

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JÚLIO DE MESQUITA FILHO
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS DE MARÍLIA

ALEX FABRÍCIO DE OLIVEIRA

**PRESSUPOSTOS EPISTEMOLÓGICOS DOS MODELOS DE CLÍNICA
PSIQUIÁTRICA DA ATUALIDADE: UMA ABORDAGEM
PRAGMÁTICA**

Marília
2010

ALEX FABRÍCIO DE OLIVEIRA

**PRESSUPOSTOS EPISTEMOLÓGICOS DOS MODELOS DE CLÍNICA
PSIQUIÁTRICA DA ATUALIDADE: UMA ABORDAGEM
PRAGMÁTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Filosofia da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista – UNESP – Campus de Marília, para obtenção do título de Mestre em Filosofia, área de Concentração em Filosofia da Mente, Epistemologia e Lógica.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Eunice Quilici Gonzalez

Marília

2010

Ficha Catalográfica

Serviço de Biblioteca e Documentação – UNESP - Campus de Marília

Oliveira, Alex Fabrício de.

O48p Pressupostos epistemológicos dos modelos de clínica psiquiátrica da atualidade : uma abordagem pragmática / Alex Fabrício de Oliveira. – Marília, 2009.
126 f. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, 2009.

Bibliografia: f. 118-126.

Orientador: Profa. Dra. Maria Eunice Quilici Gonzalez.

1. Pragmatismo. 2. Pluralismo epistemológico. 3. Reforma psiquiátrica. 4. Psiquiatria - Filosofia. I. Autor. II. Título.

CDD 144.3

ALEX FABRÍCIO DE OLIVEIRA

PRESSUPOSTOS EPISTEMOLÓGICOS DOS MODELOS DE CLÍNICA
PSIQUIÁTRICA DA ATUALIDADE: UMA ABORDAGEM
PRAGMÁTICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Filosofia da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista – UNESP – Campus de Marília, para obtenção do título de Mestre em Filosofia, área de Concentração em Filosofia da Mente, Epistemologia e Lógica.

BANCA EXAMINADORA:

- Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Eunice Quilici Gonzalez
Universidade Estadual Paulista – UNESP – Campus de Marília
- Titular: Prof. Dr. Lauro Frederico Barbosa da Silveira
Universidade Estadual Paulista – UNESP – Campus de Marília
- Titular: Prof. Dr. Octávio Domont de Serpa Júnior
Universidade Federal do Rio de Janeiro– UFRJ
- Suplente: Prof. Dr. Mariana Cláudia Broens
Universidade Estadual Paulista – UNESP – Campus de Botucatu
- Suplente: Prof.^a Dr.^a Ítala Maria Lofredo D’Ottaviano
Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP

Marília, 10 de Fevereiro de 2010.

Para Roger e Rodrigo

Agradecimentos

Gostaria de agradecer primeiramente àqueles que contribuíram diretamente para a realização desse trabalho:

À professora Maria Eunice pela orientação sábia;

Aos professores Octávio Serpa, Lauro Silveira, José Roberto Martinez, Carmem Beatriz (Betty) e Ricardo Tassinari pelas indispensáveis críticas ao texto;

Aos funcionários da UNESP Aline, Edna e Elizabete pela atenciosa ajuda nos “bastidores” da execução da pesquisa.

Agradeço também aos que indiretamente tornaram a vida mais palatável no período em que minha atenção se voltava quase exclusivamente para o trabalho intelectual:

À Rita e Lúcia por organizarem questões práticas de forma tão habilidosa;

Aos amigos Carlos Fernando, Rodrigo Canal e Gilberto César pelas trocas que me retiravam de meu enclausuramento;

À Flor pela tolerância à minha cara muitas vezes pouco amistosa.

E meus especiais agradecimentos aos que contribuíram para a formação de meu pensamento:

Aos meus irmãos, Roger e Rodrigo, e aos meus pais, José e Sandra, pelos encontros e desencontros que colocaram em marcha o meu processo de pensamento;

Ao professor Marcos, cujo fascínio pela matemática me mostrou que é o admirável que move o pensamento;

À professora Graça e à professora Betty Milidoni, cujo acolhimento carinhoso me fez entender que o pensamento é morto sem afeto;

Ao professor Coimbra, por provar que o pensamento valioso se sustenta mesmo nas situações mais improváveis;

Aos amigos Diogo e Sidney, pela oportunidade de descobrir que é muito melhor pensar acompanhado;

Ao professor Ricardo Bastos, por mostrar com seu exemplo que o pensamento semeia o mundo com nossos sonhos;

À professora Nice, por me ensinar que pensar é colocar o corpo, a mente e o que nos cerca em ação;

À professora Mariana, por lembrar que pensar é, sobretudo, um exercício de reconhecer limites;

Ao professor Lauro, por me alertar que, mesmo quando o árduo trabalho de pensar falha, ao menos teremos nos divertido pelo caminho;

Aos meus alunos e pacientes, que não deixam meu pensamento estagnar;

E à Flor, por me mostrar que a vida é maior que qualquer pensamento.

Existem apenas duas maneiras de viver a sua vida. Uma é como se nada fosse um milagre. A outra é como se tudo fosse um milagre.¹

Albert Einstein

¹ “There are only two ways to live your life. One is as though nothing is a miracle. The other is as though everything is a miracle.”

Resumo

A presente dissertação discute questões no âmbito da filosofia da ciência, mais especificamente tópicos da filosofia da psiquiatria. Examinamos a concorrência entre dois modelos de clínica psiquiátrica na atualidade, o “tradicional” e o modelo da reforma psiquiátrica, que poderia ser entendida como disputa entre paradigmas no campo da saúde mental. Sugerimos que a adesão ao modelo da reforma psiquiátrica tem ocorrido essencialmente por razões político-ideológicas, mas pouco se têm discutido os pressupostos epistemológicos que fundamentariam esse modelo. Argumentamos a favor da hipótese de que os modelos médicos comporiam um todo auto-sustentado, que abarcaria desde uma concepção de mundo e de como poderíamos conhecê-lo, à concepção do objeto de estudo e daí às estratégias diagnósticas e terapêuticas. Assumindo tal hipótese, o presente trabalho visa identificar alguns fundamentos ontológicos e epistemológicos de ambos os modelos de clínica psiquiátrica. Nosso objetivo central é discutir fundamentos epistemológicos para uma clínica da reforma que fossem capazes de ampliar o foco da atenção em saúde, preservando valores como a liberdade, singularidade e indeterminação do sujeito e, ao mesmo tempo, manter a possibilidade de um empreendimento com rigor científico. No âmbito da psiquiatria tradicional, debitária do modelo biomédico da medicina geral, indicamos a provável relação entre fundamentos onto-epistemológicos mecanicistas e objetivistas e a instituição de um reducionismo ontológico e metodológico, com conseqüências indesejáveis para a prática clínica. Por outro lado, apoiados na teoria sistêmica, na teoria de níveis, na teoria da auto-organização e no pluralismo epistemológico, argumentamos que uma forma de pluralismo perspectivista e uma cosmologia não-mecanicista de inspiração peirceana contribuiriam para a fundamentação da clínica ampliada exigida tanto pela reforma psiquiátrica quanto pelo modelo biopsicossocial da medicina em geral. Por fim, utilizando um argumento pragmático, defendemos que a adesão aos pressupostos norteadores da clínica poderia ser justificada eticamente a partir das conseqüências práticas esperadas da aplicação de tais pressupostos.

Palavras-chave: Pragmatismo. Pluralismo epistemológico. Reforma psiquiátrica. Perspectivismo. Clínica ampliada. Racionalidades médicas. Convergência da comunidade de investigadores.

Abstract

The present dissertation discusses questions in the realm of philosophy of science, more specifically issues concerning the philosophy of psychiatry. We examine the opposition between two active models of clinical psychiatry, the “traditional” and the psychiatric reform models, which could be understood as a dispute between different paradigms in the field of mental health. We suggest that adherence to the psychiatric reform model has occurred essentially for political-ideological reasons, but that there has been little discussion of the epistemological presuppositions on which the model is based. We argue in favor of the hypothesis that medical models comprise a self-sustaining whole, which proceeds from a conception of the world and how we might understand it, to the conception of the object under study, and from there to diagnostic and therapeutic strategies. Given such a hypothesis, this work aims to identify some of the ontological and epistemological foundations of both models of clinical psychiatry. Our central objective is to discuss epistemological fundamentals for clinical reform, capable of broadening the focus of study in the field of health while preserving values such as liberty, singularity and indeterminateness of the subject, with due consideration given to the maintenance of scientific rigor throughout the process. From the perspective of traditional psychiatry, founded on the biomedical model of medicine in general, we indicate the likely relationship between mechanistic and objectivist onto-epistemological fundamentals and the establishment of an ontological and methodological reductionism, having undesirable consequences for clinical practice. From the other perspective, based on the theories of systems, levels and self-organization, and on epistemological pluralism, we argue that a type of perspectivist pluralism and a Peircean non-mechanistic cosmology could contribute to the establishment of the broader-based medical practice demanded by both psychiatric reform and the biopsychosocial model of medicine in general. Finally, using a pragmatic argument, we propose that adherence to the guiding presuppositions of medical practice could be ethically justified by the practical outcomes expected from application of such presuppositions.

Keywords: Pragmatism. Epistemological pluralism. Psychiatric reform. Perspectivism. Extended medical practice. Medical rationality. Convergence of the research community.

Lista de abreviaturas, siglas e símbolos

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial;

DSM: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Manual diagnóstico estatístico de transtornos mentais);

OMS: Organização Mundial de Saúde;

Sumário

| | |
|---|--------------|
| INTRODUÇÃO | 11 |
| CAPÍTULO 1: OS DESACORDOS SOBRE O OBJETO DE ESTUDO DA MEDICINA E DA PSIQUIATRIA: o objetivismo epistemológico da medicina..... | 16 |
| Apresentação..... | 16 |
| 1.1. O que seria uma “psiquiatria científica”? | 17 |
| 1.2. O conceito moderno de doença..... | 22 |
| 1.3. Os dois grandes grupos de paradigmas da medicina | 28 |
| 1.4. A constituição de um objeto de estudo ampliado para a clínica médica na contemporaneidade | 33 |
| 1.5. A Reforma psiquiátrica e a reconceitualização da doença mental..... | 36 |
| 1.6. Resumo do capítulo | 38 |
| CAPÍTULO 2: PRESSUPOSTOS MECANICISTAS DA BIOMEDICINA E DA PSIQUIATRIA TRADICIONAL: a constituição de dois reducionismos médicos..... | 39 |
| Apresentação..... | 39 |
| 2.1. Origens do mecanicismo biomédico..... | 40 |
| 2.1.1) Noções gerais sobre o mecanicismo..... | 40 |
| 2.1.2) O mecanicismo cartesiano e seu legado para a medicina moderna..... | 41 |
| 2.1.3) O mecanicismo materialista de La Mettrie..... | 47 |
| 2.2. Os pressupostos da biomedicina e suas conseqüências | 52 |
| 2.3. Os pressupostos da psiquiatria tradicional..... | 57 |
| 2.4. Resumo do capítulo | 64 |
| CAPÍTULO 3: AS REFORMAS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: metodologia, epistemologia e cosmologia da clínica ampliada | 65 |
| Apresentação..... | 65 |
| 3.1. Contribuições para uma reforma metodológico-epistemológica da reforma psiquiátrica | 66 |
| 3.1.1) Controvérsias sobre a inteligibilidade de fenômenos complexos..... | 66 |
| 3.1.2) Teoria sistêmica, Teoria de níveis e o anti-reducionismo robusto | 69 |
| 3.1.3) O pluralismo epistemológico..... | 76 |
| 3.1.4) Teoria da Auto-Organização e o lugar do sujeito..... | 79 |
| 3.2. Uma possível reforma epistemológica para a psiquiatria | 82 |
| 3.3. Por que uma reforma ontológica para a reforma psiquiátrica? | 85 |
| 3.4. Resumo do capítulo | 87 |
| CAPÍTULO 4: POR UMA REFORMA METAFÍSICA: contribuições do pragmatismo para a reforma psiquiátrica | 88 |
| Apresentação..... | 88 |
| 4.1. Uma epistemologia não-relativista e não-objetivista: o pluralismo perspectivista..... | 89 |
| 4.2. As categorias ontológicas peirceanas e suas possíveis implicações para a psiquiatria..... | 97 |
| 4.3. Uma adesão pragmática à racionalidade médica ampliada..... | 103 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 11313 |
| REFERÊNCIAS..... | 118 |

Introdução

A psiquiatria do século XX teve sua história marcada pelo debate entre dois projetos fundamentais de compreensão da doença mental e do próprio estatuto epistemológico da psiquiatria. Ante a proposta de uma abordagem científica das doenças mentais, os psiquiatras se dividiram entre os que sonhavam torná-la uma especialidade médica, legitimada pelo conhecimento dos mecanismos físicos das perturbações mentais, e os que lhe atribuíam um caráter de ciência especial, por supor que a dimensão fundamental das perturbações mentais seria psicológica, subjetiva, e o empreendimento científico seria a elucidação das leis que regeriam o mundo psíquico (BEZERRA JÚNIOR, 2000). Na psiquiatria brasileira, as décadas de 80 e 90, embora ainda marcadas por acirradas disputas entre modelos de compreensão, apresentaram uma mudança significativa no eixo da contenda.²

Do ponto de vista do debate intelectual, o representante maior do primeiro lado da contenda seria o DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – cuja terceira edição, de 1980 (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 1980) marca a ascensão das classificações psiquiátricas baseadas em critérios operacionais. Esse tipo de classificação surge como resposta à crítica de baixa confiabilidade das categorias diagnósticas, isto é, a (baixa) tendência de avaliadores diferentes atribuírem o mesmo diagnóstico ao mesmo paciente. Alguns estudos anteriores ao DSM-III mostravam um grau baixo de concordância para certos diagnósticos, o que era muito inconveniente para as aspirações de inclusão entre as ciências da natureza. Lê-se no texto da última edição do manual (DSM-IV-TR, 2002, p. 23):

O DSM-III introduziu um número importante de inovações metodológicas, incluindo [...] um enfoque descritivo que tentava ser neutro em relação às teorias etiológicas. Tal esforço foi facilitado pelo extenso trabalho empírico que estava sendo realizado na época sobre a construção e a validação de critérios explícitos de diagnóstico.

É surpreendente que boa parte dos psiquiatras interprete do trecho acima que a classificação psiquiátrica seja *ateórica*. Trata-se de uma cascata de suposições epistemológicas, na melhor das hipóteses, ingênuas. De fato, ao utilizar o vocabulário psiquiátrico, quer das nosografias atuais, quer da psicopatologia clássica, a maioria dos

² Dois marcos políticos dimensionam a disputa atual. Se, em 1989, por um lado, o Congresso Americano declarou que a década de 90 seria a “Década do Cérebro”, já que as “doenças do cérebro” seriam a principal causa de morte e incapacidade nos Estados Unidos (BLANK, R. H. **Brain policy: how the new neuroscience will change our lives and our politics.** Washington, DC : Georgetown University Press, 1999. p. 2), por outro lado, a partir de 1991, o Ministério da Saúde do Brasil começa a expedir portarias para viabilizar a reestruturação da assistência psiquiátrica na direção preconizada pelos fundamentos da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001). Como se pode ver, essa disputa estaria longe de permanecer restrita a debates entre intelectuais da área.

usuários tende a fazê-lo como se os termos correspondessem a coisas do mundo, fatos pré-existentes na natureza, em vez de possibilidades descritivas inseridas num universo conceitual (SERPA JÚNIOR, 2000).

Chama atenção no trecho citado os termos “enfoque descritivo”, “trabalho empírico” e “critérios explícitos [operacionais] de diagnóstico”. Parece-nos claro que cada um desses termos é a tradução para a classificação oficial da psiquiatria, que expressa o entendimento dominante nesse campo, de pressupostos epistemológicos coerentes com certo projeto de cientificidade, que embora não explicitados (e talvez por isso mesmo), têm poder de influenciar a conduta cotidiana dos psiquiatras.

Concorrente com o projeto expresso pelos DSMs, o processo de Reforma Psiquiátrica, iniciado no Brasil no final dos anos 70, a partir de críticas teórico-conceituais, técnico-assistenciais, jurídico-políticas e sócio-culturais ao modelo tradicional de compreensão da psiquiatria, pretende explicitamente modificar as relações da sociedade com a loucura (AMARANTE, 1993). Contrariando a clássica suposição de que o empobrecimento da vida social e intelectual do esquizofrênico seria o curso natural e inevitável da doença, no século XX começou-se a pensar que para esse curso concorreria um conjunto de variáveis externas ao indivíduo, ligadas ao seu contexto familiar e comunitário (LUSSI; PEREIRA; PEREIRA JÚNIOR, 2006), sendo em grande parte provocado pelo isolamento em hospitais psiquiátricos. Isso levou a severas críticas aos pressupostos básicos de entendimento de doença mental: passava-se a apostar não na existência de uma dimensão fundamental da doença mental (física, psicológica ou social), mas sim que a doença seria essencialmente multidimensional³ e deveria ser abordada de forma plural.

Se vamos discutir longas cadeias de pressupostos, e pretendemos nos posicionar a favor de alguns deles, que fique desde já clara nossa adesão ao ideário da reforma psiquiátrica, pelo menos enquanto proposta geral de prática psiquiátrica. Se não estão muito claras as bases epistemológicas que favoreceriam essas práticas, esperamos contribuir nesse sentido com o presente trabalho. Por lidar num plano do metadiscurso, do discurso sobre o discurso psiquiátrico, esse trabalho não pretende debater em profundidade aspectos teóricos da reforma psiquiátrica em si, mas fazer uma reflexão filosófica cujo tema é, sobretudo, epistemologia. Pela proposta de filosofia temática e pelos limites do trabalho, também não poderemos fazer justiça à vasta produção de cada autor abordado; pretendemos sim encontrar

³ Se por um lado o DSM IV apresenta uma classificação multiaxial, tanto nos artigos científicos quanto nos usos clínicos o único eixo em geral usado é o da doença mental, correspondendo na prática à uma desvalorização relativa das dimensões de ajuste com o meio e funcionamento psicológico.

em um e outro filósofo elementos que nos permitam defender alguns pontos caros aos psiquiatras. Esperamos não fazer injustiça à obra desses autores.

Em verdade, o presente trabalho será uma empreitada que visa buscar argumentos que torne aceitável a sustentação de um olhar que nos favoreça a vontade de exercer a psiquiatria. Consoante com Serpa Júnior (2000, p. 150), também aqui nosso propósito é o de:

[...] concebermos o ser humano, sua subjetividade e os desgarramentos de sua subjetividade como incluídos no plano da natureza, sem precisarmos renunciar, com essa inclusão, a atributos que nos são tão caros, tais como singularidade, liberdade e indeterminação do sujeito e de sua relação como o mundo.

Eis o motivo básico do trabalho: discutir a fundamentação de um empreendimento que seja capaz de unir espírito científico e valores humanísticos que julgamos importantes para uma psiquiatria ampliada.

Assumiremos, por hipótese, que a diferença crucial entre os paradigmas reformista e tradicional da psiquiatria estaria na cadeia que vai dos seus pressupostos epistemológicos à concepção do objeto de estudo, e daí ao tipo de intervenção proposta. Mas como os pressupostos da prática psiquiátrica quase nunca são explicitados, adotaremos a estratégia de caracterizar a conceituação de seu objeto – a doença – de modo a conseguir pistas sobre os pressupostos, que, tornados claros, poderão nos conferir algum entendimento sobre as diferenças entre as propostas de intervenções de cada modelo. Ao fim do trabalho, faremos o caminho inverso: examinando as conseqüências do tipo de intervenções propostas pelos paradigmas rivais, elegeremos um tipo de concepção de objeto julgamos melhor, e por sua vez, que tipo de pressupostos epistemológicos queremos adotar para a prática da psiquiatria. Pretendemos, assim, defender um argumento pragmático de escolha de pressupostos epistemológicos, em vez de adesões pouco fundamentadas ao debate ético-político-conceitual na psiquiatria, que comumente se expressam em partidarismos inflamados contraproducentes para trabalhadores e usuários da saúde mental.

A fim de examinar os principais paradigmas da clínica psiquiátrica da atualidade, estrategicamente faremos as caracterizações de objeto e pressupostos no âmbito da medicina em geral, por conta de assumimos que, na intenção de aproximar-se do ideal científico moderno, a psiquiatria se adequou à proposta geral da medicina na modernidade e seus pressupostos mecanicistas e objetivistas.

O percurso específico para atingirmos nosso objetivo será, no Capítulo 1, primeiramente caracterizar a medicina e a psiquiatria como técnicas científicas, que pela aproximação com os valores científicos modernos, tiveram a definição de seus objetos de

estudo atrelada a um objetivismo epistemológico. Aplicaremos a seguir a noção de evolução da ciência através das disputas entre paradigmas ao pensamento médico, usando como eixo norteador o conceito de doença. Sugeriremos que na medicina em geral, e na psiquiatria em particular, a concepção do que seja essencialmente a doença determina pelo menos dois grandes grupos de paradigmas, um que foca o aspecto universal e minimiza as diferenças individuais, definindo a doença como entidade, e outro mais preocupado com as características individuais, considerando as regularidades como abstrações, mas não entidades propriamente ditas, ou seja, sem um tipo de existência no sentido forte do termo. Apontaremos então o que nos parece ser um movimento em direção ao segundo grupo nas críticas feitas ao modelo biomédico e à psiquiatria tradicional, que redundaram na transposição da ênfase sobre a doença para as necessidades de saúde individuais e coletivas.

No Capítulo 2, argumentaremos que as bases da medicina científica teriam sido possibilitadas pelo mecanicismo clássico e examinaremos a influência dessa cosmologia na construção dos pressupostos epistemológicos mais gerais da medicina e da psiquiatria modernas. Analisaremos a seguir os argumentos mecanicistas de Descartes e La Mettrie, procurando apontar em que medida o imaginário mecanicista propiciou a constituição de um duplo reducionismo – metodológico e ontológico – na abordagem das doenças. Procuraremos ainda enumerar os principais problemas decorrentes da cadeia de pressupostos, cujas raízes são o mecanicismo e o objetivismo, tanto no âmbito da medicina, como no caso especial da psiquiatria.

Já no Capítulo 3, explicitaremos como certos desenvolvimentos teóricos, especialmente aqueles oferecidos pela teoria sistêmica, pela teoria de níveis, pelo pluralismo epistemológico e pela teoria da auto-organização, surgem enquanto alternativas a problemas metodológicos e epistemológicos advindos da aplicação do paradigma mecanicista ao estudo de fenômenos complexos, como seria o caso da abordagem das doenças. Apresentaremos, então, os principais conceitos dessas teorias e a forma como poderiam contribuir para a superação dos problemas identificados na medicina e psiquiatria tradicionais, os quais identificamos como conseqüências do reducionismo. Por fim, argumentaremos sobre a desejabilidade de que a reforma da mentalidade avance para além de concepções epistemológicas e se debata que cosmologia sustentaria essa reforma de pressupostos acerca da doença.

No Capítulo 4, argumentaremos que a noção de pluralismo epistemológico, apoiada na concepção peirceana de falibilismo e tendência ao consenso da comunidade de investigadores, seria uma alternativa à epistemologia objetivista atrelada ao reducionismo médico, com a

vantagem de não recair nos principais problemas do relativismo. A seguir, defenderemos que o realismo peirceano seria capaz de lançar luz sobre algumas questões importantes para a psiquiatria, como a possibilidade de um estudo científico sem exclusão da singularidade do indivíduo, e a redescrição dos fins almejados pelos psiquiatras. Ao fim do capítulo, defenderemos a hipótese principal desta dissertação, a saber, que avaliando as conseqüências práticas elegeremos os pressupostos mais justificáveis para a psiquiatria, atrelando a justificação a uma opção ética

Esperamos, ao final do trabalho, ter alertado que o risco de o sujeito perceber a si próprio e ao mundo de forma mecânica e reducionista é que sua forma de operar no mundo tenderá a ser fragmentada, reduzida e irresponsável, tal qual a leitura que ele faz da realidade. Assim, apontamos para a responsabilidade ética de a psiquiatria escolher seus modelos de mundo e de conhecimento que melhor capacitassem trabalhadores e usuários da saúde mental a serem mais livres, mais responsáveis, e porque não, mais felizes.

CAPÍTULO 1:
OS DESACORDOS SOBRE O OBJETO DE ESTUDO DA
MEDICINA E DA PSIQUIATRIA:
o objetivismo epistemológico da medicina

*[...] muito da filosofia e cultura moderna foi amaldiçoado pela 'Ansiedade Cartesiana' – 'o grande OU / OU': [...] ou existe algum suporte para nosso ser, uma fundação fixa para nosso conhecimento, ou não podemos escapar das forças das trevas que nos envolveriam em loucura e caos intelectual e moral*⁴

(BERNSTEIN, 1987, p. 511).

⁴ “ (...) much of modern philosophy and culture has been plagued by ‘The Cartesian Anxiety’- the grand Either/Or. (...) either there is some support for our being, a fixed foundation for our knowledge, or we cannot escape the forces of darkness that envelope us with madness, with intellectual and moral chaos.”

Apresentação

Considerando que a psiquiatria tradicional teria se adequado à proposta mais geral da medicina na modernidade, a intenção principal deste capítulo é analisar o conceito de doença na medicina a partir desse período, procurando sinalizar o compromisso que a concepção triunfante tem com uma epistemologia objetivista e com estratégias reducionistas de abordagem da doença. Apontamos a ocorrência de uma importante mudança de concepção sobre o objeto de estudo da medicina na contemporaneidade, que parece exigir mudanças epistemológicas para abordar as doenças segundo essa nova concepção. Argumentaremos em defesa da hipótese de que a mudança paradigmática que há algumas décadas assistimos no campo da medicina guarda relação com mudanças na visão de mundo e de homem na contemporaneidade, de modo a nos fazer supor que a cosmologia adotada pelos médicos tem implicações para suas opções epistemológicas.

Para indicar as relações entre o objeto de estudo e os pressupostos metodológicos, epistemológicos e ontológicos da psiquiatria, o plano do capítulo será, na seção 1.1, caracterizar a medicina em geral e a psiquiatria em particular como técnicas científicas, na medida em que procedem visando ações práticas eficazes, apenas contingencialmente ligadas ao conhecimento científico. Procuramos com isso apontar a distinção, mas sobretudo, a aproximação da medicina e da psiquiatria com as ciências da natureza, que fez com que partilhasse a respeitabilidade social e o compromisso com o objetivismo que caracterizaram a ciência moderna e contemporânea.

A seção 1.2 analisa o tradicional objeto de estudo da medicina, mostrando as principais tentativas de se conceituar a *doença*. Apresentaremos as dificuldades das conceituações que tendem ao relativismo, bem como a popularidade de uma conceituação objetivista e reducionista, que identifica doença com uma lesão física, procurando indicar que tal popularidade provavelmente é consequência de uma hierarquia das ciências que teria na mecânica clássica seu ideal máximo.

Na seção 1.3, argumentaremos que nem sempre a concepção de doença esteve comprometida com propostas reducionista, parecendo ter havido na história da medicina ocidental uma oscilação do modo de se compreender doença entre dois pólos. Aplicando a noção de concorrência entre paradigmas para caracterizar a evolução do pensamento médico, agrupamos as concepções médicas grosseiramente em dois grandes grupos de paradigmas, que correlacionamos com as duas tradições médicas gregas, uma de ontologia “reificacionista”, e outra de ontologia “relacionista” ou “ecológica” da doença.

Na seção 1.4, apontaremos o que nos parece ser um resgate da importância da teia de relações para a abordagem das doenças nas críticas ao modelo biomédico e à psiquiatria tradicional, que identificamos com o deslocamento do objeto de estudo médico da doença para a noção de necessidades de saúde. Por fim, argumentaremos que a necessidade de evitar reducionismos, associada à dificuldade de apreensão do ser doente como um todo, aproximam o modelo biopsicossocial e a reforma psiquiátrica do pensamento sistêmico.

1.1. O que seria uma “psiquiatria científica”?

A psiquiatria é a especialidade médica que estuda e intervém sobre as doenças mentais. Embora provavelmente ninguém vá discordar dessa noção básica, quando se começa a pensar sobre que tipo de ação seja essa e o que é isso sobre o qual se atua, iniciam-se os desacordos fundamentais da psiquiatria. A afiliação em relação à medicina nos levará a digressões no âmbito mais geral desse campo a fim de esclarecer a construção do objeto de estudo e intervenção da psiquiatria.

Antes, contudo, é preciso lembrar que a psiquiatria não é a única que se pronuncia acerca das doenças mentais, tendo como concorrentes discursos religiosos, psicológicos, e mesmo dentro da medicina as chamadas medicinas alternativas. Parece-nos que a hegemonia alcançada pela psiquiatria em nossa sociedade se relaciona com a auto-intitulação de “científica”, o que parece invocar para si algum tipo especial de confiabilidade e boa fundamentação, usufruindo a autoridade e penetração na vida cotidiana que as ciências, especialmente as ciências aplicadas, alcançaram na segunda metade do século XX, a ponto de Granger (1994, p. 11) denominar essa época de a “Idade das Ciências”.

É lugar comum que textos da área médica caracterizem tal atividade como “arte e ciência”, ambos os termos sendo abuso de linguagem⁵. Se aceitarmos as distinções propostas por Granger (1989) entre conhecimento científico, conhecimento técnico e conhecimento filosófico, pode-se dizer que a medicina, e a psiquiatria conseqüentemente, seriam melhor classificadas como técnicas. Tal distinção, analisada a seguir, será por nós adotada pelas vantagens de ser clara e colocar em igualdade de valor os tipos de conhecimento acima referidos.

Embora filosofia e ciência sejam conhecimentos racionais, elas se diferenciam pela

⁵ A arte para Granger (1989, p. 15) visa criar objetos concretos indutores de experiência estética. Se entendermos arte num sentido lato como a *techné* dos gregos, parece-nos adequado o termo, e sobre isso explicaremos a seguir.

postura que adotam ante ao seu objeto (GRANGER, 1989, p. 12-15; 1994, p. 45-49). A ciência visa à realidade, no sentido de construir modelos abstratos que possam servir como explicações e que devem ser alvo de alguma validação. Não vem ao caso explicarmos esses espinhosos conceitos, em especial a questão da validação⁶ na filosofia da ciência, cabendo grosseiramente dizer que o cientista se propõe a ter sua teoria exposta ao controle de uma comunidade científica, de modo que experimentos e observações podem falseá-la. O mesmo não ocorreria com a filosofia, porque esta visaria organizar significados, e não ocorrências do mundo. Segundo essa concepção, não seria pertinente, portanto, atacar um sistema filosófico alegando que suas interpretações não se adéquam ao exterior, mas mostrando-se de seu interior suas insuficiências. A principal conseqüência de o critério de aceitabilidade ser uma coerência interna é que podemos esperar a eterna pluralidade de pontos de vista filosóficos. A técnica, por sua vez, seria um saber racional aplicado à efetiva produção, ou seja, é um conhecimento de meios práticos, não necessariamente de explicações teóricas.

Assim caracterizadas, as distinções entre técnica e ciência podem parecer um tanto nebulosas, de modo que merecem um esclarecimento adicional. Na antiguidade, as técnicas eram empíricas (no sentido de senso comum do termo), sendo não mais que uma coletânea de receitas e descrições de procedimentos inventivos razoavelmente eficazes para seus fins. Mas na contemporaneidade, com a consolidação da ciência e principalmente a partir da revolução industrial, surgiu o que pode ser chamado de *técnicas científicas*, no sentido de uma aliança estreita e mútua influência entre procedimentos práticos e explicações teóricas. O objeto técnico atual é fonte de questões para a ciência, ao mesmo tempo em que as formulações desta são usadas para o aperfeiçoamento das técnicas. Ao invadir o cotidiano, esse objeto técnico (seja um computador ou uma medicação) trouxe para o senso comum uma familiaridade e admiração pela sua parceira, a ciência. Por outro lado, a valorização intelectual do saber científico a partir da modernidade, empresta uma autoridade intelectual, um certo “ar de verdade” às técnicas científicas.

Supondo a adequação dessas distinções, podemos caracterizar a medicina essencialmente como uma técnica⁷, que a partir da modernidade fez alianças com as ciências biológicas, adquirindo assim o prestígio e poder social que tem hoje, bem como uma

⁶ O autor não propõe qualquer verificacionismo e entende que os fatos determinados pela teoria são fatos esquemáticos (fatos virtuais) e que só fazem sentido dentro do quadro referencial da teoria.

⁷ Muito comumente os médicos acabam formulando teorias, principalmente acerca da fisiopatologia de certas doenças, momento esse em que assumem o papel de cientistas. Também podem examinar os próprios conceitos, momento esse em que assumem a função de filósofos. Apesar disso, seu compromisso social é propor intervenções concretas para indivíduos ou comunidades, o que caracteriza o papel central da medicina como uma técnica.

configuração ou “lógica interna” que pretendemos examinar no capítulo 2. Mas pode-se admitir que, embora as formulações teóricas sejam fundamentais do ponto de vista da legitimação social da prática médica, o papel da teoria no exercício profissional é meramente contingente, como ressalta Camargo Júnior (2005, p. 184):

As várias disciplinas que se entrecruzam na prática médica não são articuladas no âmbito teórico-conceitual, mesmo porque o corpo conceitual fundamental dessa prática é, em larga medida, implícito. A articulação dos saberes entre si e destes com a prática é fluida, [...] a congruência das várias formulações disciplinares é também incompleta, daí resultando que formulações explicativas divergentes, irreduzíveis umas às outras, estejam disponíveis para um mesmo evento. [...] Muito embora a idéia de multicausalidade seja freqüentemente proposta como modelo explicativo, os modelos de causalidade linear predominam na prática (quando alguma causa é postulada), fazendo com que discursos disciplinares tidos como complementares acabem por se tornar concorrentes. Disto tudo resulta que a prática médica recorre com surpreendente flexibilidade ao seu arsenal teórico, muitas vezes prosseguindo sem teoria nenhuma, sem que isto represente necessariamente um menor rigor profissional ou menos ainda uma perda da qualidade – e da eficácia – do exercício profissional.

Se de fato a eficácia prática dos procedimentos médicos muitas vezes não está diretamente assentada em um arcabouço teórico explícito das ciências biológicas ou humanas, como atestam as incontáveis vezes em que encontramos nos manuais médicos que a etiologia ou fisiopatologia de certas doenças, ou mecanismo de ação de certas drogas não são conhecidos, não seria muito adequado reclamar uma autoridade de “disciplina científica” para a medicina em geral ou para a psiquiatria em particular (e mesmo se fosse o caso de ser uma ciência, a autoridade especial seria questionável). Parece-nos mais prudente admitir, por exemplo, que o que o psiquiatra faz é basicamente intervir sobre certas manifestações da vida mental humana, em conformidade com um corpo de conhecimento historicamente constituído.

A distinção técnica/ciência aqui esquematizada serve nem tanto para uma classificação estanque, mas para entendermos como a aliança entre elas, no caso da medicina, fez com que partilhem várias características. Entendemos que a suposição de autoridade especial de que as ciências biológicas gozam, e que emprestam às técnicas médicas, recai sobre a aceitação tácita de que o conhecimento necessita de parâmetros objetivos para ser validado.

A esta altura é oportuno fazermos esclarecimentos sobre a dicotomia relativismo/objetivismo epistemológico. Segundo Audi (1999, p. 790), o relativismo seria “a negação da existência de certos tipos de verdade universal”. Nesse sentido, o relativismo epistemológico se referiria à afirmação da impossibilidade de enunciar verdades acerca do mundo, havendo apenas maneiras diferentes de interpretá-lo. O objetivismo, por outro lado,

seria a visão segundo a qual haveria um “ponto de Arquimedes”, neutro e independente da visão de um sujeito epistêmico, para a justificação do conhecimento (e talvez uma forma de acesso à verdade ou à realidade).

A adoção de um objetivismo epistemológico na psiquiatria, no sentido da procura por parâmetros objetivos que justifiquem suas construções teóricas, é, no entanto, bastante problemática, como pretendemos mostrar no capítulo 2. Por outro lado, se aceitarmos a dificuldade ou impossibilidade de acesso a um parâmetro objetivo de verdade, nos vemos obrigados a lidar com a dificuldade compartilhada pelas visões anti-objetivistas (relativismo, niilismo, ceticismo, igualitarismo teórico, o nominalismo). Grosso modo, parece que, se defendermos a legitimidade de uma diversidade de visões, então, deveríamos aceitar o desacordo acerca da verdade, que só poderia ser estabelecida em referência a um conjunto de princípios básicos ou a um certo ponto de vista, se é que poderia ser estabelecida qualquer verdade. Da impossibilidade de parâmetros para alcançar alguma verdade “objetiva” parece seguir que: 1) aceitarmos a inexistência de critérios de decisão sobre a verdade – ceticismo – ou 2) não haveria uma verdade alcançável – niilismo – ou 3) poderíamos atribuir igual valor a qualquer discurso – igualitarismo teórico – ou 4) na melhor das hipóteses, deveríamos acatar como verdadeiro aquilo que acordarmos ser a verdade nesse momento (KNORPP, 1998).

Assim, seria desejável tentar evitar tanto algumas conseqüências do objetivismo epistemológico na psiquiatria, como a possível tendência à desconsideração das dimensões psíquica e social, quanto do relativismo, como a condenação da psiquiatria à mera guerra entre ideologias⁸ e afirmação da verdade pela hegemonia de uma delas, o que praticamente jogaria por terra qualquer intenção de aliança entre os modelos compreensivos e terapêuticas psiquiátricas e os avanços teóricos e metodológicos das ciências da natureza. No capítulo 4 examinaremos o pluralismo pragmático como uma alternativa ao objetivismo e ao relativismo epistemológicos no campo da psiquiatria.

Se a psiquiatria tiver sua autoridade desinflacionada, mas ainda assim for tratada enquanto uma construção conceitual socialmente importante, parece-nos legítimo procurar avançar na delimitação dos alcances e limites dos conceitos sobre doença mental, vislumbrando como nascem e em que contexto se inserem. Para esclarecer que tipo de exame faremos do conceito de doença, recorreremos a uma distinção que Breilh (2006) faz entre tipos de críticas filosóficas às ciências.

⁸ Segundo GRANGER (1989), assim como a filosofia, a ideologia não teria sua validade firmada ou falseada por fatos, mas ao contrário da primeira, teria um caráter prescritivo e normativo.

A distinção do autor se refere a um debate acerca da negligência quanto à responsabilidade ética das ações surgidas nos meios científicos, especialmente nos campos da física, biologia e engenharia. Os motivos principais de tal irresponsabilidade seria, na visão de alguns críticos, decorrentes de um problema ético ou epistemológico, ao passo que outros advogam que seriam frutos das relações de poder e saber, que na atualidade incluem um vínculo estreito entre as instituições científicas e o setor produtivo. Essa divisão definiria dois grandes grupos de críticas possíveis aos empreendimentos científicos: 1) críticas aos fundamentos metodológicos reducionistas, que procuram apontar os problemas referentes à singularidade, à diversidade e à complexidade, ao mesmo tempo em que promovem apelos para uma reformulação “interna” do paradigma hegemônico, que poderíamos chamar de críticas “internas”, ou 2) a denuncia das relações encobertas entre saber e poder, apontando como os discursos científicos seriam influenciados pelo contexto de práticas sociais e ideologias, o que convenientemente poderia ser chamado de críticas “externas” ao domínio de conceitos avaliados. Ambas as correntes se fazem presentes nos debates acerca da adequação conceitual da psiquiatria, e um dos nossos principais interesses será apontar em que medida as críticas da reforma psiquiátrica parecem ter sido amplamente consideradas em seu viés político (críticas externas), mas pouco consideradas as repercussões epistemológicas de suas formulações, e sobre as últimas versa o nosso trabalho.

Embora não seja o foco de nossa atenção, vale a pena fazer uma breve menção à influência de fatores “extra científicos” nas formulações conceituais. Um exemplo extraordinário dentro da psiquiatria foi a controvérsia acerca das categorias diagnósticas de transtornos relacionados à sexualidade quando da elaboração do DSM-III. Pela definição geral de transtorno mental empregada neste manual, para caracterizar-se transtorno deveria haver sofrimento (distress) ou incapacidade (disability) em uma importante área do funcionamento, que não seja atribuível apenas a um conflito entre indivíduo e sociedade (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 1980). Dessa forma não seria necessário sofrimento para caracterizar a frigidez, por suposição de que a inabilidade para experimentar o ciclo completo do ato sexual poderia ser considerada incapacidade em uma importante área do funcionamento. A questão se complicava, porém, no tocante à homossexualidade. Em 1973, abriu-se uma controvérsia que resultou em 180 páginas de correspondência (SPITZER; WILLIAMS; SKODOL, 1980), culminando com a decisão por parte do comitê que cuidava dos transtornos psicosexuais de excluir o homossexualismo da lista de transtornos mentais. Dentre os debatedores, alguns argumentavam que a atividade homossexual exclusiva deveria ser considerada incapacidade porque o funcionamento heterossexual seria uma “importante

área do funcionamento”; por outro lado, os ativistas gays argumentavam que o funcionamento heterossexual não poderia ser considerado como a norma, de modo que o funcionamento sexual não estaria comprometido nas práticas homossexuais, e se posicionaram fortemente contrários à inclusão de qualquer categoria limitada aos homossexuais. Torna-se claro que as decisões diagnósticas aqui se colocavam completamente no campo do julgamento de valor sobre se a “importante área de funcionamento” seria a atividade sexual ou a uma atividade heterossexual. Na incapacidade de optar por um ou outro ponto de vista, a equipe que construiu o DSM-III optou por classificar transtorno somente se o indivíduo *sofresse* por não ter um funcionamento heterossexual; ou seja, o julgamento foi deixado a cargo do paciente.

Controvérsias como essas indicam o quanto à construção conceitual na psiquiatria está inserida em relações com a sociedade como um todo e em relações de poder. Parece-nos clara a necessidade de refletirmos sobre essas relações, explicitando que valores balizam as opções conceituais dos psiquiatras. Acerca dessa articulação entre fatores determinantes externos e estruturação interna de um corpo de pensamentos, pretendemos abordar melhor quando tratarmos do critério pragmático de escolha de pontos de vista, o que faremos no capítulo 4. Nosso alvo no momento é abordar essa “lógica interna”, que identificamos com certos pressupostos epistemológicos estruturantes dos modelos de clínica psiquiátrica da atualidade. A partir do exame das diferentes definições do objeto tradicional de estudo e intervenção da medicina – a doença – esperamos encontrar indicações para a caracterização dos pressupostos epistemológicos implícitos nos modelos explicativos médicos. Na próxima seção, explicitaremos como a delimitação do objeto de estudo da medicina veio a ser demarcado a partir da apropriação do ideal objetivista da ciência moderna.

1.2. O conceito moderno de doença

O problema da definição do que seja a doença é provavelmente bastante negligenciado entre os médicos em geral e muito pouco discutido fora desse círculo. Talvez em função das solicitações forenses e da falta de substrato anatômico ou fisiológico claramente estabelecidos, os psiquiatras tendem a discutir mais que outros ramos da medicina tais definições. Uma definição adequada de doença deveria ser ampla o suficiente para dar conta da diversidade de condições encontradas na prática médica, sem ser vaga, sem excluir casos que concordamos ser doença ou incluir casos desnecessariamente. Veremos ser essa uma difícil tarefa.

Nosso recorte – o conceito de doença a partir da modernidade – justifica-se porque a partir dessa época a concepção naturalizada, isto é, sem apelo à explicação sobrenatural, alcança franca hegemonia sobre uma concepção mítica, o que se deve sem dúvida ao florescimento da valorização da ciência como forma privilegiada de conhecimento acerca do mundo. Não pretendemos tratar das dificuldades inerentes ao diagnóstico, enquanto processo de decisão de se atribuir uma doença a um caso particular, com suas especiais dificuldades para a psiquiatria, por julgarmos serem as concepções sobre doença anteriores e determinantes desse processo. Kendell (1975) discute algumas variantes de noção naturalizada de doença, que exporemos resumidamente sem nos ater a detalhes históricos ou fazer jus aos propositores das noções, uma vez que o objetivo de tal digressão é apontar as dificuldades conceituais que levaram ao triunfo de um conceito reducionista de doença na época moderna.

Uma primeira noção intuitiva de doença seria a de um *sofrimento ou incapacidade* na ausência de uma óbvia injúria externa, como um acidente ou envenenamento por exemplo⁹. Tal conceito correlaciona doença com a queixa de um indivíduo. Acontece que deixar o indivíduo como juiz do diagnóstico incorre no duplo problema de que pessoas se queixam sem que estejamos convencidos de que tenham uma doença, enquanto outros não se queixam, embora tenham um câncer inaparente, por exemplo.

Uma concepção alternativa seria considerarmos doença aquilo que teria *interesse terapêutico*, ou seja, aquilo que os médicos tratam. Nesse caso, teríamos que assumir absurdamente que alguém não está doente se não foi examinado por um médico, e o que é mais grave: ficamos completamente a mercê do veredito de um médico, permitindo, por exemplo, que alguns oponentes do antigo partido comunista soviético fossem internados como “loucos” em função de suas idéias políticas. É desse tipo de problema grave que as concepções que não vinculam a doença a algum parâmetro objetivo padecem.

Uma variação que tenta lapidar a noção de doença enquanto interesse terapêutico seria entender o conceito de doença como um *plano de ação médica*, insinuando que o interesse terapêutico não seria completamente arbitrário, se estiver balizado pela idéia de uma ação apropriada. Embora na prática clínica na maioria das vezes possamos confiar no “bom senso” do profissional para avaliar se uma ação parece apropriada, há que se concordar que bom senso é um parâmetro fluido demais para nos livrar dos problemas do relativismo.

Além da incredibilidade de uma conceituação de doença a partir de meras opiniões,

⁹ Embora entendamos a importância de situar os conceitos de doença em seu contexto de criação, para restringir a amplitude de nosso trabalho, cujo enfoque é filosófico, optamos por apresentar os conceitos de doença e a problemática correlacionada à conceituação sem menção à sua dimensão histórica.

outro problema quase insuperável das definições de doença que tendem ao relativismo, é que fica difícil justificar como métodos mais ou menos definidos de intervenção poderiam ser elaborados a partir da descrição de regularidades. Sem uma dose de realismo como justificar padrões de regularidades? Em função disso e das descobertas da anatomia e da histologia no século XVIII, quando várias queixas e incapacidades começaram a ser correlacionadas com lesões macro ou microscópicas do corpo, a doença passou a ser definida enquanto *lesão*, que inicialmente foi entendida como qualquer alteração da estrutura morfológica (da forma) normal que parecia justificar os sintomas do doente. Mais tarde a idéia de lesão foi expandida para englobar também alterações da função que poderiam ser implicadas com a origem da doença. A principal vantagem de um critério objetivo de doença seria que nosso entendimento não mais estaria vulnerável às transformações sociais e da terapêutica, além de passarmos a ter uma explicação, ainda que parcial, das queixas e incapacidades.

Apesar das vantagens elencadas, a definição de doença enquanto lesão é também apresenta problemas, porque o conceito de anormalidade ou lesão requer que explicitemos que padrão seria considerado normal; nos casos em que os organismos, seus órgãos ou seus comportamentos serem muito variáveis, que variações estariam dentro da normalidade? O albinismo, por exemplo, seria uma doença? Além disso, que dizer daquelas condições como a enxaqueca, cuja base fisiológica não conhecemos plenamente? Não seria uma doença enquanto não conhecermos seus mecanismos patológicos? A resposta a essa pergunta tende a ser uma aposta no futuro, supondo que todas as condições que consideramos enfermidades um dia terão sua correspondente “lesão” descoberta. Mais à frente discutiremos os problemas desse tipo de aposta reducionista sobre a doença, mas por ora basta dizer que para uma condição pouco conhecida, a definição de doença permanece arbitrária.

Uma definição alternativa à doença-lesão seria considerar a doença como uma *reação do organismo* como um todo ao seu ambiente, tomado também globalmente, tal que altere seriamente o equilíbrio orgânico. Enfatiza-se que, como essa conjunção seria única e incomparável a outras, a reação, isto é, a doença, também seria única. Embora atraente pela menção às singularidades, essa definição encontra problemas de aliança com a ciência: como viabilizar uma ciência do individual, se o objeto das ciências são regularidades gerais? Além disso, ela não nos permite distinguir entre saúde e doença, já que a própria vida constitui-se de uma série interminável de reações dos organismos ao ambiente externo e interno, e não foram propostos bons critérios para dizer que alterações do equilíbrio são “sérias” o suficiente para serem decretadas como doença.

Um raciocínio a que poderíamos ser levados pelas considerações anteriores seria a

definição de saúde da OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1946, p. 2, tradução nossa): “*um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença*”. Enquanto slogan sanitarista da OMS e condição ideal de saúde não há grandes problemas nessa definição, mas na prática de financiamento dos serviços de saúde, temos que restringir o número de pessoas a quem se destinam cuidados médicos, bem como escolher grupos de pessoas para as quais certas intervenções tendem a ser mais benéficas do que indesejáveis; para isso precisamos de algum limite razoável para a doença. Um exemplo notável da necessidade prática de restrição do que considerar doença foi a mudança na classificação da fobia social nos anos 80. Após estudos estimando taxas elevadas demais do transtorno na população, chegou-se à conclusão de que definir tão amplamente a fobia social criaria uma demanda ingerenciável pelos serviços de saúde mental, levando a uma definição mais restritiva na edição de 1990 do DSM (SLADE, 2005).¹⁰

Para fazer frente à necessidade de delimitação de quem considerar doente, uma opção que merece ser examinada é a *definição estatística* de doença apoiada na idéia de seleção natural (KENDELL, 1975), que sustenta ser a doença um conjunto de características que 1) se afastam da norma para a espécie e 2) causam desvantagem biológica. Tal definição aceita a condição de que os limites necessariamente contém algum grau de arbitrariedade e ao mesmo tempo algum fundamento realista. Se por um lado soluciona a questão do emprego de recursos para uma minoria doente, por outro lado, “desvantagem biológica” não é um conceito tão claro assim. Se uma condição for desvantagem num ambiente e vantajosa em outro há ou não doença? Uma pessoa extremamente agressiva pode ser considerada como “psicopata” numa sociedade pacífica, ou como um herói em uma sociedade em guerra. Quando tratamos de comportamentos, muitas vezes a atribuição de vantagem não admite um critério biológico, e sim um critério social, de modo que dificilmente não acabaríamos arbitrariamente definindo como doentios os comportamentos desviantes das normas sociais. Dessa forma, a definição estatística de doença não afasta um relativismo extremo, com a possibilidade de termos de admitir que cada comunidade em cada tempo estabelecesse a lista de suas doenças como apêndices de suas constituições nacionais.

¹⁰ O estudo National Comorbidity Survey (KESSLER, R. C., STEIN, M. B., BERGLUND, P.: Social phobia subtypes in the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry* 1998; 155[5]: 613-619), usando os critérios diagnósticos do DSM-III-R (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 3 ed. rev. Washington DC: American Psychiatry Press, 1987) e o CIDI-auto (WORLD HEALTH ORGANIZATION: **Composite International Diagnostic Interview [CIDI]**. Geneva: World Health Organization, 1990) como instrumento de pesquisa, estimou taxas de 13.3% para fobia social. Pesquisas usando os critérios do DSM-IV, de 1990, e ferramentas de inquérito mais seletivas estimaram prevalência da ordem de 7,3 % para fobia social, praticamente metade do anteriormente estimado.

Parece que entre todas essas concepções, a melhor promessa de se livrar do relativismo seria a concepção radicalmente objetiva de doença-lesão, se cultivado o otimismo acerca das descobertas que se acumulariam e nos esclareceriam sobre as lesões correspondentes de cada doença. Se não for a melhor, pelo menos é a mais popular até nossos dias. Vejamos porquê.

Entre a segunda metade do séc. XVIII e a primeira metade do século XIX ocorreu uma transformação na concepção de doença caracterizada pela idéia de encontrar sua essência no exame empírico de lesões (SCLIAR, 2007). Essa transição, que delinearía uma nova epistemologia médica, corresponderia ao surgimento da anátomo-clínica (FOUCAULT, 1994). Os avanços das ciências biológicas deram lastro ao sonho de inserção da medicina entre as ciências “maduras” através da possibilidade de saltar-se do plano descritivo para o da *explicação causal* acerca do adoecimento. Os primeiros anátomo-patologistas não ousavam especular sobre as causas do adoecer, mas a segunda metade do século XIX veria o florescimento da microbiologia através dos trabalhos de Pasteur e Koch ¹¹, e com isso o forte otimismo na concepção de que cada doença seria uma *entidade* delimitável e distinta de outras doenças, e que se poderiam estabelecer terapêuticas voltadas para atuar sobre as causas primeiras de cada doença. O projeto aqui em questão seria descrever uma *entidade*, caracterizável por uma base material inconfundível, a *lesão*, que *sempre* que estivesse presente levaria a um quadro clínico característico. Tal projeto é a tradução para a medicina de um modelo de ciência clássica, cuja tarefa seria estabelecer, a partir da observação sistemática dos eventos, explicações na forma de *leis de causa e efeito*¹² que regeriam os fenômenos em foco.

A noção de lesão foi sofrendo refinamentos e abarcando variedades de tipos. Se para os primeiros anátomo-patologistas, as lesões seriam macroscópicas, com o uso do microscópio a lesão passou a ser identificada com as células, e depois com o nível molecular (com a descoberta dos erros inatos do metabolismo), a ponto de hoje haver um grande otimismo na possibilidade de intervenções oriundas da biologia molecular e do mapeamento genético; talvez ainda vejamos um otimismo atômico, quântico e onde quer que se situem as fronteiras de nosso conhecimento. Além da desestruturação da forma, outro refinamento foi a

¹¹ Em 1882, Koch identificou o bacilo da tuberculose e enunciou os postulados de Koch, conjunto de critérios para se estabelecer uma relação causal entre um agente responsável por uma doença transmissível e a doença em questão. Pasteur, após seus trabalhos de esterilização de alimentos pela técnica da pasteurização, estudou microorganismos patogênicos para o desenvolvimento de vacinas.

¹² No século XX a idéia de que uma causa corresponderia sempre e deterministicamente a um efeito foi superada por uma noção de causalidade probabilística. Por exemplo, o cigarro alimentaria muito a chance de se ter cancer, sem determiná-lo inexoravelmente.

inclusão de desarranjos da função, isto é, da fisiologia e da bioquímica normais, entre as causas das doenças (CAMARGO JÚNIOR, 2005). Nesse caso, mesmo que todas as moléculas permanecessem inalteradas quanto às suas formas, alterações nas quantidades, nas forças de ligações químicas, intensidade do trabalho realizado, etc. poderiam também gerar sintomas. O que permaneceu apesar das ampliações do conceito de lesão é a tentativa de caracterização objetiva da doença, que se daria através da correlação nomológica¹³ entre sintomas e uma alteração morfo-funcional.

Uma consequência da ampliação sucessiva do que se considerava lesão, é que cada onda de desenvolvimento tecnológico trouxe novos tipos de definições de doença (segundo o agente etiológico, como na tuberculose, ou a arquitetura cromossômica, como a síndrome de Down) que convivem com definições de estágios anteriores (segundo uma alteração anatômica, como na artrose do joelho, ou um conjunto de sintomas, como na enxaqueca) gerando uma base conceitual muito variável para se definir doenças específicas, mas claramente hierarquizada segundo um critério de “maturidade científica” em três planos de discurso: o explicativo, o morfológico e o semiológico (CAMARGO JÚNIOR, 2005).

O primeiro plano discursivo, o semiológico, deriva da prática clínica cotidiana, e baseia-se na *observação* para definir doenças enquanto constelações de sinais e sintomas, que formam gestalts semiológicas. O segundo plano, o morfológico, opera no campo da *descrição* de lesões características, território da anatomia e histologia patológica. Já o patamar explicativo, busca o estabelecimento de *causas* das doenças e se vincula à fisiopatologia e à experimentação em animais, induzindo-se doenças artificiais. A aproximação desse patamar explicativo com o discurso explicativo das ciências “duras” herda a valorização que elas obtiveram a partir da modernidade e empresta um prestígio social à medicina moderna, muito embora no exercício clínico concreto raramente possamos nos apoiar em explicações bem estabelecidas para lidar com a doença.

Em síntese, até aqui procuramos indicar certa polaridade entre a concepção de doença como *entidade*, numa postura mais objetivista, e outra que a trata como *conceito*, que parece tender a um certo relativismo. O debate objetivismo/relativismo provavelmente definiu um

¹³ Nomológico é aquilo que tem a força de uma lei. No caso da doença, sempre que certa alteração morfo-funcional estivesse presente, as mesmas manifestações patológicas estariam também. A interpretação mais básica seria de uma relação causal *se A então B*, mas a dependência forte pode ser aplicada também a relações de superveniência, onde embora estejamos falando de níveis descritivos sobrepostos (por exemplo, de uma doença mental e suas condições neurobiológicas subjacentes), o nível superveniente (o mental) estaria completamente determinado pelas configurações do nível mais básico (o neurológico). Note-se que a causalidade probabilística é compatível com o estabelecimento de leis. No exemplo do câncer, haveria um balanço entre agressão e defesa, que poderia pender para qualquer lado, mas se “o caminho da doença” fosse seguido, esse caminho seria definido sempre pelas mesmas alterações morfo-funcionais.

importante eixo em torno do qual se dividiram opiniões e modelos de se pensar doença, que chamaremos de paradigmas médicos. Na próxima seção, procuraremos esclarecer em que medida a opção epistemológica entre os pólos objetivismo/relativismo na medicina parece depender de como nossa cosmologia¹⁴ define o que essencialmente seria a doença.

1.3. Os dois grandes grupos de paradigmas da medicina

Como vimos na primeira seção, apesar da distinção proposta por Granger (1989) entre técnica científica e ciência, argumentamos que a parceria e aproximação entre elas justificam certas características da técnica científica médica. Por esse motivo, imaginamos que a visão de Kuhn (2003) acerca da evolução da ciência através da concorrência entre paradigmas possa ser usada para entendermos em linhas gerais as mudanças históricas na concepção sobre a doença. Nessa seção, para entender certos aspectos da disputa entre paradigmas médicos, apresentaremos algumas de suas idéias, a saber: 1) a definição de paradigma; 2) a dinâmica de concorrência entre paradigmas nas ciências e a impossibilidade de critérios científicos para a escolha entre eles, e 3) a identificação de paradigmas epistemológicos, cuja dinâmica de concorrência se assemelharia à dos paradigmas científicos.

Uma das teses centrais de Kuhn (2003) é que a evolução da ciência ocorre por concorrência e não por acúmulo de conhecimento. A concorrência, entretanto, não costuma ser tão evidenciada quanto os avanços, e um dos motivos disso seria a reedição da história a partir da perspectiva do vencedor, bem como a concordância entre a noção de progresso por acúmulo de conhecimentos e a epistemologia neopositivista dominante em sua época. Mas, a partir de suas pesquisas em história das ciências, Kuhn encontrou vários exemplos de períodos de crise que culminaram em uma reestruturação dos conceitos e práticas de pesquisa, mas, sobretudo, dos compromissos tácitos que uma comunidade de cientistas mantém, donde veio o conceito de paradigma científico.

Dentre os vários sentidos do conceito de paradigma presentes na obra *A Estrutura das Revoluções Científicas* (KUHN, 2003), destacamos dois. Num primeiro sentido, paradigma se refere ao conjunto de compromissos de grupo, que inclui certas crenças, técnicas e valores compartilhados, que poderíamos também denominar de matriz disciplinar. Esse conjunto

¹⁴ Cosmologia pode referir-se a um esforço muito amplo de estudo da natureza, estrutura e origem do universo como um todo (METHAPHYSICS, In: AUDI, R. (Ed.). **The Cambridge Dictionary of Philosophy**. 2nd ed. New York: Cambridge University Press, 1999. p. 563). No nosso caso, cosmologia está sendo usada como uma forma geral de conceber a natureza – algo que a princípio não pode ser decidido experimentalmente como verdadeiro ou falso – e que influencia o modo como se concebe ontologicamente a doença, bem como a concepção epistemológica correspondente, isto é, como posso conhecer isso que concebo ser a doença.

abrange uma série de componentes compartilhados de forma heterogênea, como certo tipo de generalização simbólica, certos modelos metafísicos, certos valores comuns aplicados de forma subjetiva, etc. Num segundo sentido, que parece ser o mais enfatizado pelo autor, o paradigma não seria constituído por uma série de regras claras ou cânones abstratos aos quais os cientistas se filiam, mas por certo padrão de procedimentos ou “regras para solução de quebra-cabeças”, um conhecimento tácito adquirido através da aprendizagem do ofício científico a partir de soluções exemplares de problemas, tal como o que fazemos quando aprendemos certo modo geral de resolver problemas da trigonometria a partir de uma série inicial de exercícios feitos pelo professor de matemática.

A concorrência entre paradigmas seria uma característica praticamente inevitável da dinâmica de evolução das ciências. Isso porque a sistematicidade e foco em certos problemas e técnicas adequadas, ao direcionar-se para a melhor articulação dos problemas considerados relevantes, além de gerar o fechamento para novas idéias e possibilidades de investigação, gera também o aumento da eficácia da pesquisa empírica e articulação teórica, o que aumentaria a sensibilidade de detecção de anomalias. As anomalias seriam problemas que resistem às tentativas de solução dentro de um paradigma, e que com frequência levam a um período de crise paradigmática, no qual começam a proliferar explicações concorrentes com a *standard*. Essa concorrência pode culminar com a substituição da antiga matriz disciplinar, quando teríamos então uma revolução científica.

Para a vitória de um paradigma, entretanto, não seriam suficientes nem o acúmulo de provas empíricas, através do processo de verificação, nem as experiências de falsificação, como queria Popper, uma vez que as experiências bem articuladas não garantem a validade da teoria, e as não explicadas podem ser apenas questões a espera de lapidação ou rearticulação bem sucedida das teorias. Kuhn assevera-nos ainda que a escolha do melhor argumento não poderia ser decidida a partir de adequadas demonstrações lógicas, porque não há acordo quanto às premissas. O que está em jogo é a normatividade do paradigma, não havendo critérios lógicos ou empíricos decisivos para fundamentar as normas; podemos apenas fazer um julgamento valorativo de quais normas são *mais convenientes*. O debate entre defensores de cada paradigma seria, em certa medida, uma “conversa de surdos”, uma vez que os debatedores 1) discordam de quais seriam os problemas mais relevantes, 2) trabalham com conceitos centrais diversos, o que estabelece um problema de comunicação só amenizado quando os grupos fazem traduções para a sua linguagem da proposta do outro, e, sobretudo, 3)

porque têm perspectivas diferentes acerca do objeto em questão¹⁵. Como o paradigma nascente não está bem articulado, a proporção de problemas que ele deixa de resolver é sempre muito grande. Assim, se o que pesasse para a adoção do novo paradigma fosse sua superioridade explicativa, nunca seriam feitas revoluções científicas; o que conta para a adesão ao novo paradigma é, sobretudo, um ato de fé no seu futuro poder de explicação. Por tudo isso, o autor argumenta que a mudança de paradigma de uma comunidade de cientistas não se dá por verificação ou falsificação, mas por persuasão.

É compreensível que tal cadeia argumentativa tenha sido acusada de relativismo. Contra tal acusação, Kuhn se defende argumentando que não duvida do progresso da ciência, mas não crê que ela caminhe rumo a uma verdade, entendida como correspondência entre teoria e realidade¹⁶. Mesmo sendo um processo de persuasão, a escolha entre paradigmas pode ser balizada por boas razões: certos valores como a simplicidade, a elegância da estrutura lógica, a preferência por explicações quantitativas, a compatibilidade com outras teorias, etc. Essas razões obviamente não têm muita força para assegurar adesão ao paradigma nascente, motivo pelo qual adesões maciças da comunidade científica interessada na questão, em geral, têm que esperar a chegada de uma nova geração de cientistas que não estejam tão acostumados com a perspectiva do paradigma antigo.

Resumindo, podemos dizer que um dos aspectos da empreitada kuhniana seria argumentar contra uma visão dentro da filosofia da ciência dominante em sua época, que conceberia a possibilidade de a ciência revelar-nos, a partir de uma observação pura - sem a indesejável interferência de um Sujeito epistêmico - a natureza. Kuhn argumenta que não importa qual seja a estrutura independente da natureza: só temos acesso ao mundo segundo uma perspectiva. A evolução das perspectivas constituiria o progresso da ciência. Se ele consegue chegar a uma defensável alternativa para o objetivismo sem recair em relativismo extremado, é uma questão polêmica. De nossa parte, argumentaremos, no capítulo 4, que o pluralismo confiante na convergência do progresso científico parece ser um bom caminho do meio entre objetivismo e relativismo.

Transpondo o conceito de paradigma para a medicina, poderíamos, acompanhando seu desenvolvimento histórico, distinguir algumas concorrências bem marcadas entre paradigmas de entendimento e de intervenções sobre a doença. Claro que cada paradigma tem seus

¹⁵ O autor apóia esse argumento em uma analogia com experimentos psicológicos de percepção, onde um mesmo estímulo visual pode ser percebido de diferentes maneiras; o exemplo clássico é a silhueta que pode ser vista ora como uma taça, ora como duas faces, por uma mudança de perspectiva entre figura e fundo.

¹⁶ A discussão da teoria da verdade como correspondência foge do escopo desse trabalho.

pressupostos, em geral implícitos, que o distingue dos demais, mas achamos útil reuni-los em dois grandes grupos de paradigmas médicos, a depender do estatuto ontológico que postulam para o conceito de doença. O primeiro grupo tenta enunciar as características distintas e essenciais da doença, tomando-a por uma entidade, e o segundo, estabelece a doença em termos de processos vitais dinâmicos e interativos, destituída, portanto, de uma essência que não seja uma teia de relações. É a diferença entre uma definição mais “essencialista” ou “ontologista” (a doença é um ente, no sentido de algo com algum grau de existência independente do doente) e outra mais “ecológica” ou “relacionista” (a doença seria a desorganização de um sistema, algo que só pode ser definido fazendo referência a um padrão de relações alterado)

Sabemos que uma divisão binária certamente não faz jus às incontáveis diferenças entre cada paradigma que apareceu na história da medicina, e que certamente poderiam ser pensados exemplos de difícil classificação. O que justifica tal estratégia, entretanto, é uma afirmação que Luz (2005, p. 175) faz quando se refere ao conceito de racionalidade médica, que seria um sistema complexo de entendimento médico, simbólica e empiricamente estruturado em cinco dimensões (1) uma morfologia humana; 2) uma dinâmica vital; 3) um sistema de diagnose; 4) um sistema de intervenção terapêutica e 5) uma doutrina médica que daria consistência e articulação entre os demais aspectos; essas dimensões, por sua vez, estariam apoiadas numa sexta dimensão, que seria uma “cosmologia”, no sentido da ordenação geral daquilo que existe. Se atentarmos para a dependência que as demais dimensões teriam em relação à sexta, entenderemos que a afiliação a uma dada cosmologia médica tem conseqüências tão radicais sobre a estruturação das concepções diagnósticas e terapêuticas, que essa cosmologia – ou visão geral sobre o homem e suas formas de adoecer – é o que delimita a base de nossa classificação de modelos médicos entre “ontologista” e “relacionistas”.

Desde cedo na medicina ocidental encontramos diferentes concepções de doenças fundadas sobre diferentes filosofias da natureza, a saber, a tradição platônica e a tradição hipocrática da medicina (KENDELL, 1975). A divisão em duas tradições ou escolas da medicina grega pode ser grosso modo caracterizada como o reflexo do debate entre Platão e Aristóteles: o primeiro, defendendo uma realidade imutável da qual os objetos da experiência cotidiana seriam pálidos reflexos, e o segundo, dando primazia ontológica aos objetos do mundo cotidiano e seus eventos singulares. Assim, a escola platônica de Cnidos interessava-se em caracterizar as doenças enquanto entidades imutáveis, acessíveis pelo exercício da razão, enquanto a escola hipocrática de Cós, de inspiração aristotélica, empreendia o estudo

das doenças observando as manifestações da doença de pacientes individuais.

Alguma polaridade de posicionamentos ante a concepção de doença perpassou a história da medicina com variações no foco de discórdia, mas grosseiramente mantendo algo dessas concepções antigas. As polaridades poderiam ser expressas por pares de nomes que talvez mais confundam que esclareçam: racionalistas X empiristas, realistas X nominalistas, naturalistas X convencionalistas, e ontologistas X biografistas. Como cada um desses termos faz óbvia menção a disputas filosóficas das quais não pretendemos tratar, talvez fosse menos comprometedor usar os termos platônicos e hipocráticos; entretanto, como a valorização dos aspectos singulares é um elemento central do movimento da reforma e do modelo biopsicossocial na medicina, julgamos sugestiva a contraposição entre *ontologistas X biografistas*, no sentido de que os primeiros dariam primazia a uma doença reificada ou ontologizada, e os últimos, à constelação de condições singulares que compõem um dado adoecimento em particular.

Um exame da história da medicina poderia corroborar a afirmação de que os modos ontologista ou biografista de pensar a doença alcançaram hegemonia em diferentes épocas, algo parecido com um movimento pendular¹⁷. Argumentaremos no capítulo 2 que entre os séculos XVI e XIX se consolida um processo de deslocamento do pêndulo para o pólo ontologista, na medida em que se passou com grande otimismo a correlacionar uma base material para a doença, o que aparentemente favorecia sua descrição como um universal tão respeitável quanto talvez pudesse ser a categoria dos “elefantes”. Trata-se do estabelecimento do modelo de pensamento médico, hegemônico até algumas décadas atrás, que passou a ser chamado de *modelo biomédico*. O projeto da medicina ocidental moderna e contemporânea ficou conhecido como modelo biomédico em função da proposta de embasar o conhecimento científico médico em disciplinas do campo da Biologia. Dentre suas características principais estão: 1) a aposta na enunciação de modelos e leis de aplicação geral, com relativa desimportância dos casos individuais (caráter generalizante); 2) caráter mecanicista e 3) abordagem teórica e experimental que pressupõe o isolamento de partes para o estudo (caráter analítico). Trataremos melhor dessas características no capítulo 2

Na segunda metade do século XX, o modelo biomédico foi se tornando alvo de contestação, a ponto de na atualidade parecer adequado contrapor o modelo biomédico ao *modelo biopsicossocial* (ENGEL, 1977) ou integral (STAGNARO, 2002) como os paradigmas concorrentes no campo da medicina. A proposta explícita do modelo

¹⁷ O exame da evolução histórica dos paradigmas médicos estaria muito além das intenções desse trabalho.

biopsicossocial seria incluir aspectos culturais, psicológicos, comportamentais e sociais e colocá-los em pé de igualdade com os biológicos como fatores do adoecimento. Em sentido aproximado, a proposta de *integralidade* compreende a integração de diferentes facetas da pessoa e do processo do adoecer, bem como o apelo para a adequada articulação de diferentes equipamentos assistenciais do sistema de saúde na prestação do cuidado aos indivíduos e coletividades.

Na próxima seção, examinaremos as críticas do modelo biopsicossocial ao modelo biomédico, o que gerou uma exortação ao resgate das dimensões sociais e existenciais particulares do indivíduo na abordagem de sua doença. Parece que, mais uma vez, estamos diante de uma afiliação “Platão X Aristóteles”, e no modelo biopsicossocial o pêndulo estaria agora tendendo em direção a Aristóteles, com a inserção da idéia de um novo objeto para a atenção médica¹⁸: o deslocamento do foco de atenção da *doença* para as *necessidades de saúde*.

1.4. A constituição de um objeto de estudo ampliado para a clínica médica na contemporaneidade

A noção de necessidades de saúde aparece num contexto de mudança de modelo tecno-assistencial (ou modelo de atenção) na saúde que, segundo Campos (1992), é a organização da produção de serviços de saúde, a qual se estabelece a partir da configuração do conjunto concreto de recursos (financeiros, materiais, e humanos), bem como do arranjo de saberes e projetos políticos de uma sociedade.

No Brasil, desde o final da década de 70 o movimento de reforma sanitária vem produzindo mudanças nesse arranjo teórico-social, de modo a se produzir algo que ficou conhecido como *modelo de vigilância à saúde*. Assim como na reforma psiquiátrica, a essência das críticas do movimento de reforma sanitária era de natureza política: 1) a saúde tratada como mercadoria; 2) o atendimento médico dispensado apenas ao trabalhador formal¹⁹; 3) os custos insustentáveis decorrentes da tecnificação da atividade médica sem coordenação e da compra estatal de serviços prestados pelo setor privado, e 4) a insatisfação pública com os serviços de saúde oferecidos. Concordamos plenamente com essas críticas

¹⁸ A atenção à saúde é o termo correspondente no português a *<health care>*. Segundo a Norma Operacional Básica do SUS – NOB/96 (BRASIL, **Norma Operacional Básica do SUS**: NOB-SUS 01/96. Brasília/DF, 1996, 30p) a atenção à saúde, engloba “todo o conjunto de ações levadas a efeito pelo SUS, em todos os níveis de governo, para o atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais.”

¹⁹ O acesso universal aos serviços de saúde só se tornou um direito na constituição de 1988.

políticas, e outras são certamente cabíveis até hoje; mas passadas praticamente duas décadas do compromisso estatal com a reforma da saúde, chama a atenção a persistente negligência da discussão acerca do papel que a lógica interna de estruturação dos saberes médicos tem na geração desses modelos técnico-assistenciais insatisfatórios.

Ante aos colossais problemas da saúde pública, pode passar despercebido que, mesmo quando os recursos técnicos e financeiros são suficientes, a maioria de nós se sente intranquila quando precisa de um atendimento em saúde, o que parece indicar uma crise paradigmática além da político-econômica.

[...] receamos uma [...] atitude médica mais geral, num fortalecimento do atual conceito de clínica, e de sua prática objetivadora, produtora de insegurança. Caso predomine esta atitude como o modo paradigmático da intervenção junto aos, e nos, pacientes, [...] continuaremos imersos no imenso paradoxo de ampliar as promessas tecnológicas de produção de longevidade e de intervenção na doença, enquanto aprofundamos a sensação de insegurança que acomete os indivíduos a quem se fazem tais promessas. (ACIOLE, 2003, p. 101).

A atitude médica criticada pelo autor como “objetivadora” se vincula ao paradigma médico ocidental moderno, denominado *Biomedicina* pela sua vinculação estreita com as disciplinas científicas do campo da biologia (CAMARGO JÚNIOR, 2005). É no contexto dessa mentalidade que a medicina faz sua aliança com a ciência para a abordagem da doença, e sugere-se que tenha gerado a tendência a uma prática excessivamente intervencionista, predominantemente curativa e fragmentada em especialidades. Tais tendências da prática médica estão certamente relacionadas aos pressupostos do mecanicismo clássico, que serão examinados no capítulo 2.

O olhar exclusivo sobre os aparelhos e seguimentos do corpo nos quais o profissional se especializou, além da desconsideração das dimensões psicológica e social pelo foco na biológica, que pareciam conseqüência do sonho de adequação ao modelo anátomo-clínico, foram criticados a partir de um movimento que ficou conhecido como medicina integral (MATTOS, 2006). Evoluindo a partir desse movimento, a noção de Integralidade ocupa hoje uma posição central dentro da reestruturação de modelo tecno-assistencial de saúde, sendo um dos princípios doutrinários do SUS (PUSTAI, 2004). Para uma reformulação radical da abordagem médica, parece ser inevitável a reformulação do próprio objeto de estudo da medicina: “[...] A reforma da clínica moderna deve assentar-se sobre um deslocamento da ênfase sobre a *doença* para centrá-la sobre o *Sujeito concreto*, no caso, o sujeito portador de alguma enfermidade.” (CAMPOS, 2003, p. 3, grifo nosso). Mais à frente o autor completa o pensamento:

Sugere-se, portanto, uma ampliação do objeto de saber e intervenção da clínica. Da enfermidade como objeto de conhecimento e de intervenção, pretende-se também incluir o sujeito e seu contexto como objetos de estudo e de práticas da clínica. (CAMPOS, 2003, p. 5).

A reformulação da assistência e intervenção do profissional de saúde que tivesse o compromisso com a ampliação do foco de atenção poderia ser sintetizada na noção de *necessidades de saúde*. O termo *necessidades de saúde* em geral é usado nas publicações da área de saúde sem uma clara definição conceitual; os pesquisadores se preocupam mais com uma maneira de operacionalizar a noção abstrata de forma a ser uma ferramenta para o trabalho em saúde (CECÍLIO, 2001). Uma compreensão aproximada poderia ser obtida identificando necessidades de saúde com uma cadeia que engloba desde os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença (as condições de vida, vulnerabilidades biológicas, psicológicas etc.) até os serviços a que a população pode ter acesso (de saúde, educação, etc.), passando pelas manifestações clínicas desse processo de adoecimento (CAMPOS; BATAIERO, 2005).

Um conceito propositalmente tão abrangente como o de necessidade de saúde corre o risco de recair nos mesmos problemas apontados para a concepção de saúde que a OMS lançou nos anos 70, ou seja, a falta de critérios para se eleger pessoas potencialmente beneficiadas por certas intervenções. Tal falta só não ocorreria se continuarmos operando com a possibilidade de discriminar doenças específicas imbricadas na teia de condições biográficas e contextuais. Se não é possível descartar o conceito de doença, então temos dois problemas.

O primeiro problema é que temos que voltar à sua difícil conceituação. *Doença* enquanto abstração seria um universal, uma regularidade que reconhecemos a partir de casos concretos, que nunca são exatamente iguais. É como nossa capacidade de dizer que alguém está com um semblante triste. Cada face triste apresenta características diferentes, mas há algo em comum, uma regularidade, sem a qual nunca saberíamos que ações seriam adequadas a um contexto, seja no cotidiano ou na prática médica. O conhecimento de um “tipo ideal” ou “universal” de variações da pressão arterial na gestação me autoriza a inferir que uma gestante em particular está hipertensa, e que seria melhor usar um anti-hipertensivo a fim de se prevenir complicações graves para ela ou para a criança. O problema ocorre quando essa abstração ontologizada ou reificada se torna mais importante que as características vividas “aqui e agora” no contato com a pessoa concreta, conferindo-lhe uma identidade tipificada, praticamente impedindo-nos de considerar os fatores circunstanciais relevantes na vivência

concreta de adoecimento.²⁰

O segundo problema seria como operacionalizar na prática a abordagem imensamente abrangente que parece advir do conceito de necessidades de saúde. BONET (2004) correlaciona tal conceito com o de *fato social total*, que resumidamente, significa dizer que vários aspectos dos fenômenos sociais – jurídicos, econômicos, religiosos e, inclusive, estéticos etc. – estão presentes ao mesmo tempo. Lembrar dessa natureza multidimensional não é algo trivial, na medida em que a relação intrincada entre os vários planos de entendimento parece exigir um estudo a partir de várias perspectivas, tendo consciência inclusive que alguns elementos potencialmente relevantes não estarão contemplados no nosso estudo. O problema então é o da dificuldade metodológica de se abordar o todo, o que abordaremos no capítulo 3.

Em resumo, nessa seção apresentamos a proposta de ampliação do objeto de estudo médico a partir do conceito de necessidades de saúde, correlacionando-o com o contexto de reforma sanitária brasileira. Na próxima seção, procuraremos mostrar as semelhanças de propósitos entre esse movimento e o da reforma psiquiátrica brasileira.

1.5. A Reforma psiquiátrica e a reconceitualização da doença mental

Provavelmente fruto do mesmo “caldo de cultura” da reforma sanitária, o movimento da Reforma Psiquiátrica instala-se no Brasil na segunda metade da década de 1970. Em sua constituição abriram-se “frentes de reforma”, que poderiam ser categorizadas em críticas teórico-conceituais, técnico-assistenciais, jurídico-políticas e sócio-culturais ao modelo tradicional de compreensão da psiquiatria (AMARANTE, 1993). Interessa-nos mais de perto alguns aspectos da crítica teórico-conceitual, que passaremos a analisar.

O *background* desse movimento passaria por análises históricas que não caberiam nos limites desse trabalho. A raiz das críticas ao tratamento em manicômios é provavelmente política, no sentido de repúdio ao papel que a psiquiatria historicamente assumiu de controle social e retirada de circulação dos loucos, enquanto elementos sociais indesejáveis. O que nos interessa de perto é uma vertente de crítica epistemológica que emergiu no âmbito dessas

²⁰ Por exemplo, para um CAPS – Centro de Atenção Psicossocial – realizar sua proposta de reabilitação psicossocial, a informação de que 40 de seus usuários são esquizofrênicos ajuda muito pouco a traçar os planos terapêuticos de cada um deles; seria um fiasco tentar ressocializar sem considerar a biografia e particularidades físicas, psicológicas e sociais dos usuários. Parece ser necessário encontrar alguma concepção de doença que preserve a particularidade e que ao mesmo tempo capte regularidades que nos dêem parâmetros para balizar a intervenção médica. Trataremos disso no capítulo 4.

críticas políticas.

Contrariando a clássica suposição de Emil Kraepelin, segundo a qual o empobrecimento da vida social e intelectual do esquizofrênico seria o curso natural e inevitável da doença, começou-se a questionar em que medida essa evolução não seria em grande parte um artefato provocado pelo isolamento em hospitais psiquiátricos. Tal pensamento implicava repensar os pressupostos básicos de entendimento de doença mental. Enquanto necessidade de reformulação de práticas de cuidado dirigidas aos loucos, parece que seria inevitável superar o próprio paradigma da clínica psiquiátrica que mantinha e justificava a segregação dos doentes mentais graves em asilos. A idéia era de que ao trabalhar com uma noção de doença mental como desvio do normal, a psiquiatria tradicional praticamente decretaria para o louco uma posição de negatividade.

Uma reestruturação, que além de assistencial abarcasse também a reconceitualização da doença mental, parecia exigir um comprometimento em primeiro lugar, com a não ontologização da doença mental, isto é, de que a doença deveria deixar de ser o objeto central de trabalho do psiquiatra e em seu lugar, que fosse priorizado o enfermo. Essa mudança de foco exigiria a radical consideração da singularidade da pessoa doente, que se oporia ao ideal de “normalização” deste até então sustentado pela psiquiatria tradicional. Além disso, deveriam ser foco da atenção todas as dimensões – sociais, políticas, familiares, existenciais, etc. – da pessoa (CAMPOS, 2003). Nesse sentido, as necessidades de mudança assistencial exigiam uma ampliação de foco muito parecida com aquela que apontamos na passagem da abordagem da doença para a abordagem das necessidades de saúde ocorrida no âmbito da medicina em geral.

Outra forma de se entender a abordagem do ser por inteiro, passaria pelo diálogo e colaboração entre saberes na constituição de nossas explicações e intervenções sobre a doença mental. Isso significa que a psiquiatria deixaria de ser a única disciplinar autorizada a conduzir o processo terapêutico e a discursar sobre a patologia mental, passando a ser uma dentre as várias disciplinas constitutivas do campo da Saúde mental (VENÂNCIO; CAVALCANTI, 2001). Calcada tanto numa crítica política de excessivo poder da psiquiatria, quanto na proposta de integralidade, a manutenção e estímulo à diversidade de discursos no campo da saúde mental estariam apoiados tanto em razões epistemológicas quanto em valores ético-políticos.

Nesse ponto, já é possível reencontrar a afirmação que fizemos no princípio desse trabalho, de que tanto as críticas da reforma psiquiátrica quanto as da reforma sanitária seriam fundamentalmente políticas em sua origem, mas com importantes conseqüências

epistemológicas: adquirimos o compromisso de incluir aspectos que foram propositalmente excluídos da abordagem reducionista da biomedicina, e que nos confrontam com a possibilidade da irreducibilidade do todo às suas partes constituintes.

1.6. Resumo do capítulo

Em resumo, discutimos nesse capítulo a constituição da medicina em geral e da psiquiatria em particular enquanto técnicas pautadas em valores científicos modernos, e que em razão disso tiveram a definição de seu objeto atrelada a um objetivismo epistemológico, levando à identificação entre doença e lesão na idade moderna. Apontamos também que o pêndulo conceitual da medicina ocidental parece na atualidade voltar para suas raízes hipocráticas, no sentido de uma concepção complexa e integral do processo de adoecimento, focada nas necessidades do ser doente em seu contexto. Sugerimos ainda que as opções epistemológicas e ontológicas na medicina dependeriam em grande medida da cosmologia adotada.

Para entendimento da linha de continuidade do trabalho, é oportuno lembrar nossa hipótese inicial, de que as diferenças centrais entre os paradigmas reformista e tradicional da psiquiatria poderiam ser traçadas numa cadeia que vai dos pressupostos ontológicos e epistemológicos, à concepção do objeto de estudo, e daí a um tipo de intervenção terapêutica. Examinamos nesse capítulo a concepção de doença igualada a lesão, que estaria relacionada ao objetivismo epistemológico. No capítulo seguinte, discutiremos com os pressupostos epistemológicos objetivistas da biomedicina parecem ter florescido a partir da cosmologia mecanicista clássica.

CAPÍTULO 2:

PRESSUPOSTOS MECANICISTAS DA BIOMEDICINA E DA PSIQUIATRIA TRADICIONAL:

a constituição de dois reducionismos médicos

Pois elas [noções gerais de física] me fizeram ver que é possível chegar a conhecimentos que sejam muito úteis à vida, [...], pela qual [...] poderíamos [...] nos tornar como que senhores e possuidores da natureza. O que é de desejar, não só para a invenção de uma infinidade de artificios, que permitiriam gozar, sem qualquer custo, os frutos da terra, [...] mas principalmente também para a conservação da saúde [...]

(DESCARTES, 1973a, p. 71)

Você pode, por vinte anos, tomar notas noite e dia ao leito dos doentes, sobre as afecções do coração, dos pulmões, da víscera gástrica, etc., que tudo será apenas confusão dos sintomas que, não fazendo sentido com nada, oferecerão necessariamente uma série de fenômenos incoerentes. Abram alguns cadáveres e verá desaparecer assim a obscuridade que a observação por si só já não poderia ter dissipado.²¹

(BICHAT, 1812, p. XCIX).

²¹ “Vous auriez, pendant vingt ans, pris du matin au soir des notes au lit des malades, sur les affection du coeur, du poumon, des vicères gastriques, etc., que tout ne sera pour vous que confusion dans les symptomes qui, ne se ralliant à rien, vous offriront nécessairement une suite de phénomènes incohérens. Ouvrez quelques cadavres, vous verrez aussitôt disparoitre l’obscurité que jamais la seule observation n’auroit pu dissiper”

Apresentação

No capítulo anterior, agrupamos os diversos paradigmas médicos em dois grandes grupos, um ontologista ou “reificacionista”, e outro ecológico ou “relacionista”, e argumentamos que o elemento chave dessa distinção seria uma definição de doença enquanto uma entidade universal, ou uma concepção de doença que prioriza as condições singulares dos adoecimentos particulares.

É segundo essa classificação que situaremos uma ruptura paradigmática na medicina quando, a partir da modernidade, houve um deslocamento da “arte de curar” para a “ciência das doenças” (LUZ, 2005, p. 150-151), que levou à constituição do modelo biomédico. Por sua vez, na atualidade assistimos outra ruptura paradigmática com o florescimento do modelo biopsicossocial na saúde. Nosso trabalho neste capítulo será examinar alguns pressupostos que constituiriam o núcleo do modelo biomédico e da psiquiatria tradicional.

Dentre as várias premissas identificáveis no modelo biomédico, indicamos o objetivismo epistemológico no capítulo 1. O que nos interessará nesse capítulo será o mecanicismo, mais especificamente o mecanicismo clássico, justamente por estar na base da constituição da “cosmologia” desse paradigma.

Assim, o plano do capítulo será, na seção 2.1, apresentar um esboço dos argumentos gerais do mecanicismo clássico através dos pensamentos de Descartes e La Mettrie, procurando mostrar como essa forma de mecanicismo teria inspirado a construção do modelo geral da biomedicina e da psiquiatria organicista.

Na seção 2.2, procuramos detectar no pensamento de médicos da modernidade como a união entre pressupostos mecanicistas e objetivistas levou a uma cadeia de hipóteses que desembocaram na identificação entre doença e lesão/disfunção orgânica, gerando uma abordagem duplamente reducionista, tanto metodológica quanto ontológica. Procuramos, a partir daí esclarecer os problemas para a prática médica de assumirmos tal cadeia de pressupostos.

Por fim, na seção 2.3. argumentamos que, no esforço de se adequar à proposta da medicina moderna, a psiquiatria tradicional adotou os mesmos princípios desta, herdando os mesmos problemas, além de outros próprios de seu campo, que são examinados ao fim dessa seção.

2.1. Origens do mecanicismo biomédico

2.1.1) Noções gerais sobre o mecanicismo

O século XVI foi o início de um período conhecido como “revolução científica”. O cerne das mudanças estava na transformação da forma de se conduzir a investigação científica e na filosofia subjacente à sua empreitada. Até então, era aceita uma visão animista da natureza, que estaria dotada de propósitos ou fins, algo que derivava da física e da noção de causalidade aristotélicas. Já o mecanicismo seria uma visão em filosofia da natureza segundo a qual qualquer fenômeno do universo deveria ser explicado a partir das leis dos movimentos da matéria (ALQUIÉ et al., 1987, p. 59), não sendo mais preciso creditar finalidade ou qualquer princípio interno aos corpos, que governaria as operações deste. A cosmologia mecanicista supõe que tal princípio interno não poderia constituir um conhecimento “natural às nossas almas” (DESCARTES, 1973a, p. 60). A natureza deixou, assim, de ser imaginada como uma “entidade viva” e passou a ser imaginada como matéria inerte articulada de tal forma que poderia ser comparada a uma máquina perfeita.

Vários autores contribuíram para consolidação da visão mecanicista, que teria atingido seu apogeu no séc. XVIII e sofrido profundas modificações no séc. XIX (ALQUIÉ et al., 1987, p. 69). Até essa época, tínhamos o mecanicismo clássico, que na sua versão mais vigorosa, apresentaria quatro teses centrais: 1) não existem entes não-materiais; 2) todo fenômeno pode ser reduzido a leis físico-químicas, inclusive os fenômenos psicológicos superiores; 3) não há diferença, em princípio, entre a matéria orgânica e a matéria inorgânica, e 4) os eventos naturais seguem um determinismo causal (EL-HANI, 2000, p. 132). Daqui em diante, quando nos referirmos a mecanicismo estaremos nos referindo a esse grupo de pressupostos, que certamente teve nuances de aceitação entre os mecanicistas, mas que nos interessa por ainda estarem presentes nas versões mais fortes de fisicalismo reducionista.

Importante pela sistematização e divulgação das teses mecanicistas, principalmente no que diz respeito à natureza do corpo, Descartes é possivelmente o seu mais conhecido representante, de modo que se justifica examinarmos alguns de seus argumentos sobre a natureza do mundo e do homem, que podemos identificar como estando implícitos no discurso da biomedicina. Mais à frente examinaremos também o pensamento de La Mettrie enquanto defensor de um mecanicismo materialista, que teria influenciado a constituição da psiquiatria organicista.

2.1.2) O mecanicismo cartesiano e seu legado para a medicina moderna

Uma importante influência de Descartes foi sua formulação de regras gerais que caracterizassem “o verdadeiro método para chegar ao conhecimento de todas as coisas de que seja capaz o espírito” (DESCARTES, 1973a, p. 44-45). Tais preceitos, com as devidas modificações, persistem hegemônicos no raciocínio médico ainda hoje.

A primeira regra preceitua que não se deve aceitar como verdade nada que não possa ser identificado como tal, com toda evidência, isto é, deve-se evitar cuidadosamente a precipitação e os preconceitos, e não se deve incluir qualquer idéia que não se apresente clara e distintamente à razão, de tal modo a não deixar lugar para dúvida alguma. A segunda regra propõe separar cada dificuldade a ser examinada em tantas partes quanto sejam possíveis e que sejam requeridas para solucioná-la. A terceira diz respeito à condução do pensamento de forma ordenada, partindo do mais simples e fácil daí ascendendo, aos poucos, para o conhecimento do mais complexo. A quarta regra se refere à necessidade de efetuar uma revisão exaustiva dos diversos componentes de um argumento, de tal maneira que seja possível certificar-se de que nada foi omitido.

As regras primeira e quarta são aceitas como fundadoras do empreendimento científico médico, com a ressalva de que a clareza das idéias não se constituiu como juiz para o fim da dúvida; esta seria melhor dissipada a partir da evidência empírica. As segunda e terceira regras fundamentam a abordagem analítica da medicina moderna, de forma a propor que, para se aprofundar o conhecimento, deve-se proceder à separação das atuações em especialidades e o foco de interesse no suposto órgão acometido pela doença.

Talvez a maior importância do pensamento cartesiano, mesmo quando não entendido fielmente, foi promover uma revolução na concepção de mundo, que se estendeu para além dos círculos filosófico e científico e foi capaz de impregnar o imaginário do senso comum, pelo menos em certas classes sociais. O mundo passou a ser visto como estando em toda parte (a física celeste e terrestre) submetido a leis gerais, criadas e conservadas por Deus (ALQUIÉ et al., 1987, p. 60 e 69). A matéria, que preencheria toda a natureza, e a quantidade de movimento conservada constante seriam a base para a explicação de tudo que ocorre na natureza, sendo as leis naturais as regras segundo as quais o movimento se transmitiria por contato (DESCARTES, 1973a, p. 59-60). É importante salientar que no mecanicismo cartesiano o mundo seria inteligível justamente por ser governado por leis acessíveis ao homem pelo exercício do pensamento advindo de sua alma racional.

A consequência da proposição de um mundo tornado pura matéria inerte é a possibilidade do senhorio sobre a natureza:

Pois elas [noções gerais de física] me fizeram ver que é possível chegar a conhecimentos que sejam muito úteis à vida, [...], pela qual, conhecendo a força e as ações do fogo, água, do ar, dos astros, dos céus e de todos os outros corpos que nos cercam, [...] poderíamos empregá-los da mesma maneira em todos os usos para os quais são próprios, e assim nos tornar como que senhores e possuidores da natureza. O que é de desejar, não só para a invenção de uma infinidade de artificios, que permitiriam gozar, sem qualquer custo, os frutos da terra [...], mas principalmente também para a conservação da saúde [...] (DESCARTES, 1973a, p. 71).

O sonho de se tornar senhor da natureza está atrelado ao desvendar de suas leis, e é justificável ou legítimo fazê-lo por uma espécie de hierarquia implícita: a matéria inerte não seria digna dos mesmos cuidados e respeito que o homem dotado de alma, devendo estar, portanto, à seu serviço.

O estatuto desse Homem dotado de alma é parte fundamental do legado cartesiano. Ao longo de seu Tratado do Homem (DESCARTES, 1985a), da segunda parte das Meditações (DESCARTES, 1973b, p. 99-106), das quarta e quinta partes do Discurso do Método (DESCARTES, 1973a, p. 56-68) e das Paixões da Alma (DESCARTES, 1973c), Descartes aponta argumentos a favor de sua suposição de que o homem é constituído de um corpo submetido às leis mecânicas, e de uma alma, cuja existência não mecânica garantiria ao homem o livre-arbítrio. Os detalhes acerca da distinção substancial estão além dos objetivos desse trabalho, mas vale dizer que seu argumento seria, resumidamente, que se conhecemos alma e corpo por diferentes meios, então é porque deveriam ter diferentes naturezas²². Cada função existente no homem só pode ser atribuída ou ao corpo ou à alma, e a forma de distinguir a que entidade atribuir uma dada função nos é apresentada no art. 3 d'As Paixões da Alma:

[...] tudo que existir em nós, e que vemos existir também nos corpos inanimados, só deve ser atribuído ao corpo; e, ao contrário, que tudo o que existe em nós, e que não concebemos de modo algum como passível de pertencer a um corpo, deve ser atribuído à nossa alma. (DESCARTES, 1973c, p. 227-8, art. 3).

Comparando nossas funções biológicas às dos corpos inanimados, Descartes conclui

²² O argumento básico é bem apresentado na Meditação Segunda (DESCARTES, 1973b, p. 99-106), e resumidamente pode-se dizer que sendo eu essencialmente uma coisa que pensa, e que tenho acesso apenas às minhas idéias claras e distintas, é mais fácil conhecer meu espírito que as coisas do mundo (posto que os sentidos são enganosos). A partir da via pela qual podemos conhecer, propõe-se uma asserção ontológica: se conheço o espírito (a coisa que pensa) de forma diferente daquela pela qual conheço as coisas sensíveis, é porque seriam coisas ou *substâncias diferentes*.

que se estes apresentam movimento e calor, então nossos movimentos e calor devem-se ao corpo. Uma complementação desse argumento é que, se uma infinidade de movimentos é involuntária, eles não podem ter origem na alma, mas no próprio corpo. Por seu turno, se sentimos na alma algo contrário à sua natureza (como as impetuosas paixões), então isso deve provir do corpo.

Conforme o filósofo acreditasse ser inconcebível que os corpos pensassem, o pensamento deveria pertencer à alma. Note-se que o pensamento, identificado com o exercício da razão, seria a única atividade exclusivamente originada da alma. Mesmo preservando a alma das leis mecânicas, Descartes a supõe de tal forma ligada ao corpo que, a um só tempo, o influencia e é por ele influenciada. Pelo pensamento e vontade a alma origina alguns movimentos corporais (os movimentos voluntários), assim como o meio externo e as variações no meio interno originam movimentos mecânicos. O que sentimos na alma a contragosto, lhe vem por ação do corpo, sendo essa sua definição de paixões. Descartes inclusive estabelece um papel natural para as paixões: o de provocar na alma a inclinação a contribuir para os movimentos adequados que, de qualquer forma, seriam disparados por vias estritamente físicas (DESCARTES, 1973c, p. 242, art. 40).

Se considerarmos as mútuas influências entre corpo e alma, parece-nos que a afirmação corriqueira de que Descartes teria separado mente e corpo é um tanto enganosa, na medida em que as funções que habitualmente chamamos mentais, como memória, imaginação, sonho, percepção sensorial e emoções, embora “sejam sentidas” na alma, teriam sua origem nos mecanismos do corpo.

O corpo, por sua vez, em sua constituição material, estaria submetido às mesmas leis que o resto do universo mecânico. Guardadas a maior complexidade e perfeição, posto que feito por Deus, o corpo não diferiria essencialmente das fontes artificiais nos jardins dos palácios, que por forças hidráulicas executavam movimentos similares aos de animais. Descartes elabora inclusive uma fisiologia especulativa, razoavelmente plausível, baseando os movimentos musculares na pressão hidráulica de pequenas partículas do sangue, os “espíritos animais²³”. Tais partículas exercendo sua pressão na glândula pineal impressionariam a alma, despertando-lhe as paixões; por outro lado, a mesma glândula sendo movida pela alma agitaria de tal modo os espíritos animais que, através da tubulação dos nervos, produziria toda a sorte de movimentos musculares²⁴. Assim, movimentos voluntários difeririam dos

²³ Que embora tenham nome de “espíritos” são explicitamente corpúsculos materiais, apenas muitos pequenos para serem observados a olho nu.

²⁴ A descrição da teoria hidráulica de funcionamento do corpo foge do interesse estrito desse trabalho. Na 5º

involuntários (como o choro ou um grito de dor) porque nos últimos a agitação das partículas do sangue se iniciou em alguma outra parte do corpo que não diretamente da pineal impulsionada pela alma.

Embora a interação entre corpo e alma seja enigmática para o próprio Descartes, o corpo não morre porque a alma o deixou (lembramos que o corpo seria regido pelo movimento posto e conservado no universo por Deus); ao contrário, a alma se desligaria quando o corpo parasse de funcionar por corrupção de alguma de suas partes principais.

[...] o corpo de um homem vivo difere do de um morto como um relógio [...] quando está montado e tem em si o princípio corporal dos movimentos para os quais foi instituído, difere do mesmo relógio [...] quando está quebrado e o princípio de seu movimento pára de agir (DESCARTES, 1973b, p. 228, art. 6).

A noção de corpo mecânico influenciou profundamente a medicina moderna. A comparação do corpo com o relógio foi integralmente assumida, e o homem doente passou a ser considerado tal qual um relógio quebrado. Sem essa concepção de homem provavelmente ninguém teria idéias como o transplante de órgãos, por exemplo. Mas essa é apenas a primeira parte do projeto cartesiano para a medicina, que teria passado por duas fases (DONATELLI, 1999). Cada fase parece corresponder a dois projetos médicos, bem marcados no caso especial da psiquiatria, que explicitaremos mais à frente.

O motivo de tão vigorosa metáfora como a do relógio fica claro no prefácio da Descrição do Corpo Humano (DESCARTES, 1985b, p. 314, § 224): atribuir à alma funções que dependem somente do corpo nos desviaria do empreendimento de conhecer suficientemente a natureza do corpo, que seria a única esperança de curar e prevenir doenças, assim como de atrasar o processo do envelhecimento.

As intenções iniciais de Descartes para com a medicina ficam claras nas duas passagens que transcrevemos:

parte do Discurso do Método (DESCARTES, 1973a, p. 63-68) ela aparece resumidamente descrita, e mais extensamente explicada no Tratado do Homem (DESCARTES, 1985a). Apesar de seu método preconizar a decomposição para se atingir conhecimento, cabe ressaltar que a fisiologia cartesiana levava em consideração as interações das várias partes do corpo e a história do organismo. A percepção não se estabelecia de forma passiva como uma cópia do objeto externo; dependia da conformação dos poros e tubulações do organismo, que por sua vez alteravam-se de acordo com as experiências (o próprio processo de memória por associação seria a reconfiguração das vias internas tornando-as mais aptas a reagir de certa forma se posteriormente expostas ao mesmo estímulo, algo em tudo parecido com o conceito de memória celular atual). Além da conformação do sistema nervoso, os movimentos e emoções dependiam também da composição do sangue, que por sua vez era influenciado pela preponderância do retorno venoso de certos órgãos, assim como do tipo de alimento digerido ou do ar respirado. Certamente uma fisiologia bem mais integrada e dependente do contexto do que a estabelecida no século XVIII.

Estou aborrecido por causa de sua erisipela e do mal que aflige o senhor Montais; rezo pela preservação dos senhores, pelo menos até que eu saiba se há um meio de encontrar uma medicina que seja fundada em demonstrações infalíveis, que é o que pesquiso no momento. (DESCARTES, 1897, p. 105-106, tradução nossa);²⁵

[...] estou certo de que [...] poderíamos livrar-nos de uma infinidade de moléstias, quer do espírito, quer do corpo, e talvez mesmo do enfraquecimento da velhice, se tivéssemos bastante conhecimento de suas causas e de todos os remédios de que a natureza nos dotou. Ora, tendo desígnio de empregar toda a minha vida na pesquisa de uma ciência tão necessária [a medicina], e tendo encontrado um caminho tal que me parece se deve infalivelmente achá-la [...]. (DESCARTES, 1973a, p. 72)

No primeiro projeto cartesiano, a medicina avançaria segundo seu método de encontrar idéias claras e distintas, de modo similar às deduções dos matemáticos. Desta forma, a medicina não seria mais que um ramo da física, que aplicaria aos corpos vivos as leis universais (ALQUIÉ et al., 1987, p. 66). O conhecimento da ciência médica se daria estudando isoladamente o corpo-máquina.

Com o passar do tempo e aprofundando-se na discussão da união substancial, Descartes passa a argumentar que, se por um lado a explicação mecanicista conseguiria dar conta de todas as funções dos corpos vivos em geral, no homem a sensação e o movimento só poderiam ser explicados a partir da interação corpo-alma, o que imporá um limite à medicina estritamente mecanicista, que deveria ser então uma ciência do composto corpo-alma.

A mútua influência entre corpo e alma levou Descartes a considerar uma mão dupla na causação de desequilíbrios e doenças: o corpo afetado causaria sentimentos de incômodo, mas também as emoções afetariam o funcionamento do corpo. Sobre como o corpo desencadearia impressões na alma já abordamos brevemente. A respeito do processo inverso, é esclarecedora uma carta de 1645:

Considere, por exemplo, [...] uma pessoa que se ocupa apenas em pensar sobre estes objetos de tristeza e pena. [...] Eu acredito, eu digo, que isto, por si só, é suficiente para que seu coração acostume-se a fechar sobre si próprio e emitir lamentos. Seguindo-se a isso, a circulação do sangue seria bloqueada e lentificada, [...] e partículas de sangue poderiam alterar-lhe os pulmões e causar tosse. [...] Agora, pelo contrário, considere uma pessoa que [...] pensa somente naqueles objetos que são capazes de trazer-lhe contentamento e alegria. [...] Eu não tenho dúvida de que isso, por si só, seria capaz de trazer-lhe de volta a saúde, apesar de seu baço e pulmão estarem já com disposição para a doença em função do mau temperamento do sangue causado por sua própria tristeza (DESCARTES, 2007, p. 91-92, § 219-220, tradução nossa).²⁶

²⁵ “Je suis marry de vostre eresypele, & du mal de M. Montais; je vous prie de vous conserver, au moins jusqu'à ce que je sçache s'il y a moyen de trouver une Medecine qui foit fondée en demonstrations infaillibles, qui est ce que je cherche maintenant” (Carta a Mersene, Janeiro de 1630).

²⁶ “Consider for instance a person [...] who occupies herself only in considering these objects of sadness and pity. [...] I believe, I say, that this alone would suffice to accustom her heart to close itself up and to emit sighs. Following this, the circulation of the blood would be blocked and slowed, (...) and particles of blood could alter

O corolário terapêutico da influência das emoções sobre a saúde aparece na mesma carta, com recomendações à princesa Elisabeth que usufrua das águas enquanto terapêutica voltada para o corpo, mas que também prenda sua imaginação e sensação a objetos amenos. Dessa forma, Descartes considera que se os problemas de saúde advêm de um desequilíbrio orgânico, como um relógio avariado, exige-se uma intervenção externa medicamentosa para readquirir o seu equilíbrio; se por outro lado, a doença advêm do campo híbrido da “união substancial”, essa origem aponta para uma terapêutica não de remédios, mas antes para estratégias de modulação das paixões e disposições que dependem de um bom uso da razão (DESCARTES, 1973c).

Em resumo, pode-se dizer que Descartes esboçou dois projetos para a medicina: o primeiro, estritamente mecanicista, e um segundo, propondo uma espécie de “medicina psicossomática”, que não negava o mecanicismo do corpo, mas de alguma forma incluía a influência do mental sobre o físico, no caso específico do ser humano. Ante a esses projetos, a medicina, e especialmente a psiquiatria, tiveram divisões internas na aceitação do primeiro ou segundo projeto de Descartes.

Independente de qual projeto foi acatado, parece-nos que a maioria dos médicos modernos compartilhou o otimismo cartesiano acerca da possibilidade de desvendar a natureza humana e nos livrar das doenças através do conhecimento científico do corpo. Parece que também concordaram com o reducionismo metodológico, usando-se a estratégia de desmembrar o funcionamento complexo do corpo em elementos mais simples. Por outro lado, a maioria provavelmente discordou de seu racionalismo extremado, preferindo um mecanicismo empirista, assim como rechaçou os conteúdos especiais referentes à fisiologia cartesiana, justamente pelo método especulativo ser rejeitado.

As discórdias internas, entretanto, pareciam derivar da forma como se tentava contornar a dificuldade que uma medicina psicossomática herdava do caráter obscuro da união substancial: como fazer uma ciência se fosse preciso transitar entre o mecânico e o reino da alma, essencialmente livre de leis determinísticas?

A medicina provavelmente oscilou entre considerações tímidas, e um tanto livres de rigor, acerca do papel da mente nas doenças do corpo. Pode-se dizer que nesse terreno o assunto foi varrido para debaixo do tapete. A psiquiatria, no entanto, enquanto campo que

her lungs and cause cough. (...). Now, on the contrary, consider a person who (...) considers only those objects which are capable of bringing her content and joy. (...) I do no doubt that this alone would be capable of bringing her back to health, even though her spleen and lungs were already ill disposed by the bad temperament of the blood caused by her sadness”. (Carta a Elisabeth, Maio ou Junho de 1645)

aborda as doenças mentais, não tinha como não se posicionar ante ao problema da interação psicossomática se quisesse se constituir enquanto ciência. Os principais posicionamentos na psiquiatria até meados do séc. XX poderiam ser classificados em dois tipos: 1) *eliminar a noção de alma*, ou reduzir a mente ao corpo, que entendemos ser o resultado final do projeto da psiquiatria organicista de Kraepelin ou 2) *naturalizar a noção de alma* em termos de uma mente, também submetida a leis, possivelmente tão mecânicas quanto as que regem o corpo, embora com as suas especificidades; esse seria essencialmente o projeto Freudiano.²⁷

Materialistas ou dualistas, a franca maioria dos médicos na modernidade se tornou mecanicista. Pela importância da estratégia materialista, justifica-se que examinemos, na próxima subseção, a proposta mais radical de mecanicismo sem alma do médico La Mettrie. Mas talvez justamente pela proposta mais “moderada” de mecanicismo, conciliada com uma visão de mundo religiosa, Descartes tenha sido tão influente: com a significativa salvaguarda da razão do mundo mecânico, mesmo os médicos religiosos e convencidos da existência da alma poderiam, sem crise existencial, se intitular homens de ciência, arregaçar suas mangas e começar a dissecar cadáveres. Provavelmente a maior herança do argumento cartesiano para a medicina foi permitir a ampla aceitação, se não dos conteúdos advindos de suas especulações, pelo menos de uma inspiração e modelo geral de mundo e de homem, que fundariam a biomedicina e a psiquiatria tradicional.

2.1.3) O mecanicismo materialista de La Mettrie

As concepções ontológicas de La Mettrie (1961) derivam de sua teoria do conhecimento. Suas epistemologia e ontologia, que analisaremos a partir de sua obra “O Homem Máquina” de 1750, são precisamente as assumidas pelo projeto científico da psiquiatria do Séc. XIX.. Começamos pela última página da obra, que resume a base para seu pensamento:

Mas note-se que eu não me permiti o raciocínio mais vigoroso e mais imediatamente alcançado, se não após uma série de observações físicas que nenhum homem de ciência porá em dúvida, e só a eles reconheço como juizes das conseqüências que extraio, além do que rejeito com isso a qualquer homem com preconceitos que não é anatomista nem adere à única filosofia nesse caso aceitável: a do corpo humano. (La Mettrie, 1961, p. 102).²⁸

²⁷ Há controvérsias quanto ao grau de mecanicismo ou determinismo freudiano, que não pretendemos abordar aqui. Para os nossos propósitos, basta a intenção geral de naturalização de uma mente regida por leis.

²⁸ Todas as citações de La Mettrie são de tradução nossa a partir do exemplar em espanhol.

Nessa passagem fica claro o empirismo e a recusa das asserções filosóficas alcançadas por especulação. Coerente com isso, La Mettrie dirá que suas afirmações serão apenas acerca daquilo que pode ser revelado pelos sentidos. Por exemplo, se aventuraria a fazer afirmações sobre a existência de Deus ou sobre a origem da matéria, pois não se obriga a dar respostas sobre o que a experiência não nos diz (LA METTRIE, 1961, p. 98-9). Crê ainda que, para atingir um conhecimento seguro, não seria necessário recorrer a nenhuma assertiva sobre Deus, uma vez que este não faria obras contraditórias ou com o propósito de nos enganar, e desse modo, se a revelação existe, ela não poderia contradizer a natureza. Sobre esta então La Mettrie se debruça e admira.

Uma vez que seu alvo é sobre a mente humana, o tipo de observações que poderiam interessar é a dos anatomistas. Procurará então encontrar explicações sobre as faculdades do homem na matéria de que é constituído:

Considero o pensamento tão pouco incompatível com a matéria organizada que até me parece ser uma propriedade dela, tal como a eletricidade, a faculdade motriz, a impenetrabilidade, a extensão, etc. (LA METTRIE, 1961, p. 95).

Mas, uma vez que todas as faculdades da alma dependem da adequada organização do cérebro e do corpo em geral, a tal ponto que não são evidentemente outra coisa senão esta organização propriamente dita [...] (LA METTRIE, 1961, p. 76).

Sua concepção monista resumidamente assenta-se sobre: 1) a vontade não ser capaz de reverter sensações corpóreas desagradáveis, como a febre ou a dor, e não restabelecer uma disfunção física como a impotência sexual (LA METTRIE, 1961, p. 84-8), e 2) os acontecimentos orgânicos serem recíprocos a “estados da alma”, como usar ópio e sentir letargia, ou pensar abstratamente e ter o sangue agitado como conseqüência (LA METTRIE, 1961, p. 37-40, 83). Sua interpretação é que não seria possível explicar tal reciprocidade, a não ser com a identidade entre faculdades da alma e organização corporal, mais especificamente a cerebral.

Pode-se dizer que La Mettrie aceita plenamente o mecanicismo do corpo, porém jogando fora todo o reino invisível postulado por Descartes; inclusive suspeita que o reino da alma cartesiana teria sido apenas um estratagema para distrair os teólogos acerca de suas subversivas concepções mecanicistas (LA METTRIE, 1961, p. 94), suposição esta que não nos parece justa pelos motivos apresentados na seção anterior.

Concebendo o corpo mecânico e destituído de alma, o homem ficaria igualado aos animais. Sem uma diferença essencial, o que distingue seres humanos e animais seria apenas o grau de refinamento das faculdades intelectuais. Pela anatomia comparada, afirma que à

medida que aumenta o volume proporcional do cérebro, o animal ganharia em capacidade intelectual e perderia em aguçamento dos instintos. Dessa forma, o homem seria um animal bastante frágil se largado à própria sorte num ambiente selvagem, mas em compensação, teria a melhor disposição orgânica para executar as faculdades da alma, como fazer ciência ou pensar moralmente (LA METTRIE, 1961, p. 44-5; 55-6). Nesse sentido o homem é apenas o ser de mais fácil progresso pela educação, mas em princípio seria possível o mesmo a animais com conformação cerebral próxima à nossa:

[...] sendo tal a semelhança das estruturas e operações do macaco, quase não duvido que, se este animal fosse perfeitamente exercitado, poderia-se ensiná-lo a pronunciar e, conseqüentemente, a conhecer uma língua. Não seria então um homem selvagem ou homem frustrado: seria um homem perfeito, um homenzinho da cidade, com tanta classe e músculos quanto nós para pensar e tirar proveito de sua educação (LA METTRIE, 1961, p. 50).

Quanto à possível objeção de que os animais não poderiam se igualar ao homem por faltar neles o sentimento moral, La Mettrie argumenta que podemos encontrar um senso de culpabilidade no cão que injustamente morde o dono, assim como não faltariam exemplos da ferocidade do homem (na guerra, por exemplo). De qualquer modo, mesmo se assumirmos que os sentimentos morais, por motivos biológicos desconhecidos, apareceram apenas na espécie humana, “esses remorsos não são mais estranhos à matéria que o pensamento em si” (LA METTRIE, 1961, p. 77).

Ao definir o homem como um animal com disposição cerebral para a educação, apenas esta nos colocaria de alguma forma “acima” deles. Os casos em que, por problemas na disposição orgânica, como surdos, cegos de nascimento, deficientes mentais e loucos, ou por falta de contato com a civilização (selvagens) não fosse possível usufruir da educação, seriam por conseqüência como “bestas com figura humana que não demonstram senão o instinto mais grosseiro” (LA METTRIE, 1961, p. 62). E se para os cegos e surdos já havia na época conhecimentos médicos para entender algumas alterações orgânicas, no caso dos deficientes mentais e loucos a alteração era presumida:

Se o imbecil não carece de cérebro, como se observa ordinariamente, esta víscera será defeituosa por uma inadequada consistência, por sua excessiva maciez, por exemplo. O mesmo acontece com os loucos. [...] Um nada, uma fibrinha, algo que não consegue detectar a mais sutil anatomia teria feito de Erasmo e de Fontenelle dois tolos. (LA METTRIE, 1961, p. 46).

Uma das conseqüências de conceber as faculdades do homem reduzidas a uma particular configuração cerebral é que os loucos são entendidos apenas como experiências mal

sucedidas da natureza, uma espécie de máquinas com defeito de fabricação. Nesse aspecto, parece que o imaginário médico utilizou um amálgama das piores partes de La Mettrie e Descartes: do primeiro, que os loucos seriam máquinas sem alma (mas não o respeito e admiração que ele tinha pelas maravilhosas máquinas produzidas pela natureza, inclusive o homem); e do segundo, que poderíamos nos considerar senhores do resto do mundo mecânico. Essa deformação infeliz de pressupostos (com o qual muito provavelmente não concordariam nem Descartes nem La Mettrie) tornaria normal acorrentar e torturar loucos para que tivessem respostas comportamentais mais adequadas à sociedade, uma vez que gritos poderiam ser considerados como meras buzinas sem uma alma sofredora a elas ligada.

Se o tratamento dos loucos poderia ser justificado em parte por uma apropriação indevida dos argumentos La Mettrie, o problema da desresponsabilização moral dos atos, seja de loucos, de criminosos ou de pessoas comuns, parece uma consequência inevitável da redução dos atributos mentais à configuração cerebral:

[...] seria desejável, sem dúvida, que entre os juízes só houvesse médicos excelentes. Unicamente estes poderiam distinguir o criminoso inocente do culpável. (LA METTRIE, 1961, p. 68).

Lamentar-se-á pelos viciosos sem odiá-los; não serão a seus olhos mais que homens mal feitos. (LA METTRIE, 1961, p. 101).

Ora, se características como o gênio ou a tendência à criminalidade são conformadas pela organização cerebral, como atribuir responsabilidade ao homem? Se uma conformação cerebral tiver “saído da fábrica” sem adequado senso moral, a única responsável seria a natureza, e o criminoso seria retido apenas pelo interesse da sociedade. Ainda que dispensados das cortes, os demais atos indesejáveis como deslealdade, mentira, negligência etc., se apenas emergem inexplicavelmente da matéria, sem participação do homem em sua construção, provavelmente, pelo raciocínio do autor, deveriam ser contornados do ponto de vista prático, mas apenas com resignação pelo materialista convicto.

A saída de La Mettrie para a questão da responsabilidade moral é creditá-la a uma “lei natural”, uma espécie de sentimento interno de que não devemos fazer aos outros o que não gostaríamos que fosse feito conosco (LA METTRIE, 1961, p. 70, 101). Sem apelos a nada que transcenda a matéria, este sentimento seria apenas decorrência do senso de autopreservação, algo como um pacto social de não agressão mútua. Ele não esclarece, entretanto, porque alguém iria evitar fazer mal ao outro se tivesse garantia de não sofrer nenhum mal em retaliação. Assim, a garantia contra a barbárie não pode depender apenas de

sentimentos naturais, mas da punição jurídica da sociedade. La Mettrie supõe que a sensação de bem-estar que se segue à ação virtuosa, ou de mal-estar após atos repreensíveis, seriam sinais da existência dessa lei moral natural, e ao mesmo tempo, o motivo imediato para se preferir os a ação virtuosa; também seria o motivo da resignação do materialista convicto se a natureza não distribui equitativamente o senso moral: “por outro lado, há tanto prazer em fazer o bem [...] que considero suficientemente castigado a qualquer um que tenha tido o azar de não nascer virtuoso” (LA METTRIE, 1961, p. 69).

Segundo PULINO (2005, p. 243-248), ao rever suas concepções éticas La Mettrie começa, sem reduzir o peso da constituição orgânica para a ação humana, a atribuir os sentimentos de remorso à educação moralista. A partir dessa reconsideração dois tipos de liberdade para os indivíduos poderiam ser defendidos: a liberdade de gozar conforme suas tendências orgânicas sem os remorsos da educação repressora, e a liberdade de alcançar um patamar superior de gozo, através da imaginação exercitada pela educação, pelo menos para aqueles cuja conformação orgânica permitisse.

As conseqüências para a liberdade e para ética de uma filosofia materialista redutiva são cruciais para a aceitação de tal projeto. Supomos que, justamente para manter o livre arbítrio e a diferença que a decisão humana faria, é que Descartes teria alojado o raciocínio em um reino à parte do mundo mecânico. Por um lado, não podemos negar que a filosofia de La Mettrie seja – quase paradoxalmente – libertária no sentido de cobrar da sociedade melhores condições para que o indivíduo possa expressar maximamente suas potencialidades e buscar aquilo que lhe for de desejo natural, desde que não lesasse a sociedade. Concordamos que a proposição de um Sujeito com uma super-vontade livre tende a trazer um tipo específico de mal-estar quando este indivíduo deixa de manifestar potencialidades e inexoravelmente se depara com suas “fraquezas animais”. Entretanto, fazer a ação humana depender demais de uma espécie de propriedade natural, sobre a qual o homem pouco ou nada pode intervir parece-nos um convite à desresponsabilização sobre os próprios atos reprováveis. Por exemplo, conta-se anedoticamente que La Mettrie teria morrido em decorrência de um ato de glotonice (COMPLETE DICTIONARY OF SCIENTIFIC BIOGRAPHY, 2009). Se há verdade em tal anedota não vem ao caso, mas digamos que sua glotonice lhe fosse prejudicial para a saúde: qual seria a propensão de La Mettrie a modificar sua própria ação? O materialista convicto esperaria estoicamente as conseqüências de ser o que a natureza determinou que fosse? Parece-nos que tal concepção corre o risco de transferir o desígnio de Deus para uma espécie de “desígnio da natureza”; nesse caso, talvez fosse mais reconfortante o de Deus, que pelo menos é tido como um designer piedoso.

Se o mundo mental humano é (ou não) determinado pela constituição material, entendemos que esta seria uma suposição metafísica, que não poderia ser afirmada ou negada com base na experiência, mas com importantes conseqüências ético-políticas, no que diz respeito ao quanto de implicação e responsabilidade tende a gerar nos indivíduos e sociedades que lhe acreditam. É sob a perspectiva das conseqüências práticas das ontologias que nos propomos a julgar seus méritos. No capítulo 4 argumentaremos que as conseqüências das opções metafísicas podem servir de critério para essas escolhas.

2.2. Os pressupostos da biomedicina e suas conseqüências

A fim de identificar algumas premissas presentes no paradigma biomédico, tentaremos brevemente apresentar alguns pensamentos relevantes para o desenvolvimento da medicina moderna. Esperamos então mostrar que as raízes da formação do pensamento biomédico são principalmente a cosmologia mecanicista²⁹ e a epistemologia objetivista. Especial atenção será dada aos pensamentos que parecem alicerçar uma espécie de “duplo reducionismo” na abordagem biomédica, no sentido de uma redução ontológica das dimensões psicológica e social à orgânica, e uma redução metodológica, já que mesmo no nível orgânico propõe-se uma abordagem fragmentada ou não holista.

Pode-se dizer que a construção do modelo biomédico foi um processo iniciado no séc. XVI, com o nascimento da anatomia moderna, e consolidado entre a segunda metade do séc. XVIII e primeira do séc. XIX, com o desenvolvimento da teoria da lesão e a posterior ampliação do conceito com a idéia de desvio da norma³⁰. A marca essencial desse projeto era tornar a medicina uma espécie de “ciência da doença”, e o principal resultado dessa marcha foi a caracterização das doenças, não mais como um fenômeno da organização vital, mas como a expressão de lesões celulares observáveis nos recônditos do corpo, em nada diferentes de qualquer dano nas engrenagens de um maquinário inanimado.

Para compreender que tipo de ruptura estava sendo proposta pelos anatomistas, vale

²⁹ Embora alguns personagens ilustres da medicina moderna fossem vitalistas, o vitalismo foi perdendo espaço e restringindo suas teses com o avançar da modernidade até o surgimento do emergentismo como seu herdeiro, como examinaremos na seção 3.1.1

³⁰ Reconhecemos que o avanço da “ciência das doenças” moderna poderia ser visto a partir das discontinuidades do processo. Por exemplo, Foucault (1994) indica o desenvolvimento da teoria da lesão na segunda metade do séc. XVIII como o momento do “nascimento da anátomo-clínica”, enquanto Canguilhem (CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. Rio de Janeiro : Forense Universitária, 1995.1995) analisa quando o conceito de lesão é abarcado pela idéia mais ampla de desvio da norma. Para nossos propósitos, entretanto, é preferível atentar para a continuidade do processo, considerando esses momentos como importantes conquistas de um único projeto de cientificidade médica iniciada na idade moderna.

lembrar brevemente que a teoria hipocrática postulava a existência de quatro fluidos ou humores principais no corpo (bile amarela, bile negra, fleuma e sangue), e que a saúde se estabeleceria pelo equilíbrio entre eles. O homem era entendido como unidade organizada, e a doença seria uma desorganização desse estado de equilíbrio. O método hipocrático baseava-se na observação empírica dos casos clínicos, observações estas que não se limitavam ao paciente em si, englobando também o ambiente. Essa integração das partes do homem e deste com o meio poderia ser entendida como um conceito ecológico de saúde-doença. O acréscimo de Galeno foi a concepção de uma causa endógena da doença, ou seja, que a origem dos desequilíbrios estaria na constituição física ou em hábitos de vida (SCILIAR, 2007).

A obra inaugural da ruptura entre a medicina moderna e a clássica teria sido *De humani corporis fabrica* (1543) de Andréas Vesalius (CAMARGO JÚNIOR, 2005), que é considerado o pai da anatomia. O título da obra já é bastante sugestivo da introdução precoce na medicina de um imaginário mecânico, lançando os rudimentos da idéia do corpo como um engenho perfeito. Além disso, a própria proposta de dissecação de cadáveres é indicativa do caminho que será seguido nos séculos seguintes: a recusa da autoridade das teorias médicas especulativas de Hipócrates e Galeno e a valorização da observação sistemática que seria a base para se estabelecer um conhecimento científico.

Argumentamos que a grande diferença entre os clássicos e anatomistas se origina no imaginário ou cosmologia mecanicista que será sistematizada, entre outros, por Descartes³¹ no do séc. XVII, que pressupõe um tipo de explicação sobre o funcionamento do mundo e do homem, e um método correspondente: o exame detalhado das partes de uma natureza “morta” passaria a constituir a via do conhecimento científico.

A consolidação do projeto para uma medicina científica pode ser exemplificada nas obras de Morgagni, Bichat e Magendie, que seriam considerados, respectivamente, como os pais da anatomia patológica, da histologia, e da fisiologia experimental.

Em seu *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis* (As bases e causas da doença pelos indícios anatômicos), de 1761, Morgagni fortaleceu o método de estudo das doenças através da comparação sistemática das lesões correlatas a certos grupos de sintomas, ao ressaltar as qualidades científicas desse método, que seriam sua precisão, observação sistemática e exaustiva, além de imparcialidade da investigação (ADAMS, 1903). As qualidades “científicas” do exame cadavérico tornaram-se cada vez mais valorizados, a ponto de Bichat em sua obra *Anatomie Générale*, cuja primeira edição data de 1800, assim escrever:

³¹ Lembremos que para as ciências em geral prevaleceu o mecanicismo empirista de Galileu ao método racionalista cartesiano, sendo isso plenamente aplicável ao método dos anatomistas (ALQUIÉ et al., 1987).

Você pode, por vinte anos, tomar notas dia e noite ao leito dos doentes, sobre as afecções do coração, dos pulmões, da víscera gástrica, etc., que tudo será apenas confusão dos sintomas que, não fazendo sentido com nada, oferecerão necessariamente uma série de fenômenos incoerentes. Abram alguns cadáveres e verá desaparecer assim a obscuridade que a observação por si só já não poderia ter dissipado. (BICHAT, 1812, p. XCIX, tradução nossa)³²

Essa passagem mostra como a consolidação do nível morfológico de descrição das doenças levou ao estabelecimento de duas características da biomedicina: 1) a riqueza dos processos vitais passa a ser considerada como confundidora para o conhecimento objetivo da origem e dos resultados da doença, e 2) a doença vai ganhando uma definição positiva, ao passo que a saúde vai perdendo tal definição, como pode ser constatado na célebre frase do mesmo Bichat, que “a saúde é o silêncio dos órgãos” (SCILIAR, 2007).

O último importante avanço da biomedicina pode ser encontrado na obra de Magendie, *Précis élémentaire de Physiologie*, de 1816, que não considerava a medicina e a fisiologia de sua época como ciências, porque elas ainda comungavam de doutrinas contraditórias e formuladas em bases especulativas, como a teoria hipocrática dos humores. O modelo que os médicos deveriam seguir seria o da física e da química, porque estas disciplinas não aceitariam algo em seu corpo teórico que não fosse corroborado pela experimentação. Para Magendie, a fisiologia experimental seria a base de formulação da medicina, numa clara intenção de redução teórica, expressa pela idéia de que “a medicina é a fisiologia do homem doente” (STAGNARO, 2002). Essa assertiva se baseava na suposição de que toda lesão encontrada pela anatomia patológica seria precedida por uma perturbação das funções fisiológicas normais. Essa seria a última escala no desenvolvimento de uma *explicação causal*, que, como vimos no capítulo 1, atestaria um maior grau de maturidade científica da medicina. O alvo final de tal maturidade seria o estabelecimento de uma terapêutica racional, entendida como aquela que atuaria sobre as causas primeiras das doenças e só se firmaria com o apoio da experimentação sistemática. Magendie é também considerado o pai da farmacologia experimental.

A intenção de citar pensamentos de personagens marcantes no desenvolvimento da medicina moderna é usá-los como indicativos dos pressupostos da biomedicina. As noções que podemos extrair dos autores analisados são: 1) valorização da objetividade, observação e experimentação sistemáticas, tal qual o modelo das ciências naturais mais desenvolvidas da

³² “Vous auriez, pendant vingt ans, pris du matin au soir des notes au lit des malades, su les affection du coeur, du poumon, des vicères gastriques, etc., que tout ne sera pour vous que confusion dans les symptomes qui, ne se ralliant à rien, vous offriront nécessairement une suite de phénomènes incohérens. Ouvrez quelques cadavres, vous verrez aussitôt disparoitre l’obscurité que jamais la seule observation n’auroit pu dissiper”

época (física e química); 2) o corpo entendido como máquina animada; 3) investigação reducionista e organicista, com a patologia igualada às lesões e disfunções do corpo, em vez de desequilíbrios relacionais; 4) aposta na causalidade linear, supondo a doença um efeito necessário que sucede a uma causa (lesão ou disfunção fisiológica); 5) os elementos complexos e dinâmicos (como as interações sociais, queixas polimórficas dos doentes) são entendidos como confundidores, sendo excluídos do estudo, que passa a focar os elementos na menor unidade possível de análise; e por fim e como decorrência das características anteriores 6) a saúde fica caracterizada negativamente como ausência de doença, ou silêncio dos órgãos, e 7) intervenção idealmente baseada na remoção das causas (físicas).

O item (1) expressa o objetivismo epistemológico para a justificação do conhecimento (e possivelmente critérios de acesso à verdade). A primeira consequência desse objetivismo seria a valorização do método experimental, que se seguido dentro de criteriosos princípios éticos, não seria alvo de nossa crítica³³. A forma de executar o projeto, entretanto, seguindo o modelo das “ciências maduras” é que constitui um problema, porque essa aposta tende a um duplo reducionismo – metodológico e ontológico – como veremos a seguir.

Se aceitarmos que os pressupostos acima enumerados podem, com efeito, ser atribuídos aos autores citados, então poderíamos justificar a afirmação de que há um duplo reducionismo no pensamento biomédico. Lembremos que, no capítulo 1, mostramos os motivos para um conceito objetivista de doença. Se unirmos objetivismo (1) e mecanicismo (2) teremos como consequência a equalização entre doença e lesão física (3). Esse *reduccionismo ontológico* (doença = a lesão orgânica) compõe a justificativa para o reducionismo “escalar” ou “de níveis”, isto é, a doença poderia ser explicada apenas a partir de um conhecimento suficientemente extenso do nível orgânico de descrição. A consequência prática dessa concepção é a restrição da exploração científica à dimensão orgânica, tanto em termos de financiamento da pesquisa e dos recursos terapêuticos, quanto do prestígio dos artigos publicados, ou do emprego de recursos humanos etc., o que levaria a uma *redução teórica secundária*.³⁴

Já o *reduccionismo metodológico*, “intra-nível” que grosso modo identificamos aqui

³³ Não temos como discutir nesse trabalho o mérito dos princípios éticos habitualmente propostos para as pesquisas médicas, mas no capítulo 4 defenderemos de um modo geral a *necessidade* do debate ético para a delimitação das opções metodológicas empregadas para o estudo das doenças.

³⁴ Na seção 3.2 examinaremos melhor as ligações entre redução ontológica, redução teórica e redução causal. Grosso modo, se a doença é *essencialmente* uma lesão, as *causas* das doenças poderiam ser desvendadas através do estudo da esfera orgânica, e as *teorias* que não fizessem referência a essa base orgânica (como teorias sociológicas ou psicológicas) poderiam ser de algum modo *reduzidas* ou eliminadas das explicações sobre as doenças.

com aposta quase exclusiva na análise dos elementos mais simples como estratégia metodológica para se atingir conhecimento acerca de um objeto de estudo³⁵, pode ser depreendido dos itens (4) e (5). Os modelos explicativos lineares foram extremamente bem sucedidos na física clássica, de modo que não podemos desmerecer o entusiasmo com que os médicos modernos os adotaram. O grau de sucesso dessa estratégia, entretanto, é desanimador quando aplicada a sistemas complexos como os seres vivos. Um salto metodológico viria mais tarde dos trabalhos da cibernética, propondo modelos de causalidade circular e causalidade contingente, de modo que é razoável afirmar uma superação em tese do reducionismo metodológico para a abordagem contemporânea da doença³⁶. Esse avanço metodológico parece ser uma das características centrais do neo-mecanicismo, que examinaremos no capítulo 3.

O item (6) refere-se à ontologização da doença como uma característica essencial da biomedicina. Ao centralizar esforços nos desarranjos materiais correlacionados à doença, considerando os elementos singularizadores do homem como irrelevantes ou até confundidores para a aquisição de conhecimento objetivo sobre as patologias, uma das conseqüências é o relativo apagamento do doente concreto, atitude essa que parece ter um peso central para a desumanização da prática médica na modernidade.

O item (7), por sua vez, indica sinteticamente o princípio para a implementação prática dos pressupostos que compõem o duplo reducionismo assumido pela biomedicina, e se articula coerentemente com as principais mazelas da biomedicina que vêm sendo alvo de críticas. Dentre as principais críticas citaremos: A) a tecnificação, que gera uma atuação excessivamente intervencionista (uso excessivo de fármacos e exames) e aumento incontrolável do custo da atenção à saúde; B) prática predominantemente curativa e voltada para o indivíduo isolado do meio (dissociado de seu contexto ambiental e humano), aspectos que, aliados ao intervencionismo, tendem a gerar excessiva dependência do paciente em relação ao médico e desresponsabilização do primeiro enquanto agente promotor de sua própria saúde; C) desumanização da prática médica, no sentido da desvalorização das relações

³⁵ O reducionismo metodológico também pode ser correlacionado com a proposta de unidade da ciência a partir do modelo da física. No capítulo 3 analisaremos as críticas da teoria sistêmica a essa forma de reducionismo. Cabe ressaltar que a redução metodológica parece ser uma estratégia necessária de estabelecimento de um recorte para análise, ficando o termo *reducionismo* ligado ao uso exclusivo de recortes pouco aceitáveis para o objeto em questão.

³⁶ Mesmo que Camargo Júnior (2005, p.184) esteja certo quando afirma que “muito embora a idéia de ‘multicausalidade’ seja frequentemente proposta como modelo explicativo, os modelos de causalidade linear predominam na prática (quando alguma causa é postulada)”, nossa questão é que existe um arcabouço capaz de superação do reducionismo analítico (metodológico), *pelo menos enquanto projeto*, passível de ser aplicado à abordagem científica da doença.

médico-paciente e das peculiaridades que compõem valores e preferências individuais (constitui-se aqui um paradoxo apenas aparente com o item (B), pois o foco da biomedicina é o indivíduo, mas somente seus aspectos físicos); D) Desconsideração do papel das dimensões social e psicológica, tanto no sentido de fatores promotores do adoecimento como de processos que sofrem as conseqüências deste; E) fragmentação do cuidado em especialidades, o que reforça a tecnificação, a prática curativa, o intervencionismo, a desumanização das relações, o obscurecimento das dimensões social e psicológica do adoecer, o desestímulo à implicação do indivíduo em seu cuidado, além de gerar baixa eficiência na resolução de problemas, exemplificada pelas peregrinações a especialistas que redundam na tão insatisfatória resposta “da minha área ao senhor não tem nada”.

Em resumo, podemos dizer que a união dos pressupostos objetivistas e mecanicistas na medicina resultaram numa identificação entre doença e lesão/disfunção física, que tem como conseqüência pragmática a produção de uma prática médica bastante criticada pelo modelo biopsicossocial da medicina. Argumentamos que esses pressupostos geraram uma espécie de duplo reducionismo, tanto no que se refere às dimensões de análise, quanto à metodologia de estudo fragmentadora mesmo se considerado apenas a dimensão biológica.

A seguir, veremos como a cadeia de pressupostos da biomedicina, e seus conseqüentes problemas, foram transpostos para a psiquiatria tradicional.

2.3. Os pressupostos da psiquiatria tradicional

A opção de termos examinado aspectos da biomedicina em geral se justifica por supormos que semelhante caracterização seja aplicável ao caso da psiquiatria tradicional. A semelhança, aliás, não é casual, já que o projeto organicista de Kraepelin, ressuscitado pelos psiquiatras nos anos 70, parece ser um super-esforço de adequar a psiquiatria à proposta geral da medicina, com o inegavelmente vantajoso desfrute de maior respeitabilidade social.

No princípio do século XX era freqüente que os psiquiatras se declarassem intelectualmente filiados ou à escola francesa de Pinel e seu tratamento moral (que poderia ser entendido como uma espécie de tratamento psicológico), ou à escola organicista alemã de Kraepelin. Cabe ressaltar que, mesmo quando não tinham nada de concretamente diferente para propor como tratamento, tais escolas ou paradigmas diferiam bastante quanto às intervenções idealizadas, em função do que cada uma concebia ser essencialmente a doença mental.

O contexto no qual Kraepelin lança as bases para a classificação psiquiátrica

contemporânea, na segunda metade do século XIX, era o apogeu das teorias objetivistas de doença. São contemporâneos de Kraepelin os trabalhos de Koch e Pasteur. Nesse contexto, não surpreende que Kraepelin tenha considerado que cada doença mental decorreria de um tipo específico de patologia cerebral, cujos quadro clínico e evolução característicos seriam efeitos necessários. Mesmo sem meios técnicos para detectá-las, as alterações cerebrais eram presumidas por adesão ao materialismo reducionista, que parecia ser o arcabouço filosófico mais promissor para um empreendimento científico no campo mental naquela época.³⁷

Com o avançar do séc. XX, depois da divulgação e aceitação dos trabalhos de Freud, os conceitos psicanalíticos foram se tornando a grande referência das classificações, e influenciaram a construção da primeira edição, em 1951, do DSM da American Psychiatry Association (NEMIAH, 1975). Tal influência perdurou até os anos 70, quando floresce a classificação neo-kraepeliniana (NARDI, 2000), e as conseqüentes mudanças na nosografia psiquiátrica contemporânea, que têm o DSM-III, editado em 1980, como marco. Parece-nos claro que o neo-kraepelinismo da psiquiatria contemporânea pretende o mesmo que seu inspirador: integrar a psiquiatria ao domínio das ciências da natureza.

Dentre os principais motivos para a revisitação a Kraepelin, provavelmente podemos apontar a proliferação de críticas anti-nosologia psiquiátrica nos anos 60 e 70. As críticas vinham 1) de psicanalistas, argumentando que a singularidade da pessoa era apagada pelo diagnóstico psiquiátrico; 2) de terapeutas de família, que viam o paciente identificado pelos psiquiatras como um sintoma de um contexto familiar adoecido; 3) de terapeutas comportamentais, apontando que as categorias psiquiátricas não tinham valor preditivo de resposta terapêutica, que seria melhor afirmado pela análise dos fatores ambientais segundo sua teoria; 4) da baixa confiabilidade ou reprodutibilidade (*confiability*) das categorias diagnósticas, isto é, que avaliadores diferentes tendiam a atribuir diagnósticos diferentes ao mesmo paciente e 5) de que o rótulo diagnóstico propiciaria exclusão social (KENDELL, 1975).

Paralelas a essas críticas, algumas descobertas científicas possibilitaram o ressurgimento da pesquisa em diagnóstico, como: 1) a descoberta de fármacos com propriedades psicotrópicas nos anos 50 e da assunção de que grupos diagnósticos teriam respostas diferenciadas a cada medicação; 2) o desenvolvimento da pesquisa em biologia

³⁷ Há que se atentar que, mesmo apostando na futura descoberta das lesões correspondentes às patologias mentais a classificação Kraepeliniana está centrada na descrição dos sintomas e na evolução do quadro patológico. Isso difere em muito seu projeto classificatório e o projeto da medicina em geral, para o qual a lesão estabelecida é central para as definições classificatórias. Essa aparentemente pequena diferença teria como consequência que a classificação neo-kraepeliniana é ampla o suficiente a ponto de poder ser usada mesmo sem se apostar num projeto materialista redutivo.

básica, principalmente genética e biologia molecular, e a conseqüente promessa de encontrar fatores etiológicos para os transtornos mentais através da averiguação de possíveis correspondências entre variações genéticas e sintomas. Para a viabilização da pesquisa farmacológica e genética, tornava-se importante a criação de categorias diagnósticas que se caracterizassem por relativa homogeneidade dos indivíduos dentro de um mesmo grupo, limites claros entre uma categoria e outra, reprodutibilidade, e de preferência, que fossem mutuamente exclusivas (AKISKAL, 1989).

As críticas vindas de vários segmentos científicos, associadas às promessas e necessidades das pesquisas em farmacologia e genética, impulsionaram o projeto de tornar a psiquiatria uma especialidade médica calcada nos ideais científicos das ciências biológicas. Para alcançar esse objetivo, os diagnósticos psiquiátricos deveriam tomar uma forma descritiva com ênfase em dados observáveis e operacional, isto é, com explicitações de como proceder à caracterização dos quadros sintomáticos.

Uma conseqüência desse caldo de cultura foi a progressiva elaboração de grandes estudos transnacionais acerca de diagnósticos psiquiátricos, e mais tarde, a Universidade de Washington seria o palco do surgimento da primeira classificação neo-kraepeliniana sistematizada a partir da produção dos critérios de St. Louis ou critérios de Feighner, em 1972. Tais critérios ampliados foram empregados na construção do Research Diagnostic Criteria – RDC – em 1979, cujas categorias modificadas formaram a base do DSM-III de 1980 (SPITZER; WILLIAMS; SKODOL, 1980), que em essência, permanece até os dias de hoje com o DSM-IV.

Adequado às necessidades de confiabilidade, o DSM-III contém descrições detalhadas e sistemáticas de mais de duzentas categorias diagnósticas e apresenta o estado da arte dos diagnósticos (prevalência, fatores predisponentes, idade de início, etc.). Os diagnósticos são formulados com base em critérios operacionais, com indicações de quais perguntas ou observações os clínicos deveriam fazer para a pesquisa dos critérios, além de fluxogramas para a definição diagnóstica (THISCHLER, 1985).

A exclusão de nomenclaturas comprometidas com teorias etiológicas, como por exemplo, o termo neurose tomado da teoria psicanalítica, era justificada uma vez que a definição teórica não tinha validação em estudos empíricos. O problema da formulação das categorias diagnósticas em termos de definições operacionais, entretanto, é que elas tendem a excluir também alguns fenômenos abordados pelas teorias que tenham baixa confiabilidade de reconhecimento clínico (isto é, baixa concordância entre observadores). Parece que quando a psiquiatria retomou um projeto de cientificidade simpatizante da redução ontológica neo-

organicista, a metodologia implementada também tendeu ao reducionismo, de modo que a psiquiatria oficial também padece do duplo reducionismo³⁸ apontado para a biomedicina.

Uma vez exposto o renascimento do paradigma neo-kraepeliniano (ou neo-organicista), representado pelo DSM-III e seu sucessor, o DSM-IV, e sabendo a que tipo de perguntas ele tenta dar resposta, é possível agora retomar as características que atribuímos à biomedicina, porque parece evidente que a psiquiatria organicista herda daquela seus pressupostos (duplo reducionismo) e seus problemas, além de alguns problemas adicionais advindos da aplicação de um modelo físico ao campo mental.

Contemporaneamente, a psiquiatria tradicional aposta na neurociência para desvendar enfim a cadeia que geraria as manifestações psicopatológicas, renovando sua confiança no materialismo reducionista, algo que pode ser percebido pela expansão das explicações neurocientíficas para os transtornos mentais. O entusiasmo das correlações entre serotoninas e depressão, veiculadas pela mídia para o imaginário popular, é um exemplo patente do sonho da psiquiatria oficial de enfim caracterizar as “lesões” correspondentes às suas doenças. Esse entusiasmo neuroexplicativo aponta para a redução do nível psicológico ao orgânico. A doença teria, assim, bem definida sua essência, e a saúde, em contraposição, poderia ser de alguma forma reduzida ao silêncio do cérebro. Longe de querermos duvidar da utilidade das pesquisas neurocientíficas; o que colocamos em questão são as conseqüências de se manter o cerne da aposta metafísica materialista reducionista, de que as alterações comportamentais estariam plenamente explicadas quando desaparecesse nossa ignorância acerca dos mecanismos neuronais.

Dentre as conseqüências específicas para a psiquiatria que tendem a seguir da adesão a uma metafísica materialista reducionista citamos: 1) a exclusão de elementos complexos das descrições das doenças mentais em função da dificuldade de serem expressos em termos operacionais, como a avaliação da modulação afetiva, por exemplo; 2) a desvalorização de intervenções psicoterápicas de difícil enquadramento experimental, como a psicanálise, por exemplo; 3) a dificuldade de superação da lógica do isolamento para a abordagem da doença mental; 4) o desincentivo às pesquisas na área de ciências humanas e excessivo intervencionismo farmacológico; 5) a dificuldade de se explicar como surgem doenças específicas de uma cultura, assim como aparecimento e desaparecimento de doenças ao longo de um tempo insuficiente para ser creditado a variações genéticas da espécie humana.

³⁸ Na atualidade pode-se dizer que, pelo menos no que diz respeito ao reducionismo metodológico, há propostas de superação em abordagens neo-mecanicistas que incorporam metodologias sistêmicas, mas exemplos estariam além do alcance desse trabalho.

Como indicamos, a proposta do diagnóstico baseado em critérios operacionais foi montada com o fito de se alcançar alguma objetividade, que poderia ser “mensurada” pela confiabilidade (concordância entre observadores). O problema é que o objetivismo do diagnóstico baseado em critérios operacionais tende a excluir elementos complexos, uma vez que apenas aquilo que pode ser mensurado e obtenha razoável concordância entre avaliadores é traduzido em critérios operacionais. Isso implica que dimensões de difícil descrição e concordância, como afirmações sobre a adequação dos afetos ao contexto, sejam excluídas da análise, constituindo-se assim um reducionismo metodológico (TISCHLER, 1985). Mesmo com baixa concordância entre avaliadores, a modulação afetiva é necessária para o estabelecimento dos limites entre a normalidade e os transtornos de personalidade, por exemplo, o que indica a limitação do emprego estrito de critérios operacionais na psiquiatria.

Outra consequência do reducionismo metodológico seria a valorização da intervenção baseada em experimentos sistemáticos, que se pode perceber pela incorporação nos guidelines da psiquiatria da medicina baseada em evidência. A produção de evidências empíricas que sustente intervenções terapêuticas em si é bem vinda, mas não é plenamente aplicável a variáveis importantes para psicoterapia que não têm como meta exclusiva a redução sintomática, ficando estas terapias de difícil enquadramento experimental, como as de orientação psicanalítica, relegadas a um plano secundário, isto é, para os casos em não temos terapias bem estabelecidas.

Uma das maiores críticas feitas ao tratamento psiquiátrico tradicional é o isolamento “terapêutico” do doente, que chega a ponto de certos pacientes graves se tornarem moradores dos hospitais psiquiátricos. Se a esquizofrenia altera a capacidade de efetivar relações sociais, o doente precisa de ressocialização, não de isolamento. Apesar do evidente contra-senso, a prática do isolamento tinha pelo menos duas boas razões para ser empreendida: 1) a conveniência de se varrer para debaixo do tapete os párias da sociedade e 2) a associação do modelo tradicional de tratamento psiquiátrico a um modelo epistemológico que propõe o isolamento do objeto como pré-requisito para a objetividade científica. Mas se tomarmos como exemplo doenças como os transtornos de personalidade – definidos como “padrões persistentes e inflexíveis no modo de perceber, relacionar-se e pensar sobre o ambiente e sobre si mesmo, exibidos em uma ampla faixa de contextos sociais e pessoais” (DSM-IV-TR, 2002) – percebe-se a completa inadequação de se estudar o objeto retirando-lhe da teia de relações em que se encontra.

No mesmo sentido das consequências anteriores, se o estudo e intervenção de prestígio seria o que se estabelece no patamar orgânico, a tendência é de encorajamento financeiro de

pesquisas farmacológicas e paralelo desincentivo à da área humana. A estratégia terapêutica privilegiada tende a ser a farmacológica. Essa questão tem sido exaustivamente alvo de críticas, de modo que não precisamos nos alongar no ponto, exceto para deixar claro que, assim como a experimentação sistemática, o uso de medicação nos parece bem vindo em várias situações, sendo criticável apenas se empregado como terapêutica isolada e abusiva, isto é, como medicalização do sofrimento para a qual seriam cabíveis outras formas de abordagem e compreensão.

Ao adotar um reducionismo ontológico, algumas insuficiências, já evidentes no âmbito da medicina em geral, parecem mostrar-se mais graves para a psiquiatria; primeiro, porque as manifestações da doença mental estão mais claramente atreladas a fatores culturais e às experiências pessoais, como podemos constatar pela existência de categorias classificatórias com doenças específicas de certas culturas e classes de doenças estritamente ligadas à reação ao estresse (como os transtornos de ajustamento, por exemplo); e segundo, porque o teor da construção teórica parece ter um efeito direto sobre a construção dos sintomas. A esse respeito nos diz Soar Filho (2003, p. 321):

O caso da 'neurastenia'³⁹ é exemplar [...]. Este diagnóstico, que já esteve tão em voga na psiquiatria ocidental, foi praticamente eliminado nas atuais nosografias (e somente permanece na CID 10 por uma espécie de solução negociada). No entanto, na China, ele segue sendo amplamente utilizado tanto por médicos como pela população em geral, e sua validade empírica está mais do que confirmada nas práticas cotidianas de saúde. Não apenas os médicos identificam os sintomas que caracterizam este quadro, como os pacientes os referem mais frequentemente. Isso pode sugerir que a existência do diagnóstico, e principalmente sua incorporação à cultura, condicionam na população a organização dos sintomas segundo sua lógica específica. Não poderia este ser o caso dos tantos quadros de "depressão" que vemos diariamente na prática clínica? Onde estão hoje as "histéricas" de ontem? Onde estavam ontem os doentes de "pânico" de hoje?"

Se for verdade que o diagnóstico psiquiátrico influencia a manifestação de sofrimento do indivíduo, é também provável que a concepção do que seria o adoecimento influencia a concepção do sujeito doente acerca de si mesmo. Nesse sentido, a suposição tácita de que a doença seria uma “peça solta em uma engrenagem” (que deveria ser ajustada) pode trazer duas perigosas conseqüências: 1) a tendência à desresponsabilização individual e social e 2) o empobrecimento de nossas descrições acerca do que é o ser humano e qual o seu lugar no mundo.

No que tange à desresponsabilização individual e social, esta parece uma conseqüência

³⁹ Transtorno mental caracterizado por fadigabilidade mental ou física aos mínimos esforços, que se acompanham ou de lembranças indesejáveis ou de sintomas físicos vagos como tontura e mal-estar geral.

de se assumir o reducionismo materialista, mais ou menos como levantamos a suspeita quando tratamos dos argumentos de La Mettrie: se o que se passa comigo for determinado pela configuração material herdada ou adquirida, que poderia eu fazer para mudar voluntariamente os rumos de meus sentimentos e ações? Vemos hoje a explicação neurocientífica ser aplicada às ações “desviantes”, do comportamento impróprio do aluno bagunceiro.⁴⁰ Acontece que, se começarmos todos a acreditar demais que as causas (e, conseqüentemente, as soluções) dos sofrimentos humanos dependem apenas de anormalidades do funcionamento cerebral, dificilmente se justificariam esforços sociais e pessoais para lidar com tais problemas. É significativo, por exemplo, o efeito muitas vezes visto nos consultórios médicos de apaziguamento de angústias paternas quando o médico declara “seu filho é hiperativo!”: há uma grande tendência a se negligenciar os problemas com a educação e o ambiente afetivo em que cresce a criança se os pais crêem que, por motivos desconhecidos, há alterações cerebrais que justificam o comportamento do filho. Embora não necessário, é um efeito que tende a seguir-se da redução dos problemas psicossociais ao nível orgânico.

Já no que diz respeito ao empobrecimento de nossos recursos descritivos e compreensivos pelo abandono da abordagem plural (pelo menos multidisciplinar, tão preconizada nos Centros de Atenção Psicossocial), argumentaremos que a redução do homem a mecanismos neurofisiológicos é míope para a riqueza composta pelas crenças, desejos, modos de relação interpessoal, por um efeito também não necessário, mais esperado. Penso que não me sentiria muito disposto a ouvir atentamente os lamentos de um paciente deprimido (perdas, sensação de esvaziamento de sentido etc.) se eu acreditasse que, ao fim e ao cabo, aquilo pudesse ser considerado um mero efeito colateral de seu mau funcionamento cerebral.

Por fim, colocar a mim mesmo como campo onde também ocorrem fenômenos, como por exemplo, estar mais ou menos disposto a ouvir lamentos, me faz perguntar quais seriam os efeitos das práticas da psiquiatria sobre o psiquiatra e o trabalhador em saúde mental em geral. De que forma a criação recria seu criador? Suspeitamos que, algo de nossa forma de abordar a doença mental volta-se sobre nós mesmos, de modo que a pobreza da abordagem parece empobrecer o próprio homem que descreve ao outro. Se é possível que o reducionismo contribua para o desencantamento do trabalhador de saúde mental, este é mais um motivo

⁴⁰ Curiosamente La Mettrie já explicava a “violência” dos ingleses por seus hábitos de comer carne mal passada. Parece-nos muito mais sustentável que inclusive a opinião de La Mettrie acerca dos ingleses possa ser compreendida em função da histórica rivalidade entre as nações, mais que atribuir qualquer característica aos hábitos alimentares ou à genética que programaria o cérebro dos ingleses para as conquistas marítimas ou para o peculiar senso de humor.

para refletirmos sobre modelos de psiquiatria ampliada.

2.4. Resumo do capítulo

Em resumo, até o momento argumentamos que os principais problemas da biomedicina são os frutos de uma árvore cujas raízes são os pressupostos mecanicistas e objetivistas, e o tronco principal seria o reducionismo metodológico e ontológico na abordagem das doenças.

Também apontamos que a psiquiatria oficial de inspiração organicista estaria comprometida com os mesmos tipos de reducionismo que sua inspiradora, a biomedicina, de modo a compartilhar os mesmos problemas desta além de alguns próprios, como a tendência à desresponsabilização e empobrecimento descritivo na psiquiatria ao se adotar a redução das doenças mentais à sua dimensão biológica.

A conclusão parcial de que os pressupostos reducionistas da biomedicina parecem grandemente implicados com atitudes médicas criticadas na contemporaneidade será de extrema importância quando retomarmos nosso argumento principal, de que é avaliando as consequências dessa cadeia que elegeremos o tipo de concepção de objeto mais justificável, e por sua vez, que tipo de pressupostos ontológicos e epistemológicos queremos adotar para a prática da medicina e da psiquiatria.

Assim, nossa tarefa será, no capítulo 3, examinar contribuições teóricas que possibilitariam fundamentar epistemologicamente uma clínica ampliada, no sentido de não reducionista, e no capítulo 4, propor uma ontologia não-mecanicista como alternativa ao objetivismo epistemológico e à metafísica mecanicista, na intenção de superar alguns dos problemas encontrados na medicina e psiquiatria tradicionais.

CAPÍTULO 3:
AS REFORMAS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA:
metodologia, epistemologia e cosmologia da clínica
ampliada

Em caso de ignorância, é melhor adotar a hipótese que deixa aberto o maior campo de possibilidades⁴¹

(PEIRCE, 1994a, CP 1. 170)

Desde que se assuma alguma separação entre coisas, algum movimento de independência, algum livre jogo de partes umas com as outras, alguma novidade real ou acaso, mesmo que diminutos, [o pluralismo] está amplamente satisfeito, e permitirá qualquer quantia, por maior que seja, de verdadeira unidade.⁴²

(JAMES, 1958a, p. 107).

⁴¹ “In case of ignorance it is best to adopt the hypothesis which leaves open the greatest field of possibility”

⁴² “Provided you grant *some* separation among things, some tremor of independence, some free play of parts on one another, some real novelty or chance, however minute, she [pluralism] is amply satisfied, and will allow you any amount, however great, of real union.”

Apresentação

No capítulo 2 apontamos alguns dos principais problemas da aplicação do mecanicismo e do objetivismo epistemológico na abordagem das doenças em geral, bem como no caso particular da psiquiatria, a saber, que elementos importantes para o entendimento do processo de adoecimento parecem excluídos em função da total identificação entre doença e alteração orgânica. Vimos também no capítulo 1 que mudanças paradigmáticas na abordagem médica (o modelo biopsicossocial) e psiquiátrica (a reforma psiquiátrica) propõem uma reconceitualização da doença, que estaria de algum modo atrelada a uma ontologia relacional, contextualista e biográfica da doença.

No presente capítulo, argumentamos que as críticas da Reforma Psiquiátrica ao modelo da psiquiatria tradicional precisariam, para alcançar um maior poder transformador, incorporar pressupostos epistemológicos e metodológicos diferentes daqueles que fundamentam a sua concorrente.

Para atingir nossos objetivos, apresentamos, na seção 3.1, nossa hipótese de que a teoria sistêmica, a teoria de níveis, o pluralismo epistemológico e a teoria da auto-organização poderiam fornecer importantes contribuições para a fundamentação epistemológica e metodológica de uma concepção ampliada de doença, objetivo que parece comum à reforma psiquiátrica e ao modelo biopsicossocial, o que configuraria uma “reforma epistemológica” de uma racionalidade médica ampliada.

Na seção 3.2. exemplificamos os pressupostos epistemológicos emergentes das contribuições teóricas acima referidas, indicando como eles poderiam ser aplicados no caso da psiquiatria e, em embora pudessem também frutiferamente endossar as propostas do modelo biopsicossocial da medicina, por uma questão de limites do trabalho restringiremos daqui pra frente nossas análises ao contexto da psiquiatria.

Já na seção 3.3, problematizamos a necessidade de avançar até o último item que compõe uma racionalidade médica – a cosmologia – a fim de se consolidar uma mentalidade que seja capaz de uma reestruturação robusta das concepções de doença e intervenção dos profissionais de saúde.

3.1. Contribuições para uma reforma metodológico-epistemológica da reforma psiquiátrica

3.1.1) Controvérsias sobre a inteligibilidade de fenômenos complexos

Vimos na seção 2.1.1 que dentre as características do mecanicismo clássico poderíamos destacar o projeto de explicação da natureza sem menção a qualquer idéia de finalidade. A esse respeito assim se pronuncia Descartes (1973a, p. 60):

[...] resolvi falar do que aconteceria num [mundo] novo, se Deus criasse agora em qualquer parte [...] bastante matéria para compô-lo [...], e em seguida, não fizesse outra coisa senão prestar o seu concurso comum à natureza, e deixá-la agir segundo as leis por Ele estabelecidas. Assim, primeiramente, descrevi essa matéria e procurei representá-la de tal modo que nada mais há no mundo, parece-me, de mais claro nem mais inteligível [...]; pois supus mesmo, expressamente, que não existia nela nenhuma dessa *formas ou qualidades* acerca das quais se disputa nas escolas, nem, de modo geral, qualquer coisa cujo conhecimento não fosse tão natural às nossas almas que não se pudesse mesmo fingir ignorá-lo

O projeto mecanicista clássico é, sobretudo, um projeto otimista de que o mundo seria, em princípio, inteligível e passível de conhecimento pelo homem. Nesse sentido, ao não se postular princípios finalistas inerentes aos corpos, acreditava-se aumentar a transparência da natureza ao entendimento humano.

A principal suspeita acerca da inteligibilidade da causa final aristotélica, que seria um tipo de princípio finalista inerente ao corpo, seria a questão de como uma finalidade, uma espécie de alvo, que não está presente agora poderia direcionar o comportamento dos corpos. A capacidade de antever um alvo, de se direcionar para o futuro é mais intuitivamente ligada à capacidade de raciocínio humano, mas pouco intuitiva se aplicada às entidades inanimadas, como dizer que a finalidade da chuva seria molhar o solo e propiciar a plantação (uma interpretação um tanto ingênua, mas ilustrativa de como poderia ser entendida a causa final). Um dos prováveis motivos para Descartes salvar uma substância não mecânica – a *res cogitans* – seria preservar a capacidade de agir visando o futuro como um atributo da alma racional humana, e apenas dela. Embora o estatuto filosófico da finalidade seja digno de muita controvérsia, uma divisão intuitiva mais ou menos simples poderia ser feita quanto aos possuidores de finalidade: o homem age intencionalmente, isto é antevendo uma finalidade, e os seres inanimados não; e assunto encerrado. A dificuldade especial estaria em classificar os outros seres vivos.

Na contemporaneidade, o direcionamento dos seres vivos para finalidades foi objeto

de estudo de Bertalanffy, o qual relata em seu livro *Teoria Geral dos Sistemas*⁴³ (BERTALANFFY, 1973) que o motivo básico da propositura de tal teoria seria a aparente intratabilidade de certos fenômenos dos sistemas vivos caso fossem pensados segundo o modelo hegemônico do mecanicismo clássico, notadamente o problema da equifinalidade. Resumidamente, equifinalidade se refere à possibilidade de, a partir de estados iniciais diferentes, o organismo chegar ao mesmo ponto, que poderia ser considerado como sua meta. Por exemplo, um embrião de ouriço-do-mar, se dividido artificialmente em dois gera não duas metades de ouriço, mas dois ouriços inteiros, que parece ser a finalidade do embrião.

As alternativas explicativas da época para tal fenômeno pareciam bastante frágeis. De um lado, seguindo o conceito de causalidade linear do mecanicismo clássico – na qual um antecedente gera necessariamente o mesmo conseqüente – seria de se esperar que a partir de condições iniciais diferentes fossem obtidas diferentes condições finais. O vitalismo, por sua vez, ao postular que as diferenças de propriedades entre matéria orgânica e inorgânica seriam oriundas de uma força própria da vida era acusado de apelo ao sobrenatural: dotar os seres vivos de uma força inexplicável em princípio era bastante indesejável para uma visão científica do mundo. A insistência do embrião de ouriço era um desafio à inteligibilidade até a primeira metade do século XX. Cabe uma pequena digressão à história moderna dessa inteligibilidade.

Até o século XVIII o debate vitalismo X mecanicismo em geral não colocava em questão a existência de Deus ou da alma e a origem das funções psíquicas superiores. A divergência estaria em que os mecanicistas se propunham a explicar boa parte dos fenômenos vivos a partir de descrições da física e da química, de modo que a vida, pelo menos em suas formas mais básicas, não diferiria do resto do mundo material. Conforme o séc. XIX avançasse em descobertas, como de que todo ser vivo era composto por células, que os impulsos nervosos tinham natureza elétrica etc., o otimismo do projeto mecanicista estendeu-se quase que generalizadamente na tentativa de eliminar qualquer propriedade misteriosa, de modo que inclusive os fenômenos psíquicos seriam explicáveis a partir de suas bases físico-químicas (EMMECHE; KÖPPE; STJERNFELT, 1997). Ou seja, parece que a ciência apontava mais para La Mettrie que para Descartes. Como vimos no capítulo 2, é nesse contexto que surge o projeto organicista da psiquiatria. O século XX, entretanto, veria importantes mudanças do debate.

⁴³ Embora a tradução pareça acertada para <*General Systems Theory*>, vale a pena destacar uma pequena imprecisão: toda teoria é geral, e o que se pretende é uma teoria aplicável a todos os sistemas, de modo que a melhor tradução talvez fosse *Teoria dos Sistemas em Geral*.

Um braço de desenvolvimento teórico no sentido de explicação do comportamento guiado por metas redundou no projeto da cibernética. Pode-se dizer que a cibernética, cujo propósito é o estudo dos mecanismos de controle e *feedback*, permitiu uma naturalização da teleologia a partir da noção de causalidade circular, situação na qual os efeitos de um processo têm poder de retroagir sobre o início do processo, modificando seu curso em sucessivos ajustes. Nas palavras de Vijver (1992, p. 2): “O que geralmente foi alvo de crítica e rejeição da cibernética, de fato, em nossa visão, foi lidar com o propósito de entender, em um contexto científico, o fenômeno teleológico concebido de maneira ampla”. Talvez a maior transformação do projeto mecanicista na contemporaneidade, que poderíamos identificar como o cerne do neo-mecanicismo contemporâneo, seria a naturalização da teleologia e sua reinclusão entre as explicações racionais.

Na primeira cibernética, a teleologia foi introduzida pela presença de um alvo definido para o sistema, que balizaria seu comportamento. A separação entre sujeito que observa e o objeto alvo do sistema estava implícita no projeto da primeira cibernética, até porque seus interesses recaíam sobre construções tecnológicas, que herdam suas metas de seus construtores humanos. Já na segunda cibernética, o interesse recai em explicar o comportamento não mais apenas de sistemas observados, mas de sistemas abertos e em evolução, que constroem suas próprias metas, isto é, sistemas vivos (ou vida artificial) que se constroem e se organizam sem um centro de controle externo. Esses desenvolvimentos foram dados pela *teoria da auto-organização*, a qual retornaremos oportunamente.

Outra vertente de desenvolvimento teórico no debate vitalismo X mecanicismo foi o emergentismo. Uma vez que poucos aceitassem a existência de uma força imaterial e inexplicável por trás de fenômenos complexos dos seres vivos, como as faculdades psíquicas, por exemplo, várias proposituras vieram no sentido de “desvitalizar” esse salto qualitativo do “mundo físico” para o “mundo mental”, e o conceito mais importante aqui envolvido seria o de *emergência* de novas propriedades configurando novos níveis organização. O tratamento dos princípios de organização poderia ser identificado como o projeto central da *sistêmica*, e a emergência implica em uma *teoria de níveis*, como explicaremos a seguir.

A abordagem mecanicista dos problemas da física era excepcionalmente eficaz em função de seus objetos poderem ser tratados, ou enquanto fenômenos de perfeita ordem, para os quais valem as leis determinísticas, ou enquanto fenômenos de perfeita desordem (ou sistemas caóticos), para os quais valem as leis probabilísticas. Quando há um número finito de variáveis envolvidas, porém extremamente grande para calcular, como é o caso dos processos dos sistemas abertos, nenhuma máquina até hoje seria capaz de computar, em tempo razoável,

os desfechos possíveis. A inteligibilidade de processos complexos, como a embriogênese do ouriço-do-mar, parece se constituir não sobre a combinação aleatória, mas sobre princípios de organização, e são precisamente esses princípios de organização complexa que a teoria dos sistemas pretende abordar.

A observação de que fenômenos em domínios muito diferentes poderiam ser descritos através de funções matemáticas semelhantes parecia apontar a existência de similaridades organizacionais. O empreendimento intelectual que pretendia descrever tais similaridades formais foi nomeado de *teoria dos sistemas gerais*, que seria para Bertalanffy (1973) não propriamente uma teoria, mas uma meta-teoria, uma disciplina lógica-matemática que estaria para a descrição da *organização formal* dos sistemas complexos assim como a teoria das probabilidades estaria para a descrição dos fenômenos aleatórios. Nesse sentido, o autor acredita que a teoria dos sistemas gerais poderia substituir o fisicalismo enquanto proposta para a unificação das ciências: em vez da redução de tudo aos seus componentes materiais, a unificação se daria em termos da descrição das propriedades universais de organização dos sistemas. Mas assim como haveria propriedades universais, também haveria em cada nível descritivo leis próprias e irreduzíveis a planos mais elementares (inclusive o físico), de modo que um *perspectivismo* substituiria a aposta no reducionismo teórico (fisicalista) na ciência. Trataremos de uma proposta perspectivista mais à frente.

Em resumo, até aqui citamos alguns problemas teóricos relacionados à necessidade de explicar fenômenos complexos que parecem guiar-se a partir de metas e o surgimento de propostas de resolução desses problemas. A seguir, exploraremos alguns conceitos da teoria sistêmica, da teoria de níveis, do perspectivismo e a teoria da auto-organização que nos permitiram posteriormente avançar no projeto da presente dissertação, que sustentar fundamentos para uma epistemologia da psiquiatria ampliada.

3.1.2) Teoria sistêmica, Teoria de níveis e o anti-reducionismo robusto

Um dos pontos centrais para uma concepção ampliada de doença mental, a nosso ver, seria evitarmos 3 tipos de reducionismo: metodológico, ontológico e causal das propriedades mentais. Propomos que a chave para um argumento anti-reducionista radical passaria pela forma de se entender os conceitos de propriedades emergentes, teoria de níveis e causalidade descendente, que analisaremos a seguir.

Inicialmente, é importante acrescentar à noção intuitiva que possamos ter de sistema uma definição mais rigorosa, como a que nos é apresentada por Bresciani Filho e D'Ottaviano (2000, p. 284-5):

Um sistema pode ser inicialmente definido como uma entidade unitária, de natureza complexa e organizada, constituída por um conjunto não vazio de elementos ativos que mantém relações, com características de invariância ao longo do tempo que lhe garantem sua própria identidade. Nesse sentido, um sistema consiste num conjunto de elementos que formam uma estrutura, a qual possui uma funcionalidade.

Uma das características dos sistemas em geral é a possibilidade de constituição de propriedades de conjunto que não são encontradas entre os seus elementos. Da própria definição de sistema e da característica de constituição de propriedades sistêmicas decorrem três propriedades fundamentais dos sistemas: 1) globalidade, isto é, a unidade não é decomponível em subconjuntos sem perda; 2) sinergia, isto é, que a ação dos elementos sob a coordenação de uma totalidade pode ter uma resultante diferente daquela na qual os elementos atuassem individualmente sem uma meta, e 3) possibilidade de surgimento de novidade no sistema.

A primeira característica fundamental de uma concepção sistêmica, derivada das noções de globalidade e sinergia, é que a tarefa principal seria o estudo dos princípios de organização dos sistemas. Duas características distinguiriam a noção de organização na sistêmica daquela organização concebida pelo mecanicismo clássico: i) a identidade de um sistema aberto ou semi-aberto reside nos padrões dinâmicos de interações entre elementos e destes com ambiente, e não na estrutura material elementar; ii) a organização sistêmica dinâmica pressupõe atividades processuais - fluxos de matéria, energia e informação – que realizam ou dão suporte à unidade funcional.

Dado o peso da organização sobre a manifestação de propriedade dos elementos, tem-se como *conseqüência ontológica* do pensamento sistêmico que a composição material estática perde o lugar central na determinação de identidade do sistema. Assim, se para a ontologia mecanicista os blocos básicos de construção da realidade são as *partículas* físicas, para a sistêmica, tais blocos seriam as *relações*⁴⁴. Por outro lado, uma *conseqüência metodológica* de se assumir uma “ontologia relacional”, é que a unidade de estudo passa a ser redes em vez de apenas elementos isolados, ou seja, continuamos fazendo recortes para estudo

⁴⁴ Há variações na interpretação do relativo peso da matéria na constituição das relações desde um “funcionalismo”, que as consideram irrelevantes ante a descrição do sistema como caixa preta governada por imput, outputs e sua organização interna, e um viés mais “aristotélico” que entende uma espécie de causa formal sempre acoplada à determinada causa material.

– porque é inevitável recortar para examinar certos aspectos de nosso objeto de estudo – mas o recorte fica maior e é capaz de detectar certas propriedades sistêmicas não aparentes nos elementos isolados.

Já a possibilidade de novidade no sistema, diz respeito diretamente à *emergência de propriedades* diferentes daquelas apresentadas pelas partes isoladas, e com poder para modificar o comportamento das partes em si. Isso quer dizer que, assim como as partes interagem de modo a criar propriedades que regem o comportamento do sistema como um todo, a qual denominamos *causação ascendente*, também as propriedades emergentes do todo funcional impõem coesão e coordenação ao comportamento das partes, o que chamamos de *causação descendente*. Para se compreender essa afirmação é preciso uma palavra sobre a teoria de níveis⁴⁵.

Para entendermos as trocas complexas que os sistemas abertos fazem com o meio ambiente, precisamos fazer uso de uma série de conceitos fundamentais. Inicialmente, é preciso que o sistema seja separado do meio através de alguma fronteira, que permita trocas de matéria, energia e informação, ao mesmo tempo em que auxilia a manutenção de sua organização. As trocas são entendidas como entradas e saídas que funcionam como conexões do sistema com o meio e com outros sistemas circundantes, conexões essas que moldam redes de sistemas. Se essas redes atuarem de forma coesa o suficiente para estabelecer uma nova unidade funcional, podemos considerar essa unidade como um supersistema, cujos sistemas formadores são considerados subsistemas. Sob esse ponto de vista, todo sistema estaria inserido em algum sistema de nível mais alto e contém sistemas de nível mais baixo.

Essa visão de que qualquer sistema estaria inserido em relações “para cima” (em escalas ou níveis mais altos) e “para baixo” (se focarmos os sistemas em menor escala que compõem o sistema alvo de nossa atenção) define a teoria de níveis, que postula, em linhas muito gerais, que a realidade pode ser descrita como uma estrutura de níveis irreduzíveis, cada um deles sendo constituído por totalidades ou sistemas caracterizados por um conjunto específico de propriedades próprias. A hipótese de que alguns níveis – que talvez possam ser chamados primários – instalariam um salto qualitativo estaria associada a um conceito mais robusto de emergência e a uma teoria de níveis não-reducionista (EMMECHE; KÖPPE; STJERNFELT, 1997). Um exemplo de constituição de um nível primário seria quando moléculas orgânicas compõem um sistema com propriedades muito especiais de se perpetuar

⁴⁵ A tradução do Inglês <Level Theory> tradicionalmente é feita como teoria de níveis, embora só num sentido figurado *nível* se aplicaria a planos ou dimensões. Apesar da imprecisão, empregaremos o vocábulo por ser de uso corrente na literatura consultada em português.

e se reproduzir, que seria a emergência das células, tendemos a dizer que houve ali um salto qualitativo e a formação de um nível. Uma *consequência metodológica* de se supor a mão dupla de influência entre os elementos e o todo, é que se impõe a união entre análise ou decomposição e algum método que descreva as propriedades que só emergem quando os elementos estão organizados num todo funcional, isto é, as propriedades sistêmicas.

Mas a aceitação da existência de propriedades emergentes não implica necessariamente a superação de reducionismos, que é o nosso interesse para uma abordagem ampliada da doença à saúde mental. Para entender as nuances de concepção de propriedades emergentes recorreremos a Kim (1996, p. 227-228), por sua clareza definitória. Para ele, o emergentismo poderia ser identificado pela aceitação de três teses:

1) [Fisicalismo Ontológico]: tudo que existe no mundo espaço-temporal são as partículas básicas reconhecidas pela Física e seus agregados mereológicos;

2) [Emergência de Propriedades]: quando agregados de partículas materiais atingem um nível apropriado de complexidade estrutural (*relatedness*), propriedades genuinamente novas emergem, caracterizando estes sistemas estruturados. Além disso, estas propriedades emergentes *só* surgem quando as condições basais apropriadas se encontram presentes; e

3) [Irreducibilidade dos Emergentes]: propriedades emergentes são irreduzíveis aos e imprevisíveis a partir dos fenômenos de nível mais básico dos quais emergem.

Kim entende o emergentismo como uma forma de fisicalismo não-redutivo, porque admite as três teses do *fisicalismo mínimo* por ele postulado, a saber: 1) o princípio anti-cartesiano, (ou fisicalismo ontológico, ou monismo físico), que supõe não existirem entidades imateriais; 2) a superveniência mente-corpo, que é a suposição de não poder haver diferença mental sem que haja diferença na constituição física⁴⁶, e 3) dependência mente-corpo, ou seja, que as propriedades mentais dependem e são completamente determinadas pelas propriedades físicas (Kim, 1996, p. 10-11).⁴⁷

A principal característica dos emergentistas seria a aceitação da tese da emergência de propriedades. Ao aceitar a emergência, podemos considerar implícita a aceitação da tese da estruturação do mundo em camadas ou níveis irreduzíveis, cada um caracterizado por propriedades emergentes significativas. Para que essas propriedades emergentes não sejam

⁴⁶ Não confundir o princípio da superveniência, que apenas fala da covariância entre propriedades de maior nível com as propriedades do micro-nível com o Fisicalismo de Superveniência, que além da aceitação das tres teses do fisicalismo mínimo prioriza a irreducibilidade das propriedades superiores às do micro-nível.

⁴⁷ Segundo Sephan (1999), a superveniência mereológica expressa na tese (2) é mais fraca que a dependência nomológica, expressa na tese (3), porque embora ambas admitam que “não pode haver diferença nas propriedades sistêmicas sem que haja alguma diferença nas propriedades das partes do sistema ou do arranjo delas” (p. 50-51), a superveniência exige apenas a covariância em vez de dependência.

imersas em mistério, supõe-se que quando as condições materiais apropriadas se encontram presentes, as propriedades emergentes *necessariamente* surgem, e a princípio não há problemas em admitir a bicondicionalidade, isto é, que as propriedades *somente* surgem quando as condições basais apropriadas se encontram presentes. Essas restrições se adéquam à terceira tese do fisicalismo mínimo, de modo a manter o compromisso do emergentismo com este. O ponto nevrálgico aparece quando se trata de explicitar em que sentido se entende a irreduzibilidade das propriedades sistêmicas⁴⁸, de modo que precisamos explicitar o que se entende por redução.

A conceituação original de redução teria sido feito por Ernest Nagel (1961) no sentido de *redução teórica*, e trata-se, muito resumidamente, de derivar logicamente as leis de uma teoria T_1 a uma teoria T_2 mais abrangente que a primeira, de modo que as leis de T_1 sejam teoremas das leis de T_2 , usando-se como premissas adicionais “princípios ou leis-ponte”, que podem ser definicionais ou leis de correlação empiricamente encontradas. O interessante é que se as leis pontes forem bicondicionais, isto é, se uma propriedade P_1 em T_1 necessariamente implica P_2 , e P_2 ocorre unicamente em função de P_1 , pode-se dizer que há *identidade* entre P_1 e P_2 : teríamos procedido a uma convincente *redução ontológica*, com as vantagens da redução de afirmações independentes acerca do mundo e da explicação das ocorrências no domínio T_2 em função do domínio T_1 mais básico.

O que definiria um sentido forte de emergência seria a proposição de que as propriedades do nível superior – psicológicas e sociais – seriam irreduzíveis, tanto no que diz respeito às leis que as regem, quanto do ponto de vista ontológico. Um exemplo de concepção não-reducionista nos é dado por Kim (1996, p. 222) quando considerarmos emergentes as propriedades estéticas de uma escultura, que estariam *completamente determinadas* pelas formas físicas desta, embora não faça sentido tentar explicá-las referindo-se às propriedades moleculares ou atômicas da obra.

A irreduzibilidade parece ficar comprometida, entretanto, quando Kim (1996, p. 237-238) reconhece um dilema ao analisar a questão da causação mental. Na medida em que a terceira tese do fisicalismo mínimo postula a dependência forte das propriedades emergentes em relação ao nível mais básico, se o macronível tiver poderes causais autônomos em relação

⁴⁸ Stephan (STEPHAN, A. Varieties of emergentism. *Evolution and Cognition*, Altenberg, v. 5, n. 1, p. 49-59, 1999. Disponível em: <<http://www.brynmawr.edu/biology/emergence/stephan.pdf>>. Acesso em: 10 out 2007.) discorda que toda proposta emergentista acredite na irreduzibilidade. Como terceira tese do emergentismo Stephan coloca a determinação sincrônica, que pode se entendida como a dependência nomológica (isto é, que tem o caráter de uma lei) da terceira tese do fisicalismo mínimo de Kim. Assim, uma variedade de emergentismo fraco aceitaria a redução ontológica do nível emergente.

ao nível básico, então haveria uma sobreposição de causas que feriria o fechamento causal do mundo físico, isto é, que algo “não físico” teria o poder de causar processos físicos. Por outro lado, se admitirmos que o mundo mental não teria eficácia causal própria, então, mesmo que se afirme a irreduzibilidade ontológica, admite-se uma *redução causal*.

(viii) [se] P causa P*, e M sobrevém em P, [então] M* sobrevém a P*

[...] No caso de uma suposta causalidade M–M*, a situação se parece com uma série de sombras lançadas por um carro em movimento: não há uma conexão causal entre a sombra do carro em um instante e sua sombra num instante posterior, cada qual sendo um efeito do carro em movimento. O carro em movimento representa um genuíno processo de causalidade, mas a série de sombras que lança, a despeito do quão regular e similar a uma lei possa ser, não constitui um processo causal. Assim, temos:

(ix) A relações causais M–M* e M–P* são apenas aparentes, decorrentes de um genuíno processo causal de P–P*. (KIM, 2000, p. 45)⁴⁹

Se a redução causal do mental ao orgânico for postulada, dificilmente seria possível assumir um realismo do mental, e uma conseqüência específica para a psiquiatria seria a redução das tentativas descritivas das esferas psíquica e social à neurociência, o que geraria um empobrecimento das descrições sobre o homem – e conseqüentemente da concepção de homem – que queríamos evitar.

Por outro lado, a conseqüência de se pensar uma propriedade emergente com poderes autônomos em relação aos processos do nível constituinte, e que ainda teria a capacidade de influenciá-los, é que parece estarmos envolvendo a natureza em um mistério (mais ou menos como alguns vitalistas aceitavam):

Embora a emergência forte seja logicamente possível, é desconfortavelmente semelhante à mágica. Como um poder causal descendente, irreduzível, mas superveniente, surge, se por definição ele não pode se dar pela agregação das potencialidades do micro-nível? [...] Seu mistério somente poderia acentuar a tradicional preocupação de que a emergência envolve ilegitimamente tirar alguma coisa do nada. (BEDAU, 1997, p. 4).

O que poderia desfazer essa atmosfera de mistério seria explicar como é possível a causalidade descendente.

⁴⁹ (viii) [if] P cause P*, and M supervenes on P, [then] M* supervenes on P*

[...] In the case of supposed M–M* causation, the situation is rather like a series of shadows cast by a moving car: there is no causal connection between the shadow of the car at one instant and its shadow an instant later, each being an effect of the moving car. The moving car represents a genuine causal process, but the series of shadows it casts, however regular and lawlike it may be, does not constitute a causal process. Hence we have:

(ix) The M-to-M* and M-to-P* causal realitons are only apparent, arising out of a genuine causal process from P-to-P*.

Uma explicação desmistificada de causação descendente seria a interpretação “moderada” de Emmeche, K ppe & Stjernfelt (2000), cujo núcleo argumentativo passa por redefinir a no o de causa. O autor argumenta que a ininteligibilidade deriva de empregarmos a no o de causa identificada com causa eficiente, porque esta implica que um antecedente leva a um conseqüente, e nesse sentido, fica estranho que a conseqüente propriedade emergente retroaja sobre suas causas. O que traria inteligibilidade a causação descendente seria consider -la como uma espécie de causa final ou funcional, simultânea   organiza o do micron vel – seria apenas um caso particular de organiza o desse nível básico – e que funcionaria como uma forma de delimitador das possibilidades ou condi es de constrangimento. De forma ainda mais “fraca” poderíamos pensar essas condi es enquanto uma causa formal, como os atratores que funcionam como “governantes” do comportamento dos elementos do micron vel. Note-se que essa redescr o das causas aristotélicas permite uma maneira alternativa de naturaliza o da no o de teleologia.

Considerando a possibilidade lógica de uma teoria de níveis robusta sem mistério, pode-se dizer que uma proposta radicalmente não-reduativa de emergência implicaria na supera o: 1) da redu o metodológica, algo já empreendido pelo neo-mecanicismo; 2) da redu o ontológica, que uma parte dos fisicalistas não-reduativos admite e 3) da redu o causal, admitida por formas mais “fortes” de emergentismo. Nossa proposta, concordando com Emmeche, K ppe e Stjernfelt (2000),   de uma abordagem não reduativa das propriedades emergentes tal que as considere 1) constituídas por entidades física (e não por qualquer substância imaterial)⁵⁰, 2) que quando organizada de uma forma especial (e não violando qualquer lei do micron vel) faz surgir certas propriedades novas e interessantes a ponto de se dizer que houve ali um salto qualitativo, isto  , que se constituiu um novo nível. Mas acrescentaríamos que a inteligibilidade das propriedades, sua constitui o plena depende não só do nível inferior, mas da inter-rela o entre os níveis inferiores e superiores. Isso parece dissolver o dilema de Kim ao reformular sua terceira tese, a da *dependência completa* em rela o ao micron vel, colocando que as condi es do nível inferior seriam necessárias, mas não suficientes. A estátua, por exemplo, além de depender de sua forma física, depende de alguma comunidade de apreciadores para ganhar propriedades est ticas, que possivelmente não se constituiriam – pelo menos não da mesma maneira – se os observadores fossem uma comunidade de abelhas.

Em síntese, até aqui apresentamos elementos da teoria sistêmica e da teoria de níveis

⁵⁰ Trata-se de aceitar a dependência mereol gica, isto  , que um nível superior depende dos constituintes do nível básico

que julgamos subsidiar uma construção de pressupostos não reducionistas para a psiquiatria. Consideramos que a sistêmica permitiria conceber um objeto a partir de suas relações com o contexto em vez de uma estrutura material somente, e a teoria de níveis permitiria assumir que a inteligibilidade de certas propriedades só apareceria quando consideramos as relações entre os vários planos ou dimensões de análise, a saber, o orgânico, o psíquico e o social.

Se assumirmos uma teoria de níveis robusta, dentro da qual o entendimento das propriedades de um objeto num certo nível precisa do olhar que articule características do plano mais elementar – orgânico – com planos emergentes – psicológico e social – uma consequência bem vinda seria a afirmação da necessidade de múltiplos olhares para o estudo na saúde mental. Esse pluralismo epistemológico pode ser melhor defendido analisando-se os argumentos de Flanagan (1992) e Peterson (1996), dos quais trataremos na próxima subseção.

3.1.3) O pluralismo epistemológico

Flanagan (1992, p.11) propõe, num contexto de estudo da consciência, que fosse utilizado um *método natural*, que seria a tática de se usar o que tivéssemos disponível no momento em termos de estudos da mente. O ponto de partida seria acatar, com igual respeitabilidade, o que nos teria a dizer três tipos de análise: 1) a fenomenológica, que se propõem a ouvir o sujeito e descrever como as coisas parecem ser; 2) a psicológica e dos cientistas cognitivos, que descreve as tarefas ou funções executadas pela consciência e 3) a da neurociência, que descreveria como os eventos mentais seriam realizados num nível físico. O motivo de não aceitarmos a tendência reducionista para o estudo da mente é que assumir *a priori* a exclusão de alguma estratégia de estudo seria, para Flanagan, dogmático e imprudente, pois estaríamos correndo o risco de descartar potenciais fontes de compreensão.

O próximo passo seria fazer um esforço para articular os três níveis de análise. Se o esforço será bem sucedido é uma questão empírica, mas pelo menos há que se tentar desenvolver em quantas frentes tivéssemos disponíveis. Os caminhos de desenvolvimento da ciência, nas quais as teorias podem ser refinadas ou refutadas, dariam a base para o contínuo ajuste entre os discursos neurocientífico, psicológico/cognitivo e fenomenológico. Mesmo quando há desencontro entre as explicações, seria uma questão empírica decidir os méritos dos debatedores. Na opinião de Flanagan (1992, p. 11) “diferentes análises podem ser legítimas para diferentes propósitos explicativos e, assim, compatíveis umas com as outras, ou

pelo menos capazes de convivência pacífica”⁵¹. O mais provável, a julgar pelo fato de experimentos em diferentes domínios apontarem para a aplicabilidade de diferentes estratégias explicativas, é que as várias explicações – funcionalismo, eliminativismo, identidade de tipo, identidade de ocorrência etc. sejam as melhores cada uma para alguns tipos de fenômenos mentais (FLANAGAN, 1992, p. 20).

Uma questão não muito bem esclarecida por Flanagan é qual critério utilizaríamos para abandonar uma estratégia de um nível de análise em preferência a outro nível. Se como afirma Kuhn, a escolha por determinado paradigma dentro de uma ciência já não se pode decidir estritamente de modo empírico, ficando uma boa parte dessa escolha assentada numa questão de fé de que o novo (ou o velho) paradigma superará anomalias, julgamos ainda mais difícil deixar a cargo da experimentação a escolha entre explicações de níveis diferentes de análise, isto é, de ciências diferentes.

Uma possível sugestão de critérios de escolha entre explicações para fenômenos seria o perspectivismo proposto por Peterson (1996).

O trabalho desse autor se situa no contexto da ciência cognitiva, e sua proposta parte de uma concepção de conhecimento instrumental, orientado para a solução de questões práticas no mundo real. Considerando que as formas de representação dos processos podem facilitar ou dificultar a busca de uma determinada solução, sua proposta metodológica é de entender o que torna uma representação – que pode ser pensada como um binômio notação/interpretação – mais eficaz ao propósito para que serve. Por exemplo, os algarismos arábicos facilitam mais a tarefa de fazer cálculos que os algarismos romanos (PETERSON, 1996, p. 7). Como o que é visado é eficácia para uma tarefa, não se pretende estabelecer para uma forma de representação alguma correspondência com a verdade, mas sim sua adequação a várias dimensões importantes: 1) à tarefa; 2) à ontologia; 3) ao usuário; 4) ao processo de resolução e 5) às circunstâncias.

A dimensão mais importante de uma proposta instrumental seria a primeira: a forma de representação tem que ser adequada para a realização da tarefa em questão, ou seja, espera-se que a notação auxilie a conceber possibilidades de ação em resposta a certos problemas. Mas associada à tarefa está uma ontologia, que pode ser entendida como a interpretação da notação. A ontologia é o aparato conceitual que seleciona certos aspectos do mundo considerados relevantes para a tarefa em questão, de modo que faz sentido perguntar se a ontologia é adequada para nossa tarefa. As outras dimensões referem-se, respectivamente, a

⁵¹ “different analyses might be legitimate for different explanatory purposes and thus compatible with each other, or at least capable of peaceful coexistence.”

saber, se a representação é adequada para o equipamento cognitivo e físico de quem fará uso dela, se é condizente com os processos de manipulação que utilizamos, e se é adequada ao contexto de seu uso.

Uma conseqüência dessa concepção é que, ao se considerar cada forma de representação como dotada de uma ontologia que seleciona alguns aspectos do mundo, “nós devemos esperar que qualquer forma de representação seja limitada [...], saindo-se melhor em algumas dimensões que em outras, e sistematicamente iluminando alguns fatores à custa de obscurecer outros”⁵² (PETERSON, 1996, p. 13). Essa *tese da limitação* inerente ao recorte da representação implica a necessidade de um pluralismo epistemológico, isto é, torna-se necessária a convivência de uma pluralidade de representações para darmos conta da pluralidade de tarefas. A exemplo de uma chave se fenda, não haveria uma perfeitamente adequada a todo tipo de trabalho.

Outra conseqüência do perspectivismo é a instalação de uma epistemologia pluralista que tende a um certo relativismo, no sentido de que não existe *a melhor forma de representação*, e sim uma mais adequada do que outra *em relação à determinada dimensão*. Peterson defende que esse relativismo não implica em caos epistêmico, no sentido de que “vale tudo”. Haveria critérios racionais para se afirmar a maior adequação de uma representação numa certa dimensão, embora o autor não explicitie quais seriam esses critérios. Num comentário ao perspectivismo proposto por Peterson, Alves (1998) sugere que um possível critério para avaliarmos a adequação de uma representação recairia sobre a avaliação do desenvolvimento tecnológico ou progresso técnico-científico que ela proporciona. A nosso ver, entretanto, o progresso técnico não implica por si só que estejamos usando a melhor forma de representação, a julgar, por exemplo, pelo inegável avanço técnico da biomedicina, que trouxe consigo algumas conseqüências consideradas profundamente negativas. No capítulo 4 argumentaremos que o realismo peirceano permitiria propor um perspectivismo sem tendências relativistas.

Em resumo, retirando elementos de Flanagan e Peterson propomos um pluralismo metodológico, que se justifica pela parcialidade de cada forma de representação científica e pela maior chance de sucesso do empreendimento de explicação dos fenômenos mentais se lançarmos mão das várias estratégias de abordagem que tivermos disponíveis. Esperamos que cada estratégia possa ser revista pelos processos de desenvolvimento científico, mas não ficamos confortáveis com a hipótese de que tal desenvolvimento, sem um realismo robusto,

⁵² “we may expect that any given FOR [form of representation] will be limited and [...], scoring better on some dimensions than others, and systematically illuminating some factors at the expense of obscuring others.”

possa ser o critério último de escolha entre teorias ou formas de representação. Compartilhamos também a esperança de Flanagan de articulação entre os níveis descritivos, em função de defendermos uma teoria de níveis não-reduzitiva que supõem ser a inteligibilidade de certas propriedades dependente das relações entre os níveis de análise.

Ampliando o exemplo de Peterson, se cada teoria fosse comparada a uma ferramenta, e tivéssemos o trabalho complexo de fazer uma casa de madeira, além de escolhermos a chave de fenda mais adequada para a realização de um tipo de trabalho – o de parafusar – precisaríamos do serrote, do martelo, da lixa etc., cada um o mais adequado em seu nível de trabalho, e que eles fossem empregados de forma articulada para o desempenho da tarefa complexa. Mas precisaríamos também de muitos trabalhadores adequados, com a curiosa e paradoxal característica de que apesar de capazes de desempenhar a tarefa, nenhum deles seria capaz de adivinhar exatamente como vai sair a casa real... Acerca dessa característica de certa indeterminação dos processos complexos veremos na próxima subseção a contribuição da teoria da auto-organização.

3.1.4) Teoria da Auto-Organização e o lugar do sujeito

Estivemos até aqui levantando argumentos a favor de uma epistemologia que incluisse a descrição de elementos em seu contexto, considerando os objetos do mundo dotados de planos de organizações imbricados. Defendemos também a possibilidade de uma abordagem pluralista tanto do ponto de vista metodológico quanto epistêmico, que requereria a articulação entre as ciências componentes do campo da saúde mental. Cabe agora acrescentar uma contribuição para a redescritção das relações entre objeto de estudo e observador, no caso o profissional de saúde mental.

O conceito de Auto-Organização se aplica a casos que resistem de alguma forma aos esquemas explicativos tradicionais. Um exemplo dado por Debrun (1996a, p. xxxviii) é de um jogo de futebol, no qual as condições iniciais (estádio, torcida, campanha de cada time) não determinam mecanicamente o desfecho da partida. A situação em questão não é controlada por algum organizador central do processo (p. ex.. não há barganhas para algum time deixar o outro ganhar), nem pelo intercâmbio do sistema com o meio ambiente (com a colocação dos times no campeonato, por exemplo), nem por uma determinação forte e imanente como nos mecanismos de transmissão hereditária; se alguma dessas situações está presente, ela carece de peso expressivo no direcionamento do processo.

A dificuldade explicativa de processos como esse jogo de futebol é que estamos

bastante acostumados a explicar algo em função de outra coisa, e não que algo tenha a possibilidade de gerar a si mesmo durante um processo razoavelmente autônomo. Por um lado, não se aplica, pelo menos no início do processo de Auto-Organização, qualquer determinismo; também o resultado (por exemplo, uma partida de grande marasma que termina 0 X 0) não pode ser atribuído a uma “mistura cega de determinismo e acasos” (DEBRUN, 1996a, p. xxxv), pois se fosse assim, seria um evento extremamente raro, mas ao contrário, é comum. O resultado também não “está contido” de antemão nas condições iniciais, ou seja, ele é oriundo do próprio processo que se constitui autônomo por uma espécie de *corte com o passado*.

Uma definição formal de Auto-Organização nos é dada por Debrun (1996b, p. 13):

Há auto-organização cada vez que, a partir de um encontro entre elementos realmente (e não analiticamente) distintos [ou semi-distintos], desenvolve-se uma interação sem supervisor (ou sem supervisor onipotente) – interação essa que leva eventualmente à constituição de uma “forma” ou à reestruturação, por “complexificação”, de uma forma já existente.

Da definição acima, entende-se que para ocorrer Auto-Organização é preciso que duas condições iniciais estejam presentes: 1) os elementos têm liberdade de interação, ou seja, não são pré-ajustados por afinidades e 2) não há um centro organizador do processo, o que significa que quando existe algum sujeito, ele não orienta esse processo. O processo de complexificação de uma forma já existente seria a auto-organização secundária, e nela os elementos – p. ex. as partes de um corpo no aprendizado de uma dança – são semi-distintos no sentido de que não há fusão e eles precisam se coordenar, e o centro organizador – um sujeito que quer aprender a dançar – não tem controle onipotente sobre os elementos. Já o processo de criação de uma nova forma considera-se como auto-organização primária, e nesse tipo o início se dá por um corte com qualquer situação anterior, isto é, a história desses elementos até ali não têm peso para a interação. Trata-se de um encontro ao *acaso* conforme definido por Cournot. Essa noção, central para nossos argumentos posteriores, exige uma digressão.

Cournot acreditava, como a maioria de seus contemporâneos mecanicistas, que cada evento teria uma causa, o que estabeleceria séries ou cadeia de causas e efeitos. O avanço do conhecimento poderia descobrir certas seqüências causais, mas nenhuma experiência se conformaria exatamente a uma lei (MOORE, 1934). Ao contrário, para descrever uma série de observações, várias leis podem ser aplicadas, o que instala a impossibilidade de certeza acerca de que a lei proposta corresponde descreve perfeitamente os dados descritos. Seria uma espécie de falibilismo por razões matemáticas de impossibilidade de certeza. Assim, Cournot

supõe que o acaso seria inerente à realidade, e não apenas uma medida de nossa ignorância, o que seria inteligível se a realidade não fosse completamente inter-relacionada (como queria Laplace), mas que existiriam séries independentes de causalidade, que ao se cruzarem dariam lugar a eventos não vinculados causalmente. Este seria para Cournot o acaso ontologicamente inerente ao mundo (RUDDICK, 1940).

O acaso na concepção de Cournot, entendido como o cruzamento de séries causais independentes, seria um componente essencial para a auto-organização primária, porque ele tira a força das determinações anteriores e deixa os elementos que se cruzam casualmente livres para a interação. Esse acaso, entretanto, iria perdendo importância conforme o processo avançasse na constituição de atratores e caminhasse rumo a uma estabilidade (DEBRUN, 1996c). Já na auto-organização secundária, que se estabelece a partir de um sistema já constituído, o papel do acaso seria muito restrito, e os desencadeantes da “neo-organização” provavelmente derivam de fluxos de informação entre sistema e meio (PEREIRA JÚNIOR; GONZALEZ, 2008). Sobre esses desencadeantes da auto-organização secundária voltaremos mais tarde.

No que se refere à segunda condição para a ocorrência de auto-organização – ausência de um centro organizador onipotente – a teoria da auto-organização fornece uma concepção de sujeito com importantes implicações epistemológicas.

No processo de auto-organização a participação do sujeito pode se dar de duas formas: 1) como um dos elementos importantes numa auto-organização secundária, ou 2) como um dos múltiplos sujeitos de um processo de auto-organização coletiva.

Conforme ressalta Debrun (1996b, p. 17-19) No primeiro caso, que seria um processo de complexificação do próprio indivíduo, a “face-sujeito”, ou mente, não é onipotente em relação ao resto do organismo, porque é parte do próprio conjunto. Essa condição de ser parte do próprio processo lhe impede de entendê-lo de modo transparente, como se fosse uma entidade externa sobrevoando e comandando o desenrolar dos acontecimentos. Se fosse capaz dessa espécie de “cisão entre um Ego organizador e um Ego organizado, [...] a auto-organização absoluta de um sujeito por ele mesmo [...] viraria hetero-organização absoluta” (DEBRUN, 1996b, p. 18).

Já no segundo caso, quando um processo se constitui pela interação de mais de um sujeito, “o resultado [...] não é nunca de tal natureza que o sujeito individual (qualquer um deles, inclusive o vencedor) possa [...] se identificar plenamente com ele. O resultado não pertence propriamente a ninguém.” (DEBRUN, 1996b, p. 18). Como o processo de auto-organização se define no próprio correr do processo, nenhum dos múltiplos “sujeitinhos” tem

como fazer valer plenamente sua decisão, pois se fosse esse o caso, teríamos hetero-organização.

As conseqüências de se conceber processos que não dependem centralmente de um sujeito organizador para o seu desenrolar, e cujos resultados não poderiam ser o mero efeito de uma decisão do sujeito, vai ao encontro de uma *desconstrução da metafísica do sujeito*. Nas palavras de Debrun (1996b, p. 19): “Nunca encontramos, obrando na auto-organização, o sujeito da “metafísica ocidental”, dono de si mesmo como do universo. Ou seja, autogerado, autotransparente, formulador da lei moral [...], doador de sentido ao mundo”.

Se assumida em radicalidade o projeto de destronar esse Super-sujeito, que teria a condição especial na natureza de acessar verdades pelo exercício de sua capacidade racional, uma *conseqüência epistemológica* seria a desistência da busca de verdades absolutas, buscando-se ao contrário formas de adequação de uma perspectiva. Isso corrobora uma proposta de perspectivismo epistemológico.

Outra conseqüência de extremo interesse para a psiquiatria seria a reconsideração dos poderes tanto do sujeito adoecido, quanto do sujeito que acompanha o doente. Do doente, não se exigiria uma espécie de recuperação da vontade férrea constitutiva do Super-sujeito absoluto, nem uma proposta de recuperação da autotransparência e autoconhecimento a partir da introspecção. Da interação médico-paciente, não se esperaria que o médico fosse o direcionador de um processo de cura, nem que o doente marchasse por decisão rumo a um estado idealizado qualquer.

Em resumo, nessa seção apresentamos alguns desenvolvimentos teóricos da teoria sistêmica, da teoria de níveis, do perspectivismo e da teoria da auto-organização, indicando algumas conseqüências metodológicas, epistêmicas e ontológicas de alguns de seus conceitos. Na próxima seção, esboçaremos um possível emprego desses conceitos e suas conseqüências para a fundamentação de uma concepção ampliada de doença na psiquiatria.

3.2. Uma possível reforma epistemológica para a psiquiatria

A presente seção visa propor um conjunto de pressupostos que julgamos capaz de redescritção das noções de objeto de estudo e da relação sujeito-objeto na abordagem da saúde mental, que poderia ser resumido pela aceitação de 3 teses: 1) anti-reducionismo robusto do objeto; 2) indeterminismo moderado do objeto e 3) “humildade” epistemológica moderada do observador.

Se, como vimos no capítulo 2, as principais críticas da reforma psiquiátrica e do

modelo biopsicossocial recaem sobre uma visão reducionista de doença, então uma visão anti-reducionista se impõe para a execução desse projeto. Em acréscimo argumentamos na seção 3.1 que para evitarmos qualquer suspeita de irrealismo ou ineficácia causal das propriedades mentais e sociais, 3 tipos de reducionismo precisariam ser evitados reducionismos metodológicos, epistemológicos e ontológico-causais das propriedades mentais (e sociais).

No que se refere à tese anti-reducionista, lembraríamos que da concepção sistêmica centrada nos padrões de organização, tira-se uma proposta que para entendimento das propriedades do todo há que se trabalhar com elementos em rede, num contexto. Da teoria de níveis não-reducionista, tira-se que a inteligibilidade das propriedades advém não só de se enxergar a dinâmica dos elementos de um nível, mas também da inter-relação destes com as propriedades com os níveis imediatamente inferior e superior ao que se analisa. Integrando-se a contribuição do pluralismo epistemológico, estabeleceríamos, em razão da parcialidade das formas de representação, a necessidade de articulação entre as teorias compreensivas de cada nível de análise, biológico, psicológico e social. Esse conjunto de pressupostos estabeleceria um anti-reducionismo método-epistêmico-ontológico.

No que tange à tese da indeterminação relativa dos processos de saúde doença, a teoria da auto-organização propõe a existência de processos que se determinam no desenrolar do próprio processo, sendo que os resultados não têm como derivar de alguma potencialidade já contida nas condições iniciais. Note-se que o que se quer aqui é resguardar a possibilidade de novidade de processos desprovidos de um comandante, sem no entanto negar que boa parte dos processos da natureza – inclusive o adoecimento humano – são oriundos de causas externas num padrão bem descrito pela determinação probabilística. Nem seria desejável uma indeterminação radical: imagine se diante de um paciente com uma infecção generalizada não tivéssemos a mínima idéia do que aconteceria ao usarmos um antibiótico. Não seria possível qualquer tipo de ação inteligente se o futuro nos fosse completamente obscuro.

Por sua vez a tese da humildade epistemológica se impõe para quem aceita o pluralismo e a teoria da auto-organização. Se cada perspectiva parece ser intrinsecamente limitada pelo recorte da realidade que estabelece, demandam-se várias perspectivas para tentar compor uma noção mais ampla do objeto de estudo e para dar conta da multiplicidade de tarefas que nos são solicitadas. Sem reducionismos e uma arrogante aspiração de alcançar uma explicação unificada de tudo, a única opção aceitável é ouvir o que os outros têm a dizer de suas perspectivas.

No que se refere às contribuições da teoria da auto-organização para a epistemologia da psiquiatria, uma de suas conseqüências seria a redução das pretensões de controle por parte

de um sujeito conhecedor, seja do sujeito em relação aos seus próprios processos, seja um controle externo dos processos do paciente pelo médico. Longe de isso apontar para um pessimismo epistêmico, para a diminuição do paciente ou do médico, parece-nos que o “sujeitinho” ignorante dos rumos da auto-organização é muito mais humano que o “Sujeitão transcendental” capaz em tese de autocontrole e conhecimento além da imaginação. Abrir mão da pretensão de mini-onipotência e mini-onisciência nos deixaria livres do peso de ter que ser o controlador de si mesmo e do mundo, algo que a experiência cotidiana nos mostra incansavelmente a impossibilidade.

A aplicação de conceitos das teorias discutidas à psiquiatria nada têm de estranho à prática clínica. Serviriam “apenas” para redescrever o universo da ação médica, o que não achamos ser pouca coisa dado o potencial de transformação das descrições.

Exemplos de usos explícitos da teoria sistêmica encontramos nas intervenções conhecidas como terapia de família (NICHOLS; SCHWARTZ, 1998) e terapia comunitária (BARRETO, 2005). A descrição das bases teóricas e de experiências na saúde mental foge dos limites desse trabalho.

Um exemplo extremamente cotidiano seria o atendimento idealizado para os CAPS. Idealmente a intervenção é planejada considerando as características do paciente em sua rede familiar e comunitária e a proposta é de que a reabilitação siga em graus descendentes de tutela, sendo que o alvo é a constituição de um sujeito mais autônomo possível.

A proposta é de um modelo de compreensão multiprofissional, em que cada membro da equipe tem igualdade de voz em declarar sua perspectiva. A intervenção deveria ser integrada em níveis que vão do acompanhamento familiar, estratégias psicoeducativas e psicoterapêuticas, reorganizações comportamentais advindas da própria interação entre os pacientes e destes com a equipe, e estratégias físicas que envolvem uso de medicação ou outras práticas direcionadas ao corpo propostas pelo educador físico ou terapeuta ocupacional. Nada de excepcional em relação à atuação cotidiana, “apenas” com a diferença de um arcabouço teórico que suporte as proposta de intervenção para além de uma “boa intuição” ou uma questão político-ideológica.

Em suma, indicamos que contribuições da teoria sistêmica, da teoria de níveis, do perspectivismo e da teoria da auto-organização poderiam contribuir para uma concepção ampliada da atuação psiquiátrica, na medida em que sustentaria 3 teses: o anti-reducionismo, o indeterminismo moderado do objeto e a “humildade” epistemológica moderada do observador.

Se concordarmos com o modelo de intervenção da reforma psiquiátrica e com as bases

epistemológicas apresentadas, aparentemente já teríamos a nosso ver uma base importante para o trabalho em saúde mental. O que tentaremos mostrar na próxima seção é que para além da discussão metodológica e epistemológica haveria motivos para nos preocuparmos também com questões metafísicas em geral desconsideradas na abordagem da saúde mental.

3.3. Por que uma reforma ontológica para a reforma psiquiátrica?

Embora não tenhamos argumentado suficientemente em defesa da hipótese, temos mantido ao longo do trabalho a forte suspeita de que as concepções epistemológicas parecem estar acopladas às concepções metafísicas dos psiquiatras, e que a reformulação robusta das primeiras dependeria da reformulação das últimas. Nossa suposição é que haveria uma cadeia que se inicia na matriz ontológica, propõe certa epistemologia, que por sua vez inspira certas tendências metodológicas e termina, no caso da medicina, em um sistema diagnóstico e terapêutico. Mesmo que não se trate de uma necessidade lógica, é razoável supor a tendência a tal acoplamento.

Na seção 3.1.2, apontamos contribuições da teoria sistêmica para a epistemologia da psiquiatria, mas é provável que a maioria dos desenvolvimentos nesse campo esteja interessada no potencial avanço metodológico que a sistêmica representa, e que seria até desejável evitar disputas metafísicas. Nossa pergunta, entretanto, é: fará diferença na pesquisa ou na prática clínica o tipo de aposta metafísica que fazemos ante os processos complexos como os transtornos mentais? Se a resposta for “sim, as concepções metafísicas exercem influência sobre os rumos da produção científica e das aplicações técnicas”, então evitar disputas metafísicas e manter o discurso restrito ao plano metodológico, apesar da atraente, torna-se uma estratégia muito pouco aceitável.

Se de alguma forma for sustentada a redução dos problemas mentais ao nível biológico, por exemplo, supondo um emergentismo “fraco” das propriedades psicológicas e sociais a partir desse domínio, é quase inevitável: 1) a tendência à desresponsabilização individual e social no enfrentamento dos transtornos mentais e 2) o empobrecimento de nossas descrições acerca do homem e seu lugar no mundo. Se não for o caso de serem conseqüências inevitáveis, é no mínimo tarefa hercúlea propor uma solução para o problema filosófico da responsabilidade moral⁵³ e uma justificativa para o emprego de recursos

⁵³ O determinismo probabilístico da contemporaneidade abre mão da idéia de controle e previsão exata, mas é plenamente compatível com a noção de determinação dos desejos e comportamentos a partir do nível biológico, o que mantém o problema de como atribuir responsabilidade moral se o comportamento é supostamente determinado por variáveis alheias às escolhas dos indivíduos.

econômicos em pesquisas “humanísticas”, que alcancem o imaginário geral tanto quanto a explicação serotoninérgica da depressão.⁵⁴

Mas caso nossas três teses fossem aceitas – anti-reducionismo forte, indeterminismo moderado e humildade epistemológica moderada – será que já não teríamos arcabouço bastante para levar a cabo uma psiquiatria suficientemente ampliada? Levantaremos a seguir algumas questões que parecem necessitar de uma arena metafísica para além das inovações metodológico-epistemológicas tratadas até o momento.

Primeiramente, nos colocamos uma questão Kuhniana: em se tratando de um modelo novo, do ponto de vista prático, ele tem poucos métodos que já se mostraram eficazes. Mas como tratar as inúmeras dificuldades para as quais não há método inventado e em uso? Parece que nesse caso temos apenas a aposta de um grupo tentando sustentar um paradigma mais com fé do que resultados concretos. E para inventar uma forma de aplicação, o que se tem é apenas um *modelo de inspiração*. Se esse modelo não estiver suficientemente reformado em suas bases filosóficas, o que vemos são soluções práticas que se parecem Frankensteins com pedaços do novo e do velho paradigma. Na psiquiatria, um infelizmente comum exemplo é encontrarmos CAPS com muitas características manicomialis. Nesse caso, como julgar a que se deve o sucesso ou fracasso da solução prática: à sua parte velha ou à sua parte nova?

Em segundo lugar, cabe retornarmos ao problema do relativismo a que fomos conduzidos pelo pluralismo epistemológico proposto por Peterson (1996). Como a preocupação desse autor é pensar a eficácia instrumental das formas de representação, não há tanto problema no relativismo: se usarmos uma notação/interpretação inadequada para manipular símbolos algébricos, chegamos a um resultado inconsistente e trocamos de representação. Não devemos nada aos nossos modelos matemáticos ou às redes neurais que simulam processos cognitivos. Mas quem aceitaria pacificamente que o filho tenha morrido de uma meningite que não foi detectada a tempo porque não era rotina da enfermagem averiguar a temperatura dos pacientes? Ficaríamos satisfeitos se o médico responsável alegasse que sua representação “prioriza certos aspectos da realidade e obscurece outros”, motivo pelo qual não caberia a acusação de erro médico, já que ele agiu de acordo com o que sua representação propunha? O que queremos dizer com isso é que em se tratando de uma ação prática com interferência direta na vida das pessoas, é difícil sustentar qualquer postura anti-realista. Parece, assim, inevitável o debate (metafísico) sobre o realismo a fim de sustentar a epistemologia da medicina.

⁵⁴ O tratamento mais detalhado das consequências do reducionismo na psiquiatria encontra-se na seção 2.2.

Em terceiro lugar, perguntamos qual o poder de se conceber a indeterminação para alguns processos auto-organizados. Parece já uma grande vantagem não querer prever os rumos de um padrão desajustado de comportamento. Não decretar a inabilidade eterna de alguém para trabalhar, por exemplo por conta de sintomas residuais de esquizofrenia, já dá espaço para que algo seja tentado pelos profissionais de saúde e também pelo doente. Se a imprevisibilidade ocorre por que o processo é governado por leis do caos determinístico ou se o resultado não está já contido nas condições iniciais, talvez não faça muita diferença, uma vez que somos ignorantes das condições iniciais complexas. Entretanto, a forma como se concebe o acaso pode afetar a *propensão para a mudança* do indivíduo: se o desencadeante de um processo de auto-organização depende de “algo cair na minha cabeça por acaso”, é possível que o indivíduo se desresponsabilize pelos processos de mudança. Qual o papel do sujeito tornado “sujeitinho” ignorante dos rumos da auto-organização e, em última análise, a mercê do acaso cego? Mais uma vez, uma questão crucial para a psiquiatria, que é a propensão para mudança, parece merecer uma discussão metafísica sobre a indeterminação e o acaso.

Supomos que os três casos apontem para o mesmo tipo de aposta metafísica. Quando o paradigma novo ainda não tem um método de abordagem para uma situação específica, a relação com a realidade força a elaboração de um método progressivamente mais acoplado à ela. Por sua vez, quando precisamos de um guia mais seguro para escolher entre nossas teorias-ferramentas, os resultados apontados pela aplicação delas no mundo geralmente são contundentes o suficiente para balizar a opção entre ferramentas intelectuais. Por fim, quando supomos que a propensão à mudança depende de como entendemos a dinâmica do embate do sujeito com o mundo, parece fazer diferença para a psiquiatria adotarmos uma *metafísica realista*.

3.4. Resumo do capítulo

Em resumo, neste capítulo discutimos possíveis contribuições da teoria sistêmica, da teoria de níveis, do pluralismo epistemológico e da teoria da auto-organização para a sustentação de um modelo de clínica ampliada para a psiquiatria. Argumentamos que poderiam contribuir para uma concepção anti-reducionista, que preservasse o indeterminismo moderado do sujeito doente e que reconsiderasse o papel do psiquiatra no sentido de menores pretensões de controle e saber. Por fim, argumentamos sobre a importância de serem discutidas questões metafísicas com provável incidência na prática psiquiátrica, como a

propensão à mudança individual e a aceitabilidade de alguma forma de relativismo para uma empreitada que se pretende científica e que propõem mudanças no estilo de vida do doente.

No capítulo 4, discutiremos a possibilidade de uma visão de mundo realista, não-relativista, não-mecanicista, que propõe uma nova visão de acaso, confiante na inteligibilidade do mundo, ao mesmo tempo em que reconhece a limitação de conhecimento humano, e que ainda seja capaz de preservar o lugar do sujeito singular e sua condição admirável. Essa visão de mundo poderia ser estabelecida a partir da filosofia de Charles S. Peirce.

CAPÍTULO 4:
POR UMA REFORMA METAFÍSICA:
contribuições do pragmatismo para a reforma psiquiátrica

O que você pensa sobre você mesmo? O que você pensa sobre o mundo?... Estas questões são enigmas da Esfinge, e de um jeito ou de outro nós temos que lidar com elas... Em todo assunto importante da vida nós temos que dar um salto no escuro...

(STEPHEN, 1874, p. 353, apud JAMES, 1912, p. 31)⁵⁵

*O único mal moral é não ter um objetivo final.*⁵⁶

(PEIRCE, 1994b, CP 5: 133)

⁵⁵ “What do you think of yourself? What do you think of the world?... These questions (...) are riddles of the Sphinx, and in some way or other we must deal with them.... In all important transactions of life we have to take a leap in the dark...” (STEPHEN, F.J. Liberty, Equality, Fraternity, p. 353, 2d edition. London, 1874)

⁵⁶ “The only moral evil is not to have an ultimate aim.”

Apresentação

No capítulo 3 apresentamos algumas contribuições para a fundamentação dos pressupostos da reforma psiquiátrica. Procuramos apontar como princípios sistêmicos, pluralistas e da teoria da auto-organização poderiam gerar avanços metodológicos para as investigações e intervenções médicas e, de forma mais controversa, inspirar modificações no conjunto de pressupostos epistemológicos e ontológicos no campo da saúde.

Nesse capítulo, procuraremos avançar na tarefa de apresentar fundamentos filosóficos para uma abordagem psiquiátrica que não exclua importantes aspectos de seu objeto de estudo. Argumentaremos a favor da possibilidade de uma epistemologia e de uma ontologia mais inclusivas, a saber, uma epistemologia pluralista e falibilista, ao lado de uma ontologia realista. A seguir, faremos uma defesa pragmática dessa cosmologia ampliada a partir de suas possíveis conseqüências para a abordagem da doença mental.

Para embasar essa “reforma epistemo-ontológica”, o capítulo se estrutura apresentando, na seção 4.1, o problema epistemológico do relativismo que surge da defesa, por parte da reforma psiquiátrica, da diversidade explicativa na saúde mental. Argumentamos, então, que o pluralismo epistemológico, sustentado nas noções peirceanas de falibilismo e na tendência ao consenso da comunidade de investigadores, seria uma alternativa tanto ao relativismo quanto ao objetivismo epistemológico, além de apontarmos possíveis vantagens da adoção do primeiro para a psiquiatria.

Na seção 4.2, apresentamos como arcabouço cosmológico para uma concepção ampliada de doença mental as categorias fenomenológicas peirceanas, principalmente no que se refere à sua correspondência ontológica, e apontamos possíveis conseqüências da adoção de tal ontologia para questões relevantes da epistemologia da psiquiatria, como a possibilidade de estudo científico sem exclusão da singularidade do indivíduo, e a redescritção dos fins almejados pelos psiquiatras.

Na seção 4.3 argumentamos que, através de um critério pragmático, aliado ao pluralismo perspectivista exercidos por uma comunidade de debate ético, poderíamos fundamentar a escolha de pressupostos onto-epistemo-metodológicos melhores para a psiquiatria atual do que os pressupostos reducionistas e objetivistas da psiquiatria organicista, caracterizando uma opção ético-pragmática entre pressupostos.

4.1. Uma epistemologia não-relativista e não-objetivista: o pluralismo perspectivista

É útil lembrar que a história da psiquiatria manteve até poucas décadas uma disputa entre modelos de compreensão da doença mental e do próprio estatuto epistemológico da psiquiatria. Grosso modo, tais modelos girariam em torno de dois projetos fundamentais: a busca de um conhecimento objetivo fundado em mecanismos físicos das doenças mentais, e o empreendimento fundado na dimensão psicológica, subjetiva, e “humanística” desses transtornos. A dissolução desse infundável debate parece recair em duas possibilidades: 1) num princípio de exclusão explicativa, para a qual explicações independentes de um fenômeno não podem ser simultaneamente verdadeiras, ou 2) na valorização da diversidade explicativa. Ambas as posições conduzem a problemas se aplicadas ao estudo das doenças mentais. Identificamos no movimento da reforma psiquiátrica uma defesa da multidimensionalidade da doença mental, e conseqüentemente, a necessidade de convivência (e talvez até uma integração) de explicações diferentes para um mesmo fenômeno psicopatológico, ou seja, defende-se uma forma de pluralismo epistemológico.

O pluralismo no campo epistemológico pode ser caracterizado como uma *tese de diversidade*, isto é, o reconhecimento de que existiria uma diversidade de visões epistemológicas irreconciliáveis, mas em geral, postula-se também a *tese da tolerância*, isto é, que uma consideravelmente ampla variedade de visões deveria ser tolerada (KNORP, 1998). A reforma psiquiátrica tem motivos para defender as duas teses, que comporiam um pluralismo normativo, mais que descritivo.

Uma das principais críticas da reforma à psiquiatria tradicional diz respeito ao papel que a psiquiatria historicamente assumiu de controle social e retirada dos loucos de circulação, enquanto elementos sociais indesejáveis. Assim, dentre as principais propostas da reforma está a explícita intenção de destituir a soberania disciplinar da psiquiatria no campo da saúde mental, e dar lugar ao diálogo, e até ao desacordo entre saberes na constituição das explicações e intervenções no âmbito da saúde mental (VENÂNCIO; CAVALCANTI, 2001). Trata-se de uma espécie de construção democrática do saber sobre saúde mental. Nesse sentido, o estímulo à diversidade de discursos no campo da saúde mental seria um ideal e um valor ético-político.

Também há que se considerar a hipótese bem aceita no pensamento da reforma psiquiátrica de que a evolução do doente dependeria não só de características intrínsecas ao seu quadro clínico, mas também de seu contexto socio-econômico-cultural. Assim, é

praticamente inevitável que sejam chamados para construir um conhecimento em saúde mental pensadores de diversas áreas do conhecimento.

Embora pareça razoável a defesa da diversidade de modelos explicativos na saúde mental, um dos grandes problemas dessa defesa é a possibilidade de que tal posicionamento abriria caminho para um “relativismo”, ou para algum posicionamento que compartilharia a mesma dificuldade fundamental deste (o nihilismo, o ceticismo, o igualitarismo teórico e o nominalismo), a saber, que deveríamos aceitar o desacordo acerca da verdade, a qual só poderia ser estabelecida em referência a um conjunto de princípios básicos ou a certo ponto de vista, se é que poderia ser estabelecida qualquer verdade.

Guardadas as diferenças, os posicionamentos anti-objetivistas tenderiam a nos levar à desconfiança em relação às diretrizes acerca de como proceder na prática clínica. Por falta de um *conhecimento seguro universal* parece que ficamos à mercê de meras opiniões, no caso, das opiniões dos profissionais de saúde mental acerca da compreensão e terapêutica adequadas à lida com os transtornos mentais. Definitivamente não é o que esperamos quando procuramos a medicina ocidental como recurso para lidar com a doença, pois esperamos que ela atue de alguma forma embasada em conhecimentos científicos, que além de um razoável nível de consenso da comunidade científica, tenha também alguma base no mundo. Assumir o eterno desacordo parece uma espécie de suicídio epistemológico para a medicina ou para qualquer empreendimento que se pretenda vinculado às ciências da natureza.

A obstinada busca por algum conhecimento seguro, que certamente não se restringe ao domínio médico, remonta às preocupações clássica para o estabelecimento do conhecimento, e é o que Bernstein (1987, p. 511, tradução nossa) chama de “ansiedade cartesiana”: “ou existe algum suporte para nosso ser, uma fundação fixa para nosso conhecimento, ou não podemos escapar das forças das trevas que nos envolveriam em loucura e caos intelectual e moral.”⁵⁷ A aposta na possibilidade epistêmica de um conhecimento seguro parece conduzir ao objetivismo epistemológico.

Conforme desenvolvemos no capítulo 1, a posição epistemológica triunfante na medicina a partir da modernidade foi o objetivismo epistemológico, posicionamento esse que influenciou a definição de doença reduzida a uma lesão orgânica. A escolha pelo objetivismo na medicina moderna e contemporânea parece intuitiva se aceito o mecanicismo. No caso das doenças físicas, era praticamente indiferente a escolha ontológica de acreditar ou não na existência da alma, porque esta seria dispensável para o entendimento objetivo dos

⁵⁷ "either there is some support for our being, a fixed foundation for our knowledge, or we cannot escape the forces of darkness that envelope us with madness, with intellectual and moral chaos."

mecanismos autônomos do corpo. No caso das doenças mentais ou “psicossomáticas”, entretanto, a interação mente-corpo constituiria um problema tão grave, que o “pacote” epistemo-ontológico do mecanicismo materialista parecia ser a escolha mais sustentável, *dentro de uma concepção de mundo mecanicista*⁵⁸. A parceria entre uma ontologia mecanicista e o uso dos parâmetros orgânicos como fonte objetiva do conhecimento médico tornou-se uma opção quase necessária, tanto para medicina em geral, quanto para a psiquiatria moderna, com ecos na contemporaneidade.

Ao longo do capítulo 2 apontamos que a parceria entre mecanicismo e objetivismo levou a um reducionismo ontológico e metodológico, e indicamos as principais dificuldades dessa cadeia na ciência das doenças, notadamente a inaceitável exclusão de fatores relevantes para o adoecimento, como as relações socioculturais do indivíduo com seu meio, por exemplo, que não são adequadamente expressos em parâmetros objetivos. Mas a aposta reducionista tem também avanços e não vemos como negar sua plausibilidade enquanto *aposta*. O que apontamos nessa seção, entretanto, é a possibilidade de não aceitarmos o temor cartesiano como colocado por Bernstein, ou seja, de que teríamos apenas duas opções epistemológicas: o objetivismo ou o caos intelectual ligado ao relativismo. Ao contrário, argumentamos que um pluralismo epistemológico, balizado pela esperança epistêmica na convergência do empreendimento científico e no realismo ontológico, poderia ser uma interessante alternativa tanto ao relativismo quanto ao objetivismo na medicina.

Para alcançar nosso objetivo, que é a defesa de um pluralismo sem relativismo, partiremos da desconstrução proposta por Peirce do método racionalista de acessar verdades:

391. Quando Descartes começou a reconstrução da filosofia, seu primeiro passo foi (teoricamente) permitir o ceticismo e descartar a prática dos escolásticos de olhar para a autoridade como fonte última da verdade. Feito isso, ele procurou uma fonte mais natural de verdadeiros princípios, e pensou tê-la encontrado na mente humana [...] Mas desde que, evidentemente, nem todas as idéias são verdadeiras, ele foi levado a observar, como a primeira condição da infalibilidade, que elas devem ser claras. A distinção entre uma idéia que parece clara e uma que realmente é, nunca lhe ocorreu. [...] Mas então, eu suponho que, vendo homens, os quais pareciam ser bastante claros e positivos, sustentando opiniões opostas sobre princípios fundamentais, ele foi ainda levado a dizer que a clareza de idéias não é suficiente, mas que elas também devem ser distintas, isto é, não ter nada obscuro sobre elas. O que ele provavelmente quis dizer com isso [...] era, que devem passar no teste de análise dialética [...]

406. Desde o tempo de Descartes, o defeito na concepção da verdade tem sido menos visível. Ainda assim, por vezes impressionará um homem de ciência que os filósofos tenham menos interesse em descobrir o que os fatos são, do que indagar

⁵⁸ Não custa lembrar que a medicina almejava um conhecimento seguro, mas como rejeitava seu estabelecimento a partir das “idéias claras e distintas” a la Descartes, empregou o empirismo, que invariavelmente utilizaria o *materialmente observável* como parâmetro para estabelecimento do conhecimento objetivo.

que crença está em maior harmonia com o seu sistema. [...] eles parecem pensar que a opinião natural para um homem não é para outro, e que a crença, conseqüentemente, nunca será motivo de acordo. Ao se contentarem com a fixação das suas próprias opiniões através de um método que levaria outro homem a um resultado diferente, eles traem a fragilidade de sustentação de sua concepção de verdade.

407. Por outro lado, todos os seguidores da ciência são animados por uma alegre esperança de que os processos de inquérito, se levados suficientemente longe, irão resultar em alguma solução para cada pergunta a que o inquérito for aplicado. (PEIRCE, 1994c, CP 5.406-407, tradução nossa).⁵⁹

Nessa passagem, Peirce avalia que o teste intelectualista de submeter uma idéia à dúvida sistemática e artificial não estabelece uma forma segura de acesso à verdade; ao contrário, tenderia ao desacordo eterno sobre certas questões, em função de não procurar por *fatos*. Tomando como modelo de conhecimento o inquérito científico, o autor argumenta que o pensamento é despertado por uma dúvida real, que só é apaziguada quando se estabelece uma crença razoavelmente estável. A crença é, assim, um fechamento momentâneo do turbilhão provocado pela dúvida viva, e tem como propriedade principal estabelecer uma *regra para a ação*, isto é, um hábito. Apesar de se caracterizar por certa estabilidade, a crença está inevitavelmente condenada a gerar ações que ao longo do tempo acabarão resultando em outras dúvidas, mais pensamentos e no rearranjo das antigas crenças. A provisoriidade da crença é um ponto central do falibilismo, que retomaremos na próxima seção.

Como a crença para Peirce iguala-se ao estabelecimento de uma regra geral para a ação, é compreensível sua máxima pragmática:

⁵⁹ OBS: Todas as citações de Peirce nesse capítulo são *tradução nossa*.

“391. When Descartes set about the reconstruction of philosophy, his first step was to (theoretically) permit scepticism and to discard the practice of the schoolmen of looking to authority as the ultimate source of truth. That done, he sought a more natural fountain of true principles, and thought he found †1 it in the human mind; thus passing, in the directest way, from the method of authority to that of apriority, as described in my first paper.†1 Self-consciousness was to furnish us with our fundamental truths, and to decide what was agreeable to reason. But since, evidently, not all ideas are true, he was led to note, as the first condition of infallibility, that they must be clear. The distinction between an idea seeming clear and really being so, never occurred to him. Trusting to introspection, as he did, even for a knowledge of external things, why should he question its testimony in respect to the contents of our own minds? But then, I suppose, seeing men, who seemed to be quite clear and positive, holding opposite opinions upon fundamental principles, he was further led to say that clearness of ideas is not sufficient, but that they need also to be distinct, i.e., to have nothing unclear about them. What he probably meant by this (for he did not explain himself with precision) was, that they must sustain the test of dialectical examination; that they must not only seem clear at the outset, but that discussion must never be able to bring to light points of obscurity connected with them.

406. Since the time of Descartes, the defect in the conception of truth has been less apparent. Still, it will sometimes strike a scientific man that the philosophers have been less intent on finding out what the facts are, than on inquiring what belief is most in harmony with their system. (...) they seem to think that the opinion which is natural for one man is not so for another, and that belief will, consequently, never be settled. In contenting themselves with fixing their own opinions by a method which would lead another man to a different result, they betray their feeble hold of the conception of what truth is.

407. On the other hand, all the followers of science are animated by a cheerful hope that the processes of investigation, if only pushed far enough, will give one certain solution to each question to which they apply it”

[...]uma concepção, isto é, o significado racional de uma palavra ou outra expressão, reside exclusivamente em seu *efeito concebível* sobre a conduta de vida; assim [...], se alguém puder definir com precisão todos os *fenômenos experimentais* concebíveis que a afirmação ou negação de um conceito poderia implicar, ele terá nessa circunstância uma definição completa do conceito, e não há absolutamente nada mais acerca da concepção. (PEIRCE, 1994d, CP 5.412, grifo nosso).⁶⁰

O intuito de Peirce com sua máxima era eliminar pseudo-problemas decorrentes de definições estritamente abstratas, delimitando como significativo apenas aquilo que tivesse efeitos fenomênicos, fazendo, assim, diferença para a ação. Dessa forma, se duas crenças respondem à mesma dúvida estabelecendo a mesma regra para a ação, trata-se de fato da mesma crença, tal qual a nota musical “Dó” tocada em oitavas diferentes é ainda a mesma nota. Além do significado, também nosso critério de escolha entre crenças poderia proveitosamente estar calcado nos efeitos que as ações têm sobre a conduta, mas tal aplicação da máxima pragmática para *guiar* decisões da vida prática é algo com a qual Peirce não concorda e constitui-se em um ponto central de discordância entre Peirce e James (WALL, 2005, p. 91-95), que examinaremos na seção 4.3.

O pensamento que é desencadeado pelo embate com o mundo e só se firma ao adequar-se às solicitações do mundo, pressupõe um *realismo*, no sentido de se admitir que a realidade independe do que qualquer indivíduo particular possa pensar acerca dela. Entretanto, através da máxima pragmática obtemos uma indicação metodológica sobre como clarear nossas *concepções*, mas nenhuma garantia de que elas correspondam à realidade, ou seja, que caracterizem uma verdade por correspondência. A própria concepção de realidade está intimamente relacionada à de verdade, que é um predicado que atribuímos aquelas concepções supostamente ancoradas na realidade. Mas se tal método parece aceitar uma relação inescapável entre objeto real e nossa apreensão dele, como evitar o relativismo? Segundo Peirce, se algo nos preserva do relativismo, traçando um elo entre crença, verdade e realidade, seria a *esperança de convergência do empreendimento científico*.

407. [...] Eles [os cientistas] podem inicialmente obter resultados diferentes, mas, como cada um aperfeiçoa o seu método e seus processos, os resultados tendem a se mover constantemente e lado a lado em direção a um centro destinado. [...] Esta grande esperança está incorporada à concepção de verdade e de realidade. A opinião

⁶⁰ “(...)a conception, that is, the rational purport of a word or other expression, lies exclusively in its *conceivable bearing* upon the conduct of life; so (...) if one can define accurately all the conceivable *experimental phenomena* which the affirmation or denial of a concept could imply, one will have therein a complete definition of the concept, and there is absolutely nothing more in it.”

que está destinada a ser finalmente o ponto de acordo de todos aqueles que investigam, é o que queremos dizer por verdade, e o objeto representado por esta opinião é o real. Desta maneira eu explicaria a realidade. (PEIRCE, 1994c, CP 5.407).⁶¹

Embora o acesso à verdade dependa do pensamento de toda uma comunidade de cientistas, e de uma possível convergência de resultados com o passar do tempo, essa dependência não implica em relativismo, porque a verdade não se estabeleceria em referência a qualquer pensamento individual. O pensamento compartilhado pela coletividade estaria constrangido pela realidade que lhe opõe resistência, mas não pelos pontos de vista de indivíduos particulares. E se por um lado há possibilidade de equívocos amplamente compartilhados, por outro lado o tempo <long run> teria o poder de mostrá-los. Essa verdade geral e independente de particulares se apóia no realismo conforme concebido por Peirce, isto é, na opinião que admite a realidade de alguns gerais, enquanto o nominalismo admitiria a realidade apenas de particulares. Segundo essa distinção, entende-se que Peirce era realista e James nominalista, sendo esse o ponto crucial para a discordância entre eles sobre a noção de verdade (WALL, 2005, p. 91-93), como examinaremos na seção 4.3.

Em resumo, apresentamos nessa seção os argumentos de Peirce de que as crenças emergem como formas de respostas que seres racionais encontram para problemas, com os quais se deparam ao agir no mundo, e que a própria resistência da realidade é o fator que determina o contínuo ajuste das crenças. Argumentaremos a seguir que o ajuste sucessivo das crenças compartilhadas à realidade permite supor que as crenças adquiridas em cada etapa do processo, embora falíveis e provisórias, não seriam arbitrárias.

O falibilismo é o princípio de que não é possível chegar racionalmente à certeza, exatidão ou universalidade absolutas, porque:

141. Todo raciocínio positivo é da natureza de um julgamento sobre a proporção de algo em uma coleção inteira a partir da proporção encontrada em uma amostra. [...] Não podemos estar absolutamente certos de que nossas conclusões estejam mesmo aproximadamente verdadeiras, porque a amostra pode ser totalmente diferente da parte não contemplada da coleção. (PEIRCE, 1994a, CP 1. 141).⁶²

⁶¹ “407. (...) They [the followers of science] may at first obtain different results, but, as each perfects his method and his processes, the results are found to move steadily together toward a destined centre. (...) This great hope is embodied in the conception of truth and reality. The opinion which is fated to be ultimately agreed to by all who investigate, is what we mean by the truth, and the object represented in this opinion is the real. That is the way I would explain reality”

⁶² “All positive reasoning is of the nature of judging the proportion of something in a whole collection by the proportion found in a sample. (...) We cannot be absolutely certain that our conclusions are even approximately true; for the sample may be utterly unlike the unsampled part of the collection.”

Embora a noção já fosse aceita antes de Peirce, sua contribuição é usá-la para “nos abrir os olhos” acerca da diversidade da realidade, antes negligenciada pelo princípio de infalibilidade que supõem ser o desconhecido semelhante ao conhecido, já que seria tudo regido por leis absolutas. O que Peirce faz é tentar atrelar a inteligibilidade da diversidade com os princípios de continuidade e de evolução do universo. Grosso modo, se da homogeneidade aparece heterogeneidade (variedade) isso é o que pode ser chamado de crescimento ou evolução; se isso se dá num movimento contínuo, têm-se duas importantes pistas para se entender o falibilismo: 1) o conhecimento não está acabado porque o próprio mundo não está, e 2) o conhecimento não é nunca absoluto, mas progride num continuum de incerteza e indeterminação. Em outras palavras, Peirce correlaciona nossa capacidade epistêmica com concepções metafísicas que lhe dêem inteligibilidade. O inquérito seria o movimento num continuum de aproximação ao objeto real e à verdade (PEIRCE, 1994a).

Assim como Peirce, nossa intenção é apontar uma possível inteligibilidade para o assunto de nosso interesse, a psiquiatria. Nesse sentido, elencaremos algumas conseqüências para a psiquiatria de assumirmos um pluralismo epistemológico realista e confiante na possibilidade de ajuste do conhecimento ao seu objeto real de estudo, a doença mental.

A primeira conseqüência do realismo seria a reafirmação da confiança de que as teorias e terapias da psiquiatria não são arbitrariedades acerca de processos inventados, as patologias mentais. Sobre a acusação de convencionalismo, “relativismo”, ou arbitrariedade, apontaríamos que o pensamento psiquiátrico parte de problemas extremamente contundentes – um telefonema relatando ideação suicida, por exemplo – e propõe ações no mundo que sofrem a tenaz resistência da realidade – freqüentemente com o paciente dizendo “Dr., o que o senhor pediu para eu fazer não está valendo de nada...”. Tal constrangimento da realidade impele as crenças dos psiquiatras a sucessivos ajustes. Assim, as mudanças nas classificações psiquiátricas, que alguns supõem ser prova de convencionalismo, se vistas a partir do argumento da convergência do empreendimento científico, poderiam ser interpretadas como parte do necessário ajuste das crenças psiquiátricas à realidade dos transtornos mentais.

Por sua vez o falibilismo permitiria uma avaliação prudente do teor de nosso conhecimento, sem que isso signifique abrimos mão do balizamento da realidade. Para a psiquiatria justifica-se o emprego das diretrizes clínicas que tivermos à nossa disposição, mesmo sabendo que ela mudará e que teremos proposto intervenções terapêuticas consideradas absurdas pelas próximas gerações. Se supomos ser a provisoriedade uma característica inerente àquelas crenças que são colocadas à prova de análise cuidadosa pela comunidade científica, a mudança de nossas diretrizes pode ser creditada a uma aproximação

sucessiva (embora possivelmente sem fim) ao objeto real, e não à revisão caprichosa de acordos entre os psiquiatras. A princípio, e talvez ainda por muitos séculos, as teorias compreensivas e terapêuticas propostas podem divergir bastante, mas a história tem reformulado conceitos e aperfeiçoado técnicas de intervenção que produzem resultados bastante evidentes na prática clínica, seja evidência de melhora ou a evidente e lamentável situação de manicômios que ainda hoje exigem intervenção do estado. O resultado de nossas ações é evidente o suficiente para balizar as crenças dos trabalhadores em saúde mental, mesmo que para isso tenhamos que aguardar pacientemente o desenrolar da história.

Se defendemos a convivência de várias visões acerca da doença mental e congregamos nos serviços de saúde profissionais de formações diversas, é porque a enorme resistência exercida por esse objeto complexo – o processo saúde-doença – nos impõe a humildade epistemológica de ter que contar com muitos pensamentos, cada qual com seu limite, para se tentar atingir alguma aproximação ao ser real. Mas ao contrário do perspectivismo de Peterson (1996), argumentamos que a maior força do pluralismo epistemológico deriva da possibilidade de que, a partir da diversidade do empreendimento científico, alguma convergência futura poderia ser atingida pelo inevitável ajuste ao real. Pela possibilidade de fazermos jus à complexidade das pessoas e suas doenças mentais se justificaria a adoção do pluralismo epistemológico perspectivista, e não por uma tolerância politicamente correta à eterna pulverização de opiniões. Sabemos que Peterson acredita que existam critérios de falseamento de teorias, mas parece-nos difícil encontrar melhor critério que o *ajuste ao real*, de modo que teremos de discutir melhor esse assunto na próxima seção.

Em suma, nessa seção argumentamos acerca da sustentabilidade epistemológica de se manter a diversidade explicativa na saúde mental através de um pluralismo perspectivista sustentado pelas noções peirceanas de realismo, falibilismo, crença enquanto regra para a ação e esperança na convergência da comunidade de investigadores. A seguir apontaremos como a adoção de uma ontologia realista robusta – no sentido de se considerar as relações entre objetos tão reais quanto os próprios objetos, desde que alcancem a *categoria da generalidade* – auxiliaria a fundamentação de outras importantes necessidades de reforma do pensamento necessária para levar a cabo, em toda a sua extensão, a proposta da reforma psiquiátrica.

4.2. As categorias ontológicas peirceanas e suas possíveis implicações para a psiquiatria

Conforme mencionamos no capítulo 2, a psiquiatria tradicional atual teria renovado sua confiança em estratégias reducionistas. Se não um reducionismo metodológico, pelo menos um reducionismo ontológico ou causal (inter-níveis), isto é, de que as propriedades manifestas nos níveis social e psicológico poderiam ser explicadas pelo conhecimento do nível mais elementar orgânico. A aposta fica claramente acoplada aos desenvolvimentos vertiginosos da neurociência para desvendar a essência dos transtornos mentais. Não questionamos a utilidade das pesquisas neurocientíficas, ou os avanços metodológicos e até epistemológicos que a sistêmica pôde trazer para essas pesquisas; o que queremos colocar em questão são as conseqüências de se manter um resquício da aposta metafísica mecanicista de que *as irregularidades e ocorrências imprevistas decorreriam apenas de nossa ignorância acerca dos mecanismos neuronais*.

A reforma psiquiátrica, por outro lado, enquanto tentativa de fazer frente a problemas da psiquiatria tradicional, solicita uma concepção de doença que abranja as regularidades balizadoras da intervenção médica, e ao mesmo tempo, não apague o indivíduo concreto naquilo em que é singular, uma vez que se pretende resgatar várias dimensões comprometidas pela doença. O objetivo dessa seção é investigar em que medida a ontologia peirceana poderia nos auxiliar a compor semelhante concepção de doença. Após essa apresentação, nos propomos a comparar algumas conseqüências de adotarmos uma metafísica reducionista com aquelas de uma metafísica de inspiração peirceana para a fundamentação da epistemologia da psiquiatria. Pretendemos, então, defender a última a partir das conseqüências que pudermos conceber de sua adoção no âmbito da saúde mental.

Para Peirce, as categorias da fenomenologia⁶³ teriam um correlato na realidade; a inteligibilidade do mundo não poderia ser decretada por um acordo lingüístico, sendo antes um *modo de ser* do próprio universo.

A primeiridade, que fenomenologicamente corresponderia às experiências imediatas e vivenciadas como *qualidade pura* fora do tempo, corresponderia na ontologia ao princípio do acaso enquanto modo de distribuição das qualidades, que faz aparecer na natureza a diversidade e a novidade (PEIRCE, 1994e). Resumidamente, um dos principais motivos para Peirce formular seu princípio de acaso absoluto é a explicação da diversidade. Ele argumenta

⁶³ Fenomenologia em Peirce é o ramo mais básico da filosofia porque sua tarefa é estudar elementos universalmente presentes nos fenômenos, isto é, naquilo que se apresenta à mente, sem distinguir bondade, desejabilidade ou realidade.

que a natureza da lei é fazer, a partir de uma condição inicial, aparecer sempre a mesma condição final. Se for assim, como a partir das mesmas condições básicas poderia aparecer heterogeneidade, novidade e complexidade? Como uma lei faria aparecer seres cada vez mais complexos se sua natureza é a repetição infinita? A partir daí, Peirce argumenta que o acaso não poderia ser uma medida de nossa ignorância, um acaso meramente epistemológico, mas deveria ser um princípio da natureza produtor de rupturas:

59. Admitindo a pura espontaneidade (ou vida) como uma característica do universo, [...] produzindo continuamente desvios infinitesimais da lei, e grandes desvios de forma infinitamente rara, eu justificaria toda a variedade e a diversidade do universo, no único sentido em que se pode dizer explicados o realmente *sui generis* e novo. (PEIRCE, 1994f, CP 6.59).⁶⁴

A suposição do Acaso absoluto fundamenta a hipótese de que os fatos individuais não estariam completamente regidos por leis. A consequência dessa afirmação é a admissão de uma limitação ontológica à empreitada epistemológica, na medida em que se postula o radicalmente novo. A hipótese peirceana é que, se evoluímos junto com o cosmos e temos um modo de conhecer falível, então o indeterminado consistiria um *modo de ser* correlato e coerente com nosso modo de conhecer, em vez de uma mera impotência humana. Na psiquiatria, o reconhecimento do papel da diversidade e da espontaneidade poderia sustentar o respeito ao lugar do sujeito singular, como explicaremos mais à frente.

Por sua vez, a segundidade, que fenomenologicamente corresponde às experiências de confronto com a alteridade, àquilo que se opõe à vontade imediata, seria o campo de existência do *fato bruto* individual (PEIRCE, 1994e). Esse caráter de resistência do objeto à vontade é o que permite – e exige – o permanente ajuste da nossa representação à sua realidade. Se por um lado a realidade da primeiridade instaura a incerteza de qualquer investigação em particular, por outro lado, o realismo da segundidade permite que a investigação tenda, se levada suficientemente longe, a alcançar correspondência entre representação e objeto, viabilizando o consenso da comunidade de investigadores. A exigência corretiva da segundidade possibilita a confiança em nossa capacidade epistemológica, dificilmente conseguida quando se aceita o relativismo alético⁶⁵. O realismo da segundidade auxiliaria a defesa de uma epistemologia não relativista para a reforma psiquiátrica, conforme abordado na seção 4.1.

⁶⁴ “By admitting pure spontaneity or life as a character of the universe, (...) producing infinitesimal departures from law continually, and great ones with infinite infrequency, I account for all the variety and diversity of the universe, in the only sense in which the really *sui generis* and new can be said to be accounted for.”

⁶⁵ Alético é o que se refere à verdade.

O que no entanto garante, no nosso entendimento, que os objetos de estudo da psiquiatria – as patologias mentais – não sejam processos consensualmente inventados, é o realismo da terceiridade. Para Peirce, a terceiridade fenomenologicamente se expressa na apreensão das regularidades, que exigem um fluxo de tempo para serem definidas, e que tornam o mundo inteligível por promoverem a mediação entre agente e fato bruto. A regularidade e a generalização possibilitam pensar visando o futuro e é o que constitui a inteligibilidade presente no mundo (PEIRCE, 1994g, CP 5.93-96). O realismo, como Peirce o concebe, difere do nominalismo na medida em que o primeiro admite o realismo dos gerais: “Ser um nominalista consiste num estado subdesenvolvido na mente de alguém da apreensão da Terceiridade como Terceiridade.”⁶⁶ (PEIRCE, 1994b, CP 5.121).

A inteligibilidade, incrivelmente bem sucedida apesar das infundáveis irregularidades e erros, não poderia ser apenas um acordo entre seres, mas deve possuir seu correlato real no próprio mundo, isto é, deve haver algo no mundo que justifica a concordância entre os indivíduos e o sucesso da previsão. A concordância entre indivíduos no testemunho de um fato individual seria admitir meramente o realismo de particulares, restrito à segundidade; mas *prever da mesma forma* significa que chagamos ao mesmo hábito, isto é, compartilhamos um elemento geral, uma terceiridade. Na psiquiatria, o realismo das regularidades que constituem os transtornos mentais permitiria sustentar a possibilidade de uma “psiquiatria científica” contra as acusações dos remanescentes da antipsiquiatria acerca da possível inutilidade, convencionalismo e de que a psiquiatria seria apenas uma ideologia⁶⁷ disfarçada de discurso científico.

Se até aqui apresentamos alguns elementos da ontologia peirceana, indicando conexões entre eles e algumas questões da psiquiatria, resta-nos imaginar em maior extensão algumas conseqüências para a psiquiatria de uma concepção não-mecanicista inspirada na filosofia de Peirce.

O realismo peirceano nos permite entender que se o reconhecimento da esquizofrenia, por exemplo, tem ocorrido provavelmente desde sempre, não importando se chamada de loucura, demência precoce, paranóia ou que recentemente o mesmo nome seja acoplado a critérios operacionais que mudam a cada década, é porque há algo no mundo que despertou nosso pensamento acerca desse transtorno. Mesmo que leigos, pais-de-santo, pastores,

⁶⁶ “To be a nominalist consists in the undeveloped state in one's mind of the apprehension of Thirdness as Thirdness.”

⁶⁷ Segundo GRANGER (1989), assim como a filosofia, a ideologia não teria sua validade firmada ou falseada por fatos, mas ao contrário da primeira, teria um caráter prescritivo e normativo.

médicos, psicólogos, etc., tenham diferentes formas de compreender o problema, todos tendem a reconhecer uma pessoa francamente doente. Provavelmente há algo no mundo que justifica nossa concordância: concordamos acerca das regularidades.

Do realismo das regularidades depende a possibilidade de se estabelecer o conhecimento, inclusive o conhecimento científico. No caso da psiquiatria, independente de existirem substratos orgânicos necessariamente associados aos padrões sintomatológicos das doenças psiquiátricas, o realismo das regularidades justifica a legitimidade de um estudo científico, uma vez que “para o realista, as relações são tão reais quanto os objetos individuais que elas relacionam” (WALL, 2005, p. 101). Nesse sentido o reconhecimento de um hábito possibilita a constituição de um conhecimento sobre a regularidade, que por sua vez permite a previsão razoavelmente bem sucedida, apesar da complexidade dos fenômenos mentais.

Apesar de a regularidade constituir um ingrediente essencial da realidade, possibilitando a previsão, ela não se constitui apenas de regularidades. O que o mecanicismo clássico propôs como estratégia para a elaboração de explicações científicas foi excluir os elementos singulares e inusitados dos modelos explicativos. Por exemplo, a cor e o formato de um corpo seriam irrelevantes para o estudo de sua queda em um campo gravitacional. Para os objetos da física clássica, esse recorte é bastante aceitável e gera uma explicação extremamente poderosa. O mesmo recorte aplicado aos objetos das ciências humanas, entretanto, torna-se bastante problemático: como analisar o adoecimento levando-se em conta apenas o que ele tem em comum com adoecimentos da mesma classe? Como desconsiderar a dimensão de significado peculiar ao doente? Parece que no caso do adoecimento, nossos valores clamam por algo além das regularidades. Também Peirce, ao contrário das visões mecanicistas de mundo, lembra-nos que as irregularidades e a espontaneidade, que são características da primeiridade, existem na natureza e clamam por alguma explicação (PEIRCE, 1994f, CP 6.60).

A primeiridade, ubíqua em todo o real, apresenta-se como o *modo de ser que não tem outro determinando suas ações* (IBRI, 1992, p. 40). Para a psiquiatria, admitir o Acaso, enquanto modo de ser presente no universo, seria uma importante razão para considerarmos a diversidade, espontaneidade e novidade que não estão submetidas a qualquer lei. Adotar a arquitetura metafísica peirceana equivaleria a encontrar uma justificativa ontológica para a radical defesa da atenção ao sujeito em sua singularidade, singularidade essa já valorizada enquanto ideal político-ideológico pela reforma psiquiátrica.

Se considerarmos que há uma profunda articulação entre as três categorias peirceanas (SILVEIRA, 2007), podemos esperar que nas experiências com um paciente, encontraremos

regularidade, oposição e liberdade imbricadas e constituintes do sujeito.

Do ponto de vista da concepção que o sujeito tem de si mesmo, a articulação das categorias implica que ele está quase condenado à não-determinação total. Também não é o caso de se considerar um “sujeitinho” à mercê do acaso cego, porque seu empenho conta na geração de saltos criativos dentro dos hábitos, o que talvez se possa chamar da configuração de uma habilidade.⁶⁸ A habilidade seria a conquista da capacidade de fecundar a generalidade de um hábito com a primeiridade das intuições, sempre referenciadas na segundidade que nos confronta. Essa concepção triádica do papel do sujeito parece ser capaz de superar a dicotomia determinismo X vontade-livre da ação humana, o que permite um posicionamento favorável no que se refere propensão à mudança do sujeito.

Do ponto de vista da atuação do profissional, a imbricação das categorias nos autoriza a esperar a confirmação de nossas previsões, a negação das previsões e o aparecimento daquilo que radicalmente não pode ser previsto. Resta-nos tentar conceber o que representaria para a psiquiatria distanciar-se do mecanicismo e admitir, em toda a extensão, *o que não pode ser imediatamente previsto*. Supomos que o efeito mais marcante seria a redescrição dos *fins* almejados pelos psiquiatras.

Na classificação das ciências normativas, isto é, as ciências que estudam os *fins* dos fenômenos, a “estética considera aquelas coisas cujos fins incorporam qualidades de sentimento, a ética, aquelas cujos fins residem na ação, e a lógica, aquelas cujo fim é o de representar algo”⁶⁹ (PEIRCE, 1994b, CP 5.129). Elas se correlacionam respectivamente com primeiridade, segundidade e terceiridade, porque a estética lida com aquilo que não é determinado por outro, a ética com algo que opõe resistência e a lógica com o geral presente no pensamento. Considerando as imbricações das três categorias, o bem <*goodness*>⁷⁰ do pensamento seria um tipo particular de ética que pressupõem o compromisso com a verdade, enquanto a bem da ética seria um tipo particular de bem da estética, que seria o admirável na conduta. Mas porque correlacionar fins com admirabilidade? Porque a busca por um bem tende a avançar até os *fins últimos*, e nesse sentido, assim se pronuncia Peirce (1994b, CP 5.130, grifo do autor):

⁶⁸ Notas de aula da disciplina Teoria do conhecimento ministrada pela Prof^ª Dr^ª Maria Eunice Quilice Gonzales no curso de Filosofia da UNESP/ Marília.

⁶⁹ “aesthetics considers those things whose ends are to embody qualities of feeling, ethics those things whose ends lie in action, and logic those things whose end is to represent something.”

⁷⁰ No português há dificuldade em se captar adequadamente o significado de “*goodness*”. Preferimos o termo “*bem*” a “*bondade*”, em razão da última estar muito associada na linguagem corrente a certo tipo de moralidade cristã ou com o sentido de virtude. Empregamos aqui “*bem*” no sentido daquilo que é desejável ou valoroso.

130. [...] um fim último da ação deliberadamente adotada - ou seja, razoavelmente adotada - deve ser um estado de coisas que razoavelmente se recomenda por si mesma, independentemente de qualquer consideração ulterior. Deve ser um ideal admirável, tendo o único tipo de bondade que tal ideal pode ter; a saber, a bondade estética. Deste ponto de vista, o moralmente bom aparece como um tipo particular do esteticamente bom.⁷¹

Aplicando as três categorias de fins descritos pelas ciências normativas à psiquiatria, poderíamos propor uma reconsideração dos fins desta.

A psiquiatria atual se encontra diante de uma encruzilhada: assimilar de vez o ideal de pensamento das ciências da natureza em rápido desenvolvimento – em particular, das neurociências – ou manter os vocabulários da subjetividade em paralelo e sem um encaixe aceitável com os conhecimentos produzidos por essas ciências. Sugerimos que os psiquiatras resistam à tentação de colocar sua disciplina no “caminho seguro” – porém árido – do objetivismo epistemológico e mantenham como uma *ética do pensamento* o compromisso com a complexidade dos modos de ser da realidade, no nosso caso, a realidade dos transtornos mentais. E seguindo em direção aos fins últimos possíveis de uma empreitada, sugeriríamos que a recompensa de se abraçar o realismo da primeiridade, esperando sua desconcertante presença entremeada às e para além das nossas previsões, pode ser o reencontro de um lugar para a admirabilidade enquanto motivação última para a conduta do psiquiatra ante ao doente. E se o admirável parecer um bem em oposição á exatidão da objetividade, argumentaríamos que a consequência de considerarmos aquilo que escapa à necessidade da lei não é perdermos o pouco que temos de conhecimento, mas ganharmos o resto do homem e o resto do mundo que excluimos de nossa empreitada epistemológica. Nas palavras de MORIN (2001, p. 275):

A antiga racionalidade procurava apenas pescar a ordem na natureza. Pescavam-se não os peixes, mas as espinhas. A nova racionalidade, permitindo conceber a organização e a existência, permitiria ver os peixes e também o mar, ou seja, também o que não pode ser pescado.

Em resumo, nessa seção argumentamos que a metafísica peirceana, ao trazer o realismo das relações gerais, sustentaria uma proposta de conhecimento científico não redutível à materialidade de particulares, bem como legitimaria a aposta na novidade absolutamente imprevisível como um modo de ser dos sujeitos. Além disso, a percepção da primeiridade “abriria os olhos” para o admirável como fim último de toda ação. O que

⁷¹ “130. an ultimate end of action deliberately adopted -- that is to say, reasonably adopted -- must be a state of things that reasonably recommends itself in itself aside from any ulterior consideration. It must be an admirable ideal, having the only kind of goodness that such an ideal can have; namely, esthetic goodness. From this point of view the morally good appears as a particular species of the esthetically good.”

fizemos, entretanto, foi apenas conceber uma inteligibilidade que funcionasse como arcabouço da proposta de clínica ampliada, ou seja, para uma concepção ampliada de saúde-doença. Não argumentamos, entretanto, quanto às razões de se preferir esta concepção metafísica, exceto pela sugestão de que ela poderia se filiar a uma prática mais *desejável*. Na próxima seção, elencaremos os argumentos para aderirmos ao pacote onto-epistemometodológico apresentado ao longo do presente trabalho..

4.3. Uma adesão pragmática à racionalidade médica ampliada

É possível assumir que os modelos de compreensão clínica influenciam políticas de saúde e a forma de organização da assistência psiquiátrica, com impactos diretos para o trabalhador e para o usuário dos serviços de saúde mental, e provavelmente impactos mais amplos sobre as relações da sociedade com a loucura e da auto-imagem das pessoas. Temos assumido também a idéia de que as racionalidades médicas se constituem de gestalts que vão de uma concepção de mundo até uma proposta terapêutica. Nosso percurso foi examinar dois “pacotes” de racionalidade médica, mas nossa intenção é, em última instância, alcançar essa dimensão prática, contribuindo para que as adesões ao debate ético-político-conceitual não se dêem como partidarismos inflamados: queremos uma fundamentação racional rigorosa para o que vamos fazer.

Mas que critério pode ser usado para definir qual pacote ou paradigma seria mais adequado se, como Kuhn (2001), considerarmos que não se trata de uma questão de fato e sim de aposta? Para decidirmos que concepções são “mais adequadas” aos nossos propósitos o critério que inicialmente usaremos será pragmático, assim resumido: o único fator relevante para determinarmos o valor das idéias será o exame de suas repercussões práticas, isto é, que conduta a crença em questão tende a produzir. Completando o critério pragmático pretendemos defender que, se nosso objetivo é a ação no mundo, então não seria possível dissociar nossos empreendimentos teóricos de nossas preocupações éticas.

Essa aplicação da máxima pragmática como critério de escolha entre crenças que não podem ser decididas por experimentos é a forma como James (1958b, p. 42, tradução nossa) usa o princípio pragmático (com a qual Peirce não concordava):

O método pragmático é essencialmente um método de resolver disputas metafísicas que, do contrário, seriam intermináveis. É o mundo uno ou múltiplo? – Determinado ou livre? – Material ou espiritual? –eis noções que podem ou não se aplicar bem ao mundo; e disputas sobre tais noções são intermináveis. O método pragmático nesses casos é tentar interpretar cada noção traçando as suas respectivas conseqüências

práticas. Que diferença pode fazer praticamente para alguém se essa noção, mais do que a outra, fosse verdadeira?⁷²

O entendimento da proposta jamesiana de semelhante aplicação da máxima pode ser traçado a partir de seu ensaio *The Will to Believe* (JAMES, 1912b), cujo intento principal era justificar racionalmente a possibilidade da crença religiosa, mas nos servirá como justificativa para se fazer opção entre as apostas contidas nas racionalidades médicas. Sua tese central é que “nossa natureza passional não só legitimamente pode, mas deve, fazer uma opção entre proposições, sempre que esta for uma *opção genuína*, cuja natureza não permite ser decidida com fundamentos intelectuais”⁷³ (JAMES, 1912b, p. 11, grifo nosso, tradução nossa). Cabe uma explicação sobre opção genuína

Naquelas situações em que o sujeito é tomado de dúvida sobre o que crer, se 1) as opções são realmente aceitáveis e igualmente plausíveis para o sujeito; se 2) não há terceira opção, ou seja, a suspensão do juízo significa na prática tomar partido; e se 3) a questão é de vital importância para a pessoa, James diz que, nesses casos, configura-se uma opção genuína. O exemplo máximo seria a opção de crer ou não em Deus: 1) é plausível; 2) suspender o juízo na prática significa agir como se Ele não existisse e 3) para a pessoa configura muitas mudanças na vida. Como não é uma questão de fato, e a razão se encontra impedida de dar a última palavra, James considera inevitável que o sujeito adote uma opção baseado nos efeitos que a opção terá para sua vida. Como o autor concebe que a geração de esperança seja o efeito prático máximo de se assumir uma crença em Deus, ele julga justificável optar pela crença religiosa.

Peirce, entretanto não concorda com James. Considerando que o intuito de Peirce era favorecer o avanço das ciências (e da filosofia, incluída entre elas), ele julga a estratégia de James indevida e perigosa, no seguinte sentido:

642. É notoriamente verdade que em tudo aquilo em que você não colocar todo o seu coração e alma, você não terá muito sucesso. Agora, os dois mestres, teoria e prática, você não pode servir. Esse equilíbrio perfeito da atenção que é necessário para observar o sistema de coisas está completamente perdido se desejos humanos intervêm, e tanto mais quanto mais sublime e sagrado esses desejos possam ser.

643. Além disso, na filosofia temos preconceitos tão potentes que é impossível

⁷² “The pragmatic method is primarily a method of settling metaphysical disputes that otherwise might be interminable. Is the world one or many?—fated or free?—material or spiritual?—here are notions either of which may or may not hold good of the world; and disputes over such notions are unending. The pragmatic method in such cases is to try to interpret each notion by tracing its respective practical consequences. What difference would it practically make to anyone if this notion rather than that notion were true?”

⁷³ “Our passional nature not only lawfully may, but must, decide an option between propositions, whenever it is a genuine option that cannot by its nature be decided on intellectual grounds;”

manter o *sangue-frio*, se nos deixarmos ocupar com eles completamente. (PEIRCE, 1994h, CP 1. 642-643, grifo nosso).⁷⁴

Peirce supõe que o “sangue frio” do cientista/filósofo seria possível na medida em que a ciência não se coloca a preocupação *imediate* e *individual* de agir. Nas questões vitais da vida prática, quando uma alguma ação é imperativa para o indivíduo, o que poderia nos guiar não seria o intelecto puro, e sim os instintos. Mesmo quando o pensamento gera uma hipótese, uma abdução, a razão estaria apelando para o instinto em última instância. Diz Peirce, que “homens muitas vezes imaginam que agem pela razão quando, de fato, as razões que atribuem a si próprios não são senão desculpas que o instinto inconsciente inventa para satisfazer aos insistentes ‘porquês’ do ego” (PEIRCE, 1994h, CP 1.631).⁷⁵ Assim, a tentativa jamesiana de justificar intelectualmente sua crença religiosa seria um auto-engano capaz de obstruir os desenvolvimentos das questões teóricas por conta da passionalidade inerente às questões de vital importância para o sujeito particular.

Se por um lado as reticências de Peirce são plenamente justificáveis, por outro lado, não é tão fácil esperar que o cientista possa ter tal sangue frio: é possível que num momento “contemplativo” de seu experimento sem fins práticos ele possa conservá-lo, mas e quando se trata de aderir a uma aposta num paradigma científico? Não estará ele encurralado ante a uma dessas opções genuínas? E se ele escolhe por instinto ou sentimento – algo com a qual James concorda plenamente – como aceitar que essa escolha instintiva justifique as bases de edifícios racionais como são os paradigmas científicos ou os sistemas filosóficos? Como aceitar, por exemplo, que o que baliza toda a aposta no método científico seja uma “alegre esperança” como Peirce diz?

O caso é ainda mais grave para campos mistos entre teoria e prática, como as técnicas científicas, onde se propõe uma “atitude científica”, mas o trabalho é de fato uma aplicação prática. No exemplo dado na seção 3.4, de uma criança com meningite cuja morte dependeu em certa medida dos meios diagnósticos e terapêuticos escolhidos, ficaria Peirce satisfeito com a justificativa do médico de ter agido “em conformidade com seus instintos”? Tendemos a achar que não, porque o resultado deveria de algum modo estar ligado ao corpo de

⁷⁴ 642. It is notoriously true that into whatever you do not put your whole heart and soul in that you will not have much success. Now, the two masters, theory and practice, you cannot serve. That perfect balance of attention which is requisite for observing the system of things is utterly lost if human desires intervene, and all the more so the higher and holier those desires may be.

643. In addition to that, in philosophy we have prejudices so potent that it is impossible to keep one's sang-froid if we allow ourselves to dwell upon them at all.

⁷⁵ Men many times fancy that they act from reason when, in point of fact, the reasons they attribute to themselves are nothing but excuses which unconscious instinct invents to satisfy the teasing "whys" of the ego.

conhecimento racional da medicina. E se o sistema diagnóstico e terapêutico for em grande parte determinado por certo número de apostas epistemológicas e metafísicas, então nos parece, seguindo James, legítimo e inevitável decidir quais apostas escolher a partir das conseqüências práticas da racionalidade médica como um todo. Parece intuitivo supor que no campo da técnica se exige o melhor ajuste possível à realidade, mas também uma justificativa admissível pelas apostas racionalmente assumidas.

A discussão sobre *justificativas para a ação* talvez pudesse ser balizada a partir da discriminação de três tipos de justificativa: 1) para as questões de fato, a justificativa das proposições recai sobre a adequação delas à experiência; 2) para as questões de lógica, a justificativa é da ordem da coerência interna dos argumentos; e 3) para opções genuínas, quando o indivíduo se vê forçado a assumir uma aposta (metafísica, científica ou técnica), um traço de racionalidade que encontramos seria a justificativa pragmática de James, de que uma ação seria preferível à outra a julgar por suas conseqüências.⁷⁶

No que se refere à justificação de proposições que versam sobre questões de fato, alguns neo-pragmatistas como Rorty alegariam não ser conveniente supor que a ciência tenha maior adequação de representação que outros tipos de saber (ENGEL; RORTY, 2008, p. 53 e 57). Mesmo que o julgamento da prerrogativa técnica do médico responsável pela morte da criança (exemplo acima) possa se dar no plano de valores – “valorizamos a vida, por isso dizemos que seu sistema diagnóstico deve ser proscrito” – se o cientista quiser melhorar seu sistema, é inevitável pensar na possibilidade heurística de um critério de adequação à realidade. Como já mencionamos, parece-nos difícil não assumir um posicionamento realista ante ao que experienciamos como embate com o mundo.⁷⁷

Já no caso das apostas, a justificativa tende a ser transferida do campo epistemológico para o campo ético, já que não faz sentido falar de ajuste, mas de valorização das conseqüências sociais e pessoais de uma aposta. Nosso argumento, formulado apenas como um esboço que precisaria de amadurecimento, seria o seguinte:

1) a partir das apostas (crenças incertas) que temos aonde se chega? A delimitação do significado das apostas seria pragmática;

⁷⁶ A divisão didática entre esses tres tipos de justificação está sendo aqui simplificada. É provável que na maioria das situações haja um forte imbricamento entre elas, como exminaremos melhor na página 111. A justificação para matérias de lógica possivelmente poderia ser discutida á luz da semiótica de Peirce, mas sua discução fuge do escopo do presente trabalho

⁷⁷ Não que Rorty afirme anti-realismo; ele só não vê motivo para esse tipo de debate. Rorty assume que há regularidades que podem ser descritas, mas precisaríamos adentrar mais em seus conceitos para entender como ele explicaria essas regularidades e ao mesmo tempo esquivar-se do debate realismo/anti-realismo, o que não nos é possível abordar nesse momento.

2) afinal, aonde seria desejável chegar? A delimitação do desejável na conduta é uma questão ética. Então:

3) por motivos éticos, optamos por uma das apostas que supostamente nos levaria às conseqüências mais desejáveis, constituindo-se assim uma opção genuína em bases éticas.

Se nos dois primeiros casos é mais ou menos aceitável tentar aproximar justificativa e verdade, no terceiro é bem mais complicado, porque é duvidoso se a decisão por alguma das opções será motivo de acordo como seria esperado para uma verdade. A respeito de uma noção de verdade como o acordo ou “palavra final” em algum assunto, James se pronuncia propondo uma noção de verdade instrumental.

Desde sua época, a maior dificuldade de aceitação do pragmatismo jamesiano foi o salto que ele dá da crença justificável para a verdade instrumental (JAMES, 1958c, p. 145, tradução e grifo nossos):

‘A verdade’, colocada muito brevemente, é apenas o expediente no curso do nosso pensamento, assim como ‘o correto’ <the right> é apenas o expediente no curso de nosso comportamento. Expediente em quase qualquer forma; e *expediente a longo prazo e na totalidade do curso*; porque o que se faz expediente para toda a experiência à vista não será necessariamente igualmente satisfatório para as experiências posteriores. A experiência, como sabemos, tem maneiras de transbordar, e fazer-nos corrigir nossas fórmulas presentes. A verdade ‘absoluta’, significando o que a experiência não mais irá alterar, é o ponto de fuga ideal para onde imaginamos que todas as nossas verdades temporárias irão convergir algum dia. [...] Enquanto isso, temos de viver hoje com a verdade que pudermos obter hoje, e estarmos prontos para amanhã chamar-lhe falsidade.⁷⁸

Embora James consiga entender a idéia de verdade final, seu foco está naquilo que temos disponível. Seu argumento, resumidamente seria que, se o mundo está em evolução, e portanto, sempre inacabado, não seria possível alcançar uma verdade final. Ora, se inalcançável, o único sentido de verdade seria o de crenças aproximadamente ajustadas ao mundo com capacidade de integrar a experiência disponível no assunto em questão.

Não nos deteremos na análise da noção de verdade em James, mas focalizaremos o problema da possibilidade relativista: seria razoável adotar comunitariamente uma nova crença quando a experiência progressiva obriga a revisão. Mas será então que teríamos de

⁷⁸ “The ‘true,’ to put it very briefly, is only the expedient in the way of our thinking, just as ‘the right’ is only the expedient in the way of our behaving. Expedient in almost any fashion; and expedient in the long run and on the whole of course; for what meets expediently all the experience in sight won’t necessarily meet all farther experiences equally satisfactorily. Experience, as we know, has ways of BOILING OVER, and making us correct our present formulas.

The ‘absolutely’ true, meaning what no farther experience will ever alter, is that ideal vanishing-point towards which we imagine that all our temporary truths will some day converge. (...) Meanwhile we have to live to-day by what truth we can get to-day, and be ready to-morrow to call it falsehood.”

assumir que, se uma crença integrar melhor minha experiência e uma crença oposta fizer o mesmo papel para outra pessoa, teríamos então duas crenças antagônicas verdadeiras ao mesmo tempo? Este é sem dúvida um problema que tende a surgir quando se admite apenas a realidade de particulares, mas não de gerais, isto é, da terceiridade. Problematizemos o próprio exemplo de James.

Ao definir as conseqüências da religião, James (1912a, p. 40) supõe que seu principal efeito seria estimular a esperança num mundo melhor e na liberdade, em contraposição com o materialismo. Mas se compararmos essa visão com a de La Mettrie (PULINO, 2005), o último diria que o efeito das crenças religiosas é inculcar um sentimento de culpa, o qual restringe as possibilidades do homem de gozar conforme suas propensões naturais, tendo como conseqüências a restrição da liberdade e a infelicidade humana. Nesse caso, quem teria adequadamente delimitado as conseqüências práticas da crença religiosa, que por sua vez balizariam nossa escolha entre crer ou não? A nosso ver, cada um definiu uma gama de conseqüências possíveis, e portanto de significados, de se sustentar uma crença religiosa, motivo pelo qual julgamos necessário acrescentar ao critério pragmático de escolha de crenças a *tese perspectivista* e o *realismo da terceiridade*.

No perspectivismo proposto por Peterson (1996), havia a *tese do limite* das formas de representação, a qual sustentava que as perspectivas delimitariam aspectos relevantes à custa de desconsiderar outros aspectos do objeto em perspectiva. Como apontado por Peirce, em matérias nas quais o desejo passional influencia, a visão do indivíduo fica muito parcial. Assim, a delimitação das conseqüências de apostas metafísicas precisaria, talvez ainda mais que no caso das ciências, de várias perspectivas, poderia ser alcançada a partir de múltiplas visões da matéria em questão. Assim, sugerimos que uma *comunidade de debate ético* poderia ser uma via possível de resposta à necessidade de escolha genuína que não apelasse para a subjetividade dos indivíduos particulares como instância decisória.

No que se refere à tese realista, é possível concordar com a insistência de Peirce na necessidade de saltarmos dos efeitos particulares para a generalidade de efeitos concebíveis quando se trata de delimitar o significado de uma concepção, o que fica claro nessa versão da máxima pragmática (PEIRCE, 1994i, CP 5.438):

O inteiro significado intelectual de qualquer símbolo consiste na totalidade dos modos gerais de conduta racional que, sob a condição de todas as possíveis diferentes circunstâncias e desejos, poderia advir da aceitação do símbolo.⁷⁹

⁷⁹ The entire intellectual purport of any symbol consists in the total of all general modes of rational conduct which, conditionally upon all the possible different circumstances and desires, would ensue upon the acceptance of the symbol.

Para seguir a exigência de generalidade de Peirce, os “efeitos práticos” precisariam ser concebidos na maior gama possível de condições, para se chegar ao mais amplo significado possível dos princípios em pauta. Nesse sentido, a concepção mais ampla só poderia ser dada por uma comunidade de debate ético. Também se espera que a atuação da comunidade de debate possibilite as duas condições necessárias para o inquérito: o longo prazo e o compartilhamento, que fariam a opinião não ser dependente de qualquer indivíduo particular, dando-se possibilidade, assim, de se afastar o relativismo também nas questões de justificação ética.

Por sua vez pelo menos para aqueles contextos em que o julgamento não é nem questão de fato nem de lógica, podemos concordar com James acerca do critério pragmático para se escolher questões, que de outro modo seriam indecidíveis. A única ressalva é que nesses casos, suspenderíamos nosso juízo quanto à possibilidade de aproximar nossa justificativa a alguma noção de verdade, o que não invalida a inevitável tomada de partido baseada simplesmente em uma justificativa ética.

Para as decisões éticas, mais importante que a determinação de uma verdade, parece ser a possibilidade de elas “produzirem” verdades no mundo, ou seja, que se tornem profecias auto-cumpridas. James argumenta de que certos “fatos” são produzidos em grande parte pela crença anterior, como o “fato” de alguém nos ser simpático depender em grande medida do quanto lhe somos atenciosos, justamente por crer na simpatia dessa pessoa. Essa construção é ainda mais clara e contundente quando nos referimos à nossa própria conduta. Nesse caso a crença estabelece um alvo e em seguida dirige-se para ele, ou seja, a “profecia” provê os próprios meios de se cumprir. Um exemplo seria eu acreditar firmemente que preciso emagrecer, e posso fazê-lo iniciando um plano de exercícios físicos; o resultado mais esperado é que eu comece a fazer exercícios, cumprindo assim a “profecia”. Boa parte das decisões éticas parece ser da natureza dessas profecias, na medida em que a ação baseada num certo princípio ético é justamente o cumprimento do princípio.

Por fim, resta-nos ainda esboçar uma resposta a uma objeção à nossa argumentação, que talvez anulasse os esforços para se encontrar conseqüências práticas das apostas metafísicas ou epistemológicas. Rorty (ENGEL; RORTY, 2008, p. 59), por exemplo, afirma que algumas discussões metafísicas não fariam diferença prática, de modo que poderiam ser postas de lado:

[...] segundo os filósofos ditos ‘pós-modernos’ e os pragmatistas aos quais me associo, podem-se considerar desprezíveis as questões tradicionais da metafísica e da epistemologia, pois elas não têm nenhuma utilidade social. Isso não significa que elas não tenham sentido, nem que se apoiem em pressupostos falsos, mas está

simplesmente ligado ao fato de que o vocabulário da metafísica e da epistemologia não tem nenhuma função social

Entendemos as considerações de Rorty no sentido de que algumas posturas não precisariam ser sustentadas, e cuja sustentação não mudaria nossos empreendimentos. Argumentamos que, num certo sentido, há importância social em debates que tornem os usuários de paradigmas técnico-científicos mais cientes do que em seu sistema é aposta metafísica ou epistemológica. O efeito prático de se discutir metafísica e epistemologia seria a tendência à formação de uma visão crítica por parte dos cientistas e técnicos. Nisso provavelmente Rorty concordaria. Se nenhum efeito fenomênico puder ser esperado do *conceito* de perspectivismo, por exemplo, a nosso ver, haveria efeitos práticos na *atitude* de se assumir o perspectivismo. E se enquanto técnicos, para os quais se colocam decisões de importância vital, nos vemos forçados a assumir alguma concepção de mundo e de conhecimento, parece que o problema recai em alguma opção metafísica e epistemológica em última instância.

Em síntese, ao acrescentarmos o perspectivismo e o realismo ao princípio pragmático de James, instauramos uma justificativa não relativista para o pluralismo em matéria de ética, que não se trata apenas de reconhecermos a diversidade e propor a tese da tolerância; trata-se de reconhecer a *necessidade* da multiplicidade de perspectivas para se buscar a significação mais ampla possível das ações técnicas, para, aí sim, a comunidade de pesquisadores poder fazer uma opção genuína racional. A necessidade do pluralismo poderia promover mais do que uma *tese de tolerância*, como se fosse um mal necessário, uma *tese do respeito*, que iguala em valor as representações do objeto de estudo sem precisar apagar suas diferenças, uma vez que é justamente essa diferença que amplia o significado total do objeto.

Aplicando o critério pragmático-ético-comunitário acrescido do pluralismo perspectivista ao campo teórico-prático da psiquiatria, parece-nos que, se suas ações perpassam tanto questões de fato quanto questões de aposta, então tanto o critério de ajuste à realidade quanto o critério de escolha das ações por suas conseqüências poderiam ser aplicados a fim de optarmos entre racionalidades médicas. Para as questões de fato, uma comunidade de inquérito se guiaria pelo critério de ajuste à realidade para fazer progredir a teoria e técnica psiquiátrica. Para as questões de aposta, a mesma comunidade assumiria o papel de comunidade de debate ético, e, guiada por um princípio pragmático, faria progredir a concepção das conseqüências práticas de nossas racionalidades médicas, o que permitiria uma justificativa ética para a manutenção ou revisão das apostas metafísicas, epistemológicas e

metodológicas destas.

Consideremos ainda um fator complicador: em muitas situações as questões de fato aparecem entremeadas a questões de aposta, e por vezes conflitam na tomada de decisões. Por exemplo, se um paciente usando uma medicação antipsicótica para controlar suas alucinações queixe que a medicação lentifica seu pensamento e reduz sua criatividade, e que várias medicações diferentes geraram o mesmo efeito colateral. Nesse caso é fato o controle eficaz do sintoma, mas talvez seja um valor maior resguardar a criatividade e autonomia do paciente que controlar um sintoma. Casos como esses apontam ainda mais para a necessidade do debate ético, que necessariamente tem que levar em conta questões de fato e de aposta complicadamente imbricadas para nos decidirmos sobre que ação escolher.⁸⁰

Se temos apresentado a possível viabilidade de um projeto de ampliação da concepção de doença, e o uso de um critério pragmático-perspectivista para a escolha entre racionalidades médicas, resta-nos aplicar esse critério para a defesa de uma racionalidade reformista na psiquiatria.

No capítulo anterior, elencamos algumas conseqüências para a psiquiatria que parecem se seguir da adesão ao materialismo reducionista, como a exclusão de elementos complexos das descrições das doenças mentais, a desvalorização de intervenções psicoterápicas de difícil enquadramento experimental e excessivo intervencionismo farmacológico. Alertamos ainda para o empobrecimento descritivo do materialismo reducionista e suas conseqüências sobre a construção da auto-imagem do doente e do papel do profissional de saúde, que por sua vez tenderiam a gerar desresponsabilização pessoal e social. Que efeitos podemos esperar de uma racionalidade reformista?

Mesmo correndo o risco de circularidade, isto é, de definir o bem dentro de um sistema de pensamento e depois concluir que as conseqüências do sistema são “boas”, propomos uma concepção do que seria desejável para a psiquiatria como *uma* perspectiva, que proveitosamente teria seu significado ampliado pelo debate com outras perspectivas.

Para se conceber os efeitos de uma cosmologia sobre as pessoas, julgamos que boa parte das ações voluntárias dos sujeitos são da natureza de uma profecia auto-cumprida, isto é, uma crença tende a levar a um comportamento coerente, independentemente de a crença ser muito ou pouco justificável. James assinala inclusive que a maior parte de nossas crenças não passou por muitos crivos de dúvida e cremos sem saber porquê (JAMES, 1912b, p. 9). Se for assim, é de grande responsabilidade fornecer para as pessoas, de acordo com nossa

⁸⁰ Agradecemos ao professor Octávio D. Serpa Jr por apontar a indissociabilidade e os conflitos entre questões de fato e de aposta. O exemplo empregado nos foi dado pelo professor.

cosmologia, elementos formadores da auto-imagem. Vindo de um representante da “autoridade científica”, é bem provável que elas acreditem nesses elementos e que a auto-imagem formada passe a se cumprir como uma auto-profecia.

É difícil dizer o que é o bem para a psiquiatria. Mas se o bem ético último for a conduta admirável em si mesma, nos preocupa se a resposta for que o “bom” seria o controle das doenças mentais. Se a doença mental for pensada reducionisticamente, nosso ideal seria a domesticação de “moléculas indisciplinadas”? Para quê serve esse sonho de controle da natureza? Para minimizar a tragédia da vida? (SERPA, 2002). Até o presente, o controle da natureza derivado do conhecimento das leis físicas promoveu certa prosperidade sim, mas também formas de destruição mais eficazes; receamos que tal controle nas ciências do homem pudesse levar a algo muito parecido com o *Admirável Mundo Novo* de Huxley (2001).

Talvez o mundo de Huxley seja uma possibilidade um tanto exagerada. De qualquer forma, serve-nos para apontar, por oposição, um possível ideal a ser perseguido: a psiquiatria talvez devesse se empenhar em aumentar o grau de liberdade e felicidade dos sujeitos, tanto usuários quanto trabalhadores em saúde mental. Liberdade consciente da regularidade limitante, mas ampliada pela ampliação dos significados possíveis. Provavelmente ao se imaginar um deficiente físico jogando basquete é que se adaptam cadeiras de rodas e se criam paraolimpíadas. Isso é ampliação da liberdade consciente dos limites.

Talvez o bem para a psiquiatria pudesse também passar pelo aumento da escuta do indivíduo, por dois motivos: para aumentar as possibilidades de admirabilidade e para ele dizer que sua experiência está em desacordo com o que propomos. Nesse sentido, o ideal de escuta seria uma proposta não só de ampliação dos significados para o indivíduo, mas também para trabalhador que o ouve e para o corpo de conhecimento psiquiátrico. Parece que a inestimável contribuição do “sujeitinho” ignorante dos rumos próprios e do mundo seria dizer que sua experiência está em desacordo, instaurando, assim, a dúvida que desencadeia o pensamento, assim como amenizar, com uma dose de admirabilidade, a dureza do dia-a-dia na saúde mental.

Em outras palavras, argumentamos que, ante a necessidade imperativa de uma opção genuína, a conduta mais admirável para a psiquiatria seria optar pelo edifício racional que a empoderasse com significados que empoderassem os sujeitos para o cumprimento de boas auto-profecias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O intuito da presente dissertação foi contribuir para a fundamentação epistemológica de um debate entre modelos de atenção psiquiátrica, que habitualmente se dá nos termos de partidarismos político-ideológicos, problema esse em grande parte gerado pela adesão dos partidários a seus próprios conceitos sem que haja clareza quanto à dimensão de aposta presente nos pressupostos de seus modelos.

Frente ao problema da falta de clareza quanto aos fundamentos, os objetivos da dissertação se desdobraram em 1) identificar bases epistemológicas e ontológicas da medicina e psiquiatria tradicionais, de orientação organicista, assim como possíveis bases da medicina biopsicossocial e da reforma psiquiátrica e 2) contribuir para a formulação de pressupostos para uma modelo de psiquiatria que preservasse, ao mesmo tempo, valores como liberdade, singularidade e indeterminação do sujeito, ao lado da possibilidade de um empreendimento com rigor científico.

Assumindo como hipótese que os modelos médicos se constituem não só de diagnósticos e intervenções, mas de gestalts ou sistemas auto-sustentados – as racionalidades médicas – que envolvem uma cosmologia, buscamos identificar, nos dois grupos de modelos avaliados, a cadeia que iria da concepção de mundo e de como poderíamos conhecê-lo à concepção do objeto de estudo – a doença – e daí às suas conseqüências práticas, que seriam as estratégias diagnósticas e terapêuticas.

No que se refere à biomedicina e a psiquiatria tradicional, argumentamos sobre a provável ligação entre fundamentos ontológico-epistemológicos mecanicistas e objetivistas, a formulação de um duplo reducionismo – metodológico e ontológico – e algumas conseqüências indesejáveis para a prática clínica. Para a medicina em geral, citamos como possíveis conseqüências a tecnificação, a prática predominantemente curativa, a excessiva dependência do paciente em relação ao médico, a desumanização da prática médica e fragmentação do cuidado em especialidades. Para a psiquiatria, citamos a exclusão de elementos complexos das descrições das doenças mentais, a desvalorização de intervenções psicoterápicas de difícil enquadramento experimental e excessivo intervencionismo farmacológico, além do empobrecimento na construção da auto-imagem do doente e do papel do profissional de saúde, que por sua vez tenderiam a gerar desresponsabilização pessoal e social.

A indesejabilidade dessas conseqüências trouxe a exigência por parte da comunidade

médica e psiquiátrica de uma ampliação na concepção do foco de atenção em saúde, culminado com os conceitos de clínica ampliada e necessidades de saúde. Embora justificável como alvo desejável, a ampliação do foco de atuação em saúde ainda continuaria de difícil implementação, em parte porque não estaria claramente construída uma gestalt ou racionalidade médica subsidiada por pressupostos ontológicos e epistemológicos “reformistas”. Assim, argumentamos que a teoria sistêmica, a teoria de níveis, a teoria da auto-organização e o pluralismo epistemológico contribuiriam para uma fundamentação epistemológica e metodológica da reforma psiquiátrica.

A sustentação global de uma racionalidade médica, entretanto, não se daria sem uma cosmologia ou suposição geral de como se organizaria o mundo, motivo pelo qual propusemos a hipótese de que uma cosmologia peirceana contribuiria para uma reforma onto-epistemo-metodológica na psiquiatria. Tal cosmologia teria as vantagens de fundamentar um pluralismo perspectivista sem relativismo, a possibilidade de estudo científico sem exclusão da singularidade e liberdade do indivíduo, bem como a redescrição da tarefa dos psiquiatras guiada por um ideal de admirabilidade.

Por fim, argumentamos que a escolha de uma racionalidade médica em seu todo poderia ser feita segundo um critério pragmático-ético-comunitário. Tal critério seria pragmático na medida em que a delimitação do significado das apostas se daria a partir das conseqüências práticas esperadas de sua aplicação. Teria um aspecto ético, na medida em que a escolha entre as conseqüências mais desejáveis seria sobretudo uma questão ética. Por fim, seria comunitário porque tanto para a delimitação das conseqüências quanto para o debate ético, se apoiaria nas contribuições de várias perspectivas dentro de uma comunidade de psiquiatras. Assim, o pluralismo perspectivista e a cosmologia não-mecanicista seriam nossas contribuições para os fundamentos da clínica ampliada exigida pela reforma psiquiátrica, e o critério pragmático-ético-comunitário seria a justificativa para a escolha de uma racionalidade médica reformista.

Dentre os avanços que consideramos ter obtido ao longo do trabalho, destacamos, primeiramente, a justificativa da responsabilidade ética de sustentarmos certa metafísica, considerando que ela traria os próprios meios de se firmar, tal qual uma profecia auto-cumprida. Em segundo lugar, sugeriríamos a possibilidade de um salto qualitativo das soluções práticas quando, a partir de uma fundamentação mais sólida, podemos usufruir de um *modelo de inspiração* com toda a riqueza heurística, isto é, com sugestões de solução, que um modelo amplo pode gerar. Além disso, a formulação de uma *inteligibilidade* para um modelo pode nos abastecer de um sentimento de entusiasmo que, se por um lado torna a visão

parcial, por outro lado dá bons motivos para se persistir no árduo trabalho de cuidar do outro. Se, por um lado, a justificativa intelectual pode ser mera racionalização das decisões instintivas, por outro lado pode ser também a tradução para nossas formulações intelectuais daquilo que a intuição havia apontado de forma enevoadada.

Dentre as principais limitações desse trabalho, reconhecemos que ele não foi capaz de produzir argumentos tão inabaláveis para a escolha da “racionalidade reformista” o quanto inicialmente gostaríamos. Ao assumirmos uma “humildade epistemológica” e o pluralismo perspectivista, o ônus é que somos obrigados a admitir que nossa posição seria apenas *uma* perspectiva possível. Entretanto, admitimos a limitação de nossa perspectiva um tanto a contragosto, porque como afirma James (1912b, p. 14, tradução nossa), “somos todos absolutistas por instinto”⁸¹, querendo com isso dizer que temos a *impressão de saber quando alcançamos a verdade*. Assim, é a contragosto que nos vemos obrigados a abrir mão de pretensões de verdade ou justificação contundentes também quanto às argumentações desse trabalho. Na melhor das hipóteses, esperamos ter fornecido, àqueles cuja experiência era convergente com a nossa, um “sentimento de racionalidade” em relação aos clamores de clínica ampliada. Por outro lado, talvez possamos esperar que a limitação inerente à nossa perspectiva suscite a crítica de uma comunidade interessada, mesmo que isso signifique desconstruir nossos argumentos. São os ossos do ofício de um falibilista esperar ver seu trabalho ser superado. Ao mesmo tempo, é seu alento supor, munido de uma “alegre esperança”, que essa superação implique em uma ampliação do significado em aproximação contínua ao real.

Três importantes limitações da dissertação foram assuntos sobre os quais tivemos que suspender o juízo: 1) se haveria incompatibilidades ao usarmos elementos tanto do pragmatismo de James quanto do de Peirce; 2) se seria possível ou desejável a noção de convergência futura para questões de opção ética, e 3) se a cosmologia neo-mecanicista não seria compatível com uma racionalidade médica ampliada.

No que tange às divergências de concepção do pragmatismo entre James e Peirce, não tivemos como pesquisar extensamente suas obras para nos certificarmos sobre a plausibilidade de nossa proposta, qual seja, de que a comunidade de debate ético poderia agregar “o melhor de dois mundos”, no caso, a preocupação com a generalidade de Peirce e o interesse de James de empregar o que temos disponível sobre um certo assunto num dado momento. Entendemos que a preocupação de James, de termos que nos valer na prática das

⁸¹“we are all such absolutists by instinct”

“verdades” que tivermos agora é exatamente a nossa, mas reconhecemos que sem uma tendência à convergência no futuro a verdade fica sem lastro. Assim como James, nossa questão são as escolhas impostergáveis na vida prática, mas reconhecemos a parcialidade e o risco de estarmos apenas dando desculpas disfarçadas de racionalidade para assuntos vitais, que talvez fossem decidíveis apenas pelo instinto, como assinala Peirce. Talvez seja possível teorizar sobre a conduta, mas simplesmente não seja possível que alguma diretriz puramente intelectual seja uma boa guia para ela. Nesse sentido, a semiótica Peirceana, principalmente ao tratar da abdução, poderia trazer alguma luz sobre o surgimento de teorias e do traço de razoabilidade presente nessa *poiesis*, com a razoabilidade concebida muito mais amplamente que a racionalidade meramente intelectual. Essa pesquisa nos domínios da lógica Peirceana, entretanto, demandaria pesquisas futuras.

No que se refere à possível convergência no campo das apostas ética, o que apontaria para um emprego possível do termo *verdade*, não temos clareza se seria desejável propor mais do que justificativas razoáveis. Parece-nos que, para esse campo, surge um dilema. Se por um lado, abrir mão de uma possível convergência constrangida pela secundidade das conseqüências de nossos atos, incorreria no risco de um debate eternamente ideológico e relativista, com possibilidade de hegemonias alcançadas apenas pela força social de alguma perspectiva. Por outro lado, se as opções ética tiverem o papel de uma profecia auto-cumprida, na medida em que prescrevem um evento futuro – a nossa conduta – talvez seja desejável que as opções permaneçam sem qualquer pretensão de convergência, justamente para não correremos o risco de hegemonia de qualquer visão. Não nos encontramos possibilitados de dar nem sequer de um esboço de resposta a tal dilema.

Já no que diz respeito à cosmologia neo-mecanicista, a impossibilidade de geração de novidade que Peirce atribuía ao mundo governado pela necessidade das leis certamente tinha como referência a concepção de causalidade do mecanicismo clássico. Com o desenvolvimento dos conceitos de causalidade circular e auto-organização, o surgimento de novidade poderia se tornar inteligível dentro de um modelo neo-mecanicista. Mesmo a liberdade, a singularidade e até a admirabilidade eram aparentemente compatíveis com o mecanicismo de La Mettrie. Ser uma possibilidade de pesquisa futura investigar a compatibilidade da liberdade, singularidade e admirabilidade o neo-mecanicismo. Nossa dúvida reside principalmente no quanto a concepção de novidade atrelada ao acaso *cego* gerador incentivaria as pessoas a se *empenharem* em promover mudanças. Se esforço humano promover uma conduta diferente da expectativa de novidade meramente casual, então haveria uma diferença pragmática entre adotar o neo-mecanicismo ou o não-mecanicismo, mas esta é

uma questão que requereria estudos futuros.

Por fim, não podemos deixar de reconhecer nossa inquietação ante ao questionamento de Rorty. Debatendo com Pascal Engel, o qual se fiava em fazer distinções entre verdade e justificação, Rorty diz que a melhor distinção seria entre aquelas questões que valem a pena abordar e aquelas indiferentes. Para problemas filosóficos suspeitos de improdutividade ele levanta a questão: “porque tanto trabalho?” (ENGEL; RORTY, 2008, p. 81).

Ante a contundente pergunta de Rorty, nos questionamos se nossas questões metafísicas valeriam tanto a pena de serem abordadas quanto as questões éticas nas quais recaímos por fim. Não temos uma resposta satisfatória. Temos mais uma esperança de que a alguma resposta passe pela divisão das ciências proposta por Peirce, na qual a ciência geral da metafísica dependeria das ciências normativas, de modo que esta dependeria da lógica, que dependeria da ética, que dependeria por fim da estética. Se essas dependências fizerem sentido, é razoável que tenhamos começado com a metafísica e tenhamos desembocamos na ética. E se não fomos tão conclusivos quanto gostaríamos, é porque estivemos mirando um fim último, um ideal que se recomendasse por si mesmo em virtude de ser *admirável*. Se este for um bem razoável de se buscar, julgamos que ressaltar a admirabilidade seria um propósito que se recomenda por si mesmo, motivo pelo qual podemos apenas sugerir como possível resposta à questão de Rorty as palavras do compositor Marcelo Yuka (1996):

*Se por alguns segundos
Eu observar
E só observar
A isca e o anzol [...]
O mar escuro trará o medo
Lado a lado
Com os corais
Mais coloridos.[...]*

*Se eu ousar catar
Na superfície
De qualquer manhã
As palavras de um livro
Sem final,
Sem final,
Final...*

*Valeu a pena, eh, eh,
Valeu a pena, eh, eh,
Sou pescador de ilusões...*

‘Pescador de Ilusões’ - Marcelo Yuka

REFERÊNCIAS

ACIOLE, G. G. O lugar, a teoria e a prática profissional do médico: elementos para uma abordagem crítica da relação médico-paciente no consultório. **Interface - comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 95-112, set./fev. 2003/2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n14/v8n14a05.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2008.

ADAMS, E. W. Founders of modern medicine-II: Giovanni Battista Morgagni. **Medical library and historical journal**. v. 1, n. 4, p. 270-277, Oct. 1903.

AKISKAL, H. S. The classification of mental disorders. In: KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. **Comprehensive textbook of psychiatry**. 6th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1989. p. 583-598.

ALQUIÉ, F. et al. **Galileu, Descartes e o mecanismo**. Tradução de Germiniano Cascais Franco. 2 ed. Lisboa : Gradiva, 1987.

ALVES, E. H. Observações sobre o perspectivismo de Donald Peterson. In: GONZALEZ, M. E. Q., BROENS, M. C. (Org). **Encontro com as ciências cognitivas**. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1998, p. 25-31. (Col econtro com as ciências cognitivas, v. 2).

AMARANTE, P. Conceitos e dimensões da reforma psiquiátrica. In: _____. **Saúde mental: políticas e instituições**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1993. p. 57-71.

AMERICAN PSYCHIATRYC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 3 ed. Washington DC: American Psychiatry Press, 1980.

AUDI, R. . Relativism. In: _____ (Ed.). **The Cambridge dictionary of philosophy**. 2nd ed. New York: Cambridge University Press, 1999, p. 790.

BARRETO, A. P. **Terapia comunitária passo a passo**. Fortaleza : Gráfica LCR, 2005.

BEDAU. M. A. Weak emergence. **Noûs**. Philosophical perspectives, 11, mind, causation, and world. Oxford, v. 31, 1997. p. 375-399. Supplement. Disponível em <<http://academic.reed.edu/philosophy/faculty/bedau/pdf/emergence.pdf>>. Acesso em: 7 abr. 2007.

BERNSTEIN, R. J. The varieties of pluralism. **American journal of education**, Chicago, v. 95, n. 4, p. 509-525, Aug. 1987.

BERTALANFFY, L. **Teoria geral dos sistemas**. Tradução de Francisco M. Guimarães. Petrópolis: Vozes, 1973.

BEZERRA JÚNIOR, B. Naturalismo como anti-reducionismo: notas sobre cérebro, mente e subjetividade. In: DIAS, L. F.; RUSSO, J. A. **Antropologia e história dos saberes psicológicos**. Rio de Janeiro: UFRJ/ IPUB, 2000. p. 158-177. (Cadernos IPUB, v. VI, n. 18).

BICHAT, X. **Anatomie générale appliquée à la physiologie et à la médecine**. Paris : Brosson, 1812. Disponível em:

<http://books.google.com.br/books/download/Anatomie_g_n_rale.pdf?id=sUIUAAAQA AJ&output=pdf&sig=ACfU3U2EpEz0AtGkSGBMGh6RBlcWo9I9Rg&source=gbs_v2_summary_r&cad=0>. Acesso em: 21 Dez. 2009.

BONET, O. Educação em saúde, cuidado e integralidade: de fatos sociais totais e éticas. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, ABRASCO, 2004. p. 279-293.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Coordenação Geral de Documentação e Informação. **Legislação em saúde mental 1990-2001**. 2 ed. rev at. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BREILH, J. **Epidemiologia crítica**: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

BRESCIANI FILHO, E.; D'OTTAVIANO, I. M. L. Conceitos básicos de sistêmica. In: D'OTTAVIANO, I. M. L; GONZALES, M. E. Q. (Org.). **Auto-organização**: Estudos Interdisciplinares. Campinas: UNICAMP, Centro de Lógica, Epistemologia e História da Ciência, 2000. p. 283-306. (Coleção CLE, v. 30).

CAMARGO JÚNIOR, K. R. A Biomedicina. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, 2005. p. 177- 201. Suplemento.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

_____. **A clínica do sujeito**: por uma clínica reformulada e ampliada. In: _____. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 51-67.

CAMPOS, C. M. S.; BATAIERO, M. O. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. **Interface - comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 605-18, set./dez. 2007.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, ABRASCO, 2001. p. 113-127.

COMPLETE DICTIONARY OF SCIENTIFIC BIOGRAPHY, New York : Charles Scribner's Sons, 2008. Verbete: La Mettrie, Julien Ofrey de. Disponível em: <<http://www.encyclopedia.com/doc/1G2-2830902438.html>>. Acesso em: 24 Dez 2009.

DEBRUN, M. Prefácio. In: DEBRUN, M., GONZALEZ, M. E. Q., PESSOA JÚNIOR, O. **Auto-organização: estudos interdisciplinares**. Campinas: UNICAMP, Centro de Lógica, Epistemologia e História da Ciência, 1996a, p. xxxiii-xliii. (Coleção CLE, v. 18).

_____. A idéia de auto-organização. In: DEBRUN, M., GONZALEZ, M. E. Q., PESSOA JÚNIOR, O. **Auto-organização: estudos interdisciplinares**. Campinas: UNICAMP, Centro de Lógica, Epistemologia e História da Ciência, 1996b, p. 3-23. (Coleção CLE, v. 18).

_____. A dinâmica da auto-organização primária. In: DEBRUN, M., GONZALEZ, M. E. Q., PESSOA JÚNIOR, O. **Auto-organização: estudos interdisciplinares**. Campinas: UNICAMP, Centro de Lógica, Epistemologia e História da Ciência, 1996c, p. 25-59. (Coleção CLE, v. 18).

DESCARTES, R. Descartes a Mersenne, Janvier 1630. In: ADAM, C.; TANNERY, P. **Oeuvres de Descartes : Correspondance I, Avril 1622 - Février 1638**. Paris : Léopold Cerf Imprimeur-Éditeur, 1897. v. I, p. 105-106, Lettre XVII. Disponível em: <<http://ia311039.us.archive.org/3/items/uvresdedescartes01desc/uvresdedescartes01desc.pdf>> acesso em: 25 Dez. 2009.

_____. **Discurso do método**. Tradução de J. Guinsburg e Bento Prado Júnior. São Paulo: Abril Cultural e Industrial. 1973a. p. 33-79. (Coleção Os Pensadores, v. XV).

_____. **Meditações**. Tradução de J. Guinsburg e Bento Prado Júnior. São Paulo: Abril Cultural e Industrial. 1973b. p. 81-150. (Coleção Os Pensadores, v. XV).

_____. **As paixões da alma**. Tradução de J. Guinsburg e Bento Prado Júnior. São Paulo: Abril Cultural e Industrial. 1973c. p. 223-304. (Coleção Os Pensadores, v. XV).

_____. The word and Treatise on man.. In: **The philosophical writings of Descartes**. Trad. John Cottingham, Robert Stoothoff, and Dugald Murdoch,. Cambridge : Cambridge University Press, 1985a. p. 79-108, v. 1.

_____. Description of human body and all its functions. In: **The philosophical writings of Descartes**. Trad. John Cottingham, Robert Stoothoff, and Dugald Murdoch,. Cambridge : Cambridge University Press, 1985b. p. 314-324, v. 1.

_____. Descartes to Elisabeth Egmond, May or June 1645. In: SHAPIRO, L (Ed.). **The correspondence between princess Elisabeth of Bohemia and René Descartes**. Translated by Lisa Shapiro. Chicago : University of Chicago Press, 2007, p. 91-92, AT 4: 218-222 (Series The Other Voice in Early Modern Europe).

DONATELLI, M. F. O estudo da medicina em descartes. **Ideação**, Feira de Santana, n. 4, p. 125-140, jul./dez. 1999.

DSM-IV-TR - Manual diagnóstico estatístico de transtornos mentais. Trad. Cláudia Dornelles. 4 ed. rev. Porto Alegre : Artmed, 2002.

EL-HANI, C. N. **Níveis da ciência, níveis da realidade**: evitando o dilema holismo/reducionismo no ensino de ciências e biologia. 2000. 383 f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Educação, São Paulo, 2000.

EMMECHE, C.; KØPPE, S. ; STJERNFELT, F. Explaining emergence: towards an ontology of levels. **Journal for General Philosophy of Science** n. 28, p. 83-119, 1997 Disponível em: <<http://www.nbi.dk/~emmeche/coPubl/97e.EKS/emerg.html>>. Acesso em: 18 nov. 2009

EMMECHE, C.; KØPPE, S.; STJERNFELT, F. Levels, emergence and three versions of downward causation. In: ANDERSEN, P. B. et al. (Ed.). **Downward causation**. Dordrecht: Kluwer, 2000. Disponível em: <<http://www.nbi.dk/~emmeche/coPubl/2000d.le3DC.v4b.html>>. Acesso em: 21 nov. 2009.

ENGEL, G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**, New York, v. 196, n. 4286, p. 129-136, 8 april 1977.

ENGEL, P.; RORTY, R. **Para que serve a verdade?**: Pascal Engel e Richard Rorty. Tradução de Antônio Carlos Olivieri. São Paulo : Editora da UNESP, 2008.

FLANAGAN, O. **Consciousness reconsidered**. Cambridge : MIT/Bradford Press, 1992.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. trad. de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

GRANGER, G. G. **A Ciência e as ciências**. Trad. Roberto Leal Ferreira. São Paulo: Ed. da UNESP, 1994.

GRANGER, G. G. **Por um conhecimento filosófico**. Trad. Constanca Marcondes Cesar, Lucy Moreira Cesar. Campinas: Papyrus, 1989.

HUXLEY, A. **Admirável mundo novo**. Tradução de Lino Vallandro e Vidal de Oliveira. São Paulo : Globo, 2001.

IBRI, I. A. **Kósmos noetós**. São Paulo : Perspectiva, 1992.

JAMES, W. Is life Worth living? In: _____. **The will to believe and other essays in popular philosophy**. New York : Longmans, Green, And Co., 1912b, p. 32-62. Disponível em: <ftp://gutenberg.readingroo.ms/gutenberg/2/6/6/5/26659/26659-h.zip>. Acesso em: 8 Dez. 2009.

_____. The will to believe. In: _____. **The will to believe and other essays in popular philosophy**. New York : Longmans, Green, And Co., 1912b, p. 1-31. Disponível em: <ftp://gutenberg.readingroo.ms/gutenberg/2/6/6/5/26659/26659-h.zip>. Acesso em: 8 Dez. 2009.

_____. The one and the many. In: _____. **Pragmatism and four essays from the meaning of truth**. New York : Meridian Books, 1958a. p. 89-108.

_____. What pragmatism means. In: _____. **Pragmatism and four essays from the meaning of truth**. New York : Meridian Books, 1958b. p. 41-62.

_____. Pragmatism's coception of truth. In: _____. **Pragmatism and four essays from the meaning of truth**. New York : Meridian Books, 1958c. p. 131-153.

KENDELL, R. E. **The role of diagnosis in psychiatry**. Oxford: Blachwell Scientific Publications, 1975.

KIM, J. **Philosophy of mind**. Colorado: Westview Press, 1996.

_____. **Mind in a physical world: an essay on the mind-body problem and mental causation**. Cambridge : MIT Press, 2000.

KNORPP, W. M. What relativism isn't. **Philosophy**, Cambridge, v. 73, n. 284, p. 277-300, Apr. 1998.

KUHN, T. S. **A Estrutura das revoluções científicas**. 6 ed. São Paulo : Perspectiva, 2001.

LA METTRIE, J. O. de. **El hombre maquina**. Tradução Angel J. Cappelletti. Buenos Aires : Editora Universitária de Buenos Aires, 1961. (Coleccion Los Fundamentales).

LUSSI, I. A. O.; PEREIRA, M. A. O.; PEREIRA JR, A. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? **Revista latino-americana de enfermagem**, p. 448-56, maio-junho 2006.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX.. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, n. 15, 2005. p. 145-176. Suplemento. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a08.pdf>> Acesso em: 18 mar.2007.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006. Disponível em <http://www.lappis.org.br/media/artigo_ruben1.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2007.

MOORE, M. H. The place of Cournot in history of philosophy. **The philosophical review**, Durham, v. 43, n. 4, p. 380-401, jul. 1934.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. Trad. Maria D. Alexandre e Maria Alice Sampaio Dória. 5 ed. rev. mod. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

NAGEL, E. The reduction of theories. In: _____. **The structure of science: problems in the logic of scientific explanation**. 2nd ed. Indianápolis: Hackett Publishing Company, 1979, p. 336 -397.

NARDI, A. E.: **Transtorno de ansiedade social: fobia social**: a timidez patológica. Rio de Janeiro : MEDSI, 2000.

NEMIAH, J. C.: Phobic disorders. In: KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. **Comprehensive textbook of psychiatry**. 6th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1989. p. 972-998.

NICHOLS, P.; SCHWARTZ, R. C. **Terapia familiar**: conceitos e métodos. Tradução Magda França Lopes. Porto Alegre : ARTMED, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constitution of the world health organization.** Basic Documents. Genebra: OMS, 1946. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf. Acesso em: 16 set. 2008.

PEIRCE, C.S. Notes on scientific philosophy. In: _____. **The collected papers of Charles Sanders Peirce.** Organização de Charles Hartshorne, Paul Weiss e Arthur W. Burks. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1994a. v. 1, CP 1.126-175, 1 CD-ROM.

_____. The three kinds of goodness. In: _____. **The collected papers of Charles Sanders Peirce.** Organização de Charles Hartshorne, Paul Weiss e Arthur W. Burks. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1994b. v. 5, CP 5.120-150, 1 CD-ROM.

_____. How to make our ideas clear. In: _____. **The collected papers of Charles Sanders Peirce.** Organização de Charles Hartshorne, Paul Weiss e Arthur W. Burks. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1994c. v. 5, CP 5.388-410, 1 CD-ROM.

_____. What pragmatism is. In: _____. **The collected papers of Charles Sanders Peirce.** Organização de Charles Hartshorne, Paul Weiss e Arthur W. Burks. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1994d. v. 5, CP 5.411-437, 1 CD-ROM.

_____. The universal categories. In: _____. **The collected papers of Charles Sanders Peirce.** Organização de Charles Hartshorne, Paul Weiss e Arthur W. Burks. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1994e. v. 5, CP 5.41-65, 1 CD-ROM.

_____. The doctrine of necessity examined. In: _____. **The collected papers of Charles Sanders Peirce.** Organização de Charles Hartshorne, Paul Weiss e Arthur W. Burks. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1994f. v. 6, CP 6.35-64, 1 CD-ROM.

_____. The reality of thirdness. In: _____. **The collected papers of Charles Sanders Peirce.** Organização de Charles Hartshorne, Paul Weiss e Arthur W. Burks. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1994g. v. 5, CP 5.93-120, 1 CD-ROM.

_____. Vitaly important topics. In: _____. **The collected papers of Charles Sanders Peirce.** Organização de Charles Hartshorne, Paul Weiss e Arthur W. Burks. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1994h. v. 1, CP 1.616-677, 1 CD-ROM.

_____. Issues on pragmatism. In: _____. **The collected papers of Charles Sanders Peirce.** Organização de Charles Hartshorne, Paul Weiss e Arthur W. Burks. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1994i. v. 5, CP 5.438-463, 1 CD-ROM.

PEREIRA JÚNIOR, A.; GONZALEZ, M. E. Q. O papel das relações informacionais na auto-organização secundária. In: BRESCIANI FILHO, E. et al. (Org.). **Auto-organização: estudos interdisciplinares**. Campinas: UNICAMP, Centro de Lógica, Epistemologia e História da Ciência, 2008. (Coleção CLE, v.52).

PETERSON, D. Introduction In: _____. **Forms of representation: an interdisciplinary theme for cognitive science**. Wiltshire : Cromwell Press, 1996. p. 7-27

PULINO, L. H. C. Z. **A ética de La Mettrie**. 2005. 330 f. Tese (Doutorado em Filosofia) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, 2005.

PUSTAI, O. D. O Sistema de saúde no Brasil. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANO, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidência**. 3 ed. Porto Alegre : ARTMED; 2004. p. 69-75.

RUDDICK, C. T. Cournot's doctrine of philosophical probability. **The philosophical review**, Durham, v. 49, n. 4, p. 415-423, jul. 1940.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, jan./Abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2008.

SERPA JÚNIOR, O. D. Mente, cérebro e perturbação mental: a natureza da loucura ou a loucura na natureza. In: DIAS, L. F.; RUSSO, J. A. **Antropologia e história dos saberes psicológicos**. Rio de Janeiro: UFRJ/ IPUB, 2000. p. 144-157. (Cadernos IPUB, v. VI, n. 18).

SERPA JÚNIOR, O. D. A tranquilidade do boi no pasto: o desafio ético-teórico da psiquiatria para o século XXI. In: FIGUEIREDO, A. C. **Ciência e saber no campo da saúde mental**. Rio de Janeiro: UFRJ/ IPUB, 2002. p. 11-31. (Cadernos IPUB, v. VIII, n. 21).

SILVEIRA, L. F. B. **Curso de semiótica geral**. São Paulo : Quartier Latin, 2007.

SLADE, T. **Using epidemiology to inform classification in psychiatry**. 2002. 237 f. Dissertation (Phd in Psychiatry) – University of New South Wales, Faculty of Medicine, Sydney, 2002. Disponível em: <<http://handle.unsw.edu.au/1959.4/19059>>. Acesso em: 16 jan. 2007.

SOAR FILHO, E.J. Psiquiatria e pensamento complexo. **Revista de psiquiatria do rio grande do sul**. Porto Alegre, v. 25, n. 2, maio/ago. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082003000200008&lng=pt&nrm=isso>. Acesso em: 14 out. 2007.

SPITZER, R. L., WILLIAMS, J. B. W., SKODOL, A. E.: DSM-III: The major achievements and an overview. **American journal of psychiatry**, Arlington, VA, n. 2, p. 137, 1980.

STAGNARO, J. C. Biomedicina o medicina antropológica. **Vertex revista argentina de psiquiatria**, Buenos Aires, v. XIII, n. 47, p. 19-26, Mar./Abr./Mayo 2002.

TISCHLER, G. Evaluation of DSM-III. In: KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. **Comprehensive textbook of psychiatry**. 4th ed. Williams & Wilkins, 1985. p. 617-21.

VENÂNCIO, A.T.; CAVALCANTI, M.T. Apresentação. In: _____ (Org.). **Saúde mental: campos, saberes e discursos**. Rio de Janeiro : IPUB/CUCA, 2001. p. 7-11. (Coleções IPUB).

VIJVER, G. **New perspectives on cybernetics: self-organization, autonomy and connectionism**. Dordrecht : Kluwer Academic Publishers Group, 1992 (Synthese library, v. 220)

WAAL, C. **On Pragmatism**. Belmont: Thomsom Wadsworth, 2005

YUKA, M. Pescador de Ilusões. In: O RAPP. **Rappa Mundi**. [s.L] : Waner - W E A, 1996. 1 CD, faixa 6.