelos

¹¹⁰ Para um aprofundamento das críticas de Nordenfelt sobre a CIF, ver “*Action Theory, Disability and ICF*” (NORDENFELT, 2003) e “*On Health, Ability and Activity: Comments on Some Basic Notions in the ICF*” (NORDENFELT, 2006).

¹¹¹ A afirmação de que as pessoas portadoras de variação corporal são deficientes *apenas* devido à sociedade e não ao corpo anômalo que possuem é oriunda da visão do Modelo Social Forte, que não é unânime entre os estudiosos do campo.

defensores do modelo social. Seria, portanto, o trabalho de Nordenfelt um desserviço para a discussão sobre a deficiência? Não é o que nos parece.

No intuito de contestarem a imagem do funcionamento atípico como algo necessariamente negativo e afirmarem *a priori* a positividade não patológica do traço variante, os autores fazem apelo ao recurso epistêmico, pois afirmam que o modelo biomédico é estreito na defesa da normalidade biológica. Este, dizem, pressupõe a existência de um tipo biológico, ignora as anomalias não patológicas e a plasticidade biológica *e aproximam a deficiência da noção de incapacidade ou déficit*. Como consequência, abordam as limitações dos deficientes em termos de patologia biológica, presumindo que as deficiências são *déficits* de posses naturais e não sociais.¹¹²

Identificamos, porém, um problema teórico. Ao impugnarem o modelo médico por igualar diferença e déficit, os críticos não estão levando em consideração a enorme diferença entre as teorias de Boorse e Nordenfelt. A crítica faz sentido se considerarmos a teoria boorsiana. Mas Nordenfelt nega a sinonímia entre anomalia e doença/déficit, a qual é correlata à negação da condição variante como um fato legitimamente tipificável pelo saber/poder médico. Ele mostra que igualar *illness* à *deficiência* não é necessariamente igualar semanticamente *déficit* à *diferença*.

Nesta discussão nos parece fundamental observar dois pontos. O primeiro deles é que Nordenfelt aproxima os dois termos partindo de uma noção de má saúde que difere do modelo médico tradicional e o segundo é que Nordenfelt não está interessado em afirmar a deficiência como um conceito médico. A aproximação entre os dois conceitos é realizada por Nordenfelt como forma de relativizar os conceitos de saúde e doença ao ambiente e aos fins individuais. O conceito de deficiência é utilizado como forma de defender um conceito de saúde mais aberto aos juízos de valor, tanto individuais como sociais, e não o contrário, isto é, não como forma de afirmar a deficiência como uma questão biomédica ou como déficit. Não parece justo, portanto, afirmar que a teoria de Nordenfelt considera *diferença* sinônimo de *déficit*. Dizer que o autor iguala deficiência à má saúde não é o mesmo que afirmar que ele iguala diferença a déficit. Ademais, uma grande contribuição do autor é que ao fazer uso da noção de deficiência como incapacidade de executar os fins vitais ele mostra que o estatuto nosológico das condições anômalas não é autoevidente.

¹¹² A objeção ao modelo biomédico de definição de deficiência é particularmente expressiva na América do Norte e se manifesta sobretudo no *Disability Rights Movement* (RALSTON & HO, 2010), que vem ganhando espaço no cenário brasileiro das políticas públicas, sobretudo como resultado do envelhecimento populacional (DINIZ, 2004).

Para Nordenfelt (2003), o desenvolvimento de uma teoria e estrutura conceitual na área da deficiência é interessante do ponto de vista científico geral. A seu ver, o crucial é a tentativa por parte das ciências médicas e de saúde de se afastar da dimensão saúde-doença e teorizar sobre o lugar do corpo humano e da atividade humana no meio ambiente, em particular, em sua relação com a sociedade. Os conceitos usados nem são médicos, nem simplesmente biológicos, com exceção de *impairment*, que pertence à ciência natural. São conceitos que pertencem às humanidades e às ciências sociais.

Parecem-nos incontestável as perdas, socioculturalmente falando, em fazer igualar semanticamente diferença e déficit. Pensar sobre o corpo anômalo como diferente e não como deficitário é de fato uma grande contribuição dos estudiosos do campo, pois enquanto o *déficit* é um termo médico repleto de significação pejorativa e centrado na incapacidade individual, a *diferença* é um valor positivo no *ethos* democrático contemporâneo. É uma forma de se contrapor ao discurso da deficiência como desvio da norma, de acordo com uma noção de normalidade como média e tipicidade da espécie. Esse discurso teve origem no desenvolvimento da estatística e da contribuição de Quetelet na aplicação da estatística aos fenômenos sociais, criando, entre outras ideias, o conceito de “homem médio” (EKNOYAN, 2008).

A ideia de que a surdez, a cegueira e a paraplegia nada mais são do que diferentes modos de vida julgados *esteticamente* como anormais é algo revolucionário na literatura sobre a deficiência. Considerando a si mesmos, não como deficientes, mas como parte legítima de uma minoria linguística, os surdos sugerem que a tentativa de erradicar a surdez poderia, hipoteticamente, ser comparada com a oferta de clareamento de pele a negros (KERMIT, 2009). Tal afirmação denuncia algumas das consequências, do ponto de vista moral, da conversão da variação em déficit que deve ser corrigido ou em diferença que deve ser respeitada.¹¹³

Na literatura acadêmica, algumas abordagens se referem ao corpo deficiente como uma entre várias possibilidades para a existência humana (ALBRECHT *et al.*, 2001). Os autores da área estão atentos para o fato da classificação das pessoas em “tipos humanos” – o

¹¹³ Mas são poucas as consequências de tal inversão. Pensemos nas possíveis intervenções sobre a anomalia existente ou na prevenção do nascimento de pessoas portadoras de variações corporais (ASCH, 2003). A legitimidade do diagnóstico preditivo, do aborto seletivo e da intervenção precoce, como no caso do implante coclear em crianças surdas, é posta em questão pelos portadores dessas condições. Nestes casos, denuncia-se o risco à integridade moral dos sujeitos portadores de anomalias corporais.

que pode ser entendido como uma espécie de nominalismo¹¹⁴ – não ser resultado de uma atividade cognitiva espontânea, como se os estímulos cerebrais provocassem naturalmente tipologias. De acordo com Hacking (1995; 2002), a criação de “tipos humanos” resulta do surgimento do discurso científico sobre o comportamento humano, isto é, das ciências humanas, no século XIX, e das relações sociais que se estabelecem a partir desse discurso.

A relação entre os diferentes termos “médicos” não é clara na teoria de Nordenfelt. O autor (NORDENFELT, 2000a) afirma que entre as ameaças internas vindas do corpo da própria pessoa, além da doença, temos as lesões (*injuries*) e defeitos (*defects*), e diz que a linha divisória entre eles e as doenças é difícil de ser traçada. A lesão é identificada como um estado adquirido e o defeito como congênito. Sobre a relação entre doença e deficiência, em um estudo recente, Nordenfelt (2010b) sugere que pessoas com escoliose, braços deformados ou síndrome de Down não são consideradas, ordinariamente, como sofrendo de uma doença ou como doentes, mas tipicamente como deficientes. Com isso, ele não quer afirmar que a deficiência é um conceito médico ou desconsiderar a discussão sobre as barreiras sociais na caracterização de alguém como deficiente. Quer apenas indicar como o termo costuma aparecer na linguagem ordinária. Nordenfelt não desenvolve a questão, pois não se propõe a responder o que é uma *pessoa deficiente*. A rigor, se ele aplicasse diretamente a discussão que faz sobre a deficiência para a caracterização da má saúde na avaliação da pessoa deficiente, os portadores de defeitos congênitos não seriam necessariamente deficientes, pois seria preciso analisar a realização do fim vital.

Observando os usos ordinários, Nordenfelt (2000a) mostra que, em geral, os teóricos médicos identificam as doenças como *processos* e as lesões e defeitos como *estados*. O autor não faz uso do termo deficiência para falar sobre estados, mas a diferenciação entre processo e estado é referida por alguns autores como a demarcação da diferença entre deficiência e doença. Nordenfelt (1995; 1999, 2000a) não está preocupado em discutir essa diferenciação, sobretudo por se ocupar de uma teoria da saúde e não da doença e por desenvolver uma noção de habilidade – e não de deficiência (*disability*). Estes são os termos que considera útil para a caracterização do estado saudável. Em seu entender, saúde e doença não são conceitos opostos. A noção de doença citada por Nordenfelt é bastante estreita, grosso modo, são os processos físicos e mentais que tendem a baixar o nível de saúde de uma pessoa. Essa noção não é fundamental para a sua teoria da saúde. A doença é apenas uma das condições que

¹¹⁴ Utilizamos o termo nominalismo no sentido *lato*, isto é, como um modo de dizer que condutas pessoais passam a existir, a serem reconhecidas como realidades, a partir do momento em que são descritas no vocabulário das chamadas ciências humanas.

podem levar à má saúde, mas a saúde pode ser avaliada sem a análise da doença. Por esta razão, ele não se envolve com a discussão sobre a distinção entre deficiência e doença.

O interessante na demarcação dessa fronteira é que ela permite que a deficiência seja apropriada como marcador de identidade e, conseqüentemente, positivada moral e socialmente. Para Diniz (2004), a diferença entre doença e deficiência está na provisoriedade da experiência da limitação dos desempenhos físico-mentais correntes. A doença, situação temporária, não permitiria seu uso como marcador de identidade. Mas a deficiência, se entendida como uma situação irreversível, permite redefinir o conceito de normalidade a fim de ajustá-lo à condição permanente das pessoas. A cegueira, por exemplo, passa a ser a condição normal de uma pessoa cega e, portanto, não faz sentido classificá-la como doente. Assim, uma pessoa que não pode enxergar porque está com uma inflamação ocular grave seria uma pessoa doente e uma pessoa cega seria uma pessoa deficiente.

Tal distinção entre os conceitos de deficiência e doença se aproxima daquela de Amundson (2000), para quem a condição anômala é comumente chamada de deficiência se se refere a condições permanentes e estáveis, e de doença se é episódica e ameaça a vida. Desta forma, o autor considera que a deficiência tem em comum com a doença o fato de ser uma variação atípica, mas difere da mesma por não ser processual no sentido de levar à inviabilidade do organismo considerado. Melhor dito, os processos existentes nas deficiências seriam do ajustamento progressivo ao novo funcionamento, que redundaria em uma nova estabilidade anátomo-funcional. Amundson enfatiza esse tópico para refutar a ideia naturalista de existir um tipo biológico fixo.

4.2 A Contribuição dos *Disability Studies*

4.2.1 Do modelo da tragédia pessoal à crítica social

Apesar de a intenção de Nordenfelt ser a de oferecer uma estrutura conceitual para os termos médicos e não a de se aprofundar nas discussões do campo dos *Disability Studies*, podemos dizer que, ao defender que o disfuncional não é um fato biológico inquestionável, mas um fato socialmente valorado, ele deixa abertas as brechas para a discussão sobre o que é a deficiência.

Ainda que não ofereça uma “teoria da deficiência”, a ideia de saúde como realização do projeto de vida articulada à noção de deficiência fez com que o trabalho de Nordenfelt

fosse aproveitado por autores do campo dos *Disability Studies* como forma de se oporem ao modelo biomédico de Christopher Boorse. O fundamental é que, segundo Edwards (2009), Nordenfelt afirma que a incapacidade não é oriunda apenas de fatores internos ao corpo, mas da combinação de fatores internos (como lesões) e fatores externos (como um sistema público de transporte inadequado aos cadeirantes). Edwards, obviamente, enfatiza a dimensão social da afirmativa.

A ênfase nos aspectos sociais da deficiência é marcante nos *Disability Studies*. Tendo como base epistemológica e ontológica o construtivismo social, os principais estudos do campo das deficiências (VEHMAS E MÄKELÄ, 2009), em especial o Modelo Social da Deficiência, afirmam que a deficiência não pode ser entendida estritamente em termos biomédicos, mas sim em termos políticos, como resultado da opressão social e da discriminação sofrida pelos que possuem traços físicos ou mentais variantes. A partir do enfoque sociocultural estes autores se inspiram na opinião de Susan Sontag (2007) de que a enfermidade – e no caso, a deficiência – seria aquilo que reprovamos como infração aos modelos ideais de existência pessoal ou coletiva.¹¹⁵

Os defensores do Modelo Social criticam, portanto, a redução da deficiência à esfera natural e individual e a ideia de que a opressão social e a exclusão dos supostos deficientes resultariam de suas limitações físico-mentais. A ideia de deficiência como algo inerente ao indivíduo conduz à ideia de que os esforços devem ser feitos no sentido de “corrigir” o que nele é defeituoso. Assim, uma das grandes críticas ao modelo médico da deficiência é a sustentação da relação de causalidade entre os impedimentos corporais e as desvantagens sociais experimentadas pelos deficientes. O modelo médico entende a desvantagem vivida pelos deficientes como uma sentença da natureza, como efeito de desvantagens naturais inerentes aos contornos do corpo e, portanto, os impedimentos corporais são reconhecidos como infortúnios privados, uma *tragédia pessoal* (BARNES, 2002).

Muitos autores criticam este ponto de vista e afirmam que a narrativa da tragédia pessoal envolve a ideia de incapacidade pessoal e corrobora práticas medicalizadas e individualizadas para lidar com a deficiência (OLIVER, 1990). A “deficiência”, neste caso, representa uma catástrofe pessoal que deve ser evitada, uma condição humilhante que deve ser negada ou escondida. Há quem considere que um corpo anômalo é algo trágico, mas há também quem considere que essa é uma entre várias possibilidades para a existência humana.

¹¹⁵ Evidentemente esta ideia não quer dizer que tudo aquilo que reprovamos chamamos de doença, mas que aquilo que chamamos de doença, necessariamente corresponde àquilo que reprovamos.

Ao contrário da ideia da deficiência como *tragédia pessoal*, outros afirmam que a catástrofe advém da incapacidade da sociedade de lidar com a diferença. Para alguns, mais radicais, a deficiência é fonte de orgulho e empoderamento, um símbolo de identidade pessoal enriquecida. Ela é vista como diversidade corporal e diferença subjetiva. Para estes, a experiência da deficiência proporciona um sentido de comunidade que é aproveitado na intenção de exaltar os valores fundamentais da vida, os direitos humanos e a celebração da diferença (ALBRECHT *et al.*, 2001).

Para os defensores do Modelo Social o corpo não é um destino de exclusão para os deficientes (TREMMAIN, 2002). Habitar um corpo anômalo é uma experiência singular que pode ser descrita de diversas formas, dependendo da experiência subjetiva e do aporte ambiental. A experiência da desigualdade só se manifesta em uma sociedade pouco sensível à diversidade de estilos de vida. Se o prejuízo sofrido pelos deficientes for analisado como resultado da sociedade, as pessoas com deficiência¹¹⁶ serão vistas como membros de uma minoria cujos direitos foram violados por uma maioria injusta. Assim, o foco da atenção aos deficientes seria permitir às pessoas com deficiência liberdade para participar da vida social e das oportunidades (RALSTON & HO, 2010). A deficiência, dessa óptica, seria resultado da interação do portador da anomalia com uma sociedade discriminatória e da carência do meio em acolher de forma satisfatória aqueles que possuem uma anomalia corporal (OLIVER, 1990). Em suma, deficiente é o ambiente e não o sujeito.

Segundo Edwards (2009), o trabalho de Nordenfelt pode ser usado como contraponto ao modelo biomédico. Edward faz referência principalmente aos trabalhos de Nordenfelt sobre a noção de deficiência, afirmando que segundo a concepção do autor, se passear para ver pássaros é fundamental para uma pessoa ter uma vida boa, se a pessoa fizer esta atividade com uma cadeira de rodas, então ela não é deficiente, pois pode alcançar o fim almejado. O mesmo pode ser dito de um indivíduo com deficiência intelectual. Se ele considera ver filmes no cinema um fim vital e possui acompanhantes que o levam ao cinema diariamente, então, de acordo com a definição de Nordenfelt, não tem nenhuma deficiência. A dimensão ética e política da teoria de Nordenfelt é ressaltada por Edwards, ao dizer que se o governo retirasse

¹¹⁶ Alguns autores preferem fazer uso do termo “pessoa deficiente” e não de “pessoa com deficiência”, por considerarem que a deficiência é uma parte essencial do *self*. Portanto, não haveria sentido falar da pessoa e da deficiência separadamente (OLIVER, 1990). Muitos desses autores criticam os defensores do Modelo Social, por negligenciarem a lesão (*impairment*) como um importante aspecto da vida de muitos deficientes (CROW, 1992). Neste caso há um esforço em afirmar a identidade deficiente, que tem como intuito resistir ao preconceito e ao estigma que vivenciam (MORRIS, 1991).

os acompanhantes do rapaz ele se tornaria deficiente porque não seria capaz de realizar seus fins vitais.

O argumento é que a noção de *projeto* é vital para a caracterização da deficiência. Muitos deficientes poderiam ser vistos como diferentes se analisados à luz da ideia de projeto e ambiente favorável. De fato, Nordenfelt (2010b) entende a capacidade e a oportunidade como conceitos logicamente inter-relacionados em um sentido forte, pois não existe algo como uma capacidade isolada. A habilidade de uma pessoa deve ser julgada considerando o conjunto de circunstâncias e a oportunidade deve ser julgada em face das condições internas de seu corpo e mente.

Porém, Nordenfelt está preocupado com os conceitos de saúde e má saúde e não de deficiência como marcador de identidade. Então, o autor afirma que, diferentemente do que Edward diz, ele não defende que a mudança de ambiente seja suficiente para que alguém deixe de estar em má saúde. Além de considerar os aspectos internos à pessoa, em seus trabalhos fica evidente que a saúde é avaliada com referência à capacidade *da própria pessoa* de executar seus fins vitais em circunstâncias padrão. Apesar de, em alguns casos, a mudança de ambiente ser uma forma de preservar intacta a ideia de projeto, para Nordenfelt (1995; 2000), a compensação não é suficiente para que a condição deixe de ser vista como má saúde. Considerar o julgamento da saúde dependente da capacidade individual e considerar que este julgamento se sobrepõe à realização dos fins vitais é afirmar que o valor da autonomia é central na caracterização da saúde.

Assim como Fulford argumenta que a valoração é central para o conceito de doença mental e para o de doença física, Nordenfelt defende que o conceito de deficiência que importa à medicina e a má saúde são valorativos e podem ser entendidos a partir do mesmo quadro conceitual. A seu ver, não é apenas a deficiência que não é condição da natureza humana, um termo a-histórico ou atemporal. A má saúde, assim como a deficiência, é uma categoria construída por uma determinada sociedade e está sempre sujeita a julgamentos de valor.

Se tal determinação é valorativa, interessa pensar quem as determina, se é o indivíduo ou a sociedade, ou ainda se se trata de considerar as duas dimensões. Vemos que a noção de saúde em Nordenfelt se refere à capacidade de realizar os fins vitais singularizados. Porém, podemos dizer que não existem projetos, metas ou fins vitais em um vácuo cultural, social ou moral (GIROUX, 2011). De modo breve, malgrado as intenções e os desejos singulares serem a base para o julgamento da saúde e da doença, os sentidos dados pelos sujeitos às suas vidas

particulares é resultado da articulação entre a biografia particular e o contexto sociocultural em que estão inseridos. A experiência da doença e da saúde é, pelo menos em parte, constituída por um quadro contextual que circunscreve os sentidos dados a estas noções.

Nordenfelt não discute com profundidade qual é este quadro contextual ou quais valores devem ser preservados além da sobrevivência individual, mas reconhece a existência dos mesmos. Ele fala explicitamente nos valores de *bem-estar*, *felicidade* e *florescimento humano* como valores compartilhados em uma cultura. Implicitamente, evidencia que a autonomia é um valor social que deve ser considerado na avaliação da saúde. Vemos que é o consenso sobre certos valores que faz com que alguns fins vitais não sejam considerados legítimos. Em função disso, Nordenfelt acha que na avaliação dos fins vitais, além dos valores individuais, deve-se levar em consideração os valores partilhados em dada cultura. Mas, como explicar a gênese do consenso sobre “noções comuns”? A relação complexa entre a estrutura interpretativa sociocultural e a constituição individual caracteriza o problema de delinear os sentidos comuns dos conceitos.

Segundo Khushf (2001), a exploração das noções comuns de saúde e doença pode ganhar diferentes contornos, dependendo se o foco é dado às características universais ou particulares do fenômeno. Antropólogos consideram como a cultura condiciona a saúde e a doença, identificando como as instituições sociais e as normas configuram o fenômeno. Em geral, trabalham com as biografias dos pacientes, realçam o particular e o contingente e investigam o papel do sistema semiótico na formação dos fenômenos da saúde e da doença.

Khushf (2001) divide os estudiosos do termo entre os “críticos” e os “construtivos”. Os primeiros, como Michel Foucault, costumam seguir a exploração sócio-histórica, são informados pelos modelos sociológicos e antropológicos de análise e buscam explicitar como a cultura forma as nossas experiências. A contribuição dos mesmos é de extrema importância, pois revelam as configurações implícitas que formam nossas vidas e permitem que as formas de vida sejam sempre sujeitas à revisão.

Apesar de Nordenfelt compartilhar com Foucault a concepção da norma como *vida em sociedade* e não como *vida*, como faz Canguilhem, e defender a ideia de que é a vida social que constrói a realidade, ele não segue a filosofia crítica de Foucault. Como um dos representantes dos “filósofos construtivos” (KHUSHF, 2001), Nordenfelt se interessa em

articular aspectos universais do senso comum sobre a saúde e a doença, abstraindo do particular o necessário para revelar as marcas gerais da condição humana.¹¹⁷

Importa notar que Nordenfelt e Fulford não parecem discordar da compreensão da antropologia crítica, influenciada pelo trabalho de Foucault, de que a saúde e a doença são elaborações construídas de acordo com jogos de poder. Não se propõem, todavia, a estudar estas relações. Da mesma forma, não ignoram a existência de valores sociais implicados na caracterização da doença, mas não pretendem discutir os sentidos deles. Notam apenas que há valores que são compartilhados em determinada cultura e que a avaliação da saúde é condicionada a eles.

Portanto, o que esses autores indicam, mas não problematizam, é que qualquer cultura define quais ações os indivíduos devem ser capazes de executar, mostrando que são limitadas pelo imaginário sociocultural ou pelas estruturas político-econômicas. Neste sentido, Nordenfelt (2000) fala em *fins razoáveis* e Fulford faz referência aos papéis sociais pelos quais a competência das ações do agente é, pelo menos em parte, mensurada.

O lugar dado ao social em relação ao julgamento da saúde é mencionado por Nordenfelt em *On the Nature of Health* quando aborda as maneiras pelas quais a sociedade participa da avaliação do bem-estar. Nordenfelt (1995) diz que a sociedade constitui uma *plataforma para um jogo de linguagem*. A capacidade e o processo de conceitualização são dependentes da linguagem, isto é, conceitos como “homem”, “vida” e “saúde” são formados porque produzimos *símbolos* que são os tijolos da linguagem. Concordando com Wittgenstein, diz que o sentido das palavras é determinado pela forma como são empregadas na comunicação. Assim, o conceito de saúde é determinado pelo uso do termo “saúde” de acordo com determinada cultura.

Portanto, apesar de Nordenfelt não abordar quais são os usos dos termos valorativos implicados na caracterização da saúde e da doença, é evidente que o autor relativiza o sentido desses termos em função do contexto social. Neste sentido, é interessante sublinhar que a teoria de ação que adota a ideia de normatividade como capacidade de realizar metas intencionais e não como filosofia da vida, como faz Canguilhem, nos faz refletir sobre qual é

¹¹⁷ Segundo Khushf, há duas vertentes da reflexão filosófica entre os construtivos: a tradição da filosofia analítica e a tradição continental. A última pode ser representada por Merleau Ponty e toda a tradição da fenomenologia do “corpo vivido”. Para estes, a saúde é a experiência de harmonia vivida do *self*, da comunidade e do sistema de sentido que guia a vida. *É a vida no silêncio dos órgãos*, como refere Leriche. A doença é a experiência de perturbação da vida nesses domínios, da alienação do *self*, é a percepção de uma divisão entre o *self* e o corpo. Apesar de usarem a linguagem da intenção na abordagem da saúde e da doença, assumem uma visão mais orgânica do que a dos filósofos analíticos como Nordenfelt, em que todas as dimensões da vida estão intimamente entrelaçadas.

a noção comum de capacidade e quais são os projetos considerados legítimos para a caracterização dos conceitos de saúde e doença.

Ao longo do trabalho de Nordenfelt fica claro que, para a avaliação da condição atípica como saúde ou má saúde não basta analisar se a mesma incapacita a realização dos fins vitais ou ordinários. Deve-se também levar em consideração (1) se os projetos pessoais são compatíveis com os projetos sociais dominantes, isto é, se o indivíduo pode aspirar a tudo que se espera de um indivíduo autônomo e (2) se o indivíduo é capaz de realizar seus fins vitais de forma autônoma, isto é, sem a necessidade da ajuda de terceiros ou de adequação do meio às suas necessidades específicas. Autonomia é, portanto, o valor tácito na teoria de Nordenfelt.

No exemplo do deficiente intelectual citado por Edwards – que realiza seus fins vitais se tiver acompanhantes diários –, Nordenfelt diria que ele está claramente em má saúde, pois a pessoa saudável é capaz de realizar, *ela mesma*, seus fins vitais. Ademais, diz o autor, para o fim vital ser levado em consideração, deve estar de acordo com os fins vitais valorizados na cultura em que a pessoa está inserida. Certamente, a capacidade intelectual é um valor desejado em nossa cultura, e a pessoa capaz intelectualmente deseja fins vitais mais abrangentes do que ir ao cinema. Portanto, Nordenfelt está afirmando duas condições necessárias para a caracterização da saúde. Em primeiro lugar, a pessoa saudável deve ser capaz de executar de forma independente as ações necessárias para alcançar seus fins vitais evidenciando que, no limite, o que vai dizer o que é *disfuncional* é a variante autonomia. Em segundo lugar, o autor afirma que a pessoa é considerada doente quando possui uma anomalia corporal que a impossibilita de cumprir os projetos que a corrente principal da cultura considera como constituintes das identidades hegemônicas, o que reforça o valor pressuposto na ideia de sujeito autônomo. É em nome da autonomia que se considera alguém diferente ou doente, sendo, portanto, a avaliação da ideia de autonomia que precisa ser feita em cada um dos casos para sabermos se estamos diante de uma condição anômala ou patológica.

Nordenfelt mostra que o fundamento conceitual do vínculo entre saúde e autonomia reside na teoria da ação que explica a normatividade a partir das ações ou metas intencionais, e não na filosofia da vida. Vimos que Boorse e Wakefield afirmam um tipo normativo biológico com base na teoria da evolução. Os normativistas, por sua vez, também partem do princípio da existência de um *tipo*, que não é biológico, mas ideal. Resta responder quem é o representante do tipo ideal e quais são as capacidades que ele deve ter.

A premissa implícita no argumento do “tipo normativo” é que se o traço anômalo não prejudica o exercício da identidade social dominante, a pessoa não é considerada em má saúde. Caso contrário, ele se percebe ou é percebido como estando em má saúde. Vemos assim que no centro da ideia de projeto está a ideia de autonomia como traço nuclear do “tipo normativo”. Em grande parte dos transtornos mentais, os indivíduos são vistos como incapazes de determinar as metas vitais, por não serem autônomos e no caso das doenças físicas por razões do mesmo gênero.

Estes autores estão dizendo que consideramos a pessoa doente quando a mesma não pode andar por si, não pode cumprir, de forma *independente*, os projetos que a corrente principal da cultura considera dignos.

4.2.2 Cuidado e deficiência

Conhecemos a complexidade inerente à discussão sobre *o que é* a autonomia individual. Nosso intuito, portanto, é apenas o de discutir alguns aspectos da noção, da perspectiva de Nordenfelt. Desse ângulo, a primeira observação a ser feita é a de que Nordenfelt parte de uma concepção de autonomia, precedida por uma concepção de *self*, que merece ser relativizada.

Tauber (2005) estabelece as bases para a discussão da autonomia explorando como ela pode ser designada como uma característica do *self*. Segundo o autor, a autonomia não pode ser pensada independentemente de como o *self* é identificado. Interessado em encontrar uma forma de preservar a autonomia, especialmente no contexto médico, o autor apresenta duas maneiras distintas de entender a identidade pessoal: a partir do *self* atomístico e a partir do *self* relacional.

O *self* atomístico é o *self* altamente individualista para o qual o princípio da autonomia assume uma característica central da identidade pessoal. Segundo Tauber (2005), o agente neutro, racional, independente e objetivo surgiu de duas fontes: da ciência e da política. De um lado a filosofia liberal de John Locke na qual o *self* atomístico era parte da presunção da ciência moderna, que considerava o sujeito cognoscente como radicalmente separado do mundo. De outro lado, o *self* atomístico é adequado ao *ethos* político liberal, que entende o autogoverno como um novo e fundamental valor, temperado apenas pela infração à liberdade de outros.

A supervalorização da individualidade em detrimento da sociabilidade, manifestada no alto valor dado ao indivíduo, e o desprezo ao valor das redes de reciprocidade é uma marca do *self* individualista. Dado o elevado valor concedido à independência de pensamento e à liberdade de escolha, a visão do *self* como individualista se tornou um princípio básico da filosofia Iluminista e as bases para o *american dream*. O *self* atomístico demanda que cada um de nós seja o criador de sua própria casa, de sua própria identidade, havendo, portanto uma celebração da primazia do *self* sobre o viver coletivo.

Em 1985, Charles Taylor em um ensaio chamado “Atomismo” se opõe à visão liberal que “os homens são autossuficientes fora da sociedade”. O autor defende a ideia de que o homem não é autossuficiente; sua existência depende da vida na *polis*. Seguindo a visão aristotélica de que “o homem é um animal social e político”, Taylor critica a visão individualista de *self* defendida pelos filósofos liberais, que desconsideram os laços familiares, as tradições, a cultura e os vínculos sociais (BELL, 2013). O autor propõe o “comunitarismo”, um modelo de organização política que acentua os laços de afeto e afinidade e a consciência de tradições comuns em oposição à moralidade dos laços contratuais (BLACKBURN, 1994), e afirma que os indivíduos são agentes “encarnados” no mundo. A afirmação é que vastas áreas de nossas vidas são governadas por rotinas e hábitos não escolhidos (BELL, 2013).

Voltemos agora à teoria de Nordenfelt. Ao descrever a ação em termos intencionais, o autor preserva a ideia de sujeito moral e, com isso, os valores democráticos que queremos preservar: direito à vida, à liberdade e à busca da felicidade. Porém, quando refere que a compensação ambiental não é suficiente para colocarmos em dúvida a caracterização de determinado indivíduo anômalo como em má saúde, ele está partindo de uma noção de capacidade pautada na ideia de autonomia como soberania, típica do *self* atomístico. O autor está evidenciando que o uso ordinário dos conceitos de saúde e doença estão intimamente relacionados com a ideia de sujeito autônomo, independente e autossuficiente.

Mas Tauber (2005) mostra que o sujeito pode ser compreendido a partir de outro referencial. Trata-se da concepção do sujeito como produto do encontro com o outro. Nesta matriz, há outra representação do *self*: o *self* relacional ou *self* social. O *self* nessa representação é entendido como uma confluência de relações e obrigações sociais constitutivas da identidade. Somos, fundamentalmente, traços de identificações com os outros e a autonomia é um valor subordinado a tais princípios morais. Diferentemente dos defensores do *self* atomístico, os que defendem o *self* relacional não acreditam que há um *self* a ser

revelado, não acreditam em uma identidade que reside separada da experiência intencional com o outro.

Para Mead (1982), por exemplo, o *self* é uma construção social, pois a sociedade representa o contexto dentro do qual o *self* surge e se desenvolve. É através das “definições” feitas pelos outros, que servem como referencial para o *self*, que ele é formado. O *self* é, portanto, um processo social individualmente interiorizado. A relação com o outro é a unidade básica para a construção do *self*.

Trata-se claramente de uma disputa ideológica. A concepção atomística do ser humano considera a confiança, a amizade, a lealdade, o cuidado e a responsabilidade atributos secundários em relação à autodeterminação e à autorrealização. Apesar da inegável importância desses últimos, vê-se que as práticas sociais, as relações e as comunidades baseadas nos princípios de cooperação e interdependência ameaçam ou pelo menos comprometem a autonomia atomística (TAUBER, 2005).

A proposta da reforma psiquiátrica da década de 1970 e a discussão predominantemente norte-americana que marcou a segunda geração do modelo social da deficiência nos anos de 1990 e 2000 são movimentos que subvertem a lógica atomista, contestam a independência como um valor ético primeiro e afirmam o valor do *cuidado* na vida de cada um de nós indicando como o mesmo pode ser compreendido de forma diversa da tradicional.¹¹⁸ Tomemos o exemplo da reforma psiquiátrica.

Segundo Amarante (1994), a reforma psiquiátrica tem como intuito superar o modelo de tratamento baseado no afastamento dos sujeitos do convívio social tirando-lhes o exercício da cidadania. Em oposição a isso, a reforma buscou emancipar os sujeitos, através do resgate da autoestima e do retorno ao convívio da família e da comunidade. Liberdade, autonomia e direito à diferença são princípios fundamentais defendidos pela Reforma. No entanto, na esfera da saúde mental, a noção de autonomia está muito mais associada à construção da dignidade e ao exercício da cidadania do que à independência.

A cidadania é a meta a ser atingida e a questão central na reabilitação psicossocial está relacionada à elevação do sujeito de sua condição de doente mental à condição de cidadão (SARACENO, 2001). A clínica, neste sentido, dirige-se ao sujeito inserido na multiplicidade de suas relações, e fundamenta-se numa perspectiva holística da vida subjetiva, isto é, na compreensão de que a vida mental não é apenas o universo psicológico interior, mas também

¹¹⁸ Obviamente não abordaremos estes temas com profundidade. Cada um deles – a reforma psiquiátrica e a perspectiva feminista sobre a deficiência – são merecedores de uma longa exposição. Nosso intuito é apenas apontar algumas dimensões fundamentais que eles nos trazem que desestabilizam o modelo social da deficiência e a perspectiva de Nordenfelt sobre a saúde, ambos centrados na independência como valor ético.

um campo de ação no qual o indivíduo se projeta no mundo. A experiência subjetiva, diz o autor, é resultante das interações entre o organismo e o meio no qual ele habita. Ela não está fundada apenas nas propriedades biológicas, mas também nas marcas sócio-simbólicas e na trajetória existencial singular. A rede de laços intersubjetivos é bastante relevante no programa da luta antimanicomial e é um dos pontos sobre o qual a clínica incide.

Entender a cidadania como o “processo ativo de ampliação da capacidade de todos e de cada um agirem de modo livre e participativo” (BEZERRA JR., 1992, p. 124), permite que a noção de loucura/doença mental como déficit, falha ou incapacidade seja ultrapassada. A isso corresponde uma nova ética no cuidado: não mais o isolamento e a classificação, mas a inclusão, o acolhimento e a ampliação da cidadania.

Contrariando a concepção da autonomia como “independência”, Tykanori (1996) entende que somos tanto mais autônomos quanto maior for a amplitude de nosso leque de dependências. O alargamento da dependência amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida. A clínica desenvolvida no campo da luta antimanicomial subverte a noção individualista de autonomia, afirmando o caráter relacional da mesma. Partindo dessa concepção, além da denúncia dos manicômios como instituições de violências, a Reforma propõe a construção de uma *rede* de serviços e estratégias territoriais e comunitárias, inclusivas e libertárias que promovam a reapropriação das relações do sujeito com a cidade e a cidadania. Portanto, alguns dos conceitos e valores que se encontram no paradigma político social assistencial da Reforma Psiquiátrica e no centro da clínica da saúde mental são “o reconhecimento da singularidade, o respeito pela diferença, o incentivo à autonomia, o apelo à solidariedade, o apreço pelos laços de dependência recíproca, o estímulo à normatividade e a valorização da ação no espaço público” (BEZERRA, 2007, p.30).

O estímulo à normatividade, o respeito à diferença e a contribuição para a transformação do imaginário social sobre a loucura (ou deficiência) são pontos centrais da Reforma. É necessário sair do referencial da normalidade e da valorização da autonomia como independência em relação aos outros para considerar o sujeito com transtorno mental como candidato a ter uma vida boa. Superar a condição “objetal” do doente mental é a proposta da clínica da saúde mental, mas isso não significa esperar que o sujeito viva uma vida que não dependa dos outros, dos cuidados médicos e do apoio social.

Em síntese, são estes três pontos fundamentais: (1) substituição da noção de doença mental como déficit ou incapacidade pela noção de forma diversa de existência; (2) subversão da noção de autonomia como independência para autonomia como interdependência e (3)

defesa de uma ética do cuidado pautada na inclusão e na ampliação da cidadania. Este último pode ser projetado na discussão sobre os conceitos médicos fundada na noção de incapacidade e ajuda a evidenciar como as fronteiras entre deficiência, saúde e doença são fluidas.

A segunda geração dos estudiosos da deficiência reforça essa concepção. As teóricas feministas da área assimilam que a ambição por independência é um projeto moral que se adequa às aspirações das pessoas não deficientes. Mas, autonomia, independência e produtividade não são valores morais inquestionáveis. É preciso considerar a diversidade da experiência da deficiência, a experiência de viver em um corpo lesionado (MORRIS, 2001). A demanda por justiça não pode ser referida à ética individualista subordinada à hipervalorização da ideia de independência.

Pode-se pensar que levar a discussão sobre a deficiência para a órbita da Reforma Psiquiátrica é uma forma de defender o que os estudiosos do campo da deficiência rejeitam: a ideia de que o deficiente necessita de cuidado e benefícios compensatórios (THOMAS, 1999 *apud* DINIZ, 2007b). Contudo, a segunda geração dos teóricos da deficiência pensa de outra forma. Ela critica o modelo social por priorizar a inclusão dos deficientes na lógica capitalista em detrimento da problematização dos pressupostos morais da organização social que gira em torno do trabalho e da independência (DINIZ, 2007b).

A entrada das teóricas feministas na discussão complexificou o debate e estendeu o conceito da deficiência para condições como envelhecimento e doenças crônicas (WENDELL, 2001). Ainda mais fundamental, as críticas feministas negavam a suposição de que todos os deficientes desejavam a independência ou eram capazes de alcançá-la. Argumentando que todas as pessoas são dependentes em diferentes momentos da vida, algumas feministas introduziram a ideia da *igualdade na interdependência* como um princípio mais adequado à reflexão sobre questões de justiça para deficientes (KITTAI, 2005b).

Exterior ao campo da deficiência, o trabalho da psicóloga Carol Gilligan (1982) trouxe uma boa contribuição ao debate. Gilligan critica a tradição adotada por John Rawls, que considera a justiça como o princípio moral “primeiro”. Da mesma forma, a autora ataca a teoria moral do desenvolvimento de Piaget, adotada e desenvolvida por Kohlberg¹¹⁹, mostrando que as mesmas refletem uma moralidade masculina baseada nos princípios abstratos da lei e da justiça. A autora mostra que a moralidade pode se basear em outros princípios como a compaixão e propõe uma *ética do cuidado*.

¹¹⁹ Carol Gilligan foi discípula de Kohlberg na Universidade de Harvard.

A ética do cuidado difere significativamente dos modelos contratualistas kantianos que partem de um *self* atomístico e de uma autonomia individualista, derivada da ideia de independência. Ela é fundamentada no compromisso e na conexão, e compreende a autonomia não como expressão do autogoverno radical em um mundo organizado e determinado pelo indivíduo, mas como uma forma social de interpelação. Dessa perspectiva, as pessoas isoladas de outras são incompletas, e o isolamento impede a autossatisfação (CLEMENT, 1996 *apud* TAUBER, 2005), pois a interdependência é o valor que melhor expressa a condição humana.

A defesa da tese da interdependência é feita também pela filósofa Annette Baier (1985). Baier observa que as condições de cooperação social são íntimas e envolvem sujeitos desiguais numa rede de relações. Segundo ela, as teorias éticas tradicionais representam apenas uma parte do mundo moral, deixando de lado a ética do amor e da confiança. A ética do cuidado dá relevo ao relacionamento humano e atua no sentido de protegê-lo. Como Gilligan, em seus estudos sobre o desenvolvimento moral das mulheres, a autora afirma que homens e mulheres tomam decisões sobre o certo e o errado baseados em diferentes sistemas de valores, pois enquanto os homens têm decisões morais de acordo com a ideia de justiça, as mulheres são motivadas pelo cuidado.

Gilligan (1977; 1982) levanta a hipótese de que “as mulheres falam numa voz diferente”, abafada pela teoria ética tradicional. O desenvolvimento moral das mulheres seria distinto do dos homens, fato que Gilligan teria observado por meio de estudos empíricos com crianças, adolescentes e mulheres. A autora denominou de “voz do cuidar” as falas dessas mulheres que eram marcadas por um forte senso de responsabilidade, sobretudo de responsabilidade do cuidar.

Segundo a autora, o ponto de vista feminino define os agentes morais como seres interdependentes que respondem mais às necessidades dos outros do que às regras abstratas. Passemos ao largo da questionável defesa da existência de “uma voz tipicamente feminina” e pensemos na contribuição que Gilligan pode trazer. Trata-se de uma forma de compreender o indivíduo e a moralidade diferente da definição tradicional do ser humano nas sociedades capitalistas ocidentais. Nessas sociedades, o indivíduo é prioritariamente percebido como sujeito autônomo, independente, submetido apenas a si mesmo e ao comando da razão.

Positivar, ao contrário, os princípios da solidariedade e do cuidado parece-nos útil para a redescritção dos corpos anômalos.¹²⁰

Kittay (2005a; 2005b; 2005c), assim como Gilligan e Baier, preocupa-se em desmontar as teorias liberais da justiça e igualdade, ao sustentar que as relações de dependência são inevitáveis na vida social e inescapáveis à história de vida de todas as pessoas. Cuidado e interdependência, diz a autora, são princípios que estruturam a vida social e impõem a centralidade da dependência nas relações humanas. A autora americana fez uso da ideia de que “somos todos filhos de uma mãe” para dizer que todos somos cuidados por alguém em algum momento da vida. A partir da noção de *self* transparente¹²¹, elemento moral da ética do cuidado, reitera que o sujeito moral é inerentemente relacional, contrapondo-se à interpretação de *self* da tradição liberal.

Revalorizar as ideias desses autores não corresponde em absoluto à defesa da caridade filantrópica em prol da justiça social. A contribuição delas é mostrar que o cuidado também é uma demanda de justiça social. Afirmando que as relações de dependência são incontornáveis e que o discurso da absoluta independência é perverso, posto que implique o desamparo como horizonte de nossas debilidades, o estudo da autora ajuda a ver o indivíduo autônomo como aquele que exerce uma *escolha* autônoma e não obrigatoriamente como aquele que é *capaz* de agir de forma *independente*.

Essa dimensão é fundamental se a analisarmos sob a lupa da teoria de Nordenfelt. Podemos preservar a ideia de saúde como capacidade de agir, sem aceitar que a ação precise ser independente do apoio de outras pessoas. Entender que a necessidade do outro não é critério de incompetência e algo do que se envergonhar dado que é constitutiva do ser humano, permite que muitos portadores de anomalias tenham a autonomia resguardada e que a caracterização da condição como tragédia pessoal possa ser substituída pela noção de forma diversa de existência.

Esvaziar as noções de capacidade individual e independência e fortalecer as ideias de interdependência e relação interpessoal como critérios de julgamento da condição variante

¹²⁰ A teoria da autora é altamente criticada por não fornecer um modelo explicativo da ética; por reforçar o papel histórico de autossacrifício das mulheres; por defender uma ética do cuidado típica da enfermagem, baseada na caridade e por reforçar estereótipos masculinos e femininos. As críticas podem ser vistas em *Cultures and Organizations* (New York: McGraw-Hill, 1991:79-107); *No longer patient: feminist ethics and health care* (Philadelphia: Temple Univ. Press, 1992:49-50) e *Caring: nurses, women and Ethics* (WILEY-BLACKWELL, 1997). As teóricas feministas da deficiência também são criticadas por aqueles que acreditam que o cuidado é um valor com baixo potencial para subverter a ordem social e política que oprime os deficientes (MORRIS, 2001).

¹²¹ *Self* transparente é o *self* moral daquele que tem o dever de cuidar de outras pessoas e é movido por um ideal altruísta, baseado nos laços de afeto e preocupação.

permitem que o julgamento da felicidade como realização dos fins vitais, um critério fundamental da teoria de Nordenfelt, seja relativizado. Se o indivíduo nos diz que é feliz, quando tem uma vida que julgamos pobre, devemos considerar sua opinião pessoal ou temos autoridade para dizer que a pessoa está enganada e que não é feliz e, portanto não é saudável? Para Nordenfelt se as metas vitais forem muito baixas em relação ao padrão das pessoas daquela cultura, a pessoa não pode ser considerada saudável, e isso é devido a duas maneiras de caracterizar os fins vitais. Uma delas é em termos de aspirações fundamentais dos indivíduos sobre seus projetos de vida e a outra é em termos de condições de uma *vida aceitável* (GIROUX, 2012).

Os críticos dizem que a teoria de Nordenfelt é excessivamente genérica porque associa a saúde à noção de felicidade. Vejamos, rapidamente, em que consistem tais críticas. Nordenfelt (1995, 2000) faz referência à noção de *felicidade mínima* na tentativa de “objetivar” a felicidade. O autor visa definir os traços de “felicidade real”, que seria uma forma de universalizar o julgamento da qualidade de vida. Esse seria um modo de garantir que uma pessoa com baixo grau de vitalidade e, em consequência, poucas metas não seja considerado saudável. O tema é complexo, pois se refere a quem tem autoridade para julgar a felicidade de uma pessoa particular.

Dan Brock (1993 *apud* AMUNDSON, 2000) sugere que a qualidade de vida não pode ser medida pela felicidade ou satisfação experimentada pelos sujeitos, pois quando empiricamente testada os resultados mostram que pessoas atípicas costumam reportar alta qualidade de vida. Algumas pessoas com deficiências sérias, diz o autor, afirmam ter uma qualidade de vida alta, apenas um pouco menor do que as pessoas que não têm quaisquer deficiências. Brock mostra que há uma incompatibilidade entre a normalidade biológica e a qualidade de vida reportada e conclui que a normalidade biológica não pode medir a qualidade de vida.

O autor distingue aspectos objetivos e subjetivos da qualidade de vida e diz que no caso das pessoas atípicas apenas a qualidade de vida subjetiva é alta. As pessoas anormais que reportam alta qualidade de vida estão, para Brock, enganadas sobre a qualidade de suas próprias vidas. Elas, diz o autor, têm expectativas mais baixas que as pessoas normais e que, por isso, são mais facilmente satisfeitas. Para o autor, essa não é uma qualidade de vida *real*.

Não está claro se Nordenfelt concorda com Brock quando busca uma felicidade *real*. O que vemos neste tipo de pensamento é, na realidade, uma blindagem do argumento. O argumento é que a saúde está associada à qualidade de vida e à felicidade, mas quando se

pergunta para o indivíduo se ele é feliz, não necessariamente acreditamos na declaração. Se o modo atípico de existir que conta com a realização de metas vitais simples e/ou com a ajuda de terceiros para serem alcançadas deve ser considerado ou não como doença, apenas a cultura e o tempo nos dirão. Em um primeiro momento, o fundamental é combater o fatalismo da condição atípica e reforçar a ideia de que a anomalia não é necessariamente uma tragédia. O desamparo, marca do humano, nos coloca dependente do outro.

Entendemos que a compreensão de autonomia como soberania, autossuficiência ou autarquia – oriunda da noção de *self* atomístico – incita a apreensão da anomalia como patologia. Porém, se ao invés do *self* atomístico e da ideia de autossuficiência e individualismo, considerarmos o *self* relacional e, portanto, a relação do indivíduo com o meio, a noção de autonomia sofre uma inflexão. A compreensão do *self* como relacional sustenta que a delegação de parte do cuidado ao outro não é impeditiva da preservação do estatuto de dignidade, uma vez que possibilita ao sujeito ser capaz de realizar projetos. Esta noção de *self* traz a alteridade como princípio básico e desafia a lógica individualista e narcísica nas relações intersubjetivas, apoiada na exacerbação da importância do mundo privado em relação à esfera pública.

4.3 Natureza e cultura: o acolhimento do meio

Não é apenas a problematização da noção de autonomia que é relevante para abalar nossas certezas sobre a natureza da deficiência. A relação entre as ofertas do meio e a capacidade individual é igualmente importante. Nordenfelt (1995) reconhece essa dimensão ao dizer que a sociedade constitui o *contexto de ação* dos indivíduos. O *background* do ambiente pode favorecer a execução de certa ação, pode torná-la mais difícil ou impossibilitá-la.

Porém, como vimos em sua teoria da saúde a habilidade deve ser julgada levando em consideração as circunstâncias padrão (NORDENFELT, 2000b). Não é possível julgar a saúde de um indivíduo particular se ele está inserido em um contexto em que as circunstâncias são artificiais, extremamente vantajosas ou extremamente desvantajosas. Esta afirmativa, porém, não está isenta de críticas. Uma delas concerne à definição de circunstância padrão. Julgar uma circunstância padrão como aquela mais comum é um procedimento simplista que pode ter consequências nefastas. Pode, por exemplo, manter o *status quo* social de exclusão de grupos oprimidos.

Nordenfelt (2010b) está consciente da dificuldade de julgar a saúde com base nas circunstâncias padrão ou “no mundo como ele normalmente é”. Para o autor, há situações em que a ideia de circunstâncias padrão não é apropriada para se avaliar uma dada habilidade. Ele cita o caso de um professor muito qualificado no Iraque. Apesar de o professor ter *capacidade* para lecionar, o país, por razões históricas, não pôde oferecer um ensino regular de qualidade, tornando o professor *incapaz* de ensinar. Situações de privação são as circunstâncias padrão no Iraque e em muitos outros países. Desta forma, o professor é incapaz, nas circunstâncias padrão, de lecionar. Ainda assim, podemos dizer que ele é capaz de lecionar. Nordenfelt, então, prefere falar em circunstâncias *razoáveis* a circunstâncias padrão.

Tendo por base esse tipo de pensamento, os defensores do Modelo Social examinam o que é considerada uma circunstância padrão, afirmando que a mesma não pode ser definida fora de contexto. De fato, se o meio, por exemplo, fosse manipulado de forma a incluir os cadeirantes naturalizando o uso das cadeiras e construindo rampas e outros artefatos que facilitam a acessibilidade por que não considerar este ambiente como padrão? Quando Nordenfelt prefere usar a expressão *circunstâncias razoáveis*, o problema se torna mais moral do que lógico. Não seria razoável adaptar o mundo às necessidades dos deficientes físicos?

Neste sentido, é possível aproveitar a ideia dos filósofos da biologia de que o resultado da seleção natural só pode ser obtido *a posteriori*. A seleção não atua sobre eventos passados como mutações e recombinações, e não é capaz de alterar ou interferir na natureza do organismo, podendo, no máximo, *explicar a permanência dos traços na espécie*. O ambiente, nesta perspectiva, “seleciona” por interações físicas comuns e aleatórias. A seleção dos indivíduos resultantes é, como diz Ferreira (2003), totalmente impessoal. Trata-se apenas de alguns indivíduos terem mais sucesso que outros em sobreviver e se reproduzir em função de suas características físicas e comportamentais. Podemos, em virtude disso, estender a concepção de que o meio acolhe ou não a diversidade, para pensarmos sobre a dimensão da cultura, incluindo a própria medicina, como protetora e criadora de condições que compensem “desvantagens evolutivas” e que potencializem o “funcionamento normal”.

Se aceitarmos a matriz canguilhemiana de que o indivíduo não se afasta da espécie, e que a regra da espécie é a variação, podemos descrever o indivíduo como o exemplar da espécie cuja regra é variar. Apesar de qualquer espécie humana variar, a variação da espécie humana é potencializada, como diz Amundson (2000), pela nossa capacidade de usar utensílios e transformar o ambiente em uma velocidade e extensão incomparável com as outras espécies. Na linguagem da biologia, podemos dizer que os indivíduos, representantes

da espécie cuja regra é variar, são equipados pela seleção natural para usar instrumentos e mudar o ambiente. Fixar na natureza o critério da normalidade só parece verdadeiro se ignorarmos nossa possibilidade de usar ferramentas para mudar o ambiente.

As ideias de *normatividade* de Canguilhem (1995) e de *responsividade* de Amundson (2000) são complementadas pela noção de *necessidade individual* trazida por Nordenfelt (1995). Para se afirmar que responsividade e normatividade são os critérios últimos para a definição da normalidade é preciso medir a responsividade em função da relação entre a *performance individual* e a *necessidade individual*. Desse aspecto, é imprescindível pensar em que medida o meio é suficientemente bom para acolher a necessidade individual.

Nesta tese nos referimos à noção de normatividade de Canguilhem como a capacidade de ser inventivo, mas pouco falamos das condições de possibilidade da criatividade. Para Canguilhem, o organismo não tem uma harmonia pré-estabelecida com o meio. Por este motivo, importa pensar em que medida a possibilidade de tolerar as infrações da norma individual e, sobretudo, de instituir novas formas em situações novas deve ser pensada como uma característica do indivíduo ou ao contrário, como resultado da relação do indivíduo com o meio.

Em muitos casos, a suposta falha no desempenho pode ser reparada pela tecnologia aplicada pelos humanos. É o caso dos aparelhos de surdez, da comunicação facilitada por computador no caso de autistas, das diversas próteses etc. No caso dos humanos, a adaptabilidade, a plasticidade e a persistência se estendem ao ambiente de uma maneira gigantesca. A consciência e a capacidade de mudar o ambiente permitem uma imensa variabilidade nas condutas. Se pensarmos sobre a seleção não como natural, mas como ação deliberada de adequação do meio para manutenção de uma vida satisfatória, podemos reafirmar que o disfuncional em alguns casos pode se tornar perfeitamente funcional. E, desse prisma, o saudável pode ser entendido, à maneira de Canguilhem (1995), como normativo, isto é, capaz de enfrentar as injúrias do meio a partir da criação de novas normas de funcionamento. Para Canguilhem (2012), o vivente não se adapta mecanicamente ao meio, confronta-se com o meio, o transforma e se transforma. Cabe a nós acolhermos ou não o diferente, criando condições de estímulo às respostas normativas dos sujeitos individuais. Como diz Canguilhem (2012, p.178):

Num certo sentido, não há seleção na espécie humana, uma vez que o homem pode criar novos meios em vez de suportar passivamente as mudanças do antigo. Em outro sentido, a seleção no homem alcançou sua perfeição limite, visto que o homem

é este vivente capaz de existência, de resistência, de atividade técnica e cultural em todos os meios.

Portanto, o acolhimento que o meio dá à mudança é um elemento imprescindível para que um traço anômalo seja funcional e se mantenha na população. Manter-se na população é a primeira etapa para a anomalia se tornar regra. Aproveitaremos essa ideia para pensar sobre o meio como “selecionador”¹²² do bom desempenho funcional. Pensar no meio ambiente como tal é interessante porque, considerando que somos nós que caracterizamos os traços como funcionais ou disfuncionais de acordo com nossos fins e que definimos o que é um *bom* desempenho. Somos nós também que criamos ou não condições para incluir os diferentes.

Neste sentido, podemos aproveitar a ideia de *continuidade topológica*, isto é, da abertura do organismo ao intercâmbio com o ambiente, que favorece a tese do meio como acolhedor e não apenas como demandante. Se não existe algo como uma finalidade natural dos organismos, mas existe a seleção da variação pelo acolhimento do meio, podemos negar ou acolher a diversidade, criar um meio hostil ou tornar o ambiente amigável, tornando o estranho familiar ou destiná-lo à exclusão social, moral, psicológica ou física.

Entendendo que as condições de possibilidade de inventividade do corpo são inúmeras e que são dependentes das oportunidades e aportes do meio, duas discussões merecem ser aprofundadas. A primeira é trazida pelos filósofos da biologia e se refere aos objetos externos ao organismo; a segunda é trabalhada pelos bioeticistas e filósofos em geral e se refere ao aprimoramento e à relação entre natureza e cultura. As discussões são distintas, mas possuem pontos de interseção.

Envolvidos na discussão sobre as *funções naturais*, filósofos da biologia costumam pensar sobre as funções dos objetos externos ao organismo. A dificuldade está em responder qual é a função dos artefatos não orgânicos como teias de aranha, tocas e ninhos que possuem genuínas *funções biológicas*, mas não são parte nem do organismo nem de nenhum sistema natural. Para alguns autores como Nissen (1997 *apud* BOORSE, 2002) considerando o

¹²² Usamos o termo “selecionador” para lembrar o conceito de seleção natural. E aqui reforçamos a impossibilidade de afirmar os fins de forma naturalista. A ideia de que a evolução *selecionou* é antropomórfica. A evolução não seleciona; somos nós que selecionamos quando dizemos que aquilo é produtivo em relação à sobrevivência e reprodução da espécie. Do ponto de vista da lei evolucionista, sobreviver e reprodução não fazem sentido, pois a ideia de sobreviver, reproduzir e evoluir é nossa projeção antropológica colocada do ponto de vista psicológico ou moral. A evolução deveria ser observada na imanência, na ausência de valor, assim como é para um ser “inferior” ou uma orquídea que desaparece.

sistema alvo dirigido, se um artefato serve para uma finalidade do organismo, então podemos atribuir-lhe função biológica. Se a teia da aranha captura animais que servirão de alimento para a aranha, então é correto dizer que a função da teia é capturar as presas. Outros autores discordam desse ponto de vista e consideram que só é possível considerar a função biológica em partes do organismo e o caso citado não seria parte do organismo, mas *criação* do organismo.

Outros, como Boorse (2002), sugerem que os objetos externos têm funções em relação aos sistemas alvo dirigidos, como os organismos, quando as contribuições causais aos fins são feitas *regularmente*. Nestes casos, a legitimidade da atribuição funcional é explicitada num vocabulário sem uso vernacular. Mais fundamental é considerar que, na linguagem comum, atribuímos função natural a estes itens da forma que Boorse propõe. Dizemos que a teia *serve para* capturar presas e que os ninhos *servem para* guardar os ovos e proteger os recém-nascidos. Consideramos esses artefatos como “naturais” porque possuem um papel regular na vida dos organismos.

Pensemos no caso dos artefatos não humanos como próteses, cadeiras de roda, bengala, aparelhos auditivos, lentes de contato, óculos e outros. Parece consensual que estes itens não são parte de nosso corpo. Nem por isso ignoramos a função de cada um deles. Podemos, todavia, perguntar se devemos tratá-los como meros objetos externos ao organismo ou, ao contrário, como artefatos “naturais”, uma vez que possuem um papel regular na manutenção da nossa sobrevivência ou na melhoria de nossa qualidade de vida. Entendê-los como “artefatos naturais” não significa que sejam produtos da natureza, mas que são extensões do corpo que borram a cisão radical entre interno e externo e entre natureza e cultura.

O problema se torna mais instigante na atualidade com o uso cada vez mais difundido de tecnologias e práticas cujo objetivo é intensificar capacidades motoras, cognitivas, afetivas e morais. Denominada de aprimoramento (*enhancement*), o uso da tecnologia para estes fins é entendida por alguns autores como uma versão contemporânea da medicalização (CONRAD, 2007; PARENS, 2011) não vislumbrada nos debates de Freidson (1970), Zola (1972), Illich (1975) e outros teóricos da medicalização dos anos de 1970. Conrad (2007) indica que o que constitui o aprimoramento biomédico não é claro, pois em geral é visto como sinônimo de intervenções que visam melhorar o funcionamento humano além do necessário para manter ou restaurar a saúde humana. Do ponto de vista sociológico, contudo, não é óbvio o que é o funcionamento humano saudável. O construcionismo social, diz Conrad, mostrou que a

definição da saúde é socialmente situada e flexível. Portanto, é difícil ter clareza do que seria “além” do saudável ou suprassaudável.

Para alguns autores parece importante distinguir o *tratamento* do *aprimoramento*, enquanto o primeiro é direcionado para as *doenças médicas* e para as *deficiências*, o segundo é para a melhora da *aparência* e do *desempenho* (AZEVEDO, 2013). Os autores que acreditam haver uma divisão nítida entre tratamento e aprimoramento assumem que há um acordo irrefutável sobre o que são a doença e a deficiência. Mas Conrad (2000; 2007) diz que as necessidades médicas são mutáveis e que novas doenças podem ser criadas por razões variáveis como, por exemplo, para legitimar tratamentos médicos e intervenções por interesses econômicos. Assim, mesmo considerando que o tratamento médico visa à restauração das pessoas, trazendo-as para um funcionamento “normal”, e o aprimoramento seja direcionado para o “supranormal”, nada nos informa como definir essa fronteira.

Ademais, os que acreditam na existência de um rígido limiar entre tratamento e aprimoramento costumam partir de uma concepção de natureza humana fixa e acreditam que as características naturais dos seres humanos são autoevidentes, ditadas pela seleção natural. No entanto se, por outro lado, entendemos a vida como um processo de transformação contínua, tal distinção se torna muito mais complexa. Deste aspecto, o conceito de natureza é problematizado, o uso da tecnologia é “naturalizado” e a condição humana é desmistificada.^{123,124}

Nesta discussão, o que mais interessa é pontuar que a disponibilidade do uso das tecnologias que interferem na “natureza humana” evidencia a brevidade do conceito de normalidade. A tecnologia pode não somente preservar ou restaurar a saúde, mas também superar nossos limites de acordo com o “*design* humano”. Por exemplo, podemos pensar se o limiar da normalidade será o mesmo se a maioria das pessoas fizer uso do aprimoramento. Os normais de hoje que não fizerem o uso da tecnologia serão os deficientes do futuro? Da mesma forma, podemos perguntar se o uso da tecnologia pode tornar um deficiente normal.

¹²³ O uso das tecnologias médicas e a intervenção humana na natureza trazem inúmeras questões éticas que ultrapassam os propósitos dessa tese. Alderson (2008) faz referência aos desconhecidos efeitos colaterais; à redução das legítimas diferenças individuais e as consequências psicológicas oriundas da uniformização das pessoas; ao aumento das iniquidades quando o uso das tecnologias é restrito a poucos privilegiados; à modulação dos desejos pelas mensagens subliminares da publicidade e o consumo desenfreado da tecnologia, entre outras problemáticas.

¹²⁴ A discussão sobre a legitimidade do uso das biotecnologias se dá, basicamente, entre bioconservadores e transumanistas e circula predominantemente sobre a natureza humana e o que nela pode ser alvo de instrumentalização (VILAÇA e DIAS, 2013).

A defesa da função biológica normal com base na evolução é, como vimos, sujeita à discussão. A tecnologia pode ser empregada com o objetivo de superar os limites do *design* natural, tornando-o muito menos nítido do que supúnhamos. Em geral, considera-se que só há evolução quando há mudança genética e o novo padrão anátomo-fisiológico é capaz de se reproduzir. Mas essa é uma visão estreita de evolução. Podemos considerar que a inteligência é um produto evolutivo e, assim, os artefatos que produzimos – prótese, coração artificial etc. – são também produtos da evolução. São objetos externos aos organismos, produzidos pelos humanos, mas que são incorporados de tal forma que torna difícil não considerá-los parte de nós mesmos. E se no futuro a maioria das pessoas tiver seus corpos compostos por artefatos que substituem nossos órgãos ou partes do corpo, o que nos impede de considerá-las normais?

Em *Descartes et la technique* (CANGUILHEM e SILVEIRA, 1982), Canguilhem indicou que o uso da técnica está nas exigências do vivente e deve ser pensada como criação. Mas foi no artigo *Machine et organisme* (CANGUILHEM, 2012) que o papel da técnica ficou mais evidente no trabalho do autor. Canguilhem mostra que o uso da técnica e as invenções humanas estão inscritas na história humana e que, portanto, o conceito de humano e corpo animal está indissolúvelmente ligado à máquina, o que não significa que seja possível explicar o corpo em termos da máquina, como se tentou fazer por muito tempo. O autor diz que quase sempre se buscou explicar a estrutura e o funcionamento do organismo a partir do funcionamento da máquina, mas raramente se procurou compreender a própria construção da máquina a partir da estrutura do organismo. A inversão da relação entre máquina e organismo, resultante da compreensão das invenções técnicas como comportamentos do vivente, ou seja, como fenômeno biológico universal, permite que as máquinas sejam vistas como “órgãos da espécie humana”. Canguilhem reconhece que a concepção teleológica do mundo físico é tão antropomórfica como a concepção mecanicista do organismo, mas entende que a primeira tem a vantagem de mostrar o homem em continuidade com a vida por meio da técnica.

Na interpretação de Hacking (2007), a obra de Canguilhem representa um anticartesianismo radical, pois rompe com as barreiras entre o espírito e o corpo e afirma que entre máquina e corpo não há uma oposição fundamental. Os utensílios e as máquinas são projeções do corpo, são extensões da vida, da vitalidade e da força vital. Dessa forma, é possível pensar em formas artificiais de vida como os *cyborgs*, metade humana, metade máquina. Hacking mostra que a transformação humana a partir da integração de ferramentas não tem limite e que a fronteira entre técnica e vida não é clara.

O uso da tecnologia para aprimorar nossas habilidades, sejam elas habilidades comprometidas ou normais para os padrões atuais, recoloca a discussão sobre os limites da normalidade. Apesar das inúmeras implicações éticas envolvidas no uso das tecnologias para o aprimoramento, esse uso contribui de modo inegável para a problematização sobre quais diferenças são aceitáveis e desejadas e quais são repugnadas. O uso das tecnologias para melhora do desempenho fragiliza nossas certezas sobre o que é aceitável como normal, diluindo ainda mais as fronteiras entre o normal e o patológico e entre o normal, o subnormal e o supranormal.

É notável que o uso de estimulantes como o metilfenidato, um artefato humano, seja tão facilmente “naturalizado” e o uso de cadeiras de rodas não. O argumento implícito é que algumas “necessidades” são legítimas e não tornam o dependente um doente ou deficiente enquanto outras o tornam. Mas quem decide quais necessidades são definidoras da má saúde? Em geral, dizemos que os usuários de aparelhos auditivos, as pessoas amputadas com próteses e os cadeirantes são deficientes, mas quando vemos uma pessoa com óculos ou quando sabemos que alguém faz uso constante de psicofármacos, não a enxergamos como deficiente. Em alguns casos, como dos portadores de próteses de titânio, o nível de funcionamento pode ser superior ao nível de uma pessoa “normal” e, ainda assim, são vistos como deficientes. Apesar de muitas vezes a diversidade funcional significar igualdade ou superioridade em nível de competência sendo apenas um modo de vida diverso, Amundson (2000) mostra que o julgamento da normalidade é baseado no *modo* e não no *nível* de desempenho. Tal julgamento é oriundo da discriminação que os corpos anômalos sofrem. As ferramentas são elas mesmas estigmatizadas por preconceito social contra as condições que elas aperfeiçoam. Amundson chama o fenômeno de “normalidade cosmética”. Se a pessoa não segue o modelo, a vida a massacra.

O determinismo funcional, isto é, a doutrina que diz que a normalidade biológica é uma parte do mundo natural está mais relacionada com a normalidade cosmética do *modo de funcionamento* do que com a normalidade pragmática do nível de funcionamento. Desse modo, a aversão aos modos atípicos de funcionamento é um simples preconceito sem suporte científico. Como diz Amundson (2000), há inúmeras evidências de que os modos atípicos de funcionamento são estigmatizados. Os cadeirantes, por exemplo, costumam ser vistos como “confinados” à cadeira de rodas, contrariando o objetivo da cadeira que é promover o oposto: locomoção e “liberdade”. A este propósito, o autor cita os casos em que as pessoas insistem em alternativas ao uso da cadeira de rodas, mesmo que estas provoquem mais dor, sofrimento

e limitação, para evitar serem vistas como deficientes. Há também os surdos que se recusam a usar a linguagem de sinais ou os autistas ou familiares de autistas que insistem em parecer “normais”. Se para alguns, trata-se de uma recusa de aceitar a própria condição, para outros é resultado do reconhecimento do preconceito social contra eles.

Segundo Silvers (1998), a consideração de algumas atipias como deficiências reflete a preferência da classe dominante por determinados modos de funcionamento que nos acostumamos a considerar normais. O uso da cadeira de rodas não é normal como o uso de óculos apenas porque há uma doutrina da normalidade biológica que não inclui a cadeira de rodas. Amundson (2000) reforça a opinião de Silvers. Para o autor, versões do determinismo biológico escoraram doutrinas racistas e sexistas no passado. A objetividade científica desse determinismo tinha pouco fundamento biológico e sua plausibilidade advinha da congruência com o preconceito do tempo. O determinismo funcional, a falácia da normalidade funcional, diz, é típica desse gênero, sendo uma ideologia sustentada pelo “*ablism*”, o chauvinismo dos não deficientes.

4.4 Nordenfelt e Canguilhem: encontros e desencontros

4.4.1 Sobre a normatividade

Canguilhem e Nordenfelt entendem que os conceitos de saúde e doença (má saúde) devem ser interpretados em termos de valores, normas e individualidade e a partir da consideração da experiência subjetiva do mal-estar. A partir dos estudos anglo-saxões da década de 1960, esse tipo de abordagem foi denominada de normativista e se contrapôs ao conceito biomédico da doença. Vemos, porém, que Canguilhem (1995), anos antes, havia defendido a tese de uma normatividade essencial das noções de normal e patológico a partir de uma reflexão sobre a vida caracterizando-a como “atividade normativa”. O autor mescla as noções de norma e valor para distinguir o normal do patológico, e defende uma normatividade diversa da abordada pelos normativistas contemporâneos.

Bichat, fundador da histologia, afirmava em *Recherches sur la vie et la mort*, de 1800, que o caráter distintivo dos organismos em relação aos fenômenos físicos era a instabilidade e irregularidade dos fenômenos vitais. Para o autor, havia uma grande diferença entre as leis da física e as leis da vida, devendo o biólogo inventar uma técnica experimental própria

(CANGUILHEM, 2012). Canguilhem segue Bichat em relação à originalidade do fato vital, entendendo que vida é intrinsecamente irreduzível a definições materiais¹²⁵. Além disso, vê nas categorias de saúde e doença uma especificidade do vivente, compreendendo que a análise desses conceitos pode fornecer as informações fundamentais sobre a vida.

Mas é diferenciando-se de Claude Bernard que Canguilhem torna mais clara a sua teoria sobre o normal e o patológico e sua relação com o estudo sobre a vida. Bernard defendia uma ideia amplamente aceita no século XIX de que o estado patológico seria apenas uma variação quantitativa do estado normal. Canguilhem (1995), seguindo os trabalhos de Goldstein, procurou mostrar que o estado patológico não é um simples prolongamento do estado normal, mas uma nova dimensão da vida, um comportamento orgânico qualitativamente diferente. Ademais, contrariamente à Bernard, Canguilhem afirma à prioridade e irreduzibilidade do patológico sobre o fisiológico.

Outro ponto fundamental é que Bernard reduz toda forma de individualidade a um acidente ou a uma alteração do tipo ideal. O autor empenha-se em discutir o tipo e as relações do indivíduo com o tipo, para explicar a variação individual do fato patológico. Nesta concepção, as leis da natureza são invariantes cujos fenômenos singulares constituem exemplares falhos, apesar de próximos do tipo ideal. Para Bernard, a natureza tem tipos e o tipo ideal nunca é realizado, caso contrário, todos os indivíduos seriam iguais e, portanto, o singular é sempre irregular.

É na concepção da singularidade que Canguilhem (2012) se distingue de Bernard e desenvolve a tese sobre a relatividade individual da normatividade biológica. O autor se apropriou da contribuição de Goldstein sobre a norma individual para afirmar que há uma normatividade inerente à vida e uma relatividade individual dessa normatividade biológica. A vida, vista como uma ordem de propriedades e uma hierarquia de funções cuja estabilidade é necessariamente precária, permite que a irregularidade, a anomalia, em vez de acidente, seja concebida como o cerne da existência do indivíduo. A singularidade individual pode, ao invés de ser interpretada como um fracasso, ser vista como uma aventura. A diversidade não é doença, é o modo constante da afirmação da vida.

Vemos que a noção de normatividade que está no seio da teoria de Canguilhem não se refere ao julgamento de valor positivo ou negativo que é feito pelo espírito humano, mas um fato próprio da vida. O autor sente necessidade de oferecer uma formulação mais objetiva do

¹²⁵ Bichat é um dos representantes da tradição vitalista referidos por Canguilhem. Mas, o autor também indica como vitalistas Hipócrates, Aristóteles, Driesch, Barthez, Goldstein, Blumenbach, Lamarck e outros (CANGUILHEM, 1995).

que a interpretação axiológica proposta pela filosofia da medicina tradicional e a contrária propondo a união entre “objetivo” e “subjetivo”, a partir da imanência da normatividade vital. Apoiado em Goldstein, para quem saúde e doença sempre são normas individuais, Canguilhem reinterpreta essa ideia médica dentro do paradigma darwinista da vida. A tese é a da íntima relação entre individualidade e valor vital. Trata, portanto, da defesa de que a axiologia esta enraizada nos fundamentos conceituais das ciências biológicas (GAYON, 1998).

O autor, então, situa a experiência da doença no amplo contexto da vida e visa compreender melhor a relação entre medicina e biologia. Segundo Gayon (1998), Canguilhem quer generalizar o conceito axiológico da doença para retirá-lo do universo subjetivo da experiência pessoal. Para tanto, afirma que na vida há intenção e que ela é a *razão* da intenção terapêutica. Os valores médicos se inscrevem nos fatos da vida a título de uma das figuras possíveis de seus fundamentos. Neste ponto Nordenfelt distancia-se significativamente de Canguilhem, pois não se debruça sobre a biologia e considera ciências médicas e ciências biológicas como empreitadas distintas.

Nordenfelt não se alia ao debate contemporâneo sobre a “função” que busca explicar a normatividade mediante a noção de fim biológico, trazido pela biologia evolucionista. Ao contrário, afirma que o que é bom ou mau para um organismo está de acordo com normas que são sociais e morais. Embora atribua importância à autoridade do indivíduo no julgamento de saúde e atribua valor à terapêutica como prática de manutenção da vida, não acredita, como Canguilhem, que as normas éticas que fundamentam a terapêutica existem previamente às nossas construções culturais. A seu ver, não existe intencionalidade inerente ao fenômeno vital. Deste modo, assim como era para Canguilhem em sua primeira tese¹²⁶, ele pensa que o critério valorativo que fundamenta a prática terapêutica advém do acordo entre as comunidades médicas e leigas sobre a normalidade. Nordenfelt não busca um referente extra ético que cause e justifique a ética da vida. Para ele, a incapacidade que é critério de má saúde só pode ser definida a partir das exigências de uma comunidade e das expectativas individuais.

Porém, apesar de afirmar um valor inscrito no organismo e buscar na vida o critério imanente que distingue o normal e o patológico, não é justo dizer que Canguilhem considera apenas a dimensão biológica no julgamento da patologia. Vemos em sua obra a oposição aos pressupostos epistemológicos e ideológicos da racionalidade médica baseada exclusivamente

¹²⁶ Estamos nos referindo à primeira tese a constatação de critérios valorativos na avaliação médica dos estados normais e patológicos dos seres vivos.

na natureza. Canguilhem está consciente de que a experiência humana e sua dinâmica relacional ultrapassam os limites do universo biológico, incorporando inevitavelmente o simbólico e o social. O autor indica que as funções e formas do corpo não são apenas expressões de condições impostas pelo meio, mas são também a expressão de modos de viver socialmente adaptados (BEZERRA JUNIOR, 2006).

Em *La connaissance de la vie*, por sua vez, Canguilhem (2012) alerta que os médicos precisam estar cientes de que a vida humana tem um sentido biológico, existencial e social e de que todos estes sentidos devem ser considerados na compreensão do fenômeno patológico. O problema do patológico no homem, diz, não pode permanecer estritamente biológico, uma vez que a atividade humana e a cultura têm como efeito imediato alterar constantemente o meio de vida dos homens. O autor recusa o sociologismo e o psicologismo para a compreensão do fenômeno patológico, mas recusa, igualmente, o biologicismo.

A dificuldade intransponível da teoria do autor é a tese de que a “valor da vida” se inscreve na própria vida. Há, porém, outra forma de interpretar a normatividade vital de Canguilhem, que implica a adoção de uma perspectiva pragmática. Trata-se de adotar a dinâmica da vida como modelo das intenções humanas e reproduzi-la em nossas práticas cotidianas, sobretudo na clínica.

Aparentemente, a teoria de Nordenfelt é menos polêmica – e também menos ousada –, pois adota uma posição claramente pragmática, baseada no agir humano e na realização dos fins determinados pelo sujeito. O autor compreende que a saúde está relacionada com a realização de necessidades práticas e não se preocupa em encontrar respostas de última instância para defender qualquer afirmativa sobre a condição saudável.

4.4.2 Normatividade e terapêutica

Uma das preocupações de Nordenfelt concerne aos cuidados em saúde. O autor, no entanto, não discute com profundidade qual é o objetivo da terapêutica, limitando-se a afirmar que o cuidado em saúde deve ser direcionado à qualidade de vida. Ao abordar a velhice, seu ponto de vista fica mais claro, pois trata do impacto da longevidade na atualidade e afirma que o cuidado em saúde não pode ser apenas a cura da doença e a prevenção da morte. Portanto, reforça sua teoria holística da saúde, afirmando-a como a capacidade do indivíduo de realizar

seus fins vitais e relativiza a velhice como doença, condenando o prolongamento da vida destituída de dignidade (NORDENFELT, 1994).

Mais interessante é discutir o que aparece nas entrelinhas de sua teoria. Em algumas passagens, o autor diz que a medicina é uma prática que visa capacitar as pessoas para retornar a um nível de saúde no qual seja capaz de viver da maneira como vivia antes de ser acometida pela doença. A ideia é que a intervenção clínica tentará restabelecer a capacidade perdida. Esta, contudo, parece uma noção estreita tanto da prática médica como das potencialidades humanas.

A precariedade da ideia de Nordenfelt faz lembrar o conceito de resiliência como definido pelo dicionário de língua inglesa *Longman Dictionary of Contemporary English*. Trata-se da habilidade de voltar rapidamente para o seu estado usual de saúde ou de espírito depois de passar por doenças e dificuldades (NORONHA *et al.*, 2009). Essa é uma forma de ver a doença e o tratamento que é altamente criticada por Canguilhem. Canguilhem (1995) diz que o médico tende a acreditar que a terapêutica é o retorno a uma norma da qual o organismo havia se afastado e que a norma, nesta concepção, é positiva não pelo doente, mas pela ciência, sendo assim, ele se esquece de que é o doente, e não a fisiologia, que tem autoridade para indicar o momento no qual uma norma passa a ser restritiva e volta a ser positivada.

Quando Nordenfelt afirma que a terapêutica é o retorno ao estado normal, ele mostra estar mais próximo da crença da medicina como ciência do que estava Canguilhem. Talvez o fato de Canguilhem ser também médico e compartilhar um espírito vitalista que escuta os apelos da vida, o tenham diferenciado de Nordenfelt. Para Canguilhem a vida e a terapêutica estão de tal forma imbricadas no conceito de saúde e doença que qualquer referência à terapêutica que não considere a restauração da capacidade da vida de criar novas normas deve ser rechaçada.

Mas o curioso é que a teoria de Nordenfelt é menos distante do pensamento de Canguilhem do que parece. Por exemplo, quando avalia a saúde ele mostra que a linha divisória entre saúde e má saúde não é teórica, ela é dependente do grau mínimo de saúde que a pessoa acha aceitável. Para Nordenfelt (2000), o médico que tenta achar critérios independentes para traçar uma linha exata entre saúde e má saúde está praticando uma medicina duvidosa porque é o sujeito enfermo quem deve determinar se uma situação é satisfatória. A ideia de gradação o aproxima de Canguilhem, pois indica, mesmo que indiretamente, que o indivíduo saudável é capaz de inventar novas maneiras de se organizar e não precisa necessariamente retornar à situação que precede à doença.

Podemos perguntar por que razão Nordenfelt não faz referência ao conceito de normatividade, uma vez que menciona Canguilhem como um dos principais autores que o influenciaram. O mesmo pode ser dito sobre o termo resiliência apropriado pelos estudiosos e práticos da saúde – sobretudo os atuantes na promoção da saúde –, que possui um sentido que o aproxima da noção de normatividade de Canguilhem.

Nas ciências humanas o conceito de resiliência significa a capacidade de um indivíduo construir-se positivamente frente às adversidades e, apesar do termo não apresentar uma definição consensual, vemos que essa noção, que é próxima da ideia de normatividade, é aproveitada pelos teóricos da saúde para se referirem a processos que explicam a superação de crises, fenômeno presente no desenvolvimento de qualquer ser humano. A proximidade com a ideia de normatividade é ainda maior se considerarmos que muitos autores dizem que o termo resiliência traduz a possibilidade de superação que não representa a eliminação do problema, mas a possibilidade de ressignificá-lo (NORONHA *et al.*, 2009).

Vejamos o pensamento de Canguilhem quanto à terapêutica. Quando o autor diz que o organismo é “o primeiro dos médicos” (CANGUILHEM, 1995, p.100), ele está dizendo que a medicina é uma arte enraizada na vida e, portanto, é fundamental entender o sentido que ele dá ao termo vida. Adepto ao vitalismo materialista (BEZERRA JUNIOR, 2006), o autor aceita que no centro da vida há uma ação permanentemente voltada para a sua preservação que, como vimos, é o valor chamado por ele de normatividade vital. Canguilhem (1995) diz, assim, que na vida há uma normatividade original, uma plasticidade funcional. A vida tem uma capacidade de ação espontânea, de reação e de resistência às ameaças. A vida se autopreserva, reage à degradação e à morte, cria e infringe suas próprias normas.

Canguilhem considera que a normatividade atua sobre a seleção natural que intervém ao nível do organismo individual. Este nível de ação da seleção permite explicar o vínculo entre valor vital e variabilidade individual (GIROUX, 2011). Segundo Canguilhem (1995), Darwin definiu a espécie como agrupamento de indivíduos, todos diferentes entre si, e cuja unidade traduzia uma normalização que era apenas momentânea em suas relações com o meio. A norma, portanto, não é algo fixo, mas uma capacidade transitiva. Os “anormais” poderão ser considerados normais se em dado ambiente a sua norma for vitalmente válida. É a ideia de vida como variação que permite distinguir a anomalia da patologia. A mesma ideia permite entender que a doença, que está em relação de continuidade – mas não de homogeneidade – com a saúde seja compreendida como um novo estado normativo, marcado pela restrição da normatividade (CANGUILHEM, 1995).

O doente, para Canguilhem, não é anormal por ausência de norma, mas pela incapacidade de ser normativo. Em suas palavras (CANGUILHEM, 2012, p.174),

as espécies se aproximam de seu fim quando se engajaram irreversivelmente nas direções inflexíveis e se manifestaram sob formas rígidas.

Assim, a singularidade individual não deve ser interpretada como um fracasso porque difere do tipo real, como diz Bernard, mas como um ensaio, e o valor de cada forma de vida é referente ao sucesso de vida eventual. Entendendo a irregularidade da vida como norma o autor pôde afirmar a anomalia como variação não patológica.

A anomalia só é patológica quando suas normas forem inferiores quanto à estabilidade, fecundidade e variabilidade da vida e forem sentidas privativamente pelo organismo num determinado meio (CANGUILHEM, 1995). Mas, se não tiver incidência funcional, será apenas uma variação, uma ilustração da diversidade das normas na ordem biológica.

Apesar de o termo anomalia ser descritivo, como diz o autor, podemos ver em seus escritos uma positivação desse estado. Segundo Canguilhem (1995), a variabilidade da vida é um seguro contra a especialização excessiva, sem reversibilidade e flexibilidade sendo, portanto, uma adaptação bem-sucedida. Em matéria de adaptação, diz, o perfeito ou acabado significa o começo do fim das espécies. A saúde é caracterizada pela capacidade de tolerar variações das normas. É a margem de tolerância às inconsistências do ambiente, a capacidade de superar crises orgânicas para instaurar uma nova norma fisiológica diferente da antiga (CANGUILHEM, 2000).¹²⁷

Entendendo que a normalidade do vivente depende de sua normatividade e não da fidelidade a um tipo específico ou das normas individuais prévias, o autor afirma que a prática terapêutica visa a aquisição de uma nova norma individual. Adotando a concepção de Goldstein de que a originalidade da doença reside em que ela não leva a nenhuma reversibilidade da vida, Canguilhem afirma que o novo estado de saúde do doente nunca é o mesmo que o antigo. A “cura” não é um retorno ao estado normal, como refere Nordenfelt, mas uma inovação fisiológica. Trata-se de propiciar novas formas de vida, às vezes superiores às antigas.

¹²⁷ Sobre o psiquismo humano, Canguilhem (2012) refere que a norma pode ser compreendida de forma similar, isto é, a reivindicação e uso da liberdade como poder de revisão e de instituição de novas normas. Como a saúde física implica a aceitação normal do risco de doença, no caso da saúde mental, há normalmente o risco da loucura. O anormal em matéria de loucura obedece, da mesma forma, a normas.

Tanto Canguilhem como Nordenfelt operam uma subversão no pensamento médico, ao colocarem o indivíduo concreto e não a doença, a entidade nosológica abstrata, no centro do cuidado em saúde. Ambos apontam, apesar de Canguilhem o fazer mais diretamente, para a necessidade de superação da racionalidade fisiopatológica e para o resgate da clínica. Ambos colocam a experiência do sofrimento no centro da terapêutica, apesar de Nordenfelt subsumi-la à noção de incapacidade. Menos claro é se os autores concordam que a pessoa acometida por uma doença (ou em má saúde) pode levar uma vida normal, no sentido de “normal” como uma forma de normatividade que, embora inferior, permite atingir os fins vitais. Nordenfelt é mais discreto neste ponto, mas faz referência ao objetivo da terapêutica, em algumas situações, como a mudança de fins vitais para que os sujeitos se adequem à (nova) realidade.

A possibilidade de o sujeito alterar as metas vitais pode ser outra forma de dizer que, em um meio avesso às metas iniciais, o sujeito é capaz de ser criativo, transformando-se. Nessa vertente, o pensamento de Nordenfelt estaria próximo daquele de Canguilhem, em que o sujeito é um protótipo e não um arquétipo. Mas como Nordenfelt não aprofunda a discussão, ela pode também ser vista como uma forma de igualar normalidade à adaptação, o que foi questionado por Canguilhem.

Inicialmente Canguilhem refere que o vivente saudável é aquele que consegue se ajustar ao meio, seja alterando sua norma atual, seja alterando o meio. Porém, vinte anos após ter escrito o *Ensaio*, o autor retoma seus estudos visando confrontar as normas orgânicas com as normas sociais. Nessa ocasião, contesta a sinonímia entre adaptação social e normalidade, e complementa a reflexão sobre o normal e o patológico, oferecendo um tom sociopolítico com significativo acento foucaultiano. Preocupado com o uso da noção de adaptabilidade, sobretudo na psicologia e na sociologia, faz uma análise crítica do conceito de adaptação em *Novas Reflexões*. Como refere (CANGUILHEM, 1995, p. 257):

A definição psicossocial do normal a partir do adaptado implica uma concepção da sociedade que o identifica sub-repticiamente e abusivamente com o meio, isto é, com um sistema de determinismos, apesar de essa sociedade ser um sistema de pressões que, antes de qualquer relação entre o indivíduo e ela, já contém normas coletivas para a apreciação da qualidade dessas relações. Definir a anormalidade a partir da inadaptação social é aceitar mais ou menos a ideia de que o indivíduo deve aderir à maneira de ser de determinada sociedade, e, portanto, adaptar-se a ela como a uma realidade que seria, ao mesmo tempo, um bem.

Vemos que Canguilhem dá um passo a mais que Nordenfelt, ao abordar a terapêutica. Ao ancorar a saúde na concepção de vida como potência e criatividade distingue

normatividade de normalização – imposição de normas externas – e propõe uma prática que respeita as diversas formas de vida em detrimento da adaptabilidade passiva do sujeito diante das exigências de padronização dos corpos desviantes. Essa é a dimensão política do trabalho do autor francês.

Apesar de legítima, a preocupação de Ferraz (2008) de que a entrega da defesa da vida a uma racionalidade pré-humana possa ganhar contornos mórbidos e trair radicalmente a proposta de defesa da vida, não entendemos que Canguilhem tem a intenção de despolitizar o debate sobre o valor da vida, da saúde e da doença. Ao contrário e, sobretudo sob influência da obra de Foucault, Canguilhem não desconsiderou a relação entre produção do saber e o exercício do poder médicos. Em *Escritos sobre a medicina* (CANGUILHEM, 2005), o autor faz referência à vida social normalizada e aborda a relação da mesma com os interesses sociopolíticos na regulação da vida operada pela organização sanitária. Nas *Novas Reflexões* (CANGUILHEM, 1995), por sua vez, afirma que as técnicas de saúde e educação são braços normalizadores do Estado.

Vemos em Canguilhem o compromisso ético de resistir à normalização. Sobre a terapêutica, desde os primeiros trabalhos, o autor já afirmava a inexistência de um modelo ideal e, quanto à busca pelo critério de normalidade e anormalidade, dizia que o critério deveria ser procurado na história de cada sujeito. Assim, a intenção do autor é afirmar a singularidade das normas, contrapondo-se à existência de uma normatividade ideal e a sua imposição como regra. Para Canguilhem, a saúde deve ser compreendida como resistência e esta resistência pode ser vista na vida mesma. Todo vivente humano, diz ele, tem a capacidade de subverter a ordem instituída e criar outra que seja mais saudável para si, seja no âmbito biológico seja no social (CANGUILHEM, 1995). Portanto, vemos que Canguilhem apresenta uma *démarche* para a clínica que a coloca como dispositivo de resistência às práticas normalizadoras em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Iniciarei as considerações finais refletindo sobre o que me mobilizou a escrever esta tese: a dúvida sobre a proficuidade da busca por uma linha divisória entre os conceitos de saúde e doença. Essa questão não apenas impulsionou este estudo; ela me acompanhou durante toda a tese. Suprimir a questão, afirmar a inutilidade da reflexão sobre a fronteira entre o normal e o patológico não era suficiente para resolver o problema. Pareceu-me que a pergunta sobre a utilidade de se debruçar sobre esses conceitos só seria respondida se eu me debruçasse de fato sobre eles. A rigor, eu corria o risco de fazer uma tese inútil.

Para Giroux (2011), trata-se de um dilema: por um lado é impossível determinar a fronteira entre estes conceitos e, por outro, é absolutamente necessário fazê-lo. De fato, na contemporaneidade, as fronteiras entre o normal e o patológico estão cada vez mais ambíguas, móveis e instáveis, estendendo a medicalização de condutas classificadas como anormais a praticamente todos os domínios da existência (CAPONI, 2009). Vemos a patologização do normal, a “pulverização do patológico”, a tendência de expansão das categorias diagnósticas (SERPA JUNIOR, 2006) como uma das estratégias de sobrevivência das indústrias farmacêuticas.

Desde a segunda metade do século XX presenciamos a ascensão das biotecnologias na vida cotidiana dos indivíduos e desde então se discute sobre o poder da medicina em prolongar a vida e a possibilidade de aprimoramento, em que imperfeições, limitações e discrepâncias entre expectativas e capacidades não são mais toleradas. Os acordos sobre o que é a normalidade e as fronteiras entre saúde e doença são desafiados, colocando-nos no limite diante de questões extremamente complexas como o que é ser um humano ou o que é preciso para preservarmos ou mudarmos a nossa identidade. Microchips no cérebro, extensão artificial da memória, transplantes dos mais diversos, modificariam nossa identidade? Seriam eles ferramentas da medicina? Se como diz Canguilhem (1995), a medicina visa à instauração de uma nova norma de vida diante das injúrias do ambiente, como pensar o papel da medicina hoje?

Neste cenário, a resistência à patologização da existência é uma conduta ética que deve ser adotada por qualquer profissional de saúde. Daí advém também a necessidade de definir e diferenciar os conceitos de normal e de patológico. Canguilhem (1995) já nos dizia que sem esses conceitos o pensamento e a atividade do médico são incompreensíveis. Mas tal

necessidade não implica em afirmar uma definição rígida sobre o normal que apele à natureza e à estatística. É precisamente porque a demarcação entre o normal e o patológico é flutuante que o debate se atualiza constantemente. Não são as fronteiras difusas as responsáveis pela medicalização, mas interesses políticos que se aproveitam da compreensão de que a relatividade do normal e do patológico implica na impossibilidade de determinar onde termina a saúde e onde começa a doença. Como refere Canguilhem (1995), se a fronteira entre o normal e o patológico é imprecisa para diversos indivíduos considerados simultaneamente, para um único e mesmo indivíduo considerado sucessivamente, não é.

Uma das contribuições de Canguilhem e Nordenfelt é a individualização da norma e do normal, o que parece abolir as fronteiras entre o normal e o patológico. Com efeito, partindo da noção de Canguilhem que de um indivíduo a outro a relatividade do normal é a regra, é tentador concluir que não há demarcação entre o normal e o patológico. Mas esta não é a defesa de Canguilhem. Segundo o autor, para um dado indivíduo a distinção é absoluta e deve-se desencorajar o médico que tenta anular a diferenciação entre as duas condições.

Deixar nebulosa a demarcação entre o normal e o patológico sem abrir mão dela tem um valor inestimável. A saúde definida como potência vital que permite ao indivíduo adoecer e recuperar-se faz da doença um teste para a normatividade do organismo. Uma importante consequência da fluidez da fronteira é que em toda forma de adoecimento podemos reconhecer alguma normatividade, alguma possibilidade de ser criativo e construir uma forma de vida satisfatória. Abrir mão da demarcação, ao contrário, seria afirmar que somos indiferentes à capacidade normativa e, portanto, à vida e à morte.

Assim, é perfeitamente possível refinar o arcabouço teórico, obter clareza ou o conhecimento necessário sem definições completas e rígidas. A análise conceitual que Canguilhem e Nordenfelt propõem não é a busca por definições fixas. Ao contrário, identificam que a definição está sempre sujeita a revisão. Assim como diz Jensen (1987, *apud* NORDENFELT, 2000), os conceitos médicos emergem da *praxis* de cuidado de saúde e da linguagem em relação a essa *praxis*. O ponto de localização da fronteira entre o normal e o patológico ao nível individual é determinado pelo sujeito e a clínica é uma prática que decorre de uma condição vivencial que será posteriormente recuperada e organizada pelo conhecimento ou pela ciência.

Vejamos as contribuições que os autores trabalhados nos trazem. Boorse abriu um novo espaço de discussão para o conceito naturalista e funcionalista da saúde trazendo a “norma não normativa” como substrato da noção de doença. Wakefield, por sua vez, defende

um conceito normativo da função biológica fundando a normatividade na história etiológica e no efeito seletivo, o que exige uma releitura ou um prolongamento da intuição de Canguilhem sobre o fundamento natural e evolucionista da normatividade do vivente.

Wakefield e Boorse revalorizam o conceito de disfunção biológica, o qual é particularmente expressivo na psiquiatria. Apesar de o senso comum médico definir doença física sobretudo como falha do órgão em executar sua função biológica normal, em geral é aceito que no caso das doenças mentais essa expectativa é contrariada. Para alguns autores, o que predomina neste caso não é um mau funcionamento de um órgão, mas um desvio de uma norma humana de funcionamento social adequado ou desejável (MATHEUS, 2006). Ora, na contemporaneidade a diferença entre doença física e doença mental tem sido reduzida. A aproximação entre as duas não tem ocorrido devido à percepção do funcionamento biológico normal como algo insustentável por uma visão naturalista – isenta de valor –, mas, ao contrário, devido à crescente explicação biomédica reducionista para a compreensão dos fenômenos mentais.

Uma boa contribuição de Boorse é defender que a medida da função é o sistema e não necessariamente o argumento evolutivo. Ao articular o conceito de função biológica ao conceito de normalidade estatística, Boorse elabora a noção estatística da doença e escapa de inúmeras críticas a esta última. Ademais, sua teoria tem o mérito de clarificar e precisar a parte estatística do conceito de normalidade implícita nas classificações e definições médicas. Mas a principal contribuição de Boorse é oferecer uma definição mínima de doença, como condição que ameaça a sobrevivência individual e a reprodução da espécie. Apesar de ser uma visão reducionista, pensar a doença dessa maneira permite que as formas de vida atípicas que não ameaçam esses “fins biológicos” possam ser vistas como saudáveis e boas de viver. Assim, uma anomalia ao nível do corpo que não implica em restrição do funcionamento normal não representa necessariamente uma tragédia pessoal. Mas, se associa o conceito de saúde ao de normalidade, entendida como frequência estatística, toda e qualquer anomalia ficará inevitavelmente associada à patologia.

Os principais ganhos, porém, advêm das críticas direcionadas aos naturalistas mais do que propriamente das teorias naturalistas. Dizer que há um fundamento natural para o que chamamos de função normal é perigoso. É precisamente este tipo de crença que sustenta a ideia de um tipo biológico normal e de um tipo desviante que deve ser normatizado. Outro problema é que a teoria de Boorse é entrelaçada com uma noção positivista de ciência que

envolve a suposição que problemas teóricos e práticos podem ser ordenadamente separados e que teorias científicas devem se originar de generalizações indutivas.

O sistema explicativo do autor é grande o suficiente para não distinguir o que chamamos de deficiência e o que chamamos de doença e, por isso, muitas vezes explica os dois termos fazendo uso da categoria de disfunção que é uma categoria médica que não contempla toda a dimensão do que a vida humana tem nas relações com seus modos de funcionar, mesmo a nível orgânico. Podemos dizer ainda que a teoria de Boorse contribui para o olhar médico cada vez menos personificado o que cada vez mais encaixa o doente singular em categorias universais. O argumento de Canguilhem, por outro lado, não desautoriza o uso de evidências, mas pondera seu uso. Elas devem ser confrontadas com a avaliação da normatividade de cada paciente e, assim, não se aceita automaticamente protocolos universais para qualquer tipo de paciente ou situação.

Vemos boas contribuições do debate sobre as funções promovido pelos filósofos da biologia. Apesar de eles não estarem preocupados com o conceito de normalidade aplicado à medicina e pretenderem, ao contrário, *descrever* o mundo e não *valorar* a existência, a problematização sobre o conceito de função biológica abordada por eles é útil para a discussão filosófica em medicina. A ideia de que os órgãos, traços ou comportamentos existem *para* qualquer coisa nos leva a considerar a anomalia ou a variação inexoravelmente como doença. Vemos, porém, que o caráter teleológico dos processos orgânicos é altamente questionável e, sobretudo, a determinação do que é disfuncional de acordo com a seleção natural é inconsistente.

Os teóricos mostram que a seleção natural não é clara em dizer o que é normal e o que não é e que há inconsistência lógica dos fundamentos do determinismo biológico e do naturalismo. A própria ideia de seleção natural e de selecionar um tipo teleologicamente tem inúmeros problemas que foram abordados na tese. Por exemplo, pode haver traços do organismo com morfologia semelhante e função diferente, ou função que não se justifica como traço que favorece a sobrevivência e a reprodução. Ademais, a própria ideia de função é metafórica, pois extrapolamos ou do pensamento religioso ou da atividade humana de produzir artefatos.

Vimos, portanto, que a ideia de disfunção na biologia não é autoevidente como querem os teóricos naturalistas. Críticas ao naturalismo médico evidenciam os critérios valorativos na avaliação médica a partir da intencionalidade do organismo vivo, o que garante sua variação e singularização. Mas esse primeiro desafio ao naturalismo não significa a

introdução de moralidade propriamente dita, pois se situa no nível da descrição. Trata-se do naturalismo pragmático e enriquecido que enxerga a particularidade de cada organismo de maneira plástica, respeitando a variação. Porém, a constatação de que é impossível tipificar com qualquer critério *natural* o que é a normalidade típica fragiliza o naturalismo médico e oferece a abertura epistêmica para a ascensão das teorias normativistas.

As teorias baseadas na ação pragmática do sujeito no mundo têm a vantagem de não se restringirem à sobrevivência e à reprodução para o julgamento da saúde. Elas consideram o terreno da manifestação afetiva do ser humano considerando o bem-estar e a felicidade. Mas é precisamente este aspecto que traz dificuldades para a teoria. Com a linguagem e a pauta emocional temos um sistema que se autonomiza de tal maneira que começa a ter regra própria do que é a saúde e a doença. E, dessa forma, é possível ter um sistema de autossatisfação que ameaça a sobrevivência do organismo, como o uso abusivo de drogas. De fato, o que consideramos “bom” e “mau” muitas vezes não corresponde àquilo que nos ajuda a sobreviver. Nordenfelt, porém, desconsidera as nuances da intencionalidade que pode fazer sofrer, dar prazer ou sacrificar o prazer em nome de um dever. Estas distinções são sutis, mas são fundamentais se o objetivo é pensar sobre o normal e o patológico.

Diferentemente de Boorse que propõe uma definição estreita de doença, a noção de má saúde de Nordenfelt é alargada. Os normativistas defendem que o que deve ser considerado para a caracterização de uma vida saudável é a ação do sujeito no mundo, a capacidade de realização de seus projetos de vida, e, assim, é possível entender que o indivíduo que não consegue realizar o que almeja como fim vital está em má saúde. Entendido dessa forma, os autores estariam reforçando a tão criticada medicalização social.

Mas, por outro lado, são precisamente essas teorias que permitem retirar a deficiência da condição de doença, pois muitos sujeitos que possuem variações podem realizar seus fins vitais. Isso se dá, sobretudo, quando se modifica o comportamento mediano e o equipamento do ambiente que em geral não atendem às pessoas atípicas. Mas também, quando Fulford e Nordenfelt defendem que doença/má saúde é o que impede que o indivíduo realize projetos ou atinja a objetivos vitais eles permitem que os projetos sejam descritos de outra forma, devendo ser alargados.

Assim, os normativistas incluem a ideia de autonomia dentro da noção de saúde e doença e mostram que é necessário redefinir a autonomia para deixar fluida a fronteira entre saúde e doença. Ao invés de autonomia como soberania, ela pode ser pensada dentro de uma ética de cuidado, dentro de uma ética de dependência e participação. Nestes termos é possível

entender a saúde como autonomia e preservar a anomalia, *a priori*, como diferença. Canguilhem, por seu turno, ao colocar o acento na normatividade, permite que a discussão sobre a valorização da autonomia possível das pessoas atípicas permaneça forte e, assim, mantém as discussões ética e política e abre a possibilidade de o discurso médico não ser aprisionante na patologia. Dessa forma é possível manter a discussão da autonomia possível de uma condição permanente sem precisar negar o caráter de patologia.

Por fim, os estudos no campo das deficiências demonstram a sedução ingênua da medicina pelo cientificismo e trazem como contribuição formidável a evidência da fragilidade inerente à tentativa de descrever de forma totalizante a condição humana normal e a condição patológica, trazendo a positividade e a riqueza da experiência da diferença no mundo. A problematização propõe reformulações matriciais inquietantes e coincide com o crescimento da conversão cultural das condutas descritas como déficits patológicos em identidades sociais, ou na reivindicação da “diferença” no lugar do “déficit” e na afirmação de uma expressão variante de vida em contraposição ao movimento de normatização das condutas.

Mais pesquisas são necessárias para discutir o conceito de normal e patológico, sobretudo porque apesar de inconsistente, o conceito de função biológica continua sendo usado como fundamento do funcionamento normal em medicina. Para compreender o fenômeno é necessário realizar uma genealogia das crenças e estudar os agenciamentos e criatividades individuais envolvidas.

REFERÊNCIAS

AGICH, J. G. *Toward a Pragmatic Theory of Disease*. In: HUMBER, M. J.; ALMEDER, F. R. *What is Disease?* Totowa: Humana Press Inc., 1997.

ALMEIDA FILHO, N.; JUCA, V. *Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse*. *Ciênc. saúde coletiva* [online]., v.7, n.4, p. 879-889, 2002.

ALTMAN, B. M. *Disability, Definitions, Models, Classification Schemes, and Applications*. In: ALBRECHT, G. L., SEELMAN, K. D., BURY, M. (Eds.). *Handbook of Disability Studies*. Sage Publications, Inc.

AMARANTE, P. *Uma Aventura no Manicômio: a trajetória de Franco Basaglia*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. I (1), p. 66-77, jul./out. 1994.

AMUNDSON, R. Against normal function. *Stud. Hist. Phil. Biol. & Biomed. Sci.*, v. 31, n. 1, p. 33-53, 2000.

ARIEW, A.; PERLMAN, M. *Platonic and Aristotelian Roots of Teleological Arguments*. In: ARIEW, A.; CUMMINS, R.; PERLMAN, M. (Ed.). *New essays in the Philosophy of Psychology and Biology*. Oxford: Oxford University Press, 2002.

AZEVEDO, M. A. *Human Enhancement: a new issue in philosophical agenda*. Natal, RN: *Princípios: Revista de Filosofia*, v. 20, n. 33, 2013.

BAIER, A. C. *What Do Women Want In a Moral Theory?* *Noûs*, v. 19, n. 1, p. 53-63, 1985.

BELL, D. “*Communitarianism*”. The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Fall 2013 Edition), Edward N. Zalta (Ed.), Disponível em: <<http://plato.stanford.edu/archives/fall2013/entries/communitarianism/>>.

BEZERRA JUNIOR, B. C. *O normal e o patológico: uma discussão atual*. In: SOUZA, A. N.; PITANGUY, J. (Org.). *Saúde, corpo e sociedade*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006.

_____. *Naturalismo como anti-reducionismo: notas sobre cérebro, mente e subjetividade*. In: *Cadernos do IPUB*, v. VI, n. 18, p. 158-177. Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 2000.

_____. *Um apelo à clínica: nem o respaldo da norma, nem o extravio na dor*. *Cad. saúde ment.*; v. 1(1), p. 23-31, 2007.

_____. *Cidadania e loucura: um paradoxo?* p. 113-126. In: BEZERRA JR., B. & AMARANTE, P. D. (Orgs.). *Psiquiatria sem hospício*. Ed. Relume-Dumará, Rio de Janeiro, 1992.

BACKBURN, S. *Dicionário Oxford de Filosofia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1994.

BARNES, C.; BARTON, L.; OLIVER, M. *Disability studies today*. Cambridge: Polity Press, 2002.

BARNES, C.; MERCER, G.; SHAKESPEARE, T. *Exploring Disability: A Sociological Introduction*. Cambridge: Polity Press, 2000.

BOLTON, D. *What is Mental Disorder? An Essay in Philosophy, Science and Values*. New York: Oxford University Press, 2008.

_____. The usefulness of Wakefield's definition for the diagnostic manuals. *World Psychiatry*, v. 6, n. 3, p. 164–165, 2007 Oct.

BOORSE, C. On the distinction between disease and illness. *Philosophy and Public Affairs*, v. 5, p. 49-68, 1975.

_____. Wright on functions. *The Philosophical Review*, v. 85, n. 1, p. 70-86, 1976.

_____. Health as a Theoretical Concept. *Philosophy of Science*, v. 44, n. 4, p. 542-573, 1977.

_____. *Concepts of health*. In: VANDEVEER, D. & REGAN T. (Eds.), p. 359-393. *Health care ethics: an introduction*. Temple University Press, Filadelfia, 1987.

_____. *A rebuttal on health*. In: HUMBER J. M., ALMEDER R. F., (Eds). *What is Disease?* Totowa, New Jersey: Humana Press; 1997.

_____. *A rebuttal on functions*. In: ARIEW, A.; CUMMINS, R.; PERLMAN, M. (Ed.). *New essays in the Philosophy of Psychology and Biology*. Oxford: Oxford University Press, 2002.

_____. *Disability and Medical Theory*. In: Ralston, D. C.; HO, J. (Eds). *Philosophical Reflections on Disability*. Dordrecht: Springer, 2010.

BOHÓRQUEZ, M. M.; ANDRADE, E. *A contingência dos padrões de organização biológica: superando a dicotomia entre pensamento tipológico e populacional*. In: ABRANTES, P. (Ed.). *Filosofia da Biologia*. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BOLTON, D. *What is Mental Disorder? An Essay in Philosophy, Science, and Values*. New York, Oxford University Press, 2008.

BOTEGA, J. *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência*. Porto Alegre: Artmed, 2012.

BRADDOCK, D. L.; PARISH, S. L. *An Institutional History of Disability*. In: ALBRECHT, G. L., SEELMAN, K. D., BURY, M. (Eds.). *Handbook of Disability Studies*. London: Sage, 2001. p. 11-68.

BROWN, W. M. On Defining "Disease". *J. Med. Philos.*, n. 10, v. 4, p. 311-328, 1985.

BUSS, D. M. Evolutionary personality psychology. *Annual Review of Psychology*, v. 42, p. 459-491, 1991.

CANGUILHEM, G. O conhecimento da vida. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

_____. *A vital rationalist: select writings form Georges Canguilhem*. New York: Zone Books, 2000.

_____. O Normal e o Patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

_____. Escritos sobre a Medicina. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

CANGUILHEM, G.; SILVEIRA, L. F. *Descartes et la technique*. Trans/Form/Ação. 1982, v.5, p. 111-122.

CAPLAN, A. L. *The “unnaturalness” of aging – a sickness unto death?* In CAPLAN, A. L.; ENGELHARDT JR., H. T.; MCCARTNEY, J. J. (Eds.). *Concepts of health and disease: Interdisciplinary perspectives*, p. 725-738. Reading, MA: Addison-Wesley, 1981.

CAPONI, S. *Da herança à localização cerebral: sobre o determinismo biológico de condutas indesejadas*. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2007.

CAPONI, G. La distinción entre Biología Funcional y Biología Evolutiva como clave para la discusión del reduccionismo en ciencias de la vida. *Cad. Hist. Fil. Ci.*, n. 14, v. 1, p. 119-157, 2004.

CARMO, J. S. Sobre a normatividade do significado. *Kínesis*, v. IV, n. 7, p. 376-391, jul. 2012. CHEDIAK, K. A. Análise do conceito de função a partir da interpretação histórica. *Filosofia e História da Biologia*, v.1, p. 161-174, 2006.

_____. *Função e explicações funcionais em biologia*. In: ABRANTES, P. (Ed.). *Filosofia da Biologia*. Porto Alegre: Artmed, 2011.

CHURCHLAND, P. M. *Matéria e Consciência*, Uma introdução contemporânea à filosofia da mente. São Paulo, SP, Ed. UNESP, 2004.

CLEMENT, G. C. *Autonomy and Justice: Feminism and the Ethic of Care*, Oxford: Westview Press, 1996.

CONRAD, P. *The Medicalization of Society*. On the transformation of Human Conditions into Treatable Disorders. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

_____. *The Shifting Engines of Medicalization*. *Journal of Health and Social Behavior*, v. 46, n.1, p. 3-14, 2005 Mar.

COOPER, D. *Psiquiatria e Antipsiquiatria*. São Paulo, Editora Perspectiva, 1967.

COSTA, J. F. *A face e o verso: estudos sobre o homoerotismo II*. São Paulo: Escuta, 1995a.

_____. Resposta a Zeljko Loparic. In: *Revista Percurso*, n. 14, Primeiro semestre de 1995.

_____. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2004.

COSTA, J. F. *O vestígio e a aura: o corpo e consumismo na moral do espetáculo*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

_____. *Filosofia da Mente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005b.

_____. *O ponto de vista do outro*. Rio de Janeiro: Garamond, 2010. 384 p.

_____. *As fronteiras disputadas entre normalidade, diferença, patologia*. No prelo.

CUMMINS, R. Neo-Teleology. In: *Functions. New Essays in the Philosophy of Psychology and Biology*. Oxford, Oxford University Press, 2002.

CROW, L. *Renewing the Social Model of Disability*. Coalition, July: 5-9, 1992.

DARWIN, C. *On the Origin of Species*. London: John Murray, 1859.

DAWKINS, R. *A river out of Eden*. New York: Basic Books, 1995.

DAVIS, L. J. *Constructing Normalcy*. In: DAVIS, L. J. (Ed.). *The Disability Studies Reader*. New York: Routledge, 2010.

_____. *Enforcing Normalcy: Disability, Deafness, and the Body*. London: Verso, 1995.

DAWKINS, R. *The blind watchmaker: Why the evidence of evolution reveals a universe without design*, New York: W.W Norton & Co.

_____. *The Extended Phenotype*, Oxford: Oxford University Press, 1983.

DE BLOCK, A.; ADRIAENS, R. P. Why philosophers of psychiatry should care about evolutionary theory. In: ADRIAENS R. P.; DE BLOCK, A. (Eds). *Maladapting minds: philosophy, psychiatry, and evolutionary theory*. New York: Oxford University Press, 2011.

DINIZ, D. *Envelhecimento e Deficiência*. Marcelo Medeiros. Série Anis 36, Brasília, Letras Livres, 1-8, junho, 2004.

DINIZ, D. *O que é a deficiência*. São Paulo: Braziliense, 2007 (2007b).

DINIZ, D.; BARBOSA, L.; SANTOS, W. R. Deficiência, direitos humanos e justiça. *Sur, Rev. int. direitos human*, v. 6, n. 11, p. 64-77, 2009.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M., SQUINCA, F. Reflexões sobre a versão em Português da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 23, v. 10, p. 2507-10, out. 2007.

DUMIT, J. *Illnesses you have to fight to get: Facts as forces in uncertain, emergent illnesses*. *Soc. Sci. Med.*, v. 62, n. 3, p. 577-90, 2006.

EDWARD, D. S. *Disability: Definition, Value and Identity*. Oxford: Radcliffe Publishing, 2005.

EKNOYAN, G. *Adolphe Quetelet (1796-1874) – the average man and indices of obesity*. *Nephrol Dial Transplant*, n. 23, v. 1, p. 47-51, Jan. 2008. Epub 2007 Sep. 22.

ENCODE Project Consortium, BERNSTEIN, B. E.; BIRNEY E.; DUNHAM, I.; GREEN, E. D., GUNTER, C., SNYDER, M. An integrated encyclopedia of DNA elements in the human genome. *Nature*, n. 6, v. 489 (7414), p. 57-74, 2012 Sep.

ENGELHARDT, H. T. *The Foundations of Bioethics*. New York, Oxford University Press, 1996.

_____. *The concepts of health and disease*. In: *Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences*. Engelhardt, H. T.; SPICKER, S. F. (Eds.), D. Reidel Publishing, Dordrecht, Holland, p. 125-141, 1975.

ERESHEFSKY, M. Defining “health” and “disease”. *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, v. 40, p. 221-227, 2009.

FLEW, A. (1981). Disease and mental illness. In: CAPLAN, A. L.; ENGELHARDT JR., H. T. & MCCARTNEY, J. J. (Eds.), *Concepts of health and disease: Interdisciplinary perspectives*, p. 433-442. Reading, MA: Addison-Wesley.

FERRAZ, C. H. *O valor da vida como fato – uma crítica neopragmática à epistemologia da vida de Georges Canguilhem*. In: ARRUDA, A.; BEZERRA JUNIOR, B.; TEDESCO, S. (Eds.). Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

FERREIRA, A. M. A teleologia na biologia contemporânea. *Scientle studia*, v. 1, n. 2, p. 183-193, 2003.

FORATTINI, O. P. *Culicidologia Médica: Princípios Gerais, Morfologia, Glossário Taxonômico*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1996.

FOUCAULT, M. *OS ANORMAIS: curso no Collège de France (1974-1975)*. São Paulo, Martins Fontes, 2002.

FULFORD, K. W. M. *What is (mental) disease?: an open letter to Christopher Boorse*. *Journal of Medical Ethics*, v. 27, p. 80-85, 2001a.

_____. *Philosophy into Practice: The case for Ordinary-Language Philosophy*. In: *Health, Science and Ordinary Language*. Amsterdam; New York, Editions Rodopi, 2001b.

_____. Nine variations and a coda on the theme of an evolutionary definition of dysfunction. *Journal of Abnormal Psychology*, v. 108 (3), p. 412-420, Aug. 1999.

_____. *Mental Illness and The Mind-Brain Problem: Delusion, Belief And Searle's Theory of Intentionality*. *Theoretical Medicine*, v. 14, p. 181-194, 1993a.

_____. *Praxis makes perfect: illness as a bridge between biological concepts of disease and social conceptions of health*. *Theoretical Medicine*, v. 14, p. 305-320, 1993b.

_____. *Moral theory and medical practice*. Cambridge: Cambridge University Press, 1989.

FREIDSON, E. *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. Chicago: University of Chicago Press Edition, 1970.

GAMMELGAARD, A. Evolutionary biology and the concept of disease. *Medicine, Health Care and Philosophy*, v. 3, p. 109–116, 2000.

GAYON, J. The concept of individuality in Canguilhem's philosophy of biology. *Journal of the History of Biology*, v. 31, p. 305-325, 1998.

GIFFORD, F. *Philosophy of Medicine*. Oxford: North Holland, 2011.

GILLIGAN, C. *In a different voice*. Cambridge, MA. Harvard University Press, 1982.

_____. *In a different voice: Women's conceptions of self and of morality*. *Harvard Educational Review*, n. 47, v. 4, p. 481-551, 1977.

GIROUX, E. *Después de Canguilhem: definir la salud y la enfermedad*. Bogota: Universidad El Bosque, 2011.

_____. *Philosophie de la médecine. Santé, maladie, pathologie*. Paris: Librairie Philosophique J. Vrin, 2012.

GODFREY-SMITH, P. A modern history theory of function. *Noûs*, v. 28, n. 3, p. 344-362, 1994.

GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

_____. *A representação do eu na vida cotidiana*. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1985.

GONZÁLEZ, F. O problema da espécie 150 anos depois de *A origem*. In: ABRANTES, P. (Ed.). *Filosofia da Biologia*. Porto Alegre: Artmed, 2011.

GRIFFITHS, P. Functional analysis and proper functions. *British Journal for Philosophy of Science*, v. 44, p. 409-422, 1993.

GUERRERO, J. D. *Against Naturalist Conceptions of Health: In: Defense of Constrained Normativism*. 2011. 324 f. Tese (Doutorado em Filosofia) – Department of Philosophy, University of Calgary, Calgary, 2011.

HACKING, I. Looping Effect of the Human Kinds. In: SPERBER, D.; PREMACK, D.; PREMACK, A. J. (Ed.) *Casual Cognition: a multidisciplinary debate*. Oxford: Oxford University Press, 1995. p. 351-383

_____. *Historical Ontology*. Cambridge, Massachusetts e Londres: Harvard University Press, 2002.

_____. Canguilhem parmi les cyborgs. In: BAUNSTEIN, J. F. (Org.). *Histoire des sciences et politique du vivant*. Paris, Presses Universitaires de France – PUF, 2007.

HARE, R. M. Descriptivism. *Proceedings of the British Academy*, v. 49, p. 115-134, 1963.

HOFMANN, B. Complexity of the Concept of Disease as Shown Through Rival Theoretical Frameworks. *Theoretical Medicine and Bioethics*, v. 22, n. 3, 2001.

HULL, L. D. On Human Nature. *PSA*, 1986. v.2, p. 3-13.

_____. A Matter of Individuality. *Philosophy of Science*, v. 45, n. 3, p. 335-360, Sep., 1978. HUME, D. *Tratado Sobre a Natureza Humana*. São Paulo. UNESP, 2001.

ILLICH, I. *A expropriação da saúde: nêmesis da Medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

CARMO, J. S. Sobre a Normatividade do Significado. *Kínesis*, v. IV, n. 7, p. 376-391, jul. 2012.

JAENISCH, R., BIRD A. Epigenetic regulation of gene expression: how the genome integrates intrinsic and environmental signals. *Nat Genet*. 2003 Mar.; 33 Suppl: 245-54.

KENDELL, R. E. The Concept of Disease and its Implications for Psychiatry. *The British Journal of Psychiatry*, v. 127, p. 305-315, 1975.

_____. What are Mental Disorders? In: FREEDMAN, A. M.; BROTMAN, R.; SILVERMAN, I. & HUTSON, D. (Eds.). *Issues in psychiatric classification: Science, practice and social policy*, p. 23-45. New York: Human Sciences Press.

KING, C. D. The Meaning of Normal. *Yale J Biol Med.*, n. 17, v. 3, p. 493-501, Jan. 1945.

KITTAY, E. F. At the Margins of Moral Personhood. *Ethics*, v. 116, p. 100-131, 2005 Oct. (2005a).

_____. Dependency, Difference and the Global Ethic of Longterm Care. *The Journal of Political Philosophy*, v. 13, n. 4, p. 443-69, 2005. (2005b)

_____. Equality, Dignity and Disability. In: LYONS M. A. and WALDRON, F. (Eds.) *Perspectives on Equality: The Second Seamus Heaney Lectures*. Dublin: The Liffey Press, p. 95-122, 2005.

KLEIN, D. F. (1978). A proposed definition of mental illness. In: R. L. Spitzer & D. F. Klein (Eds.), *Critical issues in psychiatric diagnosis* (p. 41-71). New York: Raven Press.

KENDLER, K. Introduction. Why does Psychiatry need Philosophy? In: KENDLER, K. S. & PARNAS, J. (Eds.). *Philosophical Issues in Psychiatry*. Explanation, Phenomenology and Nosology. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, p.1-16, 2008.

KHUSHF, G. *What is at issue in the debate about concepts of health and disease? framing the problem of demarcation for a post-positivist era of medicine*. In: NORDENFELT, L. (Ed.). *Health, Science and Ordinary Language*. Amsterdam; New York, Editions Rodopi, 2001.

KLAUTAU, P.; WINOGRAD, M.; BEZERRA, B., Jr. Normatividade e plasticidade: algumas considerações sobre a clínica psicanalítica com pacientes neurológicos. Fortaleza: *Revista Mal-estar e Subjetividade*, v. IX, n.2, p. 551-574, jun. 2009.

KOVÁCS, J. The concept of health and disease. *Med Health Care Philos*, v. 1, n. 1, p. 31-39, 1998.

JOHANSSON, I. The constituent function analysis of functions. In: KOSKINEN, H. J.; PIHLSTRÖM, S. & VILKKO, R. (Ed.). *Science – a challenge to philosophy?* Frankfurt: Peter Lang, p. 35-45, 2006.

LEWONTIN, R. *A tripla hélice – gene, organismo e ambiente*. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2002.

LOBO, L. F. *Infames da História, os Pobres, Escravos e Deficientes no Brasil*. Rio de Janeiro: Lamparina, 2008.

LONSDALE, S. *Women and Disability*. Macmillan, London, 1990.

MACKLIN, R. (1981). *Mental health and mental illness: Some problems of definition and concept formation*. In: CAPLAN, A. L.; ENGELHARDT, H. T. Jr., & MCCARTNEY, J. J. (Eds.), *Concepts of health and disease: Interdisciplinary perspectives*, p. 391-418. Reading, MA: Addison-Wesley.

MARGOLIS, J. The concept of disease. *The Journal of Medicine and Philosophy*, v. 1, p. 238–255, 1976.

MARTINS, A. M. A doutrina da eudaimonia em Aristóteles. *Hvmanitas*, v. XLVI (1994).

MAYNARD S. J. *The Theory of Evolution*. Cambridge: Cambridge University Press, 1975.

MAYR, E. Los Múltiples Significados De Teleología. *Historia y Filosofía de las Ciencias de la Vida*, v. 20, n. 1, p. 35-40, 1998.

MEAD, G. *Mind, self and society: from the standpoint of a social behaviorism*. Chicago: The University of Chicago Press, 1962.

MILLIKAN, R. G. *Biofunctions: Two Paradigms*. In: *Functions. New Essays in the Philosophy of Psychology and Biology*. Oxford, Oxford University Press, 2002.

_____. *Language, Thought, and Other Biological Categories: New Foundations for Realism*. MIT Press, 1984.

MOORE, M. S. Discussion of the Spitzer-Endicott and Klein proposed definitions of mental disorder (illness). In: SPITZER, R. L. & KLEIN, D. F. (Eds.), *Critical issues in psychiatric diagnosis*, p. 85-104. New York: Raven Press, 1978.

MOORE, G. E. *Principia Ethica*. Thomas Baldwin (Ed.). 2. ed. Cambridge, Mass: Cambridge University Press, 1985.

MORRIS, J. *Pride Against Prejudice*. Women's Press, London, 1991.

NAGI, S. Z. *Disability Concepts Revisited: Implications for Prevention*. In: POPE, A. M. & TARLOV, A. R. (Eds.), *Disability in America: Toward a National Agenda for Prevention*. Washington, DC: National Academy Press, 1991.

NERUDA, P. *O livro das perguntas*. Coleção L&PM Pocket, 2004.

NESSE, R. On the difficulty of defining disease: a darwinian perspective. *Medicine, Health Care and Philosophy*, v. 4, 2001.

NESSE, R. M.; JACKSON, E. D. *Evolutionary foundations for psychiatric diagnosis: making DSM-V valid*. In: Adriaens R. P.; DE BLOCK, A. (Eds.). *Maladapting minds: philosophy, psychiatry, and evolutionary theory*. New York: Oxford University Press, 2011.

NORDENFELT L. On the relevance and importance of the notion of disease. *Theoretical Medicine*, v. 14, p. 15-26, 1993a.

_____. *Quality of Life, Health and Happiness*. Aldershot, England: Avebury; 1993b.

_____. *On the Nature of Health: An Action-Theoretic Approach*, Reidel, Dordrecht, The Netherlands, 1995.

_____. *On disability and Illness: a reply to Edwards*. *Theoretical Medicine and Bioethics*, v. 20, p. 181-189, 1999.

_____. Introduction. In: NORDENFELT, L. (Ed.). *Concepts and Measurement of Quality of Life in Health Care*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 1994. p.1-15.

_____. *On Disabilities and Their Classification*, Studies on Health and Society 1, University of Linköping, Linköping, 1983.

_____. The importance of a disability/handicap distinction. *The Journal of Medicine and Philosophy*, v. 22, p. 607-622, 1997.

_____. *Conversando sobre a saúde: um diálogo filosófico*. Florianópolis: Bernúncia, 2000a.

_____. *Action, ability and health. Essays in the philosophy of action and welfare*. Dordrecht, Kluwer, 2000. (2000b)

_____. *Health, Science and Ordinary Language*. Amsterdam; New York, Editions Rodopi, 2001.

_____. Action theory, disability and ICF. *Disabil Rehabil.*, v. 16, n. 25(18), p.1075-9, 2003.

_____. On holism and normality. *Medicine, Health Care and Philosophy*, v. 7, p. 149-152, 2004.

_____. On health, ability and activity: comments on some basic notions in the ICF. *Disabil Rehabil.*, v. 15, n. 28(23), p. 1461-5, 2006.

NORDENFELT L. *Establishing a middle-range position in the theory of health: A reply to my critics. Medicine, Health Care and Philosophy*, v. 10, p. 29-32, 2007.

_____. On the notions of disability and handicap/ *Scandinavian Journal of Social Welfare* 2, p. 17-24, 1993.

NORONHA, M. G. R. C. S.; CARDOSO, P. S.; MORAES, T. N. P. I.; CENTA, M. L. *Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família?*. *Ciênc. saúde coletiva* [online], v. 14, n. 2, p. 497-506, 2009.

NOVAS, C.; ROSE, N. Genetic risk and the birth of the somatic individual. *Economy and Society*, London, v. 29, n. 4, p. 485-513, 2000.

_____. Biological citizenchip. In: ONG, A.; COLLIER, S. (Org). *Global Assemblages: technology, politics, and ethics as anthropological problems*. Oxford: Blackwell Publishing, p. 439-463, 2004.

NUNES NETO, N.F. & EL-HANI, C.N. *O que é função?* Debates na filosofia da biologia contemporânea. *Scientia Studia*, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 353-401, 2009.

OLIVER, M. *The Politics of Disablement*. Macmillan: London (1990).

PARENS, E. *Enhancing Human Traits: Ethical and Social Implications*. Washington DC, Georgetown University Press, 2000.

PARSONS, T. *The social system*. New York: Free Press, 1951.

_____. Definitions of health and illness in light of American values and social structure, in Jaco. E. G. (Ed.) *Patients, Physicians and Illness*, New York: Free Press, 1958

PÖRN, I. Health and Adaptedness. *Theoretical Medicine*, v. 14, p. 295-303, 1993.

PORTOCARRERO, V. *As Ciências da Vida: de Canguilhem a Foucault*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PUTTINI, R. F. e JUNIOR, A. P. *Além do mecanicismo e do vitalismo: a “normatividade da vida” em Georges Canguilhem*. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17(3), p. 451-464, 2007.

RABINOW, P. Introduction. In: DELAPORT, F. (Ed.) *A Vital Racionalist: selected writings from Georges Canguilhem*. Nova York: Zone Books, 1994.

REILL, P. H. *The Legacy of the “Scientific Revolution”*: Science and the Enlightenment. In: PORTER, R. (Ed.). *The Cambridge History of Science: the Eighteenth-Century*, 2003.

REZNEK, L. *The nature of disease*. London: Routledge and Kegan Paul, 1987.

_____. *The Philosophical Defense of Psychiatry*, London: Routledge na Kegan Paul, 1991.

RICHMAN, A. K. *Ethics and the Metaphysics of Medicine Reflections on health and beneficence*. Ed. The MIT Press Cambridge, Massachusetts, London, England, 2004.

ROE, K.; MURPHY, D. Function, dysfunction and adaptation? In: ADRIAENS R. P.; DE BLOCK, A. (Eds.). *Maladapting minds: philosophy, psychiatry, and evolutionary theory*. New York: Oxford University Press, 2011.

RUSE, M. Teleology: Yesterday, today, and tomorrow? *Studies in History and Philosophy of Science Part C*, v. 31, n. 1, p. 213-232, 2000.

_____. *Defining Disease: the question of sexual orientation*. In: HUMBER, M. J.; ALMEDER, F. R. *What is Disease?* Totowa: Humana Press Inc., 1997.

RUSSO, J.; VENANCIO, A.T. *Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução termonológica” do DSM III*. In: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. IX, n. 3, 2006.

SANDRIN, M. F. A contribuição da etologia ao estudo da depressão e outros distúrbios psiquiátricos. *Revista Científica Eletrônica de Psicologia*, v. 1, n. 1, 2003.

SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte/Rio de Janeiro, Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia, 2001.

SAVULESCU, J.; TER MEULEN, R.; KAHANE, G. (Eds.). *Enhancing Human Capacities*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2011.

SCADDING, J. G. *Diagnosis: The clinician and the computer*. *Lancet*, v. 2, p. 877-882, 1967.

SEPÚLVEDA, C.; MEYER, D.; EL-HNI, C. N. Adaptacionismo. In: ABRANTES, P. (Ed.). *Filosofia da Biologia*. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SHAKESPEARE, T. The Social Model of Disability. In: DAVIS, L. J. (Ed.). *The Disability Studies Reader*. New York: Routledge, 2010.

SOBER, E. *The nature of selection: evolutionary theory in philosophical focus*. Cambridge Mass: MIT Press.

SCHRAMME, T. A Qualified Defence of a Naturalist Theory of Health. *Medicine, Health Care and Philosophy*, v. 9, 2006.

SCHAFFNER, K. F. *Discovery and Explanation in Biology and Medicine*. Chicago: The University of Chicago Press, 1993.

SEDGEWICK, P. *Psychopolitics*. New York: Harper and Row, 1982.

SERPA, O. D. *Indivíduo, organismo e doença: a atualidade de o Normal e o Patológico de Georges Canguilhem*. *Psicol. Clín.*, v. 15, n. 1, p. 121-35, 2003.

SHAKESPEARE, T. *La autoorganización de las personas con discapacidad: ¿un nuevo movimiento social?* In: BARTON, L. (Org.). *Superar las barreras de a Discapacidad: 18 años de “Disability and Society”*. Espanha: Morata, p. 68-85, 2008.

SILVA, P. Intencionalidade: Mecanismo e Interação. *Principia*, v. 14, n. 2, p. 255-278, 2010.

SILVERS, A. A Fatal Attraction to Normalizing. In: PARENS, E. (Ed.), *Enhancing Human Traits: Ethical and Social Implications*. Washington, DC: Georgetown University Press, p. 95–123, 1998.

SOBER, E. *The nature of selection: evolutionary theory in philosophical focus*. Chicago: The University of Chicago Press, 1993.

SONTAG, S. *Doença como metáfora / AIDS e suas metáforas*. Companhia de Bolso, 2007.

SOMMERHOFF, G. C. *Analytical Biology*. Oxford University Press, 1950.

STEMPSEY, S. J. *Disease and Diagnosis: Value-Dependent Realism*. Boston: Kluwer Academic Publishers, 1999.

STONE, S. D. *Resisting an Illness Label: Disability, Impairment, and Illness*. In: MOSS, P. & TEGHTSOONIAN, K. (Eds.) *Contesting Illness. Process and Practices*. University of Toronto Press, 2008.

STOVE, D.: 1995, *Darwinian Fairytales*. Aldershot: Avebury.

TAYLOR, F. K. A logical analysis of the medico-psychological concept of disease. *Psychological Medicine*, v. 1, p. 356-364, 1971.

TYKANORI, R. *Contratualidade e Reabilitação Psicossocial*. In: Pitta, A. M. F. (Org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: HUCITEC, 1996.

THORNTON, T. *Mental Illness and Reductionism: Can Functions Be Naturalized?* The John Hopkins University Press, 2000.

TREMAIN, S. On the subject of impairment. In: CORKER, M.; SHAKESPEARE, T. (Ed.). *Disability/postmodernity: embodying disability theory*. Londres: Continuum, 2002.

VEHMAS, S.; MÄKELÄ, P. A discussion of the natural and social. In: KRISTIANSEN, K., VEHMAS, S., SHAKESPEARE, T. *Arguing about Disability*. London: Routledge, 2009.

VENTEGODT, S.; MERRICK, J.; ANDERSEN, N. J. Quality of Life Theory III. Maslow Revisited. *The Scientific World Journal*, v. 3, p. 1050-1057, 2003.

YOUNG, A. *The Harmony of Illusions: Inventing Post-traumatic Stress Disorder*. New Jersey: Princeton University Press, 1995.

WAKEFIELD, J. C. *The concept of mental disorder: On the boundary between biological facts and social values*. *American Psychologist*, v. 47, p. 373-388, 1992.

_____. *Diagnosing DSM-IV, Part 1: DSM-IV and the concept of mental disorder*. *Behavior Research and Therapy*, v. 35, p. 633-650, 1997.

_____. Mental disorder as a black box essentialist concept. *J. Abnorm. Psychol.*, v. 108, n. 3, p. 465-72, Aug. 1999.

WAKEFIELD, J. C. Darwin, functional explanation, and the philosophy of psychiatry. In: Adriaens R.P ; De Block, A (Eds.). *Maladapting minds: philosophy, psyquiatry, and evolutionary theory*. New York: Oxford University Press, 2011.

WHITHBECK, C. Four Basic Concepts of Medical Science, *PSA*, 1, 210-222, 1978.

_____. A Theory of Health. In: Caplan A.L; Engelhardt, H.T.Jr.; and McCartney, J.J (Eds.). *Concepts of Health and Disease: Interdisciplinary Perspectives*. Addison-Wesley Publishing Company, Reading, Massachusetts, 1981.

WOODFIELD, A. *Teleology*. Cambridge: Cambridge University Press, 1976.

_____. Aristotle as Sociobiologist: The “Function of a Human Being” Argument, Black Box Essentialism, and the Concept of Mental Disorder. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, v. 7, n. 1, p. 17-44, Mar. 2000.

_____. Should Prolonged Grief Be Reclassified as a Mental Disorder in DSM-5? *The Journal of Nervous & Mental Disease*, v. 200, n. 6, 2012.

WAISSÉ, S.; ALFONSO-GODFARB, A. M. *Raízes do vitalismo francês: Bordeu e Barthez, entre Paris e Montpellier*. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 625-640, jul./set. 2011.

WALSH, D. Fitness and function. *British Journal for the Philosophy of Science*, v. 47, p. 553-574, 1996.

WRIGHT, L. Functions. In: ALLEN, C.; BEKOFF, M. & LAUDER, G. (Ed.). *Nature’s purposes – analyses of function and design in biology*. Cambridge: MIT Press, 1998 [1973]. p. 51-78.

WOUTERS, A. The function debate in philosophy. *Acta Biotheoretica*, v. 53, p. 123-51, 2005.

ZAHID, A. The vermiform appendix: not a useless organ. *J. Coll. Physicians Surg. Pak.*, v. 14(4), p. 256-8, 2004 Apr.