



Editora
UFPel

Introdução à Filosofia da Psiquiatria

Adrian Nicholas Spremberg
Luis Fernando Castro de Araújo
(Organizadores)

DISSERTATIO
FILOSOFIA

INTRODUÇÃO À FILOSOFIA DA PSIQUIATRIA

Série Dissertatio Filosofia

INTRODUÇÃO À FILOSOFIA DA PSIQUIATRIA

Adrian Nicholas Spremberg
Luís Fernando Silva Castro de Araújo
(Organizadores)



Pelotas, 2018

REITORIA

Reitor: Pedro Rodrigues Curi Hallal

Vice-Reitor: Luis Isaías Centeno do Amaral

Chefe de Gabinete: Aline Elias Lamas

Pró-Reitor de Graduação: Maria de Fátima Cossio

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação: Flávio Fernando Demarco

Pró-Reitor de Extensão e Cultura: Francisca Ferreira Michelin

Pró-Reitor de Planejamento e Desenvolvimento: Otávio Martins Peres

Pró-Reitor Administrativo: Ricardo Hartlebem Peter

Pró-Reitor de Infraestrutura: Julio Carlos Balzano de Mattos

Pró-Reitor de Assuntos Estudantis: Mário Renato de Azevedo Jr.

Pró-Reitor de Gestão Pessoas: Sérgio Batista Christino

CONSELHO EDITORIAL DA EDITORA DA UFPEL

Presidente do Conselho Editorial: João Luis Pereira Ourique

Representantes das Ciências Agrônômicas: Guilherme Albuquerque de Oliveira Cavalcanti

Representantes da Área das Ciências Exatas e da Terra: Adelir José Strieder

Representantes da Área das Ciências Biológicas: Marla Piumbini Rocha

Representante da Área das Engenharias e Computação: Darci Alberto Gatto

Representantes da Área das Ciências da Saúde: Claiton Leoneti Lencina

Representante da Área das Ciências Sociais Aplicadas: Célia Helena Castro Gonsales

Representante da Área das Ciências Humanas: Charles Pereira Pennaforte

Representantes da Área das Linguagens e Artes: Josias Pereira da Silva

EDITORA DA UFPEL

Chefia: João Luis Pereira Ourique (Editor-chefe)

Seção de Pré-produção: Isabel Cochrane (Administrativo)

Seção de Produção: Gustavo Andrade (Administrativo)

Anelise Heidrich (Revisão)

Ingrid Fabiola Gonçalves (Diagramação)

Seção de Pós-produção: Madelon Schimmelpfennig Lopes (Administrativo)

Morgana Riva (Assessoria)

CONSELHO EDITORIAL

Prof. Dr. João Hobuss (Presidente)
Prof. Dr. Juliano Santos do Carmo (Vice-Presidente)
Prof. Dr. Alexandre Meyer Luz (UFSC)
Prof. Dr. Rogério Saucedo (UFSM)
Prof. Dr. Renato Duarte Fonseca (UFSM)
Prof. Dr. Arturo Fatturi (UFFS)
Prof. Dr. Jonadas Techio (UFRGS)
Profa. Dra. Sofia Albornoz Stein (UNISINOS)
Prof. Dr. Alfredo Santiago Culleton (UNISINOS)
Prof. Dr. Roberto Hofmeister Pich (PUCRS)
Prof. Dr. Manoel Vasconcellos (UFPEL)
Prof. Dr. Marco Antônio Caron Ruffino (UNICAMP)
Prof. Dr. Evandro Barbosa (UFPEL)
Prof. Dr. Ramón del Castillo (UNED/Espanha)
Prof. Dr. Ricardo Navia (UDELAR/Uruguai)
Profa. Dra. Mónica Herrera Noguera (UDELAR/Uruguai)
Profa. Dra. Mirian Donat (UEL)
Prof. Dr. Giuseppe Lorini (UNICA/Itália)
Prof. Dr. Massimo Dell'Utri (UNISA/Itália)

COMISSÃO TÉCNICA (EDITORIAÇÃO)

Prof. Dr. João Hobuss (Editor)
Prof. Dr. Juliano Santos do Carmo (Editor)
Prof. Dr. Lucas Duarte Silva (Diagramador)
Acad. Vinícius Berman (Webmaster)
Acad. Luana Francine Nyland (Assessoria)

Dissertatio Filosofia

A Série Dissertatio Filosofia, uma iniciativa do Núcleo de Ensino e Pesquisa em Filosofia (sob o selo editorial NEPFIL online) em parceria com a Editora da Universidade Federal de Pelotas, tem por objetivo precípua a publicação de estudos filosóficos relevantes que possam contribuir para o desenvolvimento da Filosofia no Brasil nas mais diversas áreas de investigação. Todo o acervo é disponibilizado para download gratuitamente. Conheça alguns de nossos mais recentes lançamentos.

A Mediação Imperfeita em Paul Ricoeur

Adriane da Silva Machado Möbbs

Do Romantismo a Nietzsche: Rupturas e Transformações na Filosofia do Século XIX

Clademir Luís Araldi

Didática e o Ensino de Filosofia

Tatielle Souza da Silva

Michel Foucault: As Palavras e as Coisas

Kelin Valeirão e Sônia Schio (Orgs.)

Sobre Normatividade e Racionalidade Prática

Juliano do Carmo e João Hobuss (Orgs.)

A Companion to Naturalism

Juliano do Carmo (Organizador)

Ciência Empírica e Justificação

Rejane Xavier

A Filosofia Política na Idade Média

Sérgio Ricardo Strefling

Pensamento e Objeto: A Conexão entre Linguagem e Realidade

Breno Hax

Acesse o acervo completo em:

www.nepfil.ufpel.edu.br

© **Série Dissertatio de Filosofia, 2018**

Universidade Federal de Pelotas
Departamento de Filosofia
Núcleo de Ensino e Pesquisa em Filosofia

NEPFil online

Rua Alberto Rosa, 154 – CEP 96010-770 – Pelotas/RS

Os direitos autorais dos colaboradores desta obra estão de acordo com a Política Editorial do NEPFil online.

Primeira publicação em 2018 por NEPFil online e Editora da UFPel.

Dados Internacionais de Catalogação

N123 Introdução à Filosofia da Psiquiatria
[recurso eletrônico] Organização: Adrian Nicholas Spremberg, Luis
Fernando Silva Castro de Araújo – Pelotas: NEPFIL Online, 2018.
175p. - (Série Dissertatio Filosofia).
Modo de acesso: Internet
<<http://nepfil.ufpel.edu.br>>
ISBN: 978-85-67332-52-2

1. Filosofia. 2. Psiquiatria. I. Spremberg, Adrian Nicholas II. Araújo, Luis
Fernando Silva Castro de.

COD 162

Obra Licenciada



Editores Associados



Para maiores informações, por favor visite nosso site: www.nepfil.ufpel.edu.br

PREFÁCIO

Talvez o único ponto pacífico sobre a psiquiatria seja que se trata de uma disciplina médica bastante complexa, tanto em termos de sua fundamentação científica, como de sua sustentação normativa. Para seus detratores, a dificuldade de se desbaratar a complexidade científica de seu objeto seria, em comparação com outras especialidades médicas, sinal inequívoco de deficiência (ou, ao menos, de atraso) da psiquiatria, o que a tornaria particularmente vulnerável a críticas valorativas sobre a legitimidade social de sua prática. Para seus defensores, tal complexidade daria apenas a medida do formidável desafio conceitual, científico e ético colocado para todos os atores envolvidos no campo da saúde mental.

O fato é que a psiquiatria é plural, pois nela convivem diversas tradições psicopatológicas, que dialogam com as ciências da natureza e com as ciências humanas e constroem (ou recortam) os objetos psicopatológicos em diferentes matrizes e operam com métodos distintos. Do mesmo modo, cada modelo de psicopatologia lida, à sua maneira, com aquelas tensões conceituais de fundo que são inerentes ao campo da psiquiatria, como exemplificado na seqüência de pares: fatos/valores, objetividade/subjetividade, natureza/construção social, natureza (*nature*)/cultura (*nurture*), biologia/psicologia, cérebro/mente, causas/razões, utilidade/validade, instrumento diagnóstico/julgamento clínico, conhecimento teórico (*know that*)/habilidade (*know how*).

Ora, é fácil perceber na lista acima a presença de questões filosóficas tradicionais. Assim, parece incontornável que os profissionais que trabalham com psiquiatria e saúde mental se defrontem, de forma explícita e deliberada ou de forma implícita e relutante, com questões de natureza conceitual, filosófica, isto é, aquelas questões que estão aquém ou além do domínio empírico. Não seria de se estranhar, portanto, a aproximação entre a psiquiatria e a filosofia, que se configura de várias maneiras. Da filosofia, entendida como uma tentativa persistente de se pensar as coisas por inteiro, espera-se cuidado, rigor e clareza no trato com os conceitos. Da aplicação de métodos de análise filosófica ao arcabouço conceitual da psicopatologia e da psiquiatria adviriam, por exemplo,

possíveis ganhos em termos de identificação mais precisa de pressupostos, de melhor delimitação de nossos conceitos e, não menos importante, de eliminação de falsos problemas. Do lado filosófico, a psicopatologia funcionaria como um repositório privilegiado, que em parte substituiria (e com vantagens) alguns dos “experimentos de pensamento” realizados por filósofos (ou seja, a elaboração de situações hipotéticas para testar o alcance e os limites de nossos conceitos).

Neste livro introdutório à filosofia da psiquiatria, organizado por dois jovens estudiosos da área, encontramos uma pequena amostra das diversas modalidades em que os encontros entre a psiquiatria e a filosofia podem ocorrer em termos das escolhas de questões, das perspectivas teóricas adotadas e dos métodos analíticos utilizados. Os diferentes capítulos convidam o leitor a enxergar com outras lentes os problemas cotidianos e o estimulam a prosseguir neste exame, enriquecendo assim seu repertório conceitual. Só me resta, portanto, cumprimentar os organizadores e os autores pela bela iniciativa e desejar aos leitores boa leitura e bom proveito!

Cláudio E. M. Banzato

Psiquiatra, Doutor em Filosofia, Professor Titular do DPMP/FCM/UNICAMP

NOTA SOBRE OS AUTORES

LUÍS FERNANDO SILVA CASTRO DE ARAÚJO é Doutor em Psiquiatria pela Universidade de Melbourne na Austrália. Trabalha com Filosofia da Psiquiatria e modelos de transtornos mentais com modelos de equações estruturais. E-mail: laraujo@student.unimelb.edu.au

ADRIAN NICHOLAS SPREMBERG é psicólogo (UnifMU de São Paulo) e Mestre em Filosofia pela Durham University, Inglaterra (2013-2015). Doutorando em Ciências Médicas pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e Universidade de Heidelberg, Seção “Psicopatologia e Psicologia Fenomenológica”. Estuda temas na intersecção entre Filosofia, Psicologia e Ciências da Cognição E-mail: ad.spreMBERG@gmail.com

JOÃO JOSÉ R. L. DE ALMEIDA é Doutor em Filosofia pela Universidade Estadual de Campinas, Brasil (2004). E atualmente é professor da Universidade Estadual de Campinas, Brasil. E-mail: joaojose@unicamp.br

PAULO DALGALARRONDO é Doutor em Psiquiatria, pelo Instituto de Saúde Mental de Mannheim, da Ruprecht Karl Universität Heidelberg, Alemanha (1990-1994); É professor titular da Universidade Estadual de Campinas, Brasil. E-mail: pdalga@fcm.unicamp.br

ARTHUR MACIEL NUNES GONÇALVES é Doutor em Ciências Médicas pela Universidade Estadual de Campinas, Brasil (2016); e psiquiatra no Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luís da Rocha Cerqueira (CAPS “Itapeva”), Brasil. E-mail: arthurmaciel@gmail.com

JOSÉ EDUARDO PORCHER é Doutor em Filosofia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil (2015); é Bolsista de Pós-Doutorado (PNPD/CAPES) e Professor Colaborador na Faculdade Jesuíta de Filosofia e Teologia, Brasil. E-mail: jeporcher@gmail.com

Sumário

Prefácio	V
<i>Cláudio E. M. Banzato</i>	
Nota sobre os autores	VI
Introdução	12
1. Causalidade e psiquiatria	19
<i>Luís Fernando Silva Castro de Araújo</i>	
2. Perspectivas continentais em Filosofia da Psiquiatria	44
<i>Adrian Nicholas Spremberg</i>	
3. Psiquiatria e imagem de ciência	76
<i>João José R. L. de Almeida</i>	
4. Epicuro e a cura da alma: anotações sobre uma ética para a clínica psiquiátrica	96
<i>Paulo Dalgalarroondo</i>	
5. Propostas de análise de valores em psiquiatria	113
<i>Arthur Maciel Nunes Gonçalves</i>	
6. A classificação, definição e ontologia do delírio	148
<i>José Eduardo Porcher</i>	
Referências	163

INTRODUÇÃO

A Psiquiatria está envolvida com assuntos que se sobrepõem parcialmente a temas tradicionalmente filosóficos. Por exemplo, se de um lado agência (o quanto controlamos nossos atos, ou a movimentação de nossos membros, etc) é um tema filosófico, a perda de controle que o paciente com transtorno obsessivo compulsivo (TOC) experimenta é um tema tipicamente psiquiátrico. Mas ambos os temas revolvem em torno da liberdade que um sujeito goza (ou não) para se movimentar e interagir com o ambiente. Em outras palavras, a discussão sobre como o paciente com TOC perde o controle para os seus rituais não passa de uma ramificação especializada da discussão sobre agência, um assunto que, na prática, surgiu com o nascimento da filosofia na Grécia Antiga.

Um marco moderno desta conexão entre psiquiatria e filosofia foi o lançamento do livro *Psicopatologia Geral* por Karl Jaspers em 1913. Fundador da fenomenologia psiquiátrica trabalhou como médico por apenas sete anos¹, dedicando-se inteiramente à filosofia pelo resto de sua vida. Notável foi a sua observação sobre duas formas de compreender a doença mental: entendimento e explicação. Para ele as experiências do paciente tinham sentido apenas como derivadas da história de vida do sujeito, a forma efetiva de abordar o adoecimento era, portanto, através da compreensão empática da subjetividade do paciente. Assim, Jaspers foi o primeiro a usar filosofia para a abordagem de assuntos clínicos, tornando aquela obra um marco para a filosofia da psiquiatria. Mais modernamente temas comuns à filosofia e à psiquiatria são: ética (e seu ramo mais moderno: neuroética), liberdade, teorias de identidade, funcionalismo, fisicalismo, etc. Entretanto, apesar da proximidade entre filosofia e psiquiatria reconhecida cedo na história desta especialidade médica, a segunda metade do século XX foi marcada pelo desinteresse por assuntos teóricos em psiquiatria.

¹ BENTALL, 2003a.

Tal desinteresse resultou de uma mudança de foco da comunidade científica. Ela preferiu, o que é compreensível, explorar os avanços da infectologia e da farmacologia, o que produziu um hiato na história das discussões teóricas sobre a atividade psiquiátrica. O efeito da descoberta de que a paralisia geral progressiva (PGP) era resultante da infecção pelo *T. pallidum* (uma espiroqueta) na primeira metade do século XX (PGP era a principal causa de hospitalização em instituições psiquiátricas entre os séculos XVIII e XIX), criou esperanças de que a psiquiatria evoluiria pela sequencial descoberta de novos agentes causais para explicar cada uma das condições psiquiátricas. Além disso, o século XX viu a descoberta do primeiro anti-psicótico (a Clorpromazina em 1957), do primeiro anti-depressivo (a Imipramina, em 1954) e do amadurecimento de técnicas genéticas modernas (tendo o marco principal 1953 com a publicação de Watson e Crick na Nature). A comunidade científica no campo da biologia e medicina gozaram de grande desenvolvimento no período, acompanhado de crescente expectativa sobre a contribuição que tais descobertas poderiam dar à Psiquiatria. Entretanto, as coisas não seguiram como os cientistas do século XX previram. Um golpe importante contra as expectativas de sucesso no ramo aconteceu a partir de abril de 2003, quando o consórcio do Projeto Genoma Humano anunciou a finalização do sequenciamento. Os anos subsequentes foram de silêncio sobre quão pouco o projeto contribuiu para a ciência de modo geral e para a prometida descoberta de causas para condições psiquiátricas. Logo geneticistas de renome passavam a questionar a viabilidade de se criar amostras suficientemente homogêneas para o estudo da genética subjacente às doenças psiquiátricas. Kenneth Kendler, geneticista da Virginia Commonwealth University, escreve para o American Journal of Psychiatry em 2005 apontando que a nova espiroqueta nunca surgiu e a psiquiatria fica órfã de explicações para as condições que pretende tratar². Enfim, ocorreu a necessidade de adaptação à ideia de que os conhecimentos genéticos isoladamente não dariam conta de explicar toda a variedade de comportamentos humanos.

² KENDLER, 2005.

O distanciamento sobre questões teóricas na psiquiatria também gerou um segundo problema. Qualquer discussão sobre o sujeito, sua estrutura, sua experiência e o contato que ele tem com o seu entorno tornou-se secundário. Houve uma mudança do ângulo em que estas coisas são observadas de modo que apenas explicações externalistas são consideradas relevantes, colocando de fora abordagens como a da fenomenologia, historicamente e inextricavelmente ligada à psiquiatria, como mencionado acima.

Sem reflexão nos veremos continuamente às voltas com frustradas expectativas como aquelas. Este livro se dedica à tarefa de esclarecer. Grande parte dos problemas que enfrentamos revolve em torno da falta de clareza dos conceitos que usamos diariamente como psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, enfim toda a gama de trabalhadores da saúde mental.

A filosofia é o campo tradicionalmente envolvido com a tarefa de explorar os limites dos conceitos através do seu rigoroso exame. Portanto, é a candidata apropriada para a resolução de problemas com inconsistências e dubiedades dos conceitos que usamos na prática diária. Portanto, a meta deste livro é oferecer análise filosoficamente informada sobre conceitos comuns da psiquiatria.

A forma como o livro foi desenvolvido também seguiu certos parâmetros. Primeiro, queríamos material original brasileiro. Reconhecemos que há excelentes autores nacionais escrevendo sobre estes temas para uma audiência mais circunscrita e queríamos construir um suporte para que suas ideias alcancem também pessoas não diretamente relacionadas com o trabalho acadêmico, pessoas que não querem necessariamente lidar com a secura de um texto prioritariamente acadêmico. Este material se destina ao leitor interessado em aspectos teóricos da psiquiatria e psicologia; e foi escrito com o cuidado de tentar definir conceitos e remover jargão para uma linguagem o mais direta possível.

Um segundo aspecto do formato deste livro é que estimulamos que os participantes mantivessem uma atitude de abertura dos seus textos para crítica pelos demais autores. Note que todos os autores têm *background* distinto e, portanto, é um desafio extra manter-se aberto para críticas. Devemos isto à

inspiração pelo projeto OpenMIND³, ao entendimento de que o trabalho acadêmico deve obrigatoriamente estar aberto à oposição, e que a crítica permite o ajuste fino do texto. Na próxima seção passaremos pelos autores, capítulos e as ideias centrais que discutem.

No Capítulo 1 Luís Fernando de Araújo (um dos organizadores) aborda causalidade em psiquiatria e aponta como esta é muito menos comum de se encontrar do que se anuncia em artigos e capítulos de manuais psiquiátricos. Adicionalmente, alguns métodos usados para investigação de inferências causais serão apresentados e discutidos. O capítulo se foca na noção de causa proposta por David Hume e explorará versões mais modernas como a que foi proposta por J. L. Mackie.

O Capítulo 2 se intitula *Perspectivas Continentais em Filosofia da Psiquiatria* e faz referência às diversas contribuições que a filosofia *continental*, ou fenomenologia, traz para pesquisas contemporâneas no campo interdisciplinar da filosofia da psiquiatria. Aqui, Adrian Spremberg (o outro organizador) apresenta conceitos como *self*, *temporalidade* e *consciência*, relacionando estes a estudos feitos em psicopatologia (com foco em depressão e esquizofrenia). Estas dimensões fenomenológicas são comumente interligadas e, por serem intrinsecamente ligadas ao sofrimento psíquico, muitas vezes devem ser investigadas em conjunto ou quando há, por exemplo, evidências de experiências ligadas à ruptura do *self* e alterações na corporeidade. O autor retoma a discussão de que as dimensões subjetivas acima devem ser investigadas em conjunto com processos neurofisiológicos.

Prof. João José de Almeida discorre sobre o conceito de "imagem de ciência" criticamente contrapondo o modelo de imagem tal qual apresentado por MURPHY (2006b) no Capítulo 3. Na primeira parte de sua contribuição, Prof. João José faz uma retomada histórica acerca da psiquiatria e seu lugar nas "ciências naturais" (medicina). O autor apresenta a disciplina como estando em constante "mudança epistemológica", ainda muito ligado à neurologia, por se fundamentar em uma imagem de ciência naturalista. Sendo assim, ele argumenta que a

³ METZINGER; WINDT, 2015.

psiquiatria carece de um contorno teórico empírico mais abrangente, circunscrevendo desta maneira seus principais fenômenos a serem estudados (os mentais, embora obviamente não seja possível descartar comportamentais, sociais, etc.). Para tal, o autor defende uma psiquiatria que tenha como pressuposto epistemológico inicial a complexidade multifatorial normalmente encontrada nos transtornos desta especialidade médica. Ou seja, é preciso considerar que os objetos da psiquiatria são tanto “tipos "naturais" (biológicos, como postula COOPER (2005)), mas também "práticos", como sugere ZACHAR (2014)”. Prof. João José argumenta que a heterogeneidade dos critérios e conceitos normativos em psiquiatria exigem reformulações epistemológicas constantes, para que a especialidade possa desfrutar de maior "segurança metafísica".

Em seguida Prof. Paulo Dalgarrondo no Capítulo 4 retoma uma atividade menos comum entre filósofos atuais, a de discutir o que é uma vida virtuosa. Filosofia analítica e fenomenologia se preocupam em focar em problemas específicos, pois consideraram este um caminho mais eficiente em resolver problemas filosóficos; com isto prescrições gerais para a vida se tornaram objeto de historiadores. Não há dúvida de que a prescrição de uma vida virtuosa de acordo com epicuristas ou estoicos voltou à tona com os trabalhos de William Irvine (sobre estoicismo) e Catherine Wilson (sobre epicurismo). Paulo Dalgarrondo injeta psiquiatria nestas discussões. Para ele é injusta a redução da obra de Epicuro a apenas uma forma de hedonismo, pois sua ética pode equipar o homem a reconhecer excessos e reduzi-los através da meta de tranquilidade.

No Capítulo 5, *Propostas de análise de valores em psiquiatria* por Dr. Arthur Maciel Nunes Gonçalves, o papel dos valores sobre as dimensões nosológicas, clínicas e teóricas da psiquiatria é analisado. Arthur inicialmente apresenta ao leitor uma proposta de *Psiquiatria baseada em Valores*⁴. Esta prática tem como pressuposto principal oferecer ao clínico uma ferramenta importante para a compreensão do sofrimento psíquico explícito (ou não), de seus pacientes. Uma importante premissa prática desta ideia é que haja um balanço normativo com

⁴ WOODBRIDGE-DODD; FULFORD, 2004.

respeito aos valores que possam vir a aparecer no processo de diagnóstico, terapêutico, etc. Assim todas as decisões clínicas deveriam considerar a multiplicidade de variáveis normativas que se fazem presentes no encontro com o paciente.

O último capítulo é uma contribuição do Dr. José Eduardo Porcher, seu tema é a classificação, definição e ontologia do delírio. Ele passa pelos problemas centrais que envolvem a classificação de delírio e tenta esclarecer a ambiguidade do termo clínico "delírio". Os argumentos comuns são desafiados: Precisa o delírio ser baseado em inferências? Dizer respeito à realidade externa? Ser resistente à contra-argumentos? Ser contraditório ao que a maioria pensa? O texto dá acesso a uma discussão teórica madura e o máximo desenviesada sobre o assunto.

Conclusão

Será uma ampla volta em temas em que filosofia e psiquiatria se encontram. Embora já exista material sobre estes assuntos em língua portuguesa, estes por vezes são de pouco acesso ou estão distribuídos pelas bibliotecas das universidades brasileiras. Queremos entregar este material em um único pacote acessível para leitores que não estejam necessariamente no circuito acadêmico. Entretanto, este livro não pretende esgotar todo o assunto e isto tampouco seria possível. O leitor pode buscar maior detalhamento através das referências de cada um dos capítulos. Fizemos um consciente esforço de citar os livros centrais de cada um dos temas.

Esperamos que este livro desperte o interesse dos leitores por tais assuntos. Ao fim, talvez tenhamos dado a devida profundidade a temas que, com frequência, são apresentados de forma apressada em manuais e tratados clínicos. Causa é muito mais difícil de encontrar do que parece à primeira vista, a imagem de ciência e psiquiatria como ciência têm nuances e problemas ainda a serem resolvidos. Valores permeiam desde as nossas ideias sobre o que merece ser tratado até como abordamos um paciente diante de nós. A definição de delírio é ainda um tema intensamente debatido, ou seja, não está dado, como os manuais tendem a transparecer. Enfim, é preciso ter redobrado cuidado com equívocos conceituais em psiquiatria. O instrumento ótimo para este tipo de tarefa é a análise

filosófica, pois esta tem por essência desafiar ideias que tomamos por certas, ou descomplicadas. Portanto, a tarefa dos capítulos é desembaraçar, desfazer amalgamação de conceitos. Profissionais ou graduandos se beneficiam imediatamente deste tipo de abordagem, pois permite que discutam de modo qualificado temas controversos em saúde mental.

CAUSALIDADE E PSIQUIATRIA

LÚIS FERNANDO SILVA CASTRO DE ARAÚJO*

Causalidade é um assunto frequente em medicina devido à importância de se dar uma explicação sobre os mecanismos que levam às doenças. É comum argumentar-se que ao se estabelecer as causas para um determinado evento é está-se dando um passo importante para explicá-lo. Explicação em medicina tem, por seu turno, diversas funções, uma delas é transmitir ao paciente de forma inteligível o que lhe aflige.¹

Um dos primeiros momentos em que um médico ou psicólogo em treinamento se depara com o assunto é provavelmente nos bancos do curso de epidemiologia. Ali acontece o primeiro contato com os “critérios” causais de Bradford-Hill, que ajudam o médico a estabelecer causa entre agravo/germe e doença². Seus “critérios” são uma mistura de probabilidade com elementos mais mecanicistas herdados dos postulados de Louis Pasteur. São bastante úteis para a infectologia e outras especialidades, mas têm limitação clara no que tange à sua aplicação na psiquiatria. Bradford-Hill propunha sugestões sobre como identificar causalidade (ele nunca usou o termo critérios, embora este seja o termo dominante nos textos de epidemiologia). Caso um pesquisador estivesse diante de uma associação forte, consistente, específica e plausível e se além dessas características a relação for coerente, análoga a outras já conhecidas e se repetir a partir de experimentação, então ele estaria diante de uma relação provavelmente causal. Há dúvidas se uma destas características de causa seja aplicável à

* Agradeço o Prof. José João de Almeida e Adrian Spremberg pela leitura crítica de uma das versões iniciais deste material.

¹ Este capítulo utiliza parte do material produzido em minha dissertação de mestrado (CASTRO-DE-ARAÚJO, 2013).

² CASTRO-DE-ARAÚJO; BANZATO, 2014; HILL, 1965; PHILLIPS; GOODMAN, 2004.

psiquiatria (com poucas exceções, como se verá). Por exemplo, os elevados níveis de comorbidade em psiquiatria impedem concluir por especificidade em relação aos transtornos mentais³. Associações fortes são também infrequentes na psiquiatria, aparentemente cada marcador biológico tem pequena participação na produção do transtorno, etc.

Não obstante, causalidade mantém grande importância prática na clínica psiquiátrica/psicológica. Ela é evocada na carreira de um médico, psicólogo ou psiquiatra em três momentos cruciais. Primeiramente quando um ato médico/psicológico está sendo questionado de forma litigiosa é preciso determinar se a atitude do profissional tem vínculo causal com o efeito sob questionamento. Portanto, causalidade tem especial importância para a justiça e sua articulação com a medicina/psicologia. A segunda condição em que causalidade é discutida diz respeito ao efeito da intervenção médica, por exemplo, quando se diz que a prescrição de um anti-depressivo causou a melhora do episódio depressivo. Por último, causa é frequentemente aludida quando um gestor público precisa estabelecer medidas que previnam agravos à saúde pública.

Portanto, eis aqui o principal objetivo deste capítulo. Expandir, de modo filosoficamente informado, a discussão sobre causas para profissionais da área de psicologia e psiquiatria. Há muito mais sobre causa do que as recomendações de Bradford-Hill e conhecer o assunto sobre ângulos tem relevância prática imediata, contribuindo para uma interpretação mais nuançada de artigos científicos e para a transmissão mais fidedigna de informações para o beneficiário imediato do treinamento em saúde: o paciente.

O capítulo se organizará de forma a apresentar uma base teórica da ideia de causa, onde ela surge e como ela toma a forma que tem hoje. Será apontado que a ideia de causa, conforme as recomendações de Bradford-Hill, pode ser classificada como uma precoce tentativa de pluralismo causal, isto é, em que se leva diversos tipos de causa em consideração (estatística e mecanicista, no caso de Bradford-Hill). Pluralismo sobre causas se tornou, de forma independente,

³ BENTALL, 2003b.

bastante popular em escolas de filosofia⁴, mas esta visão enfrenta problemas que os seus defensores ainda têm que abordar como se verá mais adiante. Contudo, antes da discussão sobre pluralismo será apresentada a origem de uma ideia de causa até Hume, quando passa a tomar a forma mais próxima do que assumimos hoje. Um segundo bloco se destinará a causalidade na medicina, neurociências e psiquiatria. Finalmente, um terceiro bloco abordará correlações e modelos estatísticos lineares e sistemas complexos e psiquiatria, são os sistemas não-lineares em que a previsão de eventos futuros a partir do estado inicial do sistema é muito difícil ou impossível.

De Aristóteles a Hume

O momento a partir do qual uma definição formal de causa surgiu na cultura ocidental foi a partir dos textos de Aristóteles. A sua abordagem para o tema foi dividi-lo, ou seja, ele não usava uma definição única para o conceito de causa. Para ele a resposta sobre o que uma coisa de fato é podia ser respondida de quatro formas: (i) do que a coisa em questão é feita (causa material), (ii) quem fez aquela coisa (causa eficiente), (iii) para que ela serve (causa final) e (iv) porque ela é o que é e não é outra coisa, sua essência (causa formal)⁵. Tais aspectos do conceito sobrevivem ainda modernamente, ou pelo menos existem em formas modificadas. Observe que sua definição não se foca em interação entre dois eventos, mas na qualificação dos objetos à nossa volta.

Dos aspectos causais aristotélicos que persistem, dois são utilizados contemporaneamente. Em primeiro lugar, a função que certo objeto tem na mudança das coisas no mundo, ou a causa final, é ainda presente por exemplo na definição de gene (que tem a função de transmitir informação) ou na definição de funções cognitivas. Definir as coisas pelas suas funções é particularmente popular em psicologia e em ciências cognitivas. Em segundo lugar, o conceito de causa eficiente persiste em quase toda definição de causa moderna. Isto acontece porque o resultado da ação de um agente é passível de verificação. Assim,

⁴ GODFREY-SMITH, 2003; RUSSO, 2007; RUSSO; WILLIAMSON, 2007; WILLIAMSON, 2006.

⁵ WHITE, 1990.

podemos, por exemplo, criar testes em que possamos comparar o estado de coisas sem a ação de um agente contra outro estado de coisas em que houve a ação de um agente. Qualquer diferença, estando o resto fixado (*ceteris paribus*), é consequência da intervenção. Não precisa muito para o leitor atento conectar esta ideia com trials clínicos em que uma medicação é testada numa amostra, contra uma amostra controle onde o placebo foi aplicado. Toda a diferença, *ceteris paribus*, será pela ação do agente que introduziu a medicação na amostra de casos.

Relevantes para as modificações do conceito que se seguiram ao trabalho fundamental de Aristóteles foi aquilo proposto por Galileu Galilei (1564–1642) e mais tarde para Isaac Newton (1643–1727). O resultado foi a aplicação de conceitos matemáticos na definição de causa. Após Newton, causa deixava de ser discutida apenas em termos metafísicos para se tornar dependente de demonstrações matemáticas. Newton também acrescenta uma dimensão de relação entre dois objetos ou eventos. Esta pequena modificação abre espaço para o passo final na transformação do conceito naquilo que normalmente nos referimos ao falar de causa modernamente⁶. Isto porque ele acabou por influenciar um brilhante jovem escocês que sozinho influenciaria todo o pensamento ocidental, David Hume.

Hume foi um filósofo escocês do século XVIII. Aos 28 (em 1739) anos publica sua obra máxima, Tratado da Natureza Humana, que logo se mostrou impopular na Inglaterra. Hume atribuiu a impopularidade à complexidade dos assuntos e a linguagem que ele usava. Tentando aumentar a penetração de suas ideias, segue publicando versões simplificadas de seu trabalho: Resumo de um Tratado da Natureza Humana e o Investigação sobre o Entendimento Humano (1758). Ele tem uma imensa influência no pensamento moderno em diversos campos como  tica, direito, lógica e, que nos concerne, causalidade⁷.

Hume acrescenta em sua defini o de causa a ideia de uma rela o entre dois objetos ou eventos, assim como na física newtoniana. Portanto, para Hume,

⁶ CALAZANS; SANTOS, 2007.

⁷ HUME, 2000.

um evento causava o outro desde que sem a ocorrência do primeiro, o segundo também não aconteceria. Esta era a ideia central, observe que ela toma a forma de um contra-fatual. Este termo aparece com frequência na filosofia da causalidade e diz respeito a uma certa estrutura condicional numa oração. Isto é, certas orações condicionais parecem capturar a essência daquilo a que nos referimos como sendo uma relação causal. Habitualmente ela toma a forma da seguinte subordinação condicional: “se José não fumasse em sua casa, o incêndio não aconteceria”. A estrutura lógica de um contra-fatual é “se *c* não ocorresse, e não ocorreria”⁸.

Esta é apenas a estrutura básica do argumento de Hume, prossigamos para as outras condições para uma causa. (i) Elas são contíguas, não existe causação que seja verdadeira à distância e quando se considera que um efeito se dá espacialmente distante de sua causa, estamos abreviando a descrição pela omissão de elos causais intermediários. O efeito se sucede à causa no tempo. (ii) Sempre que encontramos causas encontramos seus efeitos, elas ocorrem pareadas constantemente. (iii) Pensamos no efeito como uma sucessão necessária da causa (conexão necessária)⁹. As duas primeiras condições, Hume nota, podem ser extraídas da experiência. A terceira, todavia, não. A conexão necessária é originária do hábito da conexão constante, de se ter observado aquele par de eventos se seguindo um após o outro. Com a contínua apresentação a estas sucessões, passamos a esperar que o segundo evento ocorra. Consequentemente, aquela conexão necessária é uma propriedade psicológica.

Uma forma de sintetizar a teoria humeana é que se trata de uma teoria que prioriza a regularidade. Não obstante, filósofos humeanos são também chamados de regularistas. Uma ideia de regularidade também está sedimentada em critérios causais e etiológicos em várias áreas da medicina como veremos no decorrer do capítulo. A noção de regularidade é encarada como menos problemática, a da conexão necessária, entretanto, introduz um problema. Sem um sujeito para ligar os dois eventos como causais, não há causa. A ideia de causa é dependente do psiquismo de um observador e, embora grande parte dos filósofos estejam

⁸ CASTRO-DE-ARAUJO, 2013; MORRIS; BROWN, 2016.

⁹ HUME, 2000.

confortáveis com regularidades humeanas, depender de um aspecto intangível tal qual a conexão psicológica necessária encontrou muita resistência nos filósofos modernos. Vários autores propuseram soluções, uma delas foi feita por John L. Mackie.

Uma tentativa de solução para a necessidade psicológica (causação INUS)

J. L. Mackie (1917-1981) foi um filósofo australiano radicado na Inglaterra, escreveu sobre os empiristas ingleses e contribuiu com ideias sobre filosofia da religião, da linguagem e metafísica. Dois de seus trabalhos foram particularmente importantes para a discussão sobre causalidade: o artigo *Causes and Conditions* de 1965 e o livro *The cement of the universe* de 1980 cujo título extraiu de um trecho da obra de Hume em que ele compara certas características de causa (semelhança, contiguidade e causação) a um “cimento do universo” por ligar todas as operações da mente¹⁰.

Mackie achava que apelar para uma propriedade psicológica na definição de causa foi prematuro. Desta forma, não existiria causa independente da mente. Além disso, de acordo com o regularismo de Hume, relações entre eventos únicos não são causais, uma vez que a repetição que leva ao hábito é um critério definidor. Para Mackie, o que faz uma causa é a relação lógica entre os eventos envolvidos. Ele parte de contra-fatuais, assim como Hume. Um contra-fatual, diz Mackie, é uma forma telescopada de olhar para as relações. Toda vez que nos deparamos com um contra-fatual, isto já serve como alerta de que há ali uma relação causal. Contudo, um contra-fatual não é suficiente. Outros critérios devem ser considerados.

Um segundo ponto que ele levanta é de que é preciso fixar os eventos. Ele propõe uma cláusula *ceteris paribus*: relações causais devem ser analisadas considerando apenas um certo espaço e tempo, deixando o resto fixado. Quanto é preciso fixar, entretanto, é aberto para o investigador decidir. Dependerá do campo de estudo, do tema sob escrutínio e da janela de tempo a que se tem interesse. A esta cláusula ele chama de campo causal. Assim, após decidirmos por estudar

¹⁰ MACKIE, 1980a.

uma causa pela existência de um contra-fatual, é necessário estabelecer quais eventos dentre todos os eventos acontecendo simultaneamente devem ser considerados. Este subgrupo de eventos é que ele chama de campo causal.

Definida a forma como uma relação causal pode ser pinçada (o contra-fatual) e como ela é estudada contra um fundo fixo de eventos (campo causal) é hora de definir sua essência. A essência da causalidade é o tipo de relação que se dá entre conjuntos de eventos, e entre eventos isolados e o conjunto a que ele pertence. Com esta manobra ele aumenta consideravelmente a dificuldade da definição. Um primeiro conjunto de eventos forma a base do seu argumento. Este conjunto ainda não é uma causa, mas é minimamente suficiente para o efeito -note que deste ponto em diante vou usar a terminologia que filosofia, estatística e medicina compartilham: o primeiro evento será chamado de causa o segundo de efeito. Um conjunto minimamente suficiente é formado por eventos individuais, que sozinhos são inocentes. Estes eventos podem empenhar um vetor positivo, isto é, aumentar a chance para o aparecimento de um efeito ou aumentar a intensidade do efeito. Eles podem ter vetores negativos, diminuindo a chance e/ou a intensidade do efeito. Estes eventos podem se associar entre eles e a esta conjunção ele dá o nome de conjunto minimamente suficiente. Isto quer dizer que esta combinação de coisas é suficiente para o efeito a ser estudado. Contudo, um conjunto minimamente suficiente não é causa.

Podemos identificar e isolar inúmeros conjuntos minimamente suficientes para o efeito. Quando um dos elementos de um conjunto minimamente suficiente é necessário para o conjunto como um todo, então temos uma causa. Em outras palavras, os componentes devem se organizar de tal forma que constitua um conjunto que é suficiente para o efeito e um dos componentes tem que ser necessário para o conjunto como um todo. Em inglês, o argumento se lê *Insufficient but Necessary part of a condition which is itself Unnecessary but Sufficient*, de onde ele tirou o acrônimo INUS, e ele conclui afirmando que causa é uma condição INUS¹¹.

¹¹ MACKIE, 1965, 1980b.

É uma teoria elegante, mas que tem pouca penetração em ciências biológicas pelo conteúdo intensamente analítico. Tentemos colocar as coisas numa perspectiva mais prática através do uso de seu próprio exemplo:

Suponha que especialistas concordem que o incêndio em uma casa foi causado por um curto-circuito. Eles pensam que o curto-circuito não era suficiente ou tampouco necessário para o incêndio, mas necessidade e suficiência tem alguma coisa a ver com isto. Então qual é a força do argumento que o curto-circuito tenha causado o incêndio? A condição INUS pretende reconciliar estes elementos diferentes. Portanto, o curto-circuito (que chamaremos aqui de A) foi uma condição necessária para o conjunto ABC, onde B representa fatores positivos como adequada presença de oxigênio e c representa fatores negativos como a presença de um sprinkler, por exemplo. Assim, quando a condição A for uma condição necessária para o conjunto minimamente suficiente (ABC) então A é uma condição INUS¹².

O curto-circuito não foi necessário para o fogo porque o fogo poderia ter sido iniciado de uma forma diferente: através de um curto-circuito em outro lugar ou através de incêndio culposo por exemplo. E não foi suficiente porque na ausência de oxigênio e material inflamável ou na presença de um sprinkler eficiente, não haveria acontecido. Mackie preocupava-se prioritariamente com afirmações causais singulares. Isto é, o cigarro de João causou o incêndio, em lugar de afirmações gerais do tipo “cigarros acesos causam ignição suficiente para um incêndio”. Observe também que ele usava uma notação com maiúsculas e minúsculas para representar os conjuntos (Figura 1). As minúsculas eram reservadas para elementos de vetor negativo¹³.

¹² MACKIE, 1980b.

¹³ CASTRO-DE-ARAUJO, 2013; CASTRO-DE-ARAUJO; BANZATO, 2014.

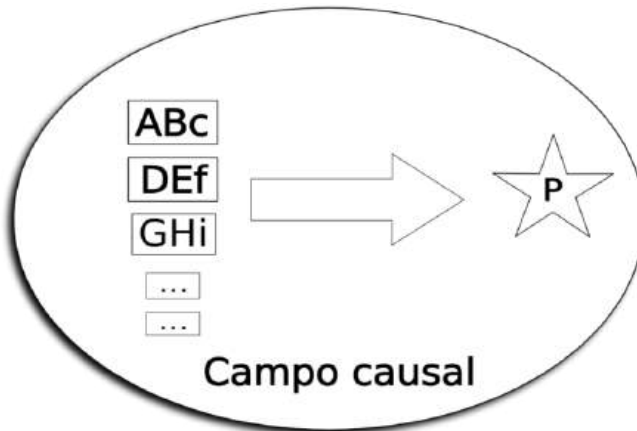


Figura 1: Representação visual do argumento analítico de uma condição INUS de acordo com Mackie. Em um dado campo causal, ie, onde todos os eventos adjacentes são ineficazes para o efeito (P), existem condições minimamente suficientes (ABC, DEF, GHI) formadas pela conjunção de elementos positivos (B, E, H, ou o material inflamável no exemplo) e elementos negativos (cfi, ou a ausência de um sprinkler). Uma condição INUS ocorre quando um dos elementos é também necessário para todo o conjunto (quando A é necessário para ABC, D para DEF, etc) e além disso o conjunto tem que também ser necessário para o efeito P. Note que cada conjunto pode ser composto de numerosos elementos, represento apenas três para simplificação do argumento. No exemplo de Mackie temos, portanto, que o curto-circuito A é necessário para a conjunção da presença de oxigênio com a ausência de um sprinkler eficiente, ou seja, A é necessário para ABC e ABC é necessário para P. Daí temos uma condição INUS.

Mackie sugere que o tipo de curto-circuito foi um ingrediente necessário de uma condição complexa particular que foi ela mesma suficiente para o incêndio, por isso seu slogan causa é necessidade-nas-circunstâncias. Assim, dado que não houve outros curto-circuitos, a condição complexa que levou ao incêndio tinha que incluir apenas este curto-circuito. Ele teve que ser combinado com a presença de material inflamável e a ausência de sprinklers para produzir o incêndio, mas, combinado desta forma, o complexo como um todo foi suficiente. Não foi, entretanto, uma condição necessária para o incêndio, pois condições complexas inteiramente diferentes poderiam ter produzido o mesmo incêndio. Desta forma o curto-circuito foi uma parte Insuficiente, mas Necessária de uma condição não-Necessária, mas Suficiente para o fogo: uma condição INUS (MACKIE, 1965,

1980b). É desta forma que ele sugere ter resolvido o problema da necessidade psicológica que Hume introduziu na sua teoria, contudo, este ponto de vista cria outros problemas. O principal deles está no fato de que o argumento é consideravelmente mais complexo, o que dificulta a sua tradução em termos estatísticos.

Pluralismo causal

Esta vai ser a última seção exclusivamente sobre a filosofia da causalidade e com sorte o assunto parecerá mais familiar a partir daqui. Isto porque pluralismo tem ganhado numerosos seguidores em diversas áreas da filosofia e sua essência ocorre também na psiquiatria clínica. Pluralismo significa considerar compatíveis teorias que apresentam pressupostos distintos ou tradicionalmente difíceis de articular entre si. Supondo-se que o leitor é um médico, ele pode encontrar familiaridade com o exemplo do médico residente que é treinado tanto em psicofarmacologia e em psicanálise e é solicitado a fazer uma síntese usando ambos os campos da psiquiatria biológica e da psicanálise para explicar o que acontece com um certo caso. Se o leitor é um psicólogo, uma tentativa de pluralismo seria, por exemplo, articular teorias da fenomenologia com cognitivismo e assim por diante.

Alguns filósofos sugerem que o tema causalidade possa ser abordado de forma semelhante. Isso quer dizer que podemos qualificar causas de diversas formas e investigar se eventos se conectam através de causas seria o mesmo que “somar” estas diferentes evidências. Quanto mais evidências causais tivermos, mais forte é um argumento causal em uma dada circunstância.

Sob um ponto de vista pluralista o primeiro passo é classificar tipos de causa:

1. Causa contra-factual: como definido anteriormente, relações que são capturadas por certa estrutura linguística na forma de condicionais do tipo contra-factual;
2. Causa mecânica: do tipo newtoniano em que é preciso haver evidência da interferência física de um evento em outro;

3. Causa por agência (ou por intervenção): este é o tipo de evidência causal que se extrai quando um experimento é realizado em que se comparam dois sistemas idênticos, mas em um deles o pesquisador (o agente) acrescenta um elemento. Qualquer modificação subsequente do sistema será consequência do elemento adicionado pelo agente, uma vez que os dos sistemas sob comparação são idênticos;
4. Causa necessária e suficiente: algo é uma causa quando é necessária e suficiente para o aparecimento do efeito. É uma lógica amplamente utilizada no sistema jurídico, tanto em processos civis quanto criminais;
5. Causa estatística: são evidência de causa qualquer correlação estatística que seja justificavelmente forte e que se repita ao longo do tempo.

Estas “evidências” causais poderiam ser somadas como forma de se chegar a uma conclusão sobre se uma relação causal está acontecendo ou não em certa circunstância. Este é o método pluralista (não confundir o termo evidência que será usado ao longo desta seção com o termo evidência do movimento Medicina Baseada em Evidências).

Um bom exemplo de pluralismo em ação acontece no artigo “Questions on causality and responsibility arising from an outbreak of *Pseudomonas aeruginosa* infections in Norway” por Iversen *et. al* (2008). Eles revisaram as circunstâncias e os envolvidos na cadeia de causas que culminaram com a epidemia de *Pseudomonas aeruginosa* na Noruega. A epidemia causou mortes entre indivíduos hospitalizados e com doenças crônicas. A publicação ocorre quatro anos depois do processo que puniu responsáveis pela epidemia. Vários elementos aparentemente estiveram relacionados com o efeito (epidemia de *Pseudomonas aeruginosa*). Primeiro, uma equipe de infectologistas encontrou uma remessa de swabs orais contaminadas, mas que estavam sendo usadas pelo sistema público de saúde naquele país. Portanto o primeiro passo da análise que Iversen *et. al* (2008) utilizaram foi avaliar se um contra-fatual fazia sentido naquelas circunstâncias:

Se a contaminação do Swab não tivesse ocorrido as infecções não ocorreriam.

Um simples contra-fatual parece fazer sentido. Esta seria uma primeira evidência causal. Eles prosseguiram tentando utilizar causalidade INUS. Neste caso a infecção por *P. aeruginosa* não era uma condição necessária, pois é sabido que esta bactéria coloniza o corpo humano e é, na maior parte das vezes, inocente. Os óbitos naquele se deram em indivíduos que já apresentavam doenças clínicas subjacentes graves. Portanto enquanto a infecção não era uma condição necessária, a presença de doença clínica o era. Apesar disto era possível identificar outras condições necessárias como, por exemplo, o fato de se estar hospitalizado. Contudo habitualmente não consideraríamos a hospitalização como causa do desfecho, tampouco tendemos a considerar a causa da morte a doença clínica subjacente. Isto quer dizer que não seria possível resolver a questão em termos de necessidade e suficiência¹⁴.

Cabia-se que os swabs contaminados participaram para produção das mortes. Contudo, nem todo paciente exposto aos swabs contaminados faleceu, pois o equipamento era distribuído nacionalmente no sistema de saúde daquele povo. O swab contaminado, de acordo com Iversen, foi um elemento necessário nas condições em questão (a susceptibilidade dos pacientes, a dose de micro-organismo infectante, as doenças subjacentes, etc). A contaminação dos swabs era, portanto, uma condição INUS e uma causa para o efeito sob investigação.

Outro agente envolvido no caso foi o fabricante do swab. Foi possível isolar a cepa específica da bactéria na linha de produção da fábrica. Além disso, diversas falhas no mecanismo de controle de qualidade foram identificadas. A presença da cepa da epidemia na fábrica foi necessária para a contaminação, mas não suficiente, uma vez que nem todos os swabs foram contaminados. Dentro de um mesmo dia havia produção de swabs contaminados e estéreis no lote.

O passo subsequente foi aplicar os “critérios” causais de Bradford-Hill. Estes dois autores serão detalhadamente discutidos na próxima sessão, mas para o que interessa aqui basta lembrar que são elementos de relação causal bastante utilizados em estatística e nas ciências biológicas de modo geral. Todos os

¹⁴ IVERSEN; HOFMANN; AAVITSLAND, 2008.

elementos causais de Bradford-Hill estavam presentes: uma forte associação da presença das cepas infectantes genotipicamente idênticas nos tecidos infectados bem como nos equipamentos com um odds ratio de 5.3 para a associação entre o uso do swab a presença da infecção da cepa da epidemia. Era uma associação consistente, embora outros fatores devessem estar presentes. Era uma associação específica e com sequência temporal. Havia gradiente biológico por consequência do uso inadequado do swab por pessoas das equipes médicas, que, por vezes, mantinham o equipamento, que era de uso único, imerso em uma solução para posterior reaproveitamento. Também se tratava de uma associação plausível em função de que no caso em estudo a cadeia de contaminação foi identificável. Era uma associação coerente por não se encontrar hipótese alternativa possível para explicar aquela epidemia e se tratava de um experimento natural que podia ser comparável a outras epidemias por *P. aeruginosa* (analogia)¹⁵.

Um pluralista diria que havia causa entre os eventos e o efeito como consequência da somatória de todas as evidências causais. Recomendo a leitura do artigo acima para maiores detalhes e para que o leitor compare a discussão do autor com a decisão do juiz. Embora popular, abordagens pluralistas enfrentam problemas comuns a todas as teorias compatibilistas. O problema imediato é: quanta evidência causal é evidência suficiente para se decidir se uma relação é causal? Um contra-fatual? Um contra-fatual mais evidência estatística? Ou mais evidência que a soma destas duas? Há sempre o problema da arbitrariedade sobre quanta evidência é evidência suficiente. O segundo problema é que não está claro como é possível argumentar sobre a compatibilidade entre alguns “tipos” causais. Seria possível tornar causa necessária e suficiente compatível com a noção estatística de causalidade? Este é um problema que afetará as ciências biológicas, a psiquiatria e a psicologia como veremos a seguir.

Causalidade na medicina

Três momentos na história da medicina vão ser abordados a seguir, todos eles ajudaram a dar forma a ideias sobre causa naquele campo do conhecimento.

¹⁵ IVERSEN; HOFMANN; AAVITSLAND, 2008.

A primeiro acontece na Grécia antiga. A teoria miasmática, atribuída a Galeno, explicava as doenças em termos de vapores deletérios que emanavam de material em decomposição. Persistiu por vários séculos, perdendo força apenas após o surgimento da teoria dos germes no século XVI e sendo abandonada após as experimentações formais do francês Louis Pasteur no século XIX. O trabalho de Louis Pasteur abriu caminho para uma sequência de outros eventos que ajudaram a esclarecer as relações entre microorganismos e doença na medicina.

O primeiro pesquisador a propor um sistema de identificação de causa para doenças com base nos pressupostos da teoria dos germes foi Robert Koch, também no século XIX. Ele definiu critérios para o estabelecimento de relação causal entre presença de micro-organismo e lesão tecidual. Estes critérios ficaram conhecidos como os postulados de Koch, eles eram: (i) o micro-organismo deve sempre ser encontrado com a doença, (ii) o micro-organismo deve ser isolado em cultura, (iii) ele deve estar distribuído de acordo com as lesões e (iv) mesmo após cultivo em laboratório por várias gerações ele deve ser capaz de produzir doença em experimentos com animais. Os postulados focavam-se essencialmente em definir causas através de agência (cultivo em laboratório) e através de suas propriedades materiais (se espalhar conforme as lesões). Koch foi premiado com o Nobel em medicina em 1905, contudo ainda em vida viu os seus postulados não serem suficientes para a explicação de numerosas outras circunstâncias. O próprio bacilo da tuberculose por vezes não se distribui conforme as lesões, mas o caso do *V. cholerae* (que era um problema importante na época) já não parecia conformar-se com os seus postulados, dado que não crescia em cultura. Futuramente veio-se a conhecer outras circunstâncias em que seus postulados não podiam ser aplicados, como no caso dos vírus e futuramente com os príons.

A bimodalidade do tipo um-germe-uma-doença encontrou seu limite com o estudo das doenças crônicas e da introdução da estatística na medicina. O caso exemplar foi o estudo da relação entre tabagismo e câncer conduzido por Richard Doll e Sir Bradford-Hill. Em 1951 Richard Doll enviou questionários sobre o padrão de uso de tabaco a médicos britânicos e encontrou uma relação significativa. Seu estudo introduziu uma noção de indeterminação na relação entre causas e seus efeitos na medicina. E abriu espaço para a revisão dos postulados de Koch através

dos princípios de causalidade em estatística propostos por Bradford-Hill (força, consistência, especificidade, temporalidade, gradiente biológico, plausibilidade, coerência, evidência experimental e analogia)¹⁶.

Sua proposta consistia de definir nove características de causa em medicina, são elas:

1. Força: tanto mais forte será uma associação, quanto mais distante do zero a medida do efeito estudado. A ideia aqui é considerar que associações fortes têm mais chances de serem causais.
2. Consistência: ao repetir-se os achados em diferentes populações, encontra-se resultado semelhante;
3. Especificidade: a presença da causa é específica para o aparecimento do efeito;
4. Temporalidade: o efeito é temporalmente posterior à causa;
5. Gradiente biológico: o fenômeno de dose-resposta deve ocorrer. Assim, ao se aumentar a causa, aumenta-se o efeito.
6. Plausibilidade: se a relação que se está estudando é plausível diante do conhecimento biológico atual, a relação observada deve ser do tipo causal;
7. Coerência: a interpretação não conflita com o conhecimento na época da investigação;
8. Evidência experimental: relações causais são melhor demonstradas através de evidências experimentais de aumento da frequência do efeito;
9. Analogia: a circunstância sob investigação é análoga a condições já conhecidas. Por exemplo, espera-se por analogia que outras infecções virais provoquem doença na infância, se já sabemos que isto ocorre no caso da rubéola¹⁷.

Aqui está outra evidência do porque da popularidade do pluralismo causal na medicina. Pode-se observar que o autor usa um sistema pluralista quando coloca evidência experimental (causa por agência) ao lado de especificidade

¹⁶ DOLL; HILL, 1954; HILL, 1965; PHILLIPS; GOODMAN, 2004.

¹⁷ Adaptado de LUIZ; STRUCHINER, 2002.

(causa necessária) e de força (correlação estatística). Ademais, estes princípios formaram a base do que viria a ser a medicina baseada em evidência. Sem dúvida foi a contribuição mais importante para a construção de uma ideia de causa na medicina moderna. Tendo se espalhado não apenas no caso do tabagismo, mas para o estudo de toda condição em que uma relação um-gene-uma-doença não se mantém e isto inclui os transtornos psiquiátricos.

Causalidade na Psiquiatria

Sem muita surpresa a Psiquiatria herda parte das propostas sobre etiologia e causa que se tornaram comuns em outras especialidades. Entretanto, ela parece resistir aos modelos causais das demais áreas e oferece um novo horizonte. Quando se fala de propriedades físicas, modelos estatísticos lineares e mecanismos biológicos são formas excelentes de explicação; mas quando se depara com eventos mentais e sua ligação com as propriedades físicas o poder explicativo diminui consideravelmente.

Tomamos como trivial a ideia de que a mente de alguma forma se aninha no cérebro, mas nem sempre se pensou assim. Foi Griesinger (1817-68) quem tornou famoso o *slogan* de que todas as doenças mentais são doenças do cérebro¹⁸. No entanto, este entendimento só se consolidou após o acontecimento de dois eventos que viriam a mudar o campo da psiquiatria. Os eventos são a descoberta da etiologia da paralisia geral progressiva (PGP) e, com consequências mais modestas, o caso Phineas Gage. Ambos os casos serão abordados em seguida. Note-se que até aqui discutimos causalidade de forma abstrata e teórica. A discussão sobre a PGP coloca o tema numa perspectiva prática, na medida em que assim que a causa para a doença foi identificada, a mesma deixou de ser um tema psiquiátrico para figurar nas páginas dos guias de infectologia. Portanto, por mais abstrata que seja a discussão sobre causa ela teve consequências importantes na nosologia psiquiátrica.

O caso da paralisia geral

¹⁸ BERRIOS; MARKOVÁ, 2002.

O caso da paralisia geral progressiva é particularmente significativo, pois ajudou a esvaziar instituições psiquiátricas na Europa e carregou a comunidade de esperanças sobre causas únicas para as doenças mentais. A paralisia geral progressiva era caracterizada quase que exclusivamente por alterações do comportamento. Iniciava-se com sintomas depressivos e evoluía para quadro megalômano/maniforme. Com três anos no curso da doença crises convulsivas surgiam com posterior paralisia espástica dos membros inferiores. Em função destas características foi considerada uma doença psiquiátrica até o início do século XX, quando foi descoberta a sua etiologia infecciosa. Acredita-se que a maior parte dos sujeitos hospitalizados em instituições psiquiátricas naquele período, eram portadores de PGP. Enquanto Koch recebia o prêmio Nobel em 1905 pela definição dos seus critérios causais para as moléstias infecciosas, Friz Schaudinn e Erich Hoffmann identificavam o *T. pallidum*¹⁹. De um golpe, a doença psiquiátrica tornou-se uma condição sexualmente transmissível e ao fim de alguns anos esvaziaria asilos.

Tratamentos surgiram brevemente após a descoberta do germe. Em 1910 o Salvarsan foi desenvolvido por Paul Ehrlich, pouco depois observou-se a eficácia da penicilina. A infecção por *T. pallidum* e sua predileção pela região frontal do cérebro explicava a mudança de personalidade, desinibição e grandiosidade. O custo de produção da penicilina reduziu-se rapidamente e logo o acesso àquela substância era quase universal.

A PGP era um modelo de doença que servia de evidência para a sugestão de Griesinger de que as doenças mentais eram de fato doenças no cérebro. Ademais, deixava um rastro de esperança de que outras doenças seriam explicadas por causas robustas como o que aconteceu com a PGP.

O caso Phineas Gage e o nascimento das neurociências

A paralisia geral fazia crer que alterações de comportamento nasciam de disfunções no sistema nervoso. Seria possível delimitar áreas do cérebro e correlacioná-las com certas alterações do comportamento? Um caso específico

¹⁹ WADDINGTON; THOMAS; WILLIS, 2011.

ocorrido nos Estados Unidos contribui para convencer muitos de que sim, podíamos relacionar certos comportamentos com áreas cerebrais. Adicionalmente o caso também serviu para fundar as neurociências.

Phineas Gage era um jovem de 25 anos que trabalhava na construção de uma linha de trem em New England (Estados Unidos) em 1848. Em setembro daquele ano ele foi atingido por uma barra de ferro que atravessou seu crânio provocando lesão extensa do lobo frontal. Tanto o evento quanto a descrição das alterações comportamentais que se seguiram foram detalhadamente descritas pelo seu médico Dr. John Harlow. Phineas era descrito como um sujeito tranquilo e trabalhador, mas após o acidente mostrou significativa modificação do comportamento. Tornou-se impulsivo e irresponsável, de acordo com as descrições de seu médico. Houvera mudanças morais, seus contemporâneos achavam²⁰.

Pela lesão ter preservado a maior parte do encéfalo, mas ter destruído a região frontal levantou-se a hipótese de que aquela era a região responsável pela moralidade. Embora o termo moralidade tenha sido o escolhido na época, hoje se diria que Phineas havia apresentado modificações de personalidade. Foi a primeira vez em que uma região do cérebro foi atribuída como responsável para um tipo específico de alteração comportamental e, por isso, é que se considera o caso como tendo servido como base para a fundação das neurociências.

Os achados do caso Gage permitiram que se criasse a hipótese de que ao manipular regiões cerebrais, poder-se-ia produzir alterações do comportamento. Antônio Egas Moniz, prêmio Nobel de 1949, foi o neurologista que levou à diante aquela hipótese e desenvolveu a psicocirurgia. A cirurgia que ele havia proposto era a leucotomia prefrontal, que foi indicada para diversas condições psiquiátricas desde a sua criação em 1936 até o desinteresse pelo procedimento nos anos cinquenta. Note-se que ele também foi o criador da angiografia cerebral, procedimento utilizado modernamente.

Neuroimagem é um instrumento importante em neurociências. A técnica nos permite ter uma ideia de como o cérebro se modifica em certas condições

²⁰ VAN HORN et al., 2012.

patológicas e contribui para parte do avanço na área. Afirmações sobre a localização de certas funções mentais em regiões do cérebro tornaram-se triviais nas discussões psiquiátricas. Acredita-se que grande parte das condições psiquiátricas serão explicadas em termos de alterações em nível molecular, celular ou no nível dos circuitos cerebrais. A este tipo de argumento dá-se o nome de reducionismo, que grassa na psiquiatria moderna. Alguns autores questionam se um modelo reducionista para a psiquiatria é apropriado²¹. Diversos motivos para tal serão apresentados em capítulos posteriores. Aqui nos basta apontar como as coisas seguiram até o estado atual, como se passou de uma ideia de mente não ligada diretamente ao cérebro, até materialismo reducionista das neurociências modernas.

Antes de passarmos à diante, uma breve nota sobre o fato de que embora materialismo reducionista seja uma posição bastante forte nas neurociências, ela não é a mais prevalente. Uma forma alternativa é a do funcionalismo, uma tese da filosofia da mente onde se define estados mentais pelas suas funções e não pelos mecanismos subjacentes. De acordo com o funcionalismo a mente seria um software capaz de “rodar” em diversos suportes físicos. No caso do ser humano, é o cérebro. A mente, para o funcionalista, é uma articulação de diversos módulos mentais: memória, atenção, teoria da mente, etc. A psicologia desenvolveu um caso especial de funcionalismo, o cognitivismo que se tornou influente na psiquiatria moderna. Com base no cognitivismo, além do tratamento psicoterápico que se desenvolveu, também os módulos de funcionamento da mente, desde que capturados por testagem neuro-psicológica, podem ser correlacionados com estados cerebrais. Assim, deixamos de dizer que a região frontal é responsável por aspectos do comportamento (um argumento comportamentalista) para analisar como regiões cerebrais se correlacionam com módulos funcionais da mente. O modelo cognitivista tem oferecido parâmetros de funcionamento mental que podem alimentar análises estatísticas, algumas das formas de análise serão apresentadas nas próximas duas sessões deste capítulo.

Métodos lineares na abordagem de causalidade múltipla

²¹ BRENDEL, 2003, p.200; KENDLER, 2005.

De modo geral, estatística se usa da criação de modelos para realização de previsões. De modo semelhante ao que faz um engenheiro ao tirar medidas e criar um modelo menor, digamos, de uma ponte que pretenda estudar. Ele quer saber se a ponte resistirá mudanças climáticas e aumento do desgaste futuro. Procede com a extração de informações da ponte real, constrói o modelo com base naqueles dados e em seguida expõe o modelo a simulações do clima que se prevê acontecerá em breve. Coleta novos dados, agora sobre os resultados do experimento, e os compara com dados extraídos originalmente da ponte. Esta série de passos permite a testagem de hipóteses e a estimativa do quanto a ponte real pode suportar no futuro. Estatística se vale destes mesmos passos. Coletamos dados, construímos um modelo e o utilizamos para tentar prever como os eventos no mundo ocorrerão. Existirá sempre um erro nesta previsão, mas a depender do método aplicado esse erro também pode se comportar de forma previsível.

O modelo mais utilizado em ciência da vida é baseado numa linha, por isso lineares. Todo o esforço do estatístico é sintetizar as informações coletadas de modo que se encaixem numa linha cujos pontos são formados com as medidas observadas e com os respectivos erros. Há várias restrições para a aplicação de modelos lineares. A maior parte delas depende de que a população tenha uma distribuição normal, o que nem sempre é possível. Muito já se avançou nestas técnicas e diversos modelos de predição já foram propostos, o mais básico deles é o de regressão. As teorias em que estes modelos se baseiam são várias e densas. Não há a intenção de explicá-las aqui, basta-nos lembrar que regressão é um dos modelos de predição linear e que uma regressão pode ser simples quando se tem apenas uma variável preditora ou múltipla para mais de uma variável.

Devido a suas particularidades a psiquiatria evidencia a exaustão destas técnicas. Achados como a pluralidade de genes²² e mecanismos biológicos²³ envolvidos no desenvolvimento de condições psiquiátricas como a esquizofrenia sugerem que é razoável pensar que múltiplas causas fracas melhor explicam a sequência de eventos que determinam transtornos psiquiátricos. Há poucas

²² RIPKE *et al.*, 2014.

²³ KESHAVAN *et al.*, 2008.

esperanças de que causas fortes e dominantes expliquem a maior parte dos fenômenos. A esquizofrenia que está relacionada com mais de uma centena de genes²⁴, com sazonalidade, com nutrição, problemas periparto, etc²⁵. Modelos com uma meia dúzia de variáveis pouco informará sobre condições deste tipo, embora eles ainda sejam amplamente utilizados. Por conta das limitações de regressões simples em psiquiatria que a literatura científica tem valorizado métodos estatísticos mais complexos. É aí que entra a proposta de John Leslie Mackie, talvez o uso de métodos mais próximos de uma causalção INUS, em que diversos fatores terão pequena influência para o desenvolvimento do efeito, devam ser usados para a análise de condições psiquiátricas.

Na última década, técnicas da psicologia tem ganhado espaço em neurociências e mais recentemente em psiquiatria. Estatísticos vêm desenvolvendo um *framework* para a análise de relações causais através da realização de regressões lineares paralelamente. Estas técnicas são chamadas de *path analyses* e modelamento de equações estruturais, do inglês Structural Equation Modelling (SEM). A vantagem deste método é o fato dele ser apropriado para comparações entre módulos cognitivos a variáveis outras, como propriedades físicas (neuroimagem) ou sociais. É possível construir relações, por exemplo, entre as sub-escalas de compreensão verbal, pensamento perceptivo, memória de trabalho e velocidade de processamento do teste de QI WAIS com indicadores de neuroimagem funcional (ativação em regiões do cérebro) ou estrutural²⁶.

O aumento no uso destas técnicas também coincide com o crescimento da capacidade dos centros de pesquisa em coletar dados e criar longos bancos de informação (Big Data). Estas técnicas geralmente precisam de um número elevado de observações para serem concluídas. Hoje modelos bastante complexos podem ser construídos como o proposto por Kenneth Kendler em dois artigos com bancos de dados de gêmeos em 2002 e em 2006²⁷. Aquelas análises são conhecidas como *path analyses*, o que quer dizer que elas tentam estabelecer relações entre

²⁴ RIPKE *et al.*, 2014.

²⁵ TANDON; KESHAVAN; NASRALLAH, 2008.

²⁶ CASTRO-DE-ARAUJO; KANAAN, 2017.

²⁷ KENDLER; GARDNER; PRESCOTT, 2002.

variáveis, mas em lugar da tradicional comparação múltipla com posterior penalização dos resultados para limitar o efeito indesejado de falsos positivos, nas *path analyses* as relações entre as variáveis são calculadas e resolvidas ao mesmo tempo, usando uma técnica chamada de *maximum likelihood*. Estas são formas de tentar dar sentido à complexidade das causas dos transtornos psiquiátricos.

Por fim, modelos de SEM podem analisar variáveis que não podem ser diretamente medidas. Elas são chamadas de variáveis latentes em SEM e o exemplo clássico é a variável *g* tradicionalmente utilizada para representar o QI. Este é, por sua vez, advento dos métodos de análise de equações estruturais. É uma variável latente, ou seja, um atributo o qual não conseguimos mensurar diretamente, antes medimos uma série de competências cognitivas (por exemplo, compreensão verbal, memória de trabalho e velocidade de processamento) e através delas formar *g*.

Transtornos psiquiátricos tem características semelhantes àquelas encontradas em variáveis latentes como *g*. Eles são formados por numerosos indicadores ou biomarcadores e, por este motivo, transtornos psiquiátricos são candidatos potenciais para análise por SEM, o que justifica o aumento do uso destes métodos em psiquiatria²⁸. Uma vantagem adicional é que com a tendência de considerar a psiquiatria como um caso especial das ciências cognitivas, tem ocorrido uma aproximação entre os três campos: psicologia, neurociências e psiquiatria.

Causação em sistemas complexos

Apesar dos modelos lineares serem amplamente utilizados em nosso meio, eles parecem ser insuficientes para os objetos que as neurociências se preocupam. Modelos lineares são sempre aproximações, elas usam constantes que por sua vez faz as observações se comportarem como lineares. No entanto, inúmeros fenômenos no mundo não se comportam linearmente, o que constitui um grande empecilho para a predição. A decomposição de sistemas complexos em

²⁸ CASTRO-DE-ARAUJO; LEVY; KANAAN, 2016.

sistemas simples nem sempre dá bons resultados e métodos próprios para a análise daqueles tem ganhado espaço nas ciências da vida.

Sistemas complexos se caracterizam por serem aparentemente simples em seu estado inicial, contudo, mostram-se difíceis de prever quando se colocam em movimento. Apenas os movimentos iniciais são previsíveis e em um dado momento já não é possível de prever sua trajetória ou estado. O caso clássico é o do braço mecânico com duas hastes. Ao deixá-lo cair, os primeiros movimentos são previsíveis, mas a partir do segundo movimento ocorre aumento da complexidade e logo é impossível construir um modelo capaz de prever os movimentos depois do quarto ou quinto. Outro exemplo trivial é o da fumaça do cigarro. Os pequenos movimentos da fumaça são previsíveis até a segunda circunvolução, a partir daí a direção das partículas se tornam imprevisíveis com métodos lineares.

Há um crescente entendimento de que a relação entre eventos mentais e eventos cerebrais sejam governados por regras dos sistemas complexos como os descritos acima. Por exemplo, pode-se conceber que estados de ativação neuronal inicialmente semelhantes podem se desdobrar em “trajetórias” de ativação muito diferentes entre si, de modo que o estado inicial pouco ajuda a prever o estado final de um circuito cerebral. Por definição sistemas complexos são sistemas abertos, isto quer dizer que habitualmente inúmeras causas podem interferir na evolução do sistema, o que também é uma característica dos objetos que a psiquiatria normalmente investiga²⁹. Para a análise de sistemas complexos, entretanto, ainda não dispomos de métodos padronizados. Em geral, tais análises dependem da presença de um matemático nas equipes de pesquisa, o que justifica a presença crescente destes profissionais em laboratórios de neurociências pelo mundo.

Se as suspeitas sobre o funcionamento neuronal como um sistema caótico se confirmarem isto significa que métodos de decomposição que usamos modernamente não serão úteis para seu estudo. Um método amplamente utilizado em ciência é observar isoladamente um fenômeno, tentar reduzi-lo em sistemas

²⁹ MITCHELL, 2008.

mais simples, estudar e explicar os modelos simples e concluir sobre a interação deles no sistema original. É o que acontece ao estudarmos as moléculas de neurotransmissores e seus receptores, a partir do comportamento daquelas moléculas e da ativação dos neurotransmissores é que conferimos explicações para a ação das mesmas. Contudo, se se concluir pelo comportamento dos circuitos neuronais como sendo do tipo dos sistemas complexos, então métodos de decomposição como este vão ver sua aplicação ser limitada no futuro³⁰.

Conclusão

Muitas vezes argumentos causais distintos (talvez até incoerentes) são articulados em textos científicos. Esta introdução, espero, deve ajudar o leitor a entender o que está por trás de argumentos sobre causalidade. Os últimos parágrafos foram dedicados a apresentar um assunto (teoria do caos e sistemas complexos) que logo sairá dos departamentos de matemática para adentrar produções científicas “mainstream”, o leitor se beneficiará de já os conhecer quando se deparar com eles.

O texto também não foi estruturado para defender ou favorecer uma teoria. Isto se deve em parte pela mudança de opinião sobre o assunto desde que comecei a estudá-lo. Progressivamente sou atraído pela ideia de pluralidade em causalidade, com uma especial menção para a causalidade por agência que se tornou a causalidade de fato para as ciências médicas na sua operacionalização mais conhecida: os ensaios clínicos controlados. Políticas públicas com frequência se baseiam em estatísticas sobre doenças infecto-contagiosas. O sistema jurídico ainda se concentra em necessidade e suficiência. Basta-nos reconhecer as limitações de cada um destes ângulos e quando for possível complementá-los com evidências de causa importadas de outras tradições. Por fim, também subscrevo a uma filosofia da ciência em que explicação não é sempre necessária. Há ocasiões em que formalismos matemáticos ajudam a desenvolver o campo de estudo, mas não conferem explicações a respeito dos mecanismos. O exemplo tradicional para a não necessidade de explicação se encontra na teoria quântica e nos debates

³⁰ MITCHELL, 2008.

entre Einstein e Bohr³¹. A entrada das neurociências no campo das teorias não-lineares exigirá que a comunidade científica aceite que relações entre eventos mentais e físicos poderão não ter explicação do tipo mecanicista tais quais estamos habituados a estudar.

Uma honesta discussão sobre causa é também uma boa forma de começar um texto introdutório sobre filosofia da psiquiatria. Este é o tema que envolverá toda a discussão sobre genética, epigenética, eventos de vida e suas relações com transtornos mentais, assim como a série de temas mais abstratos que o livro apresentará nos capítulos subsequentes.

Finalmente, este capítulo também tenta colocar o assunto em perspectiva ao abordar modelos, regressões e outros conceitos estatísticos. É notável que estatísticos são mais cautelosos e parcimoniosos sobre inferência causal, que a maior parte dos pesquisadores no campo da psicologia, psiquiatria e neurociências. A estatística habitualmente lida com o assunto de forma indireta, utilizando instrumentos como valores-p, odds e outras "ferramentas" que foram sendo desenvolvidas na área. Cada um destes instrumentos parte de pressupostos específicos sobre a população e amostra sob estudo, condições que raramente se encontra "na vida real", resultando em limites de força e generalizabilidade dos dados publicados.

³¹ BOHR, 1949; GODFREY-SMITH, 2003.

PERSPECTIVAS CONTINENTAIS EM FILOSOFIA DA PSIQUIATRIA *

ADRIAN NICHOLAS SPREMBERG

Este capítulo introduzirá alguns conceitos importantes utilizados em filosofia da psiquiatria. Muitos destes conceitos também têm sido reformulados e repensados em seus fundamentos teóricos, já que alguns derivam diretamente da filosofia. Nos capítulos anteriores foram discutidos ideias e argumentos que se baseiam na tradição filosófica analítica, que teve a sua propagação acadêmica difundida principalmente nos países anglo-saxões, e continua sendo utilizada com particular ênfase por autores de países como Inglaterra, e Estados Unidos. Em contraponto, a filosofia continental, especificamente a fenomenologia, que será usada como abordagem filosófica principal neste capítulo, teve as suas origens na Europa Central, em países como Alemanha e França, por exemplo. O autor, tendo consciência das diferenças fundamentais entre as duas tradições, ainda assim considera importante uma discussão “cross-over” entre ambas. Assim sendo, o leitor está convidado a procurar eventuais pontos em comum com os demais capítulos neste livro.

Este capítulo se organiza da seguinte forma: inicialmente, será feita uma breve análise histórica de Edmund Husserl, conhecido como o fundador da fenomenologia, um dos movimentos filosóficos mais relevantes do século XX. Herdando de uma extensa tradição psicológica e filosófica que poderia ser retraçada até Descartes, Husserl repensou conceitos como consciência e

* Agradeço aos Profs. João José R.L. de Almeida e Guilherme Messas pelos comentários e leitura crítica de versões iniciais do capítulo. O agradecimento também se estende à Luis Fernando S.C. de Araújo, Maria Chiara Bruttomesso e Flávio Vieira Curvello, pela leitura crítica e valiosas contribuições ao texto.

intencionalidade, desenvolvendo assim um método que ele chamou 'fenomenologia transcendental'. Após uma breve exposição histórica, abordarei, resumidamente, alguns dos conceitos filosóficos que o pensador desenvolveu, tendo como objetivo indicar ao leitor alguns dos motivos pelos quais ele merece o título de fundador da corrente filosófica em questão. Na seção posterior, considerarei o conceito de *self* a partir da perspectiva fenomenológica contemporânea. Os autores que desenvolvem pesquisas relacionados à ideia do *self* propõem que este sentimento básico do "eu" se encontra alterado e fragmentado em alguns dos transtornos mentais, como por exemplo na esquizofrenia. Na terceira seção, abordarei o tema da *temporalidade*, a qual constitui outra dimensão fenomenológica estudada por eminentes pensadores da filosofia da psiquiatria. Noções como passado, presente e futuro, têm estruturas fenomenais diversas na psicopatologia, assim podendo apresentar-se de maneira bastante variada. Um quarto aspecto importante sobre o qual filósofos continentais se debruçam, são questões relacionadas a corporeidade, ou *embodiment*. A noção de *embodiment* critica abordagens reducionistas difundidas nas ciências da cognição, e mais especificamente, em psiquiatria e psicologia. Sendo assim, o principal argumento avançado aqui é a ideia de que o sujeito tem acesso imediato ao seu mundo por meio de uma percepção "incorporada". Mente e corpo não são tidos como unidades funcionais separadas, mas como um todo. Ou seja, processos psicológicos (mentais) funcionam sempre em correlação com processos fisio-biológicos. Portanto, transtornos mentais deixam de ser entendidos como sendo ocorrências puramente neurofisiológicas, mas são entendidas como doenças do sujeito como um todo. A principal ideia aqui, é de que processos como ação e percepção, por exemplo, ocorrem em contato direto com o mundo. Quando eu vejo uma árvore, esta é diretamente dada a mim não por meio de representações feitas dentro do sistema nervoso, mas por meio de uma interação dinâmica e ativa, que ocorre entre sujeito e mundo. Nós interagimos com o mundo por meio do nosso corpo, e é esta interação que "significa" o mundo para o sujeito.

Os conceitos apresentados neste capítulo se inter-relacionam, como muitas vezes é o caso em fenomenologia. O *self* está intrinsecamente ligado à ideia de temporalidade, que em si também pertence à consciência e aos atos

desempenhados por ela. Em filosofia da psiquiatria, então, estes conceitos também são muitas vezes estudados uns em referência aos outros.

Edmund Husserl e a Fenomenologia

O trajeto acadêmico inicial de Edmund Husserl (1859-1938) foi marcado por uma ênfase em ciências exatas e naturais, incluindo estudos em astronomia, matemática, física e filosofia nas universidades de Leipzig e Berlim. Em 1881, Husserl parte para Viena, onde permanece por três anos, completando ali o seu doutorado em matemática sobre a teoria de cálculos de variações. Em 1884, ainda nesta cidade, ele tem a oportunidade de frequentar os cursos de Franz Brentano, que o motivam a se dedicar não mais à matemática, mas sim à filosofia, influenciando de modo significativo todo o seu trabalho posterior nesta área. O conceito de intencionalidade, por exemplo, tal como re-introduzido no âmbito filosófico por Brentano, marcou profundamente toda a trajetória intelectual de Husserl. No ano de 1886, Husserl segue para Halle, onde dá continuidade aos seus estudos em psicologia, junto a outro discípulo de Brentano, Carl Stumpf. Sob orientação deste, Husserl escreve a sua tese de habilitação *Sobre o Conceito de Número*, dedicada a uma clarificação psicológico-descritiva do modo como chegamos à compreensão deste conceito e podemos operar em raciocínios matemáticos¹.

Também neste período em Halle, Husserl publica *Investigações Lógicas* (1900-1901), obra de central importância para o seu pensamento por ter sido justamente aquela que introduziu pela primeira vez a sua concepção de fenomenologia. Nesta obra, Husserl assume uma posição crítica em relação aos seus próprios estudos iniciais acima listados, mas também em relação a uma série de outras contribuições filosóficas que se aproximavam da psicologia. Seu interesse maior foi refutar aquilo que, à época, se convencionou chamar 'psicologismo': a tentativa de se oferecer às áreas do conhecimento filosófico uma fundamentação teórica por meio da psicologia empírica. Os exemplos mais importantes para Husserl eram o psicologismo em lógica e teoria do conhecimento.

¹ BEYER, 2016.

Seu método fenomenológico surge precisamente após este esforço de refutação, como uma consequência da necessidade de se oferecer uma outra fundamentação teórica para aquelas áreas. Em sua formulação inicial, a fenomenologia consiste em um exame descritivo da estrutura imamente dos atos de consciência. Dito de outro modo: ela consiste em um exame dos diferentes modos como a consciência apreende e confere um sentido às suas vivências, de modo a se dirigir aos diferentes objetos que lhe aparecem. Esta descrição não se mantém no nível dos fatos, isto é, das manifestações contingentes da experiência, mas segue precisamente no sentido de clarificar os aspectos estruturais necessários da mesma. No que se refere à lógica e à teoria do conhecimento, em específico, seria importante fazer uma fenomenologia das vivências cognitivas que clarificam os conceitos fundamentais destes dois campos. Isto permitiria conferir a tais disciplinas a fundamentação objetiva que a psicologia empírica falharia em conferir².

Após este período em Halle, Husserl começa a lecionar em Göttingen, onde permanece por 16 anos. Foi ali que ele ofereceu algumas de suas mais conhecidas contribuições filosóficas: o método transcendental, a estrutura fenomenológica da consciência imanente do tempo, a noção de intersubjetividade, dentre outros temas importantes. Algumas das obras nas quais estes conceitos foram desenvolvidos são as *Lições para uma Fenomenologia da Consciência Imanente do Tempo* (oferecidas em 1905, mas publicadas apenas em 1928), *Filosofia como Ciência de Rigor* (1911), *Problemas Fundamentais de Fenomenologia* (1910/1911), *Ideias para uma Fenomenologia Pura e uma Filosofia Fenomenológica* (1913), entre outros escritos de grande relevância³. Em termos metodológicos, esta fase em Göttingen é central, tendo sido marcada pela conhecida 'virada transcendental' da fenomenologia, de forte inspiração cartesiana e kantiana. Aqui, em vez de se centrar apenas no âmbito imanente da consciência, nos diferentes modos de apreensão das vivências, a fenomenologia passa a se ocupar também com o exame filosófico de nossos atos, tal como eles nos

² SMITH & WOODRUFF-SMITH, 1995.

³ BEYER, 2016.

aparecem. Não apenas a constituição destes objetos por meio dos atos que os visam é importante, mas também os próprios modos pelos quais estes objetos se dão. Trata-se de uma clara expansão do escopo da investigação fenomenológica.

Por fim, Husserl é convidado em 1916 para lecionar em Freiburg, cidade na qual ele trabalha até sua aposentadoria, em 1928. Nesta fase final de sua carreira, Husserl continua ampliando o escopo de sua obra, escrevendo títulos como *Lógica Formal e Transcendental* (1929), *Meditações Cartesianas* (1931), *A Crise das Ciências Européias e a Fenomenologia Transcendental* (1935), entre outros. Em algumas destas obras, temas já trabalhados anteriormente ganham maior força, como a teoria da intersubjetividade, e temas de natureza cultural e prática, antes bastante infrequentes, passam a ser tratados com destaque. É neste contexto que Husserl desenvolve uma fenomenologia do assim chamado "mundo de vida" (*Lebenswelt*), o mundo no qual todos nos encontramos antes de nos dedicarmos a atividades teóricas em geral. Husserl falece em Freiburg no ano de 1938⁴.

O intuito desta exposição é o de ser apenas uma breve introdução histórica sobre Husserl, não sendo possível aprofundar-nos em uma análise conceitual mais detalhada. Ainda assim, apontarei aqui algumas de suas concepções centrais de sua filosofia na descrição e análise da estrutura da consciência. Seu método transcendental é marcado pelo exercício do que Husserl chama *epoché*: uma "suspensão" das crenças que normalmente orientam nossa experiência natural, pré-crítica e irrefletida, bem como o modo pelo qual ela se direciona aos objetos do mundo. Em nossa experiência ordinária, nós apreendemos os objetos que nos aparecem de um modo tal que obscurece o seu conteúdo puro, conformando-os a uma série de crenças de natureza factual que nós, como pessoas concretas, temos. Esta disposição perante o fenômeno é chamada por Husserl de "atitude natural" e a principal crença que ela envolve é a crença na existência real e independente daquilo que nos aparece na diversidade de nossas experiências. Quando percebemos, digamos, uma casa perante nós, somos levados normalmente à crença irrefletida de que estamos perante algo que é em si mesmo e que não depende em nada de nossas atividades conscientes para ser como é.

⁴ BEYER, 2016; SMITH & WOODRUFF-SMITH, 2005.

Trata-se de uma espécie de realismo que marca de maneira fundamental a nossa experiência ordinária. Uma das características essenciais da *epoché* é justamente a de colocar esta crença realista fora de ação e nos permitir ter contato com um fenômeno depurado, simplesmente tal como ele aparece. A *epoché* têm como função, portanto, suspender a atitude natural e nos colocar em uma outra atitude bem distinta perante o que aparece, a qual é chamada “atitude fenomenológica”. Ela promove a transição de um entendimento de mundo mediado por pressuposições de diversos tipos para um entendimento que nos mostre permita investigar o “ponto de partida” transcendental da experiência, no qual os seus dados são contemplados apenas da maneira como eles aparecem. A fenomenologia se coloca então como tarefa a investigação criteriosa dos modos de aparecimento dos diferentes tipos de objeto da experiência – como eles se relacionam essencialmente à certos tipos de ato, como eles são constituídos, o que é próprio ao seu aparecimento, mas já não daquele de outro tipo de objeto, etc⁵.

Um último conceito central da fenomenologia de Husserl a ser brevemente considerado é o da temporalidade. Este tema foi, segundo o próprio autor, o mais difícil a ser investigado em sua trajetória intelectual. Para Husserl, a temporalidade é constituída de modo imanente no fluxo da consciência. Ou seja, esta é *vivenciada* pela consciência como caráter essencial de todo fenômeno por ela apreendido. Para Husserl, a apreensão imediata de um objeto temporal se dá no fluxo imamente da consciência, em um tempo que foi chamado “pré-empírico” nas *Lições para uma Fenomenologia da Consciência Imanente do Tempo* (1928). O tempo “objetivo”, por outro lado, corresponde ao tempo “natural” do mundo, passível de ser medido, empregado nas ciências naturais e nas relações práticas do dia-a-dia. O tempo imanente é uma condição do tempo objetivo. Em sua descrição deste tempo imanente, Husserl considera que a experiência do momento presente, tal como ele se constitui na consciência, comporta algumas fases: (1) a retenção, na qual os aspectos temporais de um dado outrora presente, mas que agora já se tornou inatural, são retidos justamente como algo que *já passou*; e (2) a

⁵ MORAN & COHEN, 2012.

protensão, que diz respeito a uma *antecipação* espontânea de possibilidades de manifestação do dado que ainda não ocorreram⁶. Decerto o mais difícil problema fenomenológico, ainda vivamente estudado por pesquisadores em fenomenologia husserliana, não pode jamais ser reduzido a estas breves observações. Elas são, no entanto, suficientes para considerarmos o conceito de temporalidade em trechos posteriores deste capítulo.

Esta breve passagem têm a pretensão de servir aos leitores como uma introdução ao pensador que é tido como o fundador da fenomenologia na filosofia. Dentro do escopo deste artigo, ela é relevante para compreendermos melhor a passagem posterior sobre o problema da temporalidade em filosofia da psiquiatria. O próximo item, no entanto, apesar de se referir ainda a contribuições na área de fenomenologia, estará em ligação menos direta com essas teses fundamentais de Husserl acima esboçadas. Ele apresentará algumas das ideias mais atuais em fenomenologia que são também relevantes no âmbito das ditas ciências da cognição; principalmente, na psicologia e psiquiatria.

O conceito de *self* em Fenomenologia

O *self* é um conceito fundamental na fenomenologia da subjetividade. Ele consiste em uma estrutura que dá ao sujeito a experiência de sentir e perceber o mundo como sendo o seu. Portanto, o *self* é variado, podendo constituir-se de diversas maneiras: como coloca Zahavi (2003), a estrutura do *self* foi inicialmente concebida como sendo parte intrínseca da identidade. Existem, para o autor, alguns “tipos de *self*”, dentre os quais podemos destacar inicialmente o *self* hermenêutico ou narrativo. Este *self* é fluído e flexível. Não existe aqui, portanto, uma estrutura imóvel e fixa que dá ao sujeito a experiência de que “existe algo em mim”, uma parte de minha identidade, que não muda. O *self* hermenêutico e narrativo sempre conta uma história muito individual, dando assim uma percepção de identidade transitória ao sujeito. O *self* narrativo é temporal, ocorrendo em uma dinâmica constante entre o sujeito e seu mundo, nunca terminando, assim, de se “formar”: é um *self* que não se fecha, por assim dizer, e que acontece e se modifica

⁶ MORAN & COHEN, 2012; BILIBIO, 2005.

numa dialética entre o sujeito, sua subjetividade, e o mundo. Zahavi descreve este *self* da seguinte maneira:

“o *self* não é a uma coisa e nem algo fixo; ele é, ao contrario, um algo fixo que se realiza por meio de projetos que alguém tem, desta maneira podendo ser entendido como algo independente. O *self* narrativo torna-se parte da própria interpretação que se tenha acerca de sua própria individualidade”⁷.

Existem também algumas outras características inerentemente associadas ao conceito de *self*, desde esta perspectiva fenomenológica, que fazem com que ele possa ser entendido como uma estrutura “flexível”. O *self* sempre manterá estas duas características coexistindo horizontalmente, de maneira que o sujeito poderá experienciar a si mesmo como um “eu” narrativo e/ou explicativo (hermenêutico). O *self* então pode se manifestar como um fenômeno estático, dando assim ao sujeito uma situação de “eu” fixo e constante, mas também passível de mudança, como uma estrutura que poderá vir a ser imóvel ou fluída, para que desta maneira novas sensações, experiências e percepções possam ser adaptadas como conteúdos do “eu”. São estas experiências sobre as quais eu falarei agora: o *self* que Zahavi descreveu como sendo uma “estrutura experiencial”⁸.

Então, o *self* também pode ser entendido como estrutura experiencial da consciência. Parnas (2005), por exemplo, se dedicou intensamente ao estudo das mudanças presentes no *self* patológico, assim fomentando diversos estudos empíricos relacionados às “experiências anômalas do *self*”. Para Zahavi (2003), o *self* “mínimo”, ou básico, nos dá um sentimento de propriedade do eu, ou seja: o *self experiencial* é intrinsecamente ligado com um sentimento fundamental de que o “eu” é o polo das mais diversas ações, percepções e sentimentos. Este “eu” fundamental funciona como um centro de ancoramento subjetivo mínimo, a partir

⁷ 2003, p.58, trad. minha.

⁸ 2003, p 59.

do qual o sujeito tem acesso imediato a estas experiências, podendo assim estar consciente de si mesmo no exato momento em que estas experiências ocorrem⁹.

O autor diz que este *self* encontra-se permeado por *ipseidade*, por um sentimento de que existe uma consciência auto-intencional constantemente relacionada ao próprio eu. Nas palavras do autor: “é possível descrever esta maneira de auto-referência como uma experiência em si, ou seja, como uma experiência de manifestação do *self* como a forma mais básica de ser eu mesmo”¹⁰.

Este sentimento de “ser eu mesmo”, se refletirá na estrutura mais primária do eu. Porém, seria necessário designar que este *self* básico é sempre fundamentalmente ligado à experiência que o sujeito tem com alguma coisa, ou o mundo em si. O *self* básico não pode ser separado da experiência, afinal é ele que dará ao sujeito, a capacidade de saber que alguma vivência específica faz referência imediata à própria consciência, ou não.

Este *self* básico e imediato é chamado de “pré-reflexivo”: ele está ligado as experiências do sujeito em si. No momento em que eu sentir, de fato, uma dor, ou um desejo de ordem qualquer, estas vivências estarão imediatamente e não-inferencialmente ligadas à minha pessoa. Estas experiências são de fato sentidas no exato momento no qual ocorrem, sem passarem anteriormente por alguma “representação” significativa do que a dor possa ser, por exemplo. Sendo assim, o *self*- pré-reflexivo é sentido de maneira tão “fundamental” que ele nos dá uma sensação de que “sou eu” que faço algo, nos dando assim uma sensação intrínseca de “*what it is like*” sobre uma dada ação, ou percepção em sua *immediatez*. Todavia, este *self* pré-reflexivo ainda é incapaz de tematizar a experiência como percebido pelo sujeito em si. O *self* reflexivo, por outro lado, se apresenta como uma estrutura conceitual que explicita e traz à tona o objeto experimentado em si, e o sujeito se torna capaz de refletir sobre aquilo que está sendo experimentado no presente. Zahavi argumenta que, “em reflexão é possível distinguir a experiência do refletir, da experiência sobre aquilo que esta sendo

⁹ GALLAGHER; ZAHAVI, 2013.

¹⁰ ZAHAVI, 2003, p 61 trad. Minha.

refletido”¹¹. Desta maneira, torna-se possível entender o dinamismo entre consciência do eu pré-reflexiva, e consciência do “eu” reflexiva: a consciência pré-reflexiva seria dada ao sujeito como uma estrutura imediata, que imediatamente faz com que a pessoa possa se entender e se experimentar como autora de seus próprios atos e percepções.

A consciência reflexiva, por outro lado, concretiza e tematiza as experiências vividas pelo sujeito, dando a este a capacidade de entender – o *porquê* e *para-quê* de uma experiência específica. O ato de reflexão propicia ao sujeito um conhecimento a mais sobre aquilo que é experimentado: eu sei que “sou eu” que faço uso do martelo, e para isto sei também que o usarei para martelar um prego em minha parede. Desta maneira, o *self* pré-reflexivo está também intimamente conectado ao *self* reflexivo e temático: enquanto o *self* básico dá ao sujeito uma consciência de si de estar sendo sujeito imediato de suas experiências, o *self* reflexivo dará ao sujeito a capacidade de *tematizar*, trazendo assim à consciência pura os objetos percebidos no ato intencional do *self* consciente. Consciência pré-reflexiva de si e reflexão temática, estão desta forma sempre ligados um ao outro. No caso de patologias psiquiátricas, porém, este processo se encontra modificado, principalmente nas esquizofrenias; o *self* se torna frágil ou hiperreflexivo¹², como veremos em seguida, não havendo uma ligação espontânea entre *self* e consciência de si.

Psicopatologia e o conceito de *self*

A tarefa de abordar os processos relacionados ao *self* patológico e fragmentado em esquizofrenia depende de uma variedade de fatores que convergem no que Sass (2013) chamou *transtorno do self*. Como foi delineado acima, o senso de “eu” está intrinsecamente relacionado a sentimentos acerca da própria subjetividade, que a toma como experiência imediata da perspectiva em primeira pessoa. Como exemplo: fato de que eu tenha um dor de cabeça, fará com

¹¹ 2003, p.69, trad. minha.

¹² O termo foi livremente traduzido do inglês: Sass e Parnas (2003) chamaram esta alteração de “hyper-reflexivity”, em seu artigo *Schizophrenia, Consciousness, and the Self*.

que eu possa sentir esta como pertencente a minha pessoa, ao meu sentimento de "eu". Se consequentemente discutirmos síndromes do espectro da esquizofrenia, a hipótese de um transtorno de *self* mal-adaptado ocorre, tal como argumenta Sass, de maneira bastante crítica: a experiência de uma subjetividade intrinsecamente ligada a ideia de um possível acesso imediato à primeira pessoa se fragmenta de maneira bastante significativa. O paciente já não é mais capaz de recorrer a seu sentimento de "eu" mais fundamental. Para que seja possível um indivíduo estar consciente de seus atos da consciência, é necessário que o *self* também possa adequar estes processos como sendo do próprio sujeito que os experimenta. Em esquizofrenia, então, esta relação já não persiste, ocorrendo assim uma fragmentação severa da estrutura que me faz estar implicitamente consciente de meus atos, sejam estes conscientes, relacionados ao pensamento em si, à percepção de algum objeto, ou outros processos.

Para Sass, o *self* se modifica de três maneiras nos transtornos psicóticos. A primeira o autor descreve como uma "hiperreflexividade" do sentimento de *self*. Este movimento faz com que o paciente experiencie de maneira exagerada o seu próprio fluxo de consciência - objetos, afetos, e percepções são aumentadas e "objetificadas" na consciência do esquizofrênico. A intensificação da consciência do "eu mesmo", leva estes pacientes a perceberem a realidade ao seu redor de maneira hiper-reflexiva: atos intencionais e imediatos com o mundo não ocorrem mais naturalmente, atos de consciência tornam-se ora concretos, ora extremamente abstratos. Uma árvore pode apresentar-se para o paciente esquizofrênico como um objeto perigoso e destruidor, por exemplo. A capacidade de fluidez fundamentalmente estrutural do *self*, do próprio "eu", como um processo que naturalmente confere sentido à experiência, simplesmente não se desprende mais da hiper-reflexividade atenuante do esquizofrênico.

Um processo complementar a este de hiper-reflexividade exposto por Sass¹³ se dá por meio de um movimento de "afetividade do *self* diminuída". Enquanto na hiper-reflexividade existe uma concretização exagerada de diversos processos mentais, o fenômeno de afetividade diminuída apresenta-se como um

¹³ SASS, 2013.

processo no qual emoções, afetos, e percepções anteriormente tácitas perdem sua fluidez. A afetividade, por exemplo, não se direciona mais intencionalmente a objetos e pessoas no mundo, como normalmente ocorreria na experiência ordinária ou na relação intersubjetiva. Ao contrário: o que sucede é uma diminuição considerável de afetos relacionados a aquilo que o sujeito esquizofrênico toma como experiência afetiva para si mesmo. O mundo ao redor torna-se estático, e o sujeito perde a possibilidade de relacionar-se afetivamente, de experimentar o afeto em si como componente fundamental de sua própria capacidade de entender-se como sujeito consciente.

O autor também fala sobre outra fragmentação do *self* cognoscível no sujeito esquizofrênico. Tal fragmentação se baseia na incapacidade do sujeito em experimentar, espontaneamente, o mundo ao seu redor. Sass chamou esta instância do *self* fragmentado de um “apoio perturbado” do *self* no mundo. Aqui, o esquizofrênico não consegue mais se movimentar espaço-temporalmente em seu campo experiencial. Esta impossibilidade é descrita pelo autor da seguinte maneira:

distúrbios da estrutura espaço-temporal do mundo, assim como também distinções experimentais cruciais, i.e., percepções, lembranças, e o imaginário, estão fundamentadas em anormalidades do *self* incorporado, vital e experimentado¹⁴.

Consequentemente, a pessoa com esquizofrenia sofre de alterações no funcionamento fluído e natural de sua corporeidade, sendo incapaz de se perceber como um indivíduo “integrado” por meio de corpo e mente. O *self* não funciona mais como estrutura na qual o indivíduo se reconhece como único, em função de um *awareness* de si mesmo, mas como um sujeito fragmentado, que perdeu a eminência natural do existir. Esta perda fica em evidência na estrutura do *self* mínimo, já descrito na seção anterior. Sintomas positivos e negativos, tais como alucinações ou mesmo o clássico, já descrito pela psicopatologia tradicional, “embotamento afetivo” apresentam-se como manifestações sutis ou profundas de

¹⁴ SASS, 2013, p.121, trad. minha.

alterações decorrentes no *self* mínimo. Alterações estas que, em conjunto com sintomas negativos e/ou positivos, formariam um quadro psicopatológico mais consistente do transtorno, já que a subjetividade em esquizofrenia precisa ser considerada em conjunto com outros fatores sintomatológicos.

Parnas et al. (2005) desenvolveram uma entrevista semi-estruturada fenomenológica direcionada à investigação de experiências subjetivas anômalas em psiquiatria e psicologia; trata-se aqui de uma entrevista nomeada como EASE (*Examination of Anomalous Self-Experiences*, ou “Investigação das experiências anômalas do *self*”). Esta entrevista aborda diversos processos e domínios subjetivos e/ou experienciais que possam estar alterados em esquizofrenia, assim como: alterações no *self*, na corporeidade e suas funções, na fragmentação da percepção, etc. A EASE é um instrumento de investigação metódico fenomenológico, podendo ser utilizada em conjunto com outras ferramentas diagnósticas. Finalmente, veremos que será possível defender o argumento de que a hipótese acerca do *self* alterado em esquizofrenia poderá vir a complementar explicações etiológicas psiquiátricas de cunho puramente neurobiológico. Se estas alterações do *self* mínimo forem então consideradas como variáveis intrínsecas aos processos de adoecimento psicótico, o clínico descobrirá que existem também mudanças subjetivas muito mais sutis, não passíveis de redução neurobiológica, na experiência de cada indivíduo esquizofrênico. Mudanças estas que precisam ser analisadas sem se perder de vista a perspectiva das variações em que estas ocorrem, do grau de severidade do adoecimento, etc. A psicopatologia do *self* permeia todas as possíveis formas do existir esquizofrênico, logo podendo vir a ser adequada para as diversas formas de trabalho e investigações na clínica, tanto para pesquisas de cunho empírico quanto qualitativo.

Na próxima seção, será incorporada a importante questão acerca da estrutura da temporalidade em fenomenologia, e será exemplificado de que maneira este conceito se relaciona às investigações em psicopatologia fenomenológica.

O conceito de temporalidade em Fenomenologia e Psicopatologia

A ideia de temporalidade é, na tradição fenomenológica, um dos conceitos mais importantes, pois somos sujeitos temporalmente constituídos. A temporalidade é parte intrínseca da consciência intencional e de experiências relacionas ao *self*. Nossa consciência de todo e qualquer objeto que possa nos aparecer fundamenta-se na temporalidade vivida de modo imanente. Como já foi dito na introdução, o sujeito vivencia não apenas este tempo imanente, mas também o tempo objetivo, que têm no tempo imanente a sua precondição.

Husserl diz que: “toda experiência traz consigo um horizonte temporal... Este argumento não é discutível: nós, como sujeitos, estamos sempre temporalmente ativos: planejamos algo, vivemos de maneira acelerada, etc.”¹⁵.

Um exemplo que se tornou clássico é a ideia de que, quando escutamos uma música qualquer, ela nos aparece como unificada, e nunca como uma sequência sons que simplesmente são percebidos como desconectados uns dos outros. Nossa consciência intencional é direcionada à melodia como um todo, não distinguindo cada parte, cada trecho ou mesmo cada nota da mesma. É certo que uma peça musical é formada por partes, mas a consciência não se direciona a tais as partes em si, como se elas fossem, cada qual dada isoladamente, objetos autônomos da percepção, que se sucedem uns aos outros. Ela se direciona antes à unidade composta por estes sons, isto é, à melodia ela mesma. Este tipo de experiência ilustra algo constitutivo do próprio tempo, isto é, o fato de que ele não pode ser entendido como sequência de fases discretas, separadas umas das outras, devendo ser antes entendido como um fluxo contínuo e unitário.

Como já dissemos, no momento em que nos tornamos conscientes de algum objeto no mundo, este objeto terá algum contorno temporal. Ele não precisa necessariamente aparecer diante de nós como algo que possa se dar apenas por meio de uma sequência de percepções distintas, como no caso de uma melodia. Um objeto que nos apareça, em princípio, como algo estático, a exemplo de uma casa, também aparecerá como algo dotado de certos atributos temporais. A sequência de percepções possíveis deste objeto, quando o olhamos ora por meio

¹⁵ *Apud* Kelly 2008, trad. minha.

de uma perspectiva, ora por meio outra, quando consideramos com atenção e vagar alguns detalhes de sua fachada, esta também se dá como uma sequência temporal a ser descrita nos termos acima introduzidos. Todos entendemos a diferença descritiva entre objetos que aparecem do mesmo modo que melodias e objetos que aparecem do mesmo modo que uma casa. A temporalidade subjacente a ambos é, contudo, a mesma. Já sabemos que, para a fenomenologia, o tempo não deve nunca ser entendido como um fenômeno de características puramente naturais. Ele não pode ser somente um fenômeno passível de medição concreta, isto é, o tempo “do mundo”. A tarefa de uma fenomenologia da temporalidade é precisamente considerar o que antecede esta referência temporal objetiva, comum a todos nós. O que a constitui e pode ser considerado uma temporalidade originária. Isto é possível mediante o exercício da *epoché* e do exame transcendental da vivência temporal.

Kelly (2008) caracteriza a temporalidade da seguinte maneira, sempre se mantendo fiel a noção husserliana:

sem pré-julgamento com as ciências, a redução também suspende todos pressupostos filosóficos sobre a natureza metafísica, psicológica, ou transcendental-cognitiva do tempo. Consequentemente, esta redução permite que Husserl examine as estruturas da consciência que nos permitem apreender e assim caracterizar os modos de objetos temporais, que aparecem como o agora, o passado, ou o futuro.” (trad. minha)

Acerca do caráter fundamental do tempo imanente, ele explica:

estas reflexões sobre objetos temporais e experiências temporais, indicam que o fluir da vida consciente é condição para a possibilidade da revelação destes mesmos objetos temporais...essa conjuntura se inicia na privilegiada condição do aqui e agora, que ocorre sempre em relação com o passado e o futuro, nunca estando dessa maneira isolado destes outros dois modos temporais¹⁶.

¹⁶ KELLY, 2008, trad. Minha.

O presente é o modo temporal central ao qual passado e futuro são essencialmente vinculados, em um contínuo. A consciência temporal então se estende, assim juntando estes dois outros modos na experiência que o sujeito tem do presente. No decorrer de atos do agora, a consciência acaba englobando outros dois “modos temporais”. O presente vivido encontra-se assim subdividido em três momentos distintos temporalmente, mas sempre inseparáveis um do outro.

- 1) A impressão primária: diz respeito a percepção mais imediata de algum objeto temporal consciente;
- 2) a retenção: retém na consciência o momento temporal há pouco transcorrido, ou seja, o momento é retido precisamente no que se torna passado;
- 3) a protensão: mostra-nos o possível desdobramento futuro daquela experiência, dizendo respeito àquilo que ainda não ocorreu na unidade temporal.

Estes três momentos da consciência temporal ocorrem sempre em fluxo, não podendo ser concebidos separadamente uns dos outros. A extensão do “agora” acontece, então, em direção ao passado e ao futuro. Essas fases temporalmente determinantes da consciência intencional fazem com que cada objeto de nossa percepção seja marcado pelos três momentos descritos.

O presente vivido pelo sujeito abre espaço para o mundo concreto e o tempo do mundo. A imediatez da estrutura da consciência temporal, e seus três modos de experiência do tempo acontece automaticamente, assim fazendo com que o sujeito esteja sempre atento à experiências temporais. Como a consciência encontra-se intencionalmente direcionada a objetos em geral, o tempo logo fará necessariamente parte de tudo aquilo que experimentamos.

Até agora discutimos alguns dos conceitos fundamentais da teoria da temporalidade em Husserl, porém falta relacionar estas ideias com algumas dimensões fenomenológicas que se encontram alteradas em esquizofrenia e depressão. Agora discutirei de que maneira a temporalidade encontra-se alterada em alguns transtornos psiquiátricos, tomando como principal fonte e autor, o trabalho de Thomas Fuchs.

As estruturas básicas alteradas na temporalidade esquizofrênica, para Fuchs (2007) se dão em duas formas. A primeira, é o *tempo implícito ou vivido*: esta faz relação com todas experiências temporais que não são conscientes, ou seja, o tempo vivido, o qual nos dá a sensação de estarmos “fluindo” naturalmente com o mundo. Acima de tudo, esta modalidade temporal é a que nos faz estar imersos em alguma atividade, sem que precisemos estar atentos ao que acontece ao nosso redor. Para o autor, o tempo explícito necessita de duas condições básicas para que possa ocorrer. Primeiramente, é necessário que exista um fluxo de consciência contínuo. Husserl deu a esta o nome de “síntese transcendental da consciência interior temporal”¹⁷. “Esta consciência temporal é feita de inúmeros momentos” temporais singulares que, em conjunto, formam uma continuidade temporal consciente. Nossas experiências temporais fluidas ocorrem como uma sequência de experiências temporais “fundidas” uma na outra. Portanto, é possível existirem experiências pré-reflexivas ou implícitas sobre o tempo: o presente, passado, e futuro interligam-se coerentemente em nosso *self*, nos dando assim uma sensação intrínseca de termos vivências temporais constantes e fluídas. Esta experiência se encontra ligada ao senso mínimo do *self*, que já discutimos em capítulos anteriores. Diversos fenômenos, como por exemplo as sintaxes de comunicação, estão ligadas ao tempo: quando iniciamos uma frase, esta encontra-se diretamente ligada a um começo, meio e fim. Ou seja, existe um arco temporal intencional que conecta cada tempo da frase, dando a ela seu significado semântico e expressão únicos.

O segundo princípio necessário para o entendimento do tempo implícito ou vivido refere-se à conação, ou “*drive*” vital primário. O autor chama este aspecto de “momento afetivo-conativo”: ele faz relação com a espontaneidade, a direcionalidade afetiva, a atenção, etc. O processo também faz importante conexão com a experiências relacionadas ao *self* pré-reflexivo, por nos dar uma sensação de “estarmos vivos”, que pode ser vista como sendo essencial em ser humanos. A experiência, de termos um objetivo pelo qual lutar, demonstra que o “*drive*” conativo nos leva, então, a motivação: fenômeno central de estados e processos

¹⁷ Apud Beyer 2016.

afetivos, que se encontram alterados em estados depressivos ou de mania, por exemplo. A motivação é um estado funcional fundamental, que faz com que o ser humano se encontre em constante movimento, buscando se encontrar em sua própria existência, se apropriando de seu tempo, iniciando projetos de vida etc.

Finalmente, um outro elemento central da temporalidade se dá como tempo explícito, ou "mundano". Este se contrapõe ao tempo implícito, por estar relacionado aquela estrutura temporal que "interrompe" a sensação normalmente do tempo subjetivamente vivido. A temporalidade explícita nos desconecta da experiência subjetiva do tempo implícito, por colocar-se de maneira bastante abrupta em diversos momentos: quando, por exemplo, alguma atividade é momentaneamente interrompida por causa de alguma causa ou acontecimento "externo": a perda de alguém amado, por exemplo, ocorre de maneira fulminante e agressiva, nos deixando em um "vão" temporal, inicialmente irreparável. O autor argumenta que o tempo experienciado, e principalmente produzido por meio de um distúrbio ou uma negação, pode estar relacionado a um choque, a uma surpresa, a dor. Esta separação, segundo o autor, também ocorre quando direcionada ao futuro: por meio da divisão entre vontade e satisfação, ou desejo e realização que são antecipados. Caso ocorra uma quebra entre estes dois polos, a discrepância torna-se um modo do "ainda não". Ou seja, quando o futuro se torna foco de nossas experiências, assim se explicitando como um período no qual a espera por alguma coisa é acompanhada de sentimentos de impaciência ou inquietação, ocorrem sentimentos de querer, poder, entre outros. A experiência explícita do tempo vivido ocorre então, nos casos de quebra do tempo subjetivo, mas também naquela experiência temporal do que ainda esta por vir; ou seja, em um modo temporal que se apresenta como tomada por sentimentos de insatisfação.

Os modos de tempo implícito e explícito, encontram-se intrinsecamente interligados, também, a todo funcionamento processual do corpo vivido (*Leib*)¹⁸. Para Fuchs (2007) o tempo vivido é um modo de funcionamento que

¹⁸ Este termo diz respeito à uma diferença semântica da língua alemã: o termo "Körper", na tradição fenomenológica, é utilizado para designar o corpo físico em si. A palavra "Leib" é usada para nomear o corpo vivido.

constantemente acompanha as ações e percepções desenvolvidas pelo sujeito, se constituindo como um modo de existir aberto a possibilidades e atividades de uma fluidez constante, e ininterrupta. A experiência relacionada ao corpo vivido ocorre de maneira pré-reflexiva; sendo assim, nossa atenção não se encontra focada em acontecimentos da consciência temporal e corporal, mas no modo de funcionamento natural do dia a dia. O tempo explícito, por outro lado, faz ligação com o corpo mais físico, e, conseqüentemente, passível de adoecimentos, “interrupções”, mudanças biológicas e físicas diversas. O corpo físico normalmente o é, quando ocorre algum tipo de alteração que o impede de funcionar de maneira fluida e pré-reflexiva, experimentado como um obstáculo, como um objeto passível de ser machucado, uma doença, etc.

O tempo intersubjetivo não flui e acontece por meio de construtos dimensionais subjetivos e/ou explícitos, mas por meio de uma *ordem relacional* (entre dois sujeitos) de *processos perceptuais, cognitivos, e afetivos* que ocorrem quando interagimos com outros. Existe assim um ‘momento de contato’, uma ressonância (sentida entre eu e o outro) temporal que se adéqua ao momento da interação entre organismo e ambiente, em um jogo dialógico. Esta sincronização está em constante modificação com as vivências sociais que temos, desta maneira sempre se presentificando, ou seja, vindo à tona, em nossas relações do dia-a-dia. Para o autor, a “microdinâmica” dessas relações ocorre por meio de um senso comum aprendido na mais tenra infância; desde o início, a corporeidade faz parte de um quadro relacional dinâmico entre organismo e ambiente: o recém-nascido aprende desde cedo a interagir com objetos e outras pessoas, desta maneira “incorporando” aquilo que faz bem, assim como também tudo que traz dor e machuca. A temporalidade intersubjetiva então se dá por meio de um processo relacional dinâmico entre sujeito e ambiente, trazendo assim diversos níveis de intersubjetividade que se impõe no momento em que alguma situação acontece. Essa temporalidade adequa-se à diversidade de papéis sociais e relações intrassubjetivas, nas quais nos encontramos e construímos os campos relacionais, no decorrer da vida. Tendo exposto de que maneira o tempo implícito e explícito se estrutura; agora focarei na maneira em que estas modalidades se fragmentam, e

se modificam em alguns dos transtornos mentais, principalmente nas alterações que ocorrem nos transtornos psicóticos.

Para Fuchs (2007), a esquizofrenia apresenta-se como distúrbio básico da temporalidade. O “eu” fragmentado já não é mais capaz de lidar com sensações relacionadas ao presente, passado, e futuro. O autor chama esta experiência de um enfraquecimento ou fragmentação total da temporalidade. Alguns sintomas mais específicos, como inserção de pensamentos e fala desorganizada, podem ser entendidos, no ponto de vista do autor, como uma fundamental fragmentação do *arco temporal intencional*. Este arco diz respeito a uma grande variedade de atos perceptuais, da ação, e até mesmo do pensamento. Em indivíduos ditos “normais”, estes processos mentais/cognitivos fluem de maneira natural, ou seja — quando nos expressamos por meio de palavras, por exemplo, frases tem um início e um fim. Palavras têm um significado semântico importante, que faz com que seja possível relacionar-se com outros, também. Na esquizofrenia, a continuidade deste arco intencional se fragmenta, podendo ocorrer uma desorganização importante relacionada ao sentido de tudo aquilo que o paciente expressa ou tenta expressar. Segundo Fuchs, a protensão intencional merece atenção especial nesta fragmentação do arco intencional. A pessoa esquizofrênica perde aqui a capacidade de constituir o agora, e, conseqüentemente, tudo aquilo que poderá vir a acontecer em um possível futuro. Como já explicitado no início desta seção, a consciência temporal normalmente ocorre em um fluir de consciência consistente e imanente que se encontra em constante atenção, pré-reflexivamente, a recortes temporais do passado, presente, e futuro. Em experiências subjetivas anômalas esquizofrênicas, esta capacidade sintética da consciência intencional se encontra tão fundamentalmente abalada, que a pessoa não é mais capaz de diferenciar o que ocorre em cada momento desta síntese temporal. A função de protensão (futuro) encontra-se assim sobrecarregada: o sujeito não consegue mais distinguir que palavra segue a outra, por exemplo: todo o conteúdo semântico de uma frase qualquer se perde. Podem ocorrer “blocos erráticos” de palavras, que não seguem mais a fluidez natural de expressões diversas. A fragmentação do arco intencional acompanha, para o autor, uma *internalização de objetos fragmentados*: com a tentativa de antecipar momentos e expressões relacionadas ao futuro, o

esquizofrênico precisará correlacionar sua espontaneidade perdida às possíveis manipulações externas. De maneira que, no momento em que a experiência do *self* mais básico não funciona mais, as experiências vividas no plano temporal também poderão ocorrer de maneira externa, o esquizofrênico terá perdido toda sua possibilidade de “poder”, da vontade, assegurando-se então da existência, por exemplo, de alucinações auditorias. Estas ocorreriam por meio de uma força de vontade externalizada e fragmentada.

Outro comprometimento da temporalidade na esquizofrenia ocorre em uma fragmentação da temporalidade intersubjetiva. As interações interpessoais encontram-se igualmente comprometidas, o que Fuchs chamou de “co-temporalidade”. Assim, o paciente já não se encontra capaz de estar afetivamente ressonante com o momento: sua capacidade de relacionar-se por meio do corpo vivido afetivo está fragilizada, a ponto de impossibilitar o esquizofrênico de manter relações intersubjetivas e pessoais adequadas. As alucinações presentes nos transtornos de espectro esquizofrênico (psicoses), também demonstram importante comprometimento na temporalidade intersubjetiva, por tratar-se de uma incapacidade em encontrar a fluidez natural e dialética (intersubjetiva) de uma conversa com o outro, entendendo assim a perspectiva pela qual a outra pessoa se expressa, etc. A alternância entre a própria perspectiva, e a do outro, encontra-se “congelada”. Não há mais possibilidade para um entendimento de que eu tenho a “minha” própria realidade, e outra que se faz em construção com o outro. A convergência de realidades se mistura, deixando a pessoa apavorada por causa de supostas perseguições, vozes de outras pessoas, e assim por diante.

Um comprometimento temporal importante se dá nos transtornos depressivos em geral. Wyllie (2005) diz que normalmente o sujeito consciente de suas ações, percepções, e atos no mundo, se encontra ativamente engajado em um fluxo de “tempo vivido”. Este modo temporal é ativamente concebido no mundo pela consciência, o sujeito vive e sente o seu próprio tempo subjetivo, encontrando-se assim em constante direcionamento temporal com o mundo, e outros. Para o autor,

o tempo vivido não é somente uma série aleatória de momentos relacionados ao ‘agora’, desprovidos de unidade ou coerência. O “agora”,

no tempo vivido, se dá como uma unidade entre passado, presente e futuro, sendo assim mais que uma sucessão do "não-mais" imediato, do presente, e do "porvir". Não, o tempo vivido se constitui de maneira não separada¹⁹.

Willye argumenta que o tempo vivido se dá em uma constante dinâmica que percebemos quando estamos imersos em atividades. Portanto, quando estamos ativos em algum espaço vivido do mundo, o tempo vivido nos servirá como guia "estruturante" de nossas atividades e experiências neste. Nós encontramos então sempre direcionados ao futuro, que se apresenta como possibilidade para ação e contato imediatos com o mundo. Sendo assim, o tempo vivido se dá em pequenos momentos temporais que se repetem constantemente, enquanto o sujeito se encontra em uma relação dialética com o mundo que também se abre como um espaço para ação temporal.

Quando este tempo vivido se modifica em pessoas com melancolia ou depressão, o espaço vivido inteiro se altera. Porém, estas alterações temporais podem ocorrer de diversas maneiras, já que uma melancolia, por exemplo, normalmente se apresenta como uma patologia mais severa do que um transtorno depressivo mais leves e contextuais. O ser humano se direciona, com seus planos de vida e desejos, em constante direcionamento ao futuro: em termos inteligíveis, o ser humano se apresenta como um espaço aberto de possibilidades e projetos a serem iniciados. Nos transtornos depressivos, este direcionamento intencional para com o futuro se encontra estagnado. Não existe mais um movimentar-se fluido e natural, o sujeito depressivo encontra-se estagnado no presente, que se repete incessantemente. Para Wyllie, "na dor profunda, como em alguns casos de sofrimento melancólico, tudo o que existe é a negação do *self* imediata sobre toda a dor que está ocorrendo no aqui e agora"²⁰. Portanto, a pessoa que se encontra em estado depressivo e/ou melancólico não consegue mais se "potencializar" em direção ao futuro. O mundo, planos, e projetos parecem ter perdido o sentido, não vale mais a pena planejar, agir, etc. Estas disrupções certamente ocorrem de maneira variável, dependendo da severidade do caso.

¹⁹ WYLLIE, 2005, p 174, trad. Minha.

²⁰ WYLLIE, 2005, p. 176, trad. minha.

É fato que nos transtornos depressivos as rupturas temporais se dão tanto no tempo percebido internamente (subjetivo), quanto também naquele que se é experimentado na relação com outros (tempo intersubjetivo). A temporalidade fragmentada "obscurece" o horizonte existencial da pessoa doente, que não é mais capaz de embrenhar-se no mundo de maneira ativa e direcionada. O presente não se faz mais por meio de um "agora" flexível, que impulsiona a pessoa rumo ao futuro; não, muitas vezes não há sequer a esperança de um futuro melhor. As rupturas temporais em melancolia e depressão que aqui brevemente expus são somente algumas das modificações desta importante dimensão fenomenológica encontrada nesta patologia. Por questão de espaço, é preciso agora continuar para a próxima discussão, que apresentará aos leitores o importante conceito de *embodiment*.

A ideia de *embodiment* é um contra-ponto à asserção cartesiana de uma divisão mente e corpo. Iniciarei as discussões sobre o tema apresentando algumas noções centrais para melhor entendimento acerca do que significaria confluir a mente, o corpo, e um organismo.

O conceito de *Embodiment* nas Ciências Cognitivas e Psicopatologia

Varela et al. (1991) desenvolvem, em seu livro "*The Embodied Mind*", uma proposta de construção teórico-empírica integrativa sobre a maneira pela qual a experiência humana subjetiva encontra-se intrinsecamente relacionada ao organismo (biológico) e ao mundo vivido. Para os autores, a cognição e a subjetividade encontram-se inerentemente relacionadas com ação e percepção. Porém, torna-se necessário clarificar que estas não ocorrem por meio de representações objetificadas, ou seja, por intermédio de outros processos mentais. Sendo assim, a cognição se dá pelo contato direto que a mente tem com o mundo, e pela intencionalidade do corpo vivido que também significa, percebe, e age, conforme o contexto. Está claro que processos ligados à cognição não ocorrem simplesmente em consequência de processos neuronais específicos, tão pouco somente por meio de fatores exclusivamente mentais e fisiológicos, como a imaginação, o pensamento, e seus respectivos correlatos neuronais. Corpo físico, vivido, e mente relacionam-se intermitentemente, criando assim um complexo

sistema de funcionamento integrativo, dando ao ser humano uma sensação de que tudo aquilo que faz já se encontra imbuído no meio-ambiente, e vice-versa. Ou seja, o sujeito percebe, sente, e age no ambiente, sem que exista, assim, uma divisão "cartesiana" entre estes processos.

A cognição é "corporificada". Ela não se encontra em meio a um subjetivismo extremo (mundo interno), que somente considera afetos, pensamentos, e processos interiorizados, nem, por outro lado, um objetivismo calcificado, que toma estes processos como sendo enraizados na neurobiologia, reduzindo então tudo aquilo que percebemos a um funcionamento fisiológico. Desta forma, para que seja possível um entendimento integrado, o mundo nos precisa ser apresentado na inter-relação com nossa consciência e percepção: tudo aquilo que fazemos e sentimos encontra-se inserido em nosso campo vivido e experiencial de maneira imediata. Enquanto modelos computacionais de cognição preservam uma atitude cognitivista, e modelos representacionalistas e estritamente materialistas da mente eliminam quaisquer possibilidades de coautoria processual cognitiva pelo corpo físico vivido, o modelo posto a frente por Varela et al. (1991) têm como principal argumento a integração de aspectos da experiência, fenomenológicos aos funcionamentos cognitivos de diversas "hierarquias" de desempenho processual. O mundo e o ser humano não se relacionam de maneira indireta, mas em constante contato com o que ocorre no momento, integrando assim ação, percepção, e outros processos interrelacionais.

Para os autores, a mente corporificada relaciona-se com o mundo de maneira circular, ou seja, não existe um funcionamento que necessariamente precise ocorrer primeiro, ou que seja fundamental para a ocorrência de um certo processo cognitivo e/ou mental. Em teorias da filosofia da mente com predomínio de pensamento materialista e reducionista, por exemplo, os processos mentais precisam, necessariamente, estarem ligados a certos processos fisiológicos para que possam ocorrer. Dessa forma, processos corporais, mentais, e biológicos relacionam-se horizontalmente com o ambiente: não existe uma primazia de certas ocorrências biológicas sobre processos ditos mentais, ou vice-versa. Quando a percepção ocorre, o afeto e a ação seguem imediatamente, daí o nome: *embodied*. Este processo horizontal e imediato será fundamental para entendermos melhor as

experiências e processos anômalos nos transtornos mentais, sobre os quais dissertarei agora, focando principalmente no trabalho de Fuchs e Schlimme (2009).

O conceito de *embodiment* já acima mencionado, encontra-se hoje em grande desenvolvimento investigativo nas áreas de psicologia, psiquiatria, neurociências e filosofia. Este conceito certamente tornou-se uma matriz para um melhor entendimento de uma grande variedade de transtornos mentais, como a esquizofrenia, depressão, e distúrbios alimentares. A ideia de que estes distúrbios não ocorrem somente na mente, mas tem complexos comprometimentos corporais é interessante: a depressão ou esquizofrenia não são, somente, doenças que aparecem por causa de disfunções neurobiológicas específicas no cérebro, mas elas se mostram como doenças que comprometem a pessoa por completo. Existe um funcionamento muito mais complexo quando se fala na maneira da maneira pela qual cada doença aparece. É possível se falar de uma certa heterogeneidade, uma singularidade que se faz presente em cada caso. Mente e corpo encontram-se intrinsecamente ligados, porém de maneiras muito diversas, sendo necessário então também incluir o papel do ambiente como espaço de experiências o qual influencia a maneira como cada doença se apresenta.

Existe uma diferença entre o corpo que eu sinto de maneira pré-reflexiva, ou seja, meu corpo vivido, e a certeza de habitar um corpo *objeto físico*. O sujeito sempre experimenta, a níveis diferentes, os dois corpos. O corpo físico, por exemplo, poderá ser *sentido* intensamente pelo sujeito por meio de uma forte dor de cabeça. O corpo vivido, por outro lado, é experienciado por meio de sensações, da ação, etc. Porém, é importante deixar claro que estes dois corpos encontram-se intrinsecamente ligados, também. Muitos processos, tanto cognitivos quanto perceptuais, por exemplo, ocorrem a partir da junção de corpo físico e vivido. Sendo assim, o chão de nossa experiência subjetiva encontra-se ancorado em vivências corporais entrelaçadas: de um lado, o corpo vivido e sentido, do outro, nosso corpo físico e biológico. Enquanto o corpo subjetivo atua como mediador de nossa vida subjetiva, nos habilitando a agir, perceber, e de fato sentir tudo aquilo que ocorre a nossa volta, o corpo físico e aquele que poderá vir a ser acometido por doenças, que algum dia sucumbirá. Em nossas vidas, a oscilação entre estes

dois corpos, e o que traz a fundação de todo experienciar, não se dá, como acima colocado, de “forma” puramente mental.

Gallagher e Zahavi (2013) ainda distinguem entre o conceito de “esquema corporal” (*body schema*), e “imagem corporal” (*body image*). O esquema corporal é principalmente usado para o sistema complexo inter-relacional que o corpo tem com o ambiente, ou seja: a relação ambiente X organismo. Aqui o corpo funciona como um aparelho sensório-motor, dotado de uma grande variedade de capacidades vestibulares, cenestésicas, visuais, etc. A imagem corporal por outro lado, pode ser compreendida como um sistema de percepção subjetivas acerca do próprio corpo. Estas percepções são, muitas vezes, conscientes, correspondendo assim a um *awareness* sobre a imagem e identidade do próprio corpo. Para Fuchs e Schlimme, a grande maioria dos transtornos mentais afetam tanto sensações relacionadas ao corpo vivido, como também aquelas pertencentes ao corpo físico. Para os autores, o senso de *self*, ou identidade, encontra-se profundamente modificado e alterado, como ocorre nas esquizofrenias. Em outras doenças como na anorexia nervosa, é possível encontrar uma distorção importante no senso de imagem corporal recorrente.

Fuchs e Schlimme (2009) entendem a esquizofrenia como um transtorno enraizado em distúrbios profundos na incapacidade de sentir-se um eu corporificado. Conforme a identidade se desintegra, o corpo vivido também sofre alterações profundas, principalmente no quesito de experiências pré-reflexivas que normalmente nos fazem entender o mundo como um lugar de possibilidades. *Self* e corpo então dividem-se, e a unidade vivencial “unitária” do sujeito se perde. Esta desintegração entre corpo vivido e *self* também traz consequências graves para a percepção e ação, assim como para processos intrínsecos, e ao significado que normalmente damos a tudo aquilo que ocorre ao redor. Na esquizofrenia, o sujeito não se percebe mais como autor de suas próprias significações, cognição, ações, e percepções. Citando os autores: “na percepção, o *desincorporamento* manifesta-se como uma incapacidade de reconhecer padrões familiares de objetos percebidos”²¹. Ou seja, o esquizofrênico perceberá alguma situação de maneira

²¹ FUCHS; SCHLIMME, 2009, p.572, trad. minha.

que ele se sente sobrecarregado de detalhes perceptivos: objetos perceptuais não se juntam mais em um campo de sentido, mas encontram-se disformes e desfigurados, não há mais unidade. Por outro lado, os autores também acreditam que exista uma *hipersensibilidade* na experiência esquizofrênica: os objetos aparecem de maneira mais saliente, não existe um fundo coeso perceptivo, coerente que de significado ao percebido, como um todo. Objetos se fragmentam, ou aparecem de maneira muito explícita. Por conseguinte, poderia se falar que o esquizofrênico sente, age, e pensa em um esquema cartesiano: percepção, sentimento, e ação não se inter-relacionam mais. Já não se torna mais possível pensar naquele complexo sistema interacional entre organismo e ambiente, já que os dois encontram-se profundamente divididos, em diferentes níveis fragmentados.

Neste capítulo discutimos a importante noção de *embodiment* em psiquiatria, psicologia, e filosofia, inicialmente de maneira mais geral, para logo após discutirmos algumas relações que este fundamental conceito faz com os transtornos mentais, tomando como principal exemplo a esquizofrenia, e as psicoses. Finalmente, discutiremos a percepção enativa e seus desdobramentos na psicopatologia contemporânea. Para isto, procederemos da mesma maneira pela qual foram apresentados os conceitos nos subcapítulos anteriores. Primeiramente, serão introduzidos conceitos de base relevantes, para logo após nos aprofundarmos um pouco mais na conexão entre psicopatologia e percepção enativa.

O conceito de enação em Psicopatologia

Varela et al. (1991) definem um conceito aglutinador da percepção, cognição e ação, distinto daquele proposto pela tradição computacional/cognitivista. Esta forma de cognitivismo tradicional pensa estes processos de maneira intermediarista: para que estes processos possam ocorrer, e é então necessário que exista, entre organismo e ambiente, alguma relação intrinsecamente causal. Os processos cognitivos, por exemplo, então transcorreriam somente “dentro” do cérebro, sendo ativadas por uma diversidade de processos neurofisiológicos. A percepção, por outro lado, seria um ato meramente representativo acerca do mundo e de seus objetos. Deste modo, uma

reação fisiológica também seria imprescindível, para que então o sujeito pudesse estar perceptualmente “conectado” com o mundo; assim, o cérebro “informaria”, por meio de ocorrências em certos circuitos neurais, o indivíduo de qualidades como cor, forma, etc. Certamente seria possível dizer que estes processos parecem estar desacoplados entre si, de maneira que cada processo necessita de bases neurofisiológicas para que possa ocorrer, assim não havendo uma interconexão entre organismo, cognição, e sujeito, mas uma divisão reducionista bastante preocupante entre mente (cérebro), e corpo (organismo). Varela et al. (1991), portanto, criticou de maneira bastante assertiva estas suposições acerca do funcionamento entre mundo, cognição, percepção e ação. Os autores criticaram, essencialmente, a abordagem demasiada “desconectada” que o representacionalismo propõe. Ao invés de cunhar que os processos cognitivos e perceptuais são desacoplados do mundo, e entre si, os autores enfatizaram o caráter fundamentalmente *situacional* destes processos e atos. Isto é: percepção e ação encontram-se ligados ao mundo, encontrando-se assim intimamente interligados, e, conseqüentemente, em mútua constituição. Portanto, não se deve então entender cada um destes processos como desacoplados, ou dependentes puramente de processos neurofisiológicos e/ou cerebrais, mas em constante interação com o ambiente. Organismo e ambiente interagem de maneira intrínseca, formando assim uma diversidade de outros processos e ações, como a inter/e intrasubjetividade, a percepção enativa (direta, sem “representações”). A cognição encontra-se situada, como afirmado acima. Ela ocorre por meio de uma complexa interação entre cérebro, organismo, corpo, e ambiente. Colombetti (2013) explica esta interação da seguinte maneira: “a noção de *acoplamento* que ocorre aqui e emprestada das teorias de sistemas dinâmicos; em termos simples, ela se refere a um processo de influências contínuas e recíprocas entre sistemas (organismos incluídos), para que assim elas possam ser consideradas um único sistema”²². Sendo assim, cada ato e/ou processo ocorre de maneira bastante singular, mas sempre *em interação*, assim raramente dependendo unicamente de um processo ou órgão (cérebro) somente. Após esta breve introdução, serão agora

²² COLOMBETTI, 2013, p 1088, trad. minha.

apresentados alguns aspectos relacionados a uma “psicopatologia enativa”, como o denominou a autora.

Uma psicopatologia baseada em princípios “enativos”, ou seja; em processos confluentes que possam, ou não, levar a transtornos mentais, têm sido amplamente estudada. Porém, ainda não suficientemente. Para que seja possível pensar em termos “enativistas” em Psicopatologia, é preciso resguardar-se do pensamento reducionista normalmente utilizado na psiquiatria, psicologia, e nas neurociências. Autores que desejam desvincular-se destas explicações demasiadamente simplistas, precisam ensinar a investigar questões relacionadas à subjetividade de seus pacientes. Portanto, para que seja possível ir além de explicações causais, e dos sintomas tão objetivamente delineados nos grandes sistemas classificatórios, é preciso unir tanto as possíveis causas biológicas, quanto as de cunho subjetivo, para um melhor entendimento daquilo que possa estar ocorrendo, em um determinado contexto. A autora oferece uma interessante tentativa que poderá vir a unificar subjetividade com aspectos neurobiológicos. Em suas palavras:

seria possível contemplar uma “psicopatologia neurofenomenológica” que entenderia o método neurofenomenológico ao estudo dos transtornos mentais. Uma abordagem destas proveria a ponte entre as escolas biológicas e fenomenológicas na psiquiatria, quase sempre considerados paradigmas incomensuráveis. Assim sendo, um enfoque integrado exploraria a experiência vivida sistematicamente, identificando assim as categorias relevantes, e a psiquiatria biológica seria então utilizada para organizar e interpretar dados sobre atividade neurofisiológica [...] ²³.

Uma psicopatologia “enativa” então precisaria se basear nos princípios sistemáticos teóricos discutidos anteriormente: os transtornos mentais deveriam ser entendidos como decorrências de complexos processos que ocorrem entre o organismo e o ambiente, tomando em conta assim aspectos ditos “mentais”, e corporais do funcionamento de certa psicopatologia. O dualismo cartesiano, e mesmo o reducionismo obstinado das ciências médicas, principalmente da

²³ COLOMBETTI, 2013, p 1091, trad. Minha.

psiquiatria e da neurociência, não poderá mais ser tomado como ponto de partida para um melhor entendimento a respeito de uma certa patologia, mas sim: é preciso que o clínico se atente a pessoa doente como um todo, considerando assim disfunções neurobiológicas, mas também subjetivas. Sendo assim, alguns autores desenvolveram trabalhos bastante interessantes relacionando conceitos fenomenológicos, de cunho experiencial, com estudos empíricos e sistemáticos sobre alguma patologia específica. Gallagher (2013) desenvolveu uma intrigante teoria relacionada a forma em que a temporalidade se relaciona ao *self*, e às experiências de ação na esquizofrenia. Para o autor, nossa sensação usual de sermos agentes formadores, por assim dizer, de nossas próprias ações, percepções e pensamentos, esta diretamente relacionada à ideia da protensão husserliana. Para Gallagher (2013) o senso de termos um fluxo constante acerca daquilo que está para ocorrer faz parte de um *self* pré-reflexivo, o que nos torna “donos” de nossas próprias ações e/ou percepções. Estas ações ocorrem em um contínuo temporal, direcionado ao futuro. Ou seja, por fim existe então um senso de “propriedade do eu” imbuído nessas experiências, fazendo delas as *minhas* experiências, de fato. Sendo assim, a sensação de fluidez temporal, do agir e perceber “próprio” encontram-se severamente fragmentadas. A experiência da protensão (futuro) perde a sua força, assim que a base de todas ações e/ou percepções parecem vir de fora, de alguma força exterior, e não mais do próprio *self*. É dessa forma que surgem, por exemplo, experiências anômalas como a de estar sendo invadido por forças ou objetos exteriores, que se apropriam, então, do *self* do paciente. Organismo e mundo novamente se dividem, e a pessoa esquizofrênica não consegue mais significar percepções e ações, demonstrando dificuldades em saber o que pertence a sua própria subjetividade, ou ao âmbito do interpessoal, etc. O aspecto enativo e intencional que normalmente “interliga” organismo, mente e corpo volta a perder o seu constante fluxo processual. Assim, para que uma psicopatologia enativa seja possível, Colombetti (2013) enfatiza que é preciso considerar tanto os aspectos neurobiológicos de certas patologias, como também a complexidade da interação entre organismo, corpo e ambiente. Experiências subjetivas também são parte intrínseca de uma psicopatologia que não se baseia somente em sintomas neurofisiologicamente visíveis, ou naqueles

percebidos em comportamentos externos, mas tal estudo dos transtornos mentais necessita, invariavelmente, levar em conta a complexidade do contexto no qual a psicopatologia surge, de que maneira ela se desenvolve, e quais os possíveis tratamentos adequados para cada caso.

Conclusão

Foram criticamente revistos e discutidos alguns dos mais centrais conceitos da fenomenologia em filosofia da psiquiatria. Após a apresentação das ideias centrais, os conceitos foram associados à alguns exemplos em pesquisa empírica. As principais ideias apresentadas se relacionam a uma variedade de questões comumente discutidas sobre experiências alteradas do *self*, à noção de corporeidade, temporalidade, *embodiment* e enação em psicopatologia.

É fato que a maioria dos transtornos mentais ocorrem e se desenvolvem como fenômenos complexos e heterogêneos, e isto deve ser tomado como ponto de partida para a investigação em filosofia da psiquiatria de base fenomenológica. As variações e gradações nas quais se encontram alteradas as dimensões e estruturas acima apresentadas, muitas vezes demandam uma investigação apurada e concisa do profissional de saúde mental, o que certamente demanda análise teórica.

Portanto, se faz crucial clarificar aqui qual a tarefa da fenomenologia contemporânea e de suas aplicações nas ciências "irmãs", o que certamente inclui a psiquiatria e psicologia. Sendo assim, para que um entendimento mais aprofundado das alterações subjetivas em psicopatologia possa ser alcançado na pesquisa em filosofia da psiquiatria, me parece razoável argumentar que a fenomenologia deverá ocupar o cargo de uma metodologia filosófica aplicada, servindo como parceira teórica de outras vertentes do conhecimento, como a filosofia analítica e as neurociências. Finalmente, ainda creio ser necessário que sejam feitos tanto novos estudos teórico conceituais, quanto também empíricos, para que as bases filosóficas da fenomenologia possam ser constantemente repensadas, em virtude de um entendimento mais holístico acerca dos transtornos mentais.

As perspectivas filosóficas que constroem o arcabouço teórico de ambas tradições (continental e analítica) são bastante heterogêneas. Existem perspectivas híbridas, que tomam como ponto de partida essencial, nas discussões em filosofia da psiquiatria uma conversa entre as tradições. Não faz sentido algum se posicionar de maneira demasiado unilateral, neste momento: tanto “continentais”, quanto “analíticos” oferecem contribuições cruciais em deliberações relacionadas às questões encontradas no vasto campo da filosofia da psiquiatria. Sugiro que o leitor faça aqui tentativas de relacionar às duas perspectivas (pensando, por exemplo, nos capítulos deste mesmo livro, escritos por outros autores), contemplando e examinando assim de que maneira eventuais pontos de conexão possam ser feitos.

PSIQUIATRIA E IMAGEM DE CIÊNCIA

JOÃO JOSÉ R. L. DE ALMEIDA

Dominic Murphy publicou há dez anos atrás um livro de filosofia da psiquiatria que ficou muito conhecido. Levava o título de *Psychiatry in the scientific image* (cf. 2006). O problema do presente artigo é que vou utilizar também aqui o conceito de “imagem de ciência”, mas numa orientação inteiramente diferente da dele, talvez com uma conclusão diametralmente oposta. É possível que isso signifique nadar contra a corrente, mas é também provável que o argumento faça sentido. Murphy toma de empréstimo a ideia de imagem científica de um antigo artigo de Wilfrid Sellars chamado *Philosophy and the scientific image of man* (1963). Seu propósito é separar a imagem manifesta do mundo, tal como aparece à observação humana, da imagem científica, teórica e postulativa. Para Murphy, a nosologia do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (APA, 2013, doravante *DSM*) é muito mais próxima da primeira imagem que da segunda, já que, a seu critério, o DSM é bastante confiável quanto aos sintomas manifestos, mas totalmente insatisfatório quanto às explicações causais dos transtornos mentais.

O conceito de imagem de ciência de que me sirvo é inspirado em van Fraassen (1980), que retoma de Sellars a dupla aceção de projeção de um objeto e de construção de uma figura, mas o uso que dele faço é similar ao de Dorian Gray, o personagem de Oscar Wilde, quando disse que “só as pessoas superficiais não julgam pelas aparências; o verdadeiro mistério do mundo é o visível, não o invisível”¹.

Apresentação

¹ WILDE, 2000, p.24.

A última publicação, em 2013, da quinta revisão do DSM reacendeu com vigor um velho incômodo, presente desde a primeira vez que a palavra “psiquiatria” foi cunhada no século XIX por Johann Christian Reil. Naquela época, uma era de plena aclamação e triunfo das ciências naturais como padrão de conhecimento, não se pode negar que seja surpreendente atestar que a etimologia da palavra reúna dois termos cuja conexão era muito problemática no campo da nascente biologia de há dois séculos atrás: “psiquê” e “iátrikos” significam, em grego, o tratamento médico da alma. É bastante provável que depois do experimento de 1858, em que Pasteur refutou a teoria da geração espontânea e junto com ela o vitalismo, já nenhum manual de biologia comportaria um capítulo sobre a alma dos seres vivos. A grande mudança epistemológica imposta à taxonomia dos séculos XVII e XVIII foi pensar a vida em termos de funções estendidas no tempo². Esse fato deu condição de pensamento e de inovação a Pasteur, e a toda a ciência dos seres vivos, despertando a capacidade de conceber o conhecimento como relação funcional, em vez de representação. O novo critério, restrito a fenômenos materiais (físico-químicos), consistia em ligar operacionalmente órgãos vitais a partes do corpo ou a processos corporais, como a circulação sanguínea, a respiração, o movimento e até mesmo o sistema nervoso. A alma, ou, conforme queiramos, a mente, ficou excluída de relações funcionais por falta de ponto de apoio material. Por isso a psiquiatria só pôde justificar-se no século XIX como “psicologia médica”, esta sim uma especialidade milenar, com enorme peso dentro da tradição hipocrática, que no século XIX procurou suas respostas também no âmbito do naturalismo³. O sistema nervoso central e o comportamento cumpriram, na psicologia, o papel de sub-rogados materiais da alma para realizar aquelas funções exigidas pela nova ordem epistemológica. Entretanto, dissimuladamente, com um pé em cada regime de pensamento, um no antigo representacionismo, pelo lado dos seus sub-rogados neurológicos ou comportamentais, e outro no corpo humano, para cumprir, pelo menos assim, uma das condições da função material. A psiquiatria seguiu, dessa forma, manca e autorreferente. Ela não

² cf. FOUCAULT, 1966, p.238–245; tb. KITCHER, 2003, p.159–176.

³ BERRIOS, 2008, p. 353-379.

cumpriu, senão ficticiamente, a condição de possibilidade do novo regime epistemológico.

Repare o leitor que esse modo de enquadrar o entendimento histórico não é exatamente contraditório, mas é certamente distinto de uma definição dos termos no plano da etiologia, como, por exemplo, se faz em Faucher & Goyer:

O resto do campo da medicina passou da definição das doenças em termos dos sintomas relatados, e dos sintomas clínicos observados externamente, para a sua definição em termos de mecanismos etiológicos. Mas a psiquiatria não fez essa passagem⁴.

Em nosso enquadramento, os mecanismos etiológicos são meras funções, antes de serem “causas fisiológicas”.

Toda a história da psiquiatria até a metade do século XX pode ser vista então, se quisermos, como circunvoluções ao redor da questão do seu papel como ciência. Sem precisar mencionar as várias formas de intervenção médica como internação em asilos, eletroconvulsoterapia, lobotomia, ou sem precisar recorrer à influência do freudismo e da fenomenologia, pelo lado da psiquiatria dinâmica, disseminados em muitas e significativas produções, não é acaso a constatação de que um dos maiores próceres dessa fase da especialidade médica tenha sido Karl Jaspers. Médico, mas também com grande habilidade no manejo do pensamento de Weber, esse genial pensador colocou a psiquiatria em profícuo diálogo interdisciplinar com as ciências humanas e a filosofia mediante o emprego de conceitos hermenêuticos tais como “tipo” e “compreensão”⁵. No entanto, por mais criativas que tivessem sido as soluções encontradas para resolver o problema do pé quebrado, o desconforto da malparada condição científica da psiquiatria não se arrefeceu até que a comunidade pudesse finalmente receber a notícia de uma descoberta sobre uso da clorpromazina, a partir de 1952, como um neuroléptico eficiente⁶.

⁴ 2015, p.202.

⁵ FUCHS; BREYER; MUNDT, 2014.

⁶ BAN, 2007, p.495–500; SHORTER, 2005, p.53–56.

Esse evento histórico facilitou enormemente a tarefa de relativização das orientações fisiológicas e psicodinâmicas da medicina da alma em torno das vantagens práticas e epistemológicas da intervenção psicofarmacológica. Mesmo em face dos movimentos antipsiquiátricos⁷ nos anos 60 e 70, com sua interpelação corrosiva da noção de “doença mental”, e da própria efetividade dos neurolépticos como tratamento da psicose⁸, a psiquiatria consolidou-se cada vez mais em torno do pretendido projeto de descrição universal e atórica da noção de “transtorno mental” que ganhou corpo a partir da 3ª edição do DSM em 1980. Por mais problemáticos que tenham sido as classificações, descrições, conceitos, pressupostos e compromissos tácitos promovidos ao longo das últimas décadas pelo DSM, ele se tornou um manual de referência obrigatório e cotidiano na especialidade. Funcional à psicofarmacologia, à funcionalidade de seguros de saúde, ao sistema jurídico e aos registros e procedimentos hospitalares, levou a epistemologia da psiquiatria para outro patamar, agora não mais ao da hesitação entre o naturalismo e as humanidades, mas o da constituição problemática de uma cientificidade própria, coisa comum a qualquer outra disciplina acadêmica no campo do naturalismo e das humanidades, que por vezes lança mão de discussões interdisciplinares a fim de buscar soluções viáveis e práticas, não necessariamente monolíticas, nem necessariamente universais, que satisfaçam da melhor forma possível a continuidade da pesquisa e da aplicação do conhecimento objetivo aos problemas e situações que lhes são próprios.

Nessa paisagem contemporânea em que a constituição de fundamentos naturalísticos ou em humanidades, pretensamente firmes, porém separados, cedem espaço ao controle epistemológico pela eficácia política aliada a argumentações favoráveis a resultados mais eficientes, o DSM adquire contorno central na identidade científica da psiquiatria. O manual se torna também uma língua franca, uma língua de contato, digamos, e em torno dele realizam-se várias

⁷ COOPER, 1971; LAING, 1967; SZASZ, 1972.

⁸ TOMES, 2008, p. 672–673.

disputas entre as diferentes escolas, como a negar que paradigmas científicos sejam necessariamente incomunicáveis entre si⁹.

Não desejo passar a impressão de que linguagem e tradução, ao realizar essa analogia com o DSM, sejam conceitos tranquilos e estáveis, já resolvidos pelo beneplácito divino. Apenas vou passar ao largo dessa discussão, de sobra a mais saborosa que se pode extrair do interessante problema epistemológico da psiquiatria, para deter-me no problema específico da imagem de ciência relativamente ao DSM. Presumo que é isto o que há de novo numa querela que já me parece antiga. Como já devemos, a esta altura, estar cansados de saber, o rio que está naquele lugar e cujas águas passaram em curso já não é mais o mesmo. A circunscrição histórica da psiquiatria e o estado da arte das diferentes ciências, em seu conjunto, alterou definitivamente a configuração da disputa. Gostaria de enfatizar esse ponto no que passo agora a mostrar: reações de viés naturalista e humanista no escopo do DSM, e imagens de ciência representadas por essas propostas. O retorno daquele antigo incômodo, só que agora em outro patamar. Recolherei alguns argumentos apresentados por Kirk, Cohen & Gomory, e também por Faucher & Goyer, respectivamente em Demazeux & Singy¹⁰, e nos livros de Cooper (2005, 2007) e de Zachar (2014), como modelos desse litígio. Minha ferramenta lógica, a “imagem de ciência”, já está anunciada no segundo parágrafo deste capítulo. Somente esclareço o que ela significa: para van Fraassen, “a atividade científica é mais de construção do que de descoberta: construção de modelos que devem ser adequados aos fenômenos, e não descoberta da verdade a respeito do inobservável”¹¹. Embora o autor só tenha trazido naquele livro discussões que se reportam à física, suponho que, em face da grande carga de pressupostos metafísicos que essa ciência já carrega por si mesma, por mais minimalistas que sejamos, a ideia de modelos empírico-constructivos pode ser estendida sem grande conturbação a disciplinas que trabalham exclusivamente com o mental, como a psiquiatria. Na conclusão do capítulo, proporei algumas

⁹ COOPER, 2007, p.88–101.

¹⁰ DEMAZEUX, 2015, p.63-82 e p.199-224.

¹¹ 1980, p.5.

notas adicionais acerca de um conceito de “imagem” que não está no livro de van Fraassen. Passemos aos detalhes.

Naturalismo em torno do DSM-5

Defendo que a falta de comodidade da psiquiatria com relação à biologia não provém do padrão de produção de conhecimento, de concepção metodológica de pesquisa e de progresso científico que a primeira abraça. O artigo de Steeves Demazeux acerca do ideal de progresso científico vinculado ao DSM é testemunha eficiente disso¹². Mesmo admitindo-se que o DSM tenha se tornado conservador em suas últimas edições, o ideal de ciência e de utilidade clínica nele inscritos ainda dão muita credibilidade ao sistema americano de classificação dos transtornos mentais. A recente dúvida em relação à sua credibilidade científica, se o DSM cumpre bem ou mal o seu pacto com a biologia, não oblitera o fato de que desde o século XIX a psiquiatria transige sem hesitação com a ciência dos seres vivos.

Presumo que, ao invés disso, o problema esteja relacionado mais diretamente ao fato de que a psiquiatria não conseguiu até aqui propor consensualmente funções que fossem operativas na área do mental, quase sempre empregando sub-rogados que nada fazem senão deixá-la com um pé estancado no passado representacionista da ciência. Mas não seria, por isso, o caso de que ela deveria ter, segundo me parece, outra imagem de ciência. Parece-me, ao contrário, que é preciso que tenhamos uma imagem comum de ciência, por exemplo, a de modelos empírico-construtivos, para que, a partir daí, possamos constituir os diferentes sotaques no interior da especialidade. Estes adviriam da circunscrição comum à qual cada programa de pesquisa se dedica. No caso da psiquiatria, os fenômenos mentais.

Não obstante nossos votos, grande parte da comunidade científica da especialidade ainda recebe os fenômenos mentais como representantes de processos fisiológicos até o momento não precisamente detalhados. Para essa parcela dos especialistas, a psiquiatria subsistiria ainda como mandatário interino

¹² DEMAZEUX, 2015, p.3–24.

da futura neurologia, mais alinhada com ideais naturalistas, que viria, enfim, reduzir com sua foice teórica o mental àquilo que fisiologicamente o causa.

Essa certeza pode ser dada de maneira mais direta e furiosa, digamos assim, ou atenuada por considerações de impossibilidade momentânea. Exemplo da primeira forma de assertiva são as manifestações de Kirk, Cohen & Gomory (2015), e da segunda forma, as que se encontram em Faucher & Goyer (2015). Sendo ambas contrárias ao projeto do DSM como organizador descritivo e criteriológico eficiente da psiquiatria, nelas a noção de causalidade é recebida como mecanismo material e, por conseguinte, com colorações realistas.

Tomemos o caso de Kirk, Cohen & Gomory (2015). Esses autores decretam a falência do projeto de diagnóstico descritivo simplesmente porque ele não cumpriu sua promessa de esforço científico:

O objetivo último do diagnóstico descritivo era validar a doença mental como uma família de doenças físicas, ou pelo menos parecer estar em busca dessa validação, dando suporte, assim, à psiquiatria como um ramo legítimo da moderna medicina alopática (biológica, isto é, baseada nos órgãos, células e moléculas). O esforço científico falhou: após incontáveis estudos sobre as bases biológicas possíveis de transtornos mentais usando o DSM-III e seus sucessores, nenhuma revisão, incluindo o DSM-5, pôde incorporar um único critério biológico como um marcador confiável da existência, ou, para não dizer, da causa do transtorno mental¹³.

A seu juízo, o DSM não ultrapassa as fronteiras das avaliações morais, e mal pode evitar a incidência de interesses financeiros ligados a atividades clínicas dos psiquiatras e sua funcionalidade à indústria farmacêutica.

O caso discutido por Faucher & Goyer (2015), contudo, é mais sofisticado e dele podemos tirar algum proveito. Esses autores examinam a proposta do Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH), apresentada em 2013 e denominada como Critérios de Domínio de Pesquisa (RDoC). Para os autores, o RDoC é o prenúncio de uma possível mudança de paradigma em direção a pesquisas centradas no cérebro, uma proposta para estabelecer uma nosologia psiquiátrica

¹³ 2015, p. 64-65.

mais alinhada com o resto da medicina (p.200). Mas, por razões mais práticas que teóricas, Faucher & Goyer não acreditam que tal mudança pudesse constituir um reducionismo do mental ao biológico num sentido forte; perguntam-se então em que espécie de reducionismo a iniciativa resultaria. Isto é, se o modelo do NIMH seria realmente uma forma de pensamento fora da caixa do DSM e por quê. O que seria o caso se o projeto RdoC postulasse que as explicações de nível mais básico, como as genéticas, moleculares ou apoiadas nos circuitos cerebrais, fossem mais verdadeiras, adequadas ou relevantes que as de nível mais abrangente, como as psicológicas, sociológicas ou culturais (p.210).

O RDoC classifica os transtornos mentais com base em dimensões comportamentais e medidas neurobiológicas (p.205). Os domínios refletem o conhecimento contemporâneo sobre os principais sistemas de emoção, cognição, motivação e comportamento social. São divididos em conceitos funcionais caracterizados pelos genes, moléculas, circuitos etc., usados para medi-los. Os domínios funcionais, construtos e níveis de análises, são todos representados numa matriz de pesquisa. Domínios funcionais e seus respectivos construtos formam fileiras, enquanto os níveis de análises formam colunas Tabela 1. Os pontos onde as fileiras e as colunas se encontram são as células. Em cada célula encontram-se informações relevantes da pesquisa empírica que lhe afeta¹⁴.

Tabela 1. Matriz dos Critérios de Domínios de Pesquisa

DOMÍNIOS/ CONSTRUTOS	UNIDADES DE ANÁLISE						
	Gens	Moléculas	Células	Circuitos	Fisiologia	Comportamento	Relatos Pessoais
Sistemas de Valência Negativa							
Medo/ Extinção							
Estresse/ Sofrimento							
Agressão							

¹⁴ p.205-206.

Sistemas de Valência Positiva							
Busca de recompensa							
Aprendizado de recompensa/ Hábito							
Sistemas Cognitivos							
Atenção							
Percepção							
Memória de trabalho							
Memória declarative							
Comportamento linguístico							
Controle cognitivo (com esforço)							
Sistemas de Processos Sociais							
Imitação, teoria da mente							
Controle social							
Identificação de expressão facial							
Vínculo/medo de separação							
Áreas de autor-representação							
Excitação/ Sistemas Regulatórios							
Excitação e regulação							
Estado de Morrisrepouso/ atividade							

Muito embora o projeto RDoC seja visto como uma forma de repúdio ao DSM, podemos verificar em um simples lance de vista a impossibilidade prática da nova matriz de pesquisa dispensar as descrições fenomenológicas do manual diagnóstico. Os referentes emotivos, cognitivos, motivacionais e comportamentais teriam que ser, em princípio, agrupados por algum dos transtornos mentais conhecidos ou em termos de um nome consensualmente determinado. Dificilmente esse nome poderia ser outro senão o da organização conceitual da APA. Nesse sentido, a nosologia do RDoC constitui-se apenas como promessa de futuro.

Entretanto, o ponto mais importante a salientar aqui é que o funcionamento em matrizes de pesquisas múltiplas e cruzadas obriga ao diálogo interdisciplinar com as humanidades. Como bem salientam Faucher & Goyer, se admitirmos que o projeto RDoC postula alguma forma de reducionismo a explicações de nível básico, então ele precisaria ainda de um “pluralismo explicativo” e de um “reducionismo remendado”¹⁵. A explicação de transtornos ligados ao alcoolismo, apenas para dar um exemplo significativo dentre muitos outros possíveis, envolveria tanto fatores *biológicos* (variantes genéticas que influenciam o metabolismo do etanol, déficits funcionais em estruturas cerebrais responsáveis pela sensibilidade ao álcool), e *psicológicos* (traços de personalidade, externalização de tendências), quanto *sociológicos* (adversidades relacionadas ao modelo de criação/educação na infância, preço das bebidas alcoólicas) e *culturais* (crenças religiosas, regras com relação ao uso de bebidas alcoólicas). O desenho de uma determinação causal do transtorno requer necessariamente o diálogo, já que cada um desses marcadores é insuficiente por si mesmo com relação à explicação, prevenção e tratamento do alcoolismo. Minha pergunta, nesse sentido, é como justificar o favorecimento da pesquisa do cérebro senão como mostra de força política? Como, numa situação dialógica, privilegiaríamos um dos interlocutores dentre todos os outros, a não ser pela pressuposição de uma hierarquia fixa? Em outras palavras, o “interesse epistemológico” pela orientação reducionista a explicações de nível básico, dado o pluralismo explicativo, não se pode justificar nem em termos epistemológicos nem pragmáticos, mas apenas pela

¹⁵ cf. 2015, p.211-215.

escolha de uma posição dominante e de uma subordinação forçada. Critérios de decisão supostamente imparciais como simplicidade, simetria, controle empírico, invariância, não são epistemicamente neutros nesse caso, já que são mais adequados ao que eles chamam de campo de pesquisa básico que ao campo ampliado. O emprego desses critérios em situação dialógica interdisciplinar seria como jogar futebol num campo inclinado, ou aceitar que um grego considerasse como filósofo somente um cidadão ateniense.

Tipos práticos e tipos naturais

Poderíamos replicar que a hierarquia dialógica na psiquiatria não se deriva de preferência política, mas da natureza médica da disciplina. A medicina, como parte da biologia, lida com “tipos naturais”, como tranquilamente qualquer um de nós admitiria. Assim sendo, a psiquiatria, como parte da medicina, também deveria dar prioridade a tipos naturais. Mas o que quer dizer essa expressão? Precipuamente, ela se refere aos objetos que são tratados pelas ciências naturais. O que parece não esclarecer muita coisa ainda. Há vários tipos de ciências naturais: física, química, biologia, geologia, oceanografia, meteorologia, arqueologia, história natural etc. Cada uma delas tem maneiras próprias de lidar com seus objetos de estudo e pesquisa, cuja circunscrição e tratamento não são tão tranquilos quanto pode parecer à primeira vista. Basta lembrar o problema dos inobserváveis em física, química e biologia, ou da unificação dos campos da teoria quântica e da relatividade, que é uma impossibilidade há mais de 80 anos na física. Talvez, então, a expressão queira dizer que a importância da definição se deriva de que os objetos tratados pelas ciências naturais são aquelas coisas cuja identidade como tipo seja determinada pela realidade, e não por interesses e preocupações humanas¹⁶. O que tampouco deixa as coisas tão mais claras assim, pois teríamos que passar a discutir o que é isso que chamamos de “realidade” ou de “natureza”, e como esses critérios são realmente independentes de interesses e preocupações humanas. Ademais de acrescentar ao passivo a explicação da

¹⁶ MORRIS, 2007, p. 95.

existência de toda uma outra realidade que está fora da realidade ou da natureza, aquela dos interesses e preocupações humanas.

Enfrentando uma boa parte dessa metafísica um pouco mais complicada, Cooper (2005, 2007) assume a hipótese de que transtornos mentais são, de qualquer modo, tipos naturais. Isso porque a filósofa inglesa espera para a psiquiatria explicações e previsões do mesmo estilo que aquelas da história natural. Esse estilo de explicação possibilitaria, a seu ver, objetividade e controle sobre a natureza e o curso dos transtornos que outras formas de explicação não proporcionam¹⁷. Mas para assimilar à psiquiatria os tipos naturais, Cooper não os toma como se referindo a coisas ou substâncias propriamente, mas a processos. Neste caso, as instâncias de um transtorno determinado deveriam ser todas similares entre si em algum sentido fundamental nesses processos, seja no nível genético ou cromossômico, ou em algum desequilíbrio nos neurotransmissores. Essa condição daria suporte, em princípio, para o estabelecimento de inferências indutivas e tipos de leis e explicações possíveis em biologia. No entanto, faltaria a Cooper precisamente aqueles transtornos que são similares entre si em algum sentido fundamental, tal como ela preconiza. Fora o caso da doença de Huntington¹⁸, quase que sobram no DSM apenas aqueles que deveriam ser eliminados pelo seu critério. Assim, a proposta de Cooper é tão dependente do futuro da pesquisa nos circuitos cerebrais, genes, moléculas e na fisiologia quanto o próprio projeto RDoC. Mais dependente de como gostaríamos que fosse a realidade, do que ela realmente se mostra para nós até o presente momento. Seria difícil dizer, desse modo, que Cooper sustenta critérios epistemicamente neutros para a sua visão de ciência em psiquiatria.

Ao contrário de Zachar (2014), cuja proposta leva realmente em consideração argumentos acerca da possibilidade de que critérios epistêmicos não sejam necessariamente neutros:

¹⁷ 2007, p.44-66; tb. 2005, p.45-76.

¹⁸ 2007, p.63.

Se a linguagem é produzida por comunidades, e os conceitos são parte da linguagem, então todos os conceitos são sujeitos à *construção social*. Isso inclui os conceitos filosóficos de real, de verdadeiro, de objetivo, e de fato¹⁹.

O autor não pretende contrapor simplesmente construtos sociais a tipos naturais, impondo uma forma de reducionismo agora ao revés. A própria noção de construto social só faz sentido à luz de coisas que não são socialmente construídas, como objetos que existem completamente à parte das vicissitudes humanas. Elétrons ou raios gama, por exemplo, que persistem em sua existência irradiada de maneira completamente indiferente ao que nos acontece. Quando a nossa sorte decidir que não faremos mais parte do universo, todos esses elementos continuarão por aí, preenchendo todo o cosmos. Então, o propósito de noções como as de “construtos sociais” no âmbito da ciência só pode ser, segundo o autor, o de servir como instrumento para fazer asserções acerca de influências históricas e sociais sobre o modo como utilizamos os tipos naturais.

Na classificação dos transtornos psiquiátricos são relevantes, portanto, tanto o conceito de tipos naturais, quanto os conceitos de historicidade, normativismo e tipos práticos (cf. p. 155). Dessa forma é que Zachar propõe como instrumento heurístico para compreender a relação entre tipos naturais e construtos sociais dentro da psiquiatria a figura de um tetraedro Figura 4:

¹⁹ 2014, p.137.

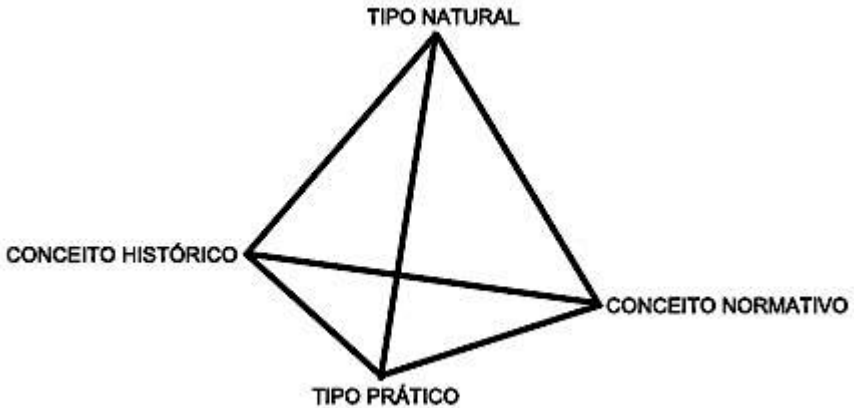


Figura 4

Se o topo da figura for considerado um ponto singular, então os três pontos na base serão considerados conceitos de contraste. Cada um deles formará uma dimensão bipolar com o conceito de tipo natural: tipo natural em contraste com um conceito histórico, tipo natural em contraste com um conceito normativo, e tipo natural em contraste com um tipo prático. Mas se o movimento for fluido dentro da totalidade heurística do tetraedro, ganha-se mais informação na perspectiva do modelo de conhecimento preconizado pelo autor. Este é o que chama de modelo da *comunidade imperfeita*, no qual não se acredita que haja qualquer propriedade ou conjunto de propriedades compartilhadas por todos os seus membros (p. 42). As várias configurações de sintomas classificados pelos psiquiatras assemelham-se entre si de várias maneiras diferentes. Há uma rede de sintomas objetivável para cada transtorno mental, mas não há uma classe comum que reúna univocamente essas propriedades em uma só identidade. Em outras palavras, pelo modelo de comunidade imperfeita, conceitos como o de verdade, realidade e objetividade são extremamente relevantes para o progresso da pesquisa em psiquiatria, mas não precisam ser transformados em princípios transcendentais

para que tenham um uso pragmaticamente considerado. O que lhe parece interessante, então, é pensar informativamente mediante relações dinâmicas entre as quatro arestas do tetraedro heurístico.

Nomes e suas lógicas

O tetraedro de Zachar é testemunha de que não vale a pena nos determos nas questões suscitadas pela já cansada guerra das ciências. Deveríamos, a meu ver, passar dos tipos aos nomes, porque são eles que realmente cumprem a função referencial e orientam nossa relação com os seus portadores. Nomes são instrumentos referenciais de coisas, indivíduos, objetos, elementos atomizados em geral, mas também de coisas genéricas, como massas, espécies e tipos. Um dos trabalhos mais importantes produzidos no século XX a respeito de nomes e sua relação com o nomeado é de autoria de Saul Kripke (1981). O que há de genial nessa obra de quase quarenta anos é que esse autor nos mostra que o nome é um conjunto de regras ou instruções de uso, ou de relações internas, que não podem ser reduzidos a meras descrições definidas. Isto é, a lógica do nome “Moisés”, por exemplo, não corresponde exclusivamente a uma descrição do tipo “o profeta que atravessou a pé o Mar Vermelho junto com o povo hebreu”. Uma asserção como essa, verdadeira ou falsa, continuaria a referir, mas nos obrigá-riamos a encontrar, por causa disso, o fato designado pelo enunciado singular pressuposto pela sentença, o de que “há somente um profeta cujo nome é Moisés, e este atravessou a pé o Mar Vermelho junto com o povo hebreu”. O que só poderia ser feito mediante uma série muito grande de outras asserções a ela correlacionadas, sem as quais não saberíamos se a primeira é verdadeira ou falsa.

Na realidade, aquela asserção não pode ser uma entidade individualizável porque está ligada a uma imensa rede histórica e causal, iniciada desde o batismo de uma determinada pessoa com o nome de “Moisés”, cujas conexões pertencem a uma comunidade linguística também determinada. É ela quem associa ao nome um grande número de outras descrições pelas quais identificamos, em conjunto, esse nome a um determinado portador. A questão da sua verdade fica assim deslocada para outra espécie de operação, agora não mais focada na asserção individualizada.

Para recuperar a referencialidade direta dos nomes, perdida para a ideia de que descrições definidas são as únicas asserções capazes de verificabilidade, Kripke ressalta que há diferentes tipos de “verdade”. Há asserções que, como aquela sobre Moisés, podem realmente não ser verdadeiras, e que, por conseguinte, pressupõem um tipo de verdade que chamamos de *contingente*. E há outras asserções que não podem deixar de ser verdadeiras, cujas verdades chamamos de *necessárias*, tal como em “Todo corpo é extenso” ou em “ $2 + 2 = 4$ ”. E, além disso, podemos fazer ainda uma outra espécie de distinção, que é aquela entre verdades *a priori* e *a posteriori*. Estas últimas só podem ser reconhecidas pela experiência ou pela observação, e as primeiras podem ser reconhecidas sem o envolvimento de qualquer experiência ou observação. Kripke chama a primeira distinção de *metafísica*, e a segunda de *epistêmica*.

A questão crucial aqui é que agora podemos ver que uma descrição designa apenas o objeto que a satisfaz em um determinado mundo, isto é, ela corresponde a uma verdade contingente; mas um nome designa sempre o mesmo objeto, aquele que é necessariamente verdadeiro em todos os mundos possíveis; a sua verdade, portanto, é metafisicamente necessária. No entanto, do ponto de vista epistêmico, ela é *a posteriori*, pois não conhecemos todos os mundos possíveis.

Esse objeto identitário, submetido a uma lógica modal que o correlaciona a uma posição epistêmica necessária e *a posteriori*, é chamado então por Kripke de *designador rígido*. Descrições definidas só podem ter designadores não-rígidos, verdadeiros em um mundo passado ou presente, mas apenas contingentemente verdadeiros; entretanto os nomes, tal como defende Kripke, referem-se a designadores rígidos necessariamente verdadeiros, porque verdadeiros em todos os mundos possíveis – porém epistemicamente *a posteriori*.

Quais são os exemplos de designadores rígidos? Para Kripke são os mesmos dos chamados “tipos naturais”: “Ouro” é o elemento químico cujo número atômico é 79; “tigre” é um felino quadrúpede e carnívoro de tamanho avantajado com pelagem listrada em rajadas brancas, pretas e castanhas. Na visão de Kripke, entretanto, nomes de eventos mentais, em particular, não comportam designadores rígidos que mantenham relações de identidade possíveis na

prática²⁰. Do ponto de vista lógico, objetos materiais são capazes de formar relações de identidade entre tipos, em termos da arregimentação de propriedades em comum, perceptíveis pela observação, que compreendem uma identidade teórica sujeita a verificação mediante instanciação de uma lei universal. Eventos mentais, por sua vez, salvo melhor notícia, são identificados apenas por relações *token-token*, isto é, um evento mental deve corresponder a um fenômeno fisiológico individual. Mas não sabemos, e nem podemos, estender a mesma correlação a todas as instâncias. Em outras palavras, esse tipo de identidade acaba servindo apenas para inferências pela melhor explicação para o caso, mas não para a formação de inferências indutivas sobre a relação mente-cérebro. Do ponto de vista epistêmico, portanto, uma instância de um determinado tipo natural é apenas o caso de uma regra, e somente nos obriga a juízos de determinação, isto é, a saber encaixar o caso numa regra anteriormente já dada; agora, um evento mental, na suposição de que só disponha de identidade *token-token*, somente pode ser compreendido pela regra na qual englobaremos aquele caso, e nos obriga a juízos de reflexão para a formulação dessa regra. Tipos naturais podem ser identificados como instância de regra; eventos mentais só podem ser identificados em conjunto com outros estados mentais possuídos pelo agente, e que poderão nos fornecer nada mais que uma pista para encontrar uma ou várias determinações causais do evento. Para resumir, nomes de eventos mentais correspondem a descrições, a designadores não-rígidos, a verdades apenas contingentes.

Essa diferença entre o físico e o mental expressa, de outro modo, a mesma tese do monismo anômalo de Donald Davidson (cf. 2001). Nela não podemos distinguir em dois reinos ontológicos distintos o físico e o mental, como se um evento mental não correspondesse a um estado cerebral. Mas, do ponto de vista epistêmico, só é possível formular leis para o mundo físico, não para o mental. Por conseguinte, o mental não pode ser reduzido ao cerebral mediante formulação de leis.

²⁰ 1981, p.134-155.

Imagem de ciência

Se retomamos agora a matriz dos critérios de domínios de pesquisa, mas sem o reducionismo epistêmico ao cerebral, e sem o preconceito reducionista contra o DSM, formaremos algo muito parecido com o que Zachar chama de “comunidade imperfeita”. Afinal, o que este autor expressa não é nada mais do que uma mereologia, uma relação entre partes e todo que pode ser diferente a cada vez, a cada aplicação, dependendo da circunstância, do interesse e do consenso da comunidade de pesquisa. Tipos naturais, aliados a tipos práticos, conceitos históricos e conceitos normativos se unificam de diferentes modos mediante os critérios estabelecidos pelos nomes dos transtornos mentais. Que não têm designadores rígidos, mas têm verdades contingentes, sujeitas a revisões constantes, porém objetivamente referidas.

Nada obriga, senão um injustificável privilégio epistêmico, que a psiquiatria adote exatamente o mesmo modelo de cientificidade que o resto da medicina. Pois em termos de relações funcionais, que qualquer ciência contemporânea estabelece com os seus fenômenos empíricos, são os nomes de transtornos mentais referidos ao empírico na psiquiatria que estabelecem relações internas que podem ser verificadas, diagnosticadas e tratadas. Os nomes próprios da psiquiatria reúnem instruções distintas das outras especialidades médicas exatamente por causa do seu objeto de referência, o mental. Para isso, ela não precisa tomar os comportamentos e as estruturas fisiológicas como sub-rogados, mas pode estabelecer relações internas diretas de diferentes tipos com seus domínios de pesquisa e unidades de análise, segundo cada caso, como expressão do mundo mental.

Não precisamos retornar ao pressuposto de que a um esquema conceitual deveria corresponder um conteúdo empírico. Ambas as regiões teóricas são elementos que participam da mesma relação interna e funcional característica da disciplina. Todo o conjunto da matriz de pesquisa forma, na verdade, uma fisiognomia, uma totalidade lógica, uma imagem de ciência, uma construção de modelo empiricamente adequado ao conjunto de problemas com os quais a

psiquiatria lida cotidianamente, e aos quais cada pesquisador reage normalmente nas aplicações cotidianas da disciplina.

Como já observou uma vez Wittgenstein:

Dizer “Agora vejo isto como ...” teria tido para mim tão pouco sentido quanto, ao perceber uma faca e um garfo, dizer: “Vejo isto agora como faca e garfo”. Não se compreenderia essa expressão. – Nem muito menos esta: “Isto é para mim agora um garfo”, ou “Isto também pode ser um garfo”.

Não ‘se toma’ o que se reconhece à mesa como talheres *por* talheres; assim como tampouco, ao comer, normalmente não se tenta mexer a boca, ou se esforça por mexê-la.

Para quem diz “Isto agora é, para mim, um rosto”, pode-se perguntar: “A que metamorfose você está aludindo?”²¹.

Quando me refiro a “imagem de ciência” não pretendo fazer uma separação, injustificável senão como interesse ou privilégio arbitrário, entre “imagem manifesta” e “imagem de ciência”. Assim como ver um garfo não é a mesma coisa que ver um utensílio de metal, e assim como também não se vê um garfo *como* um garfo, vemos apenas um garfo, também o ato de ver é governado por um conjunto de interesses práticos, de reações imediatas ao que se percebe, e de usos e aplicações possíveis e impossíveis daquele objeto. Todas essas relações são internas a várias funções práticas. Ver algo *como*, ou seja, ver o mental como manifestação visível de um processo fisiológico invisível seria cair novamente no pressuposto dualista de que o dado se subsume ao conceito.

Na psiquiatria, o verdadeiro mistério do mundo é o visível, isto é, o descritível, o que se apresenta em uma configuração. Não o que se oculta por detrás das aparências. E o consenso criteriológico para isso é sem dúvida o DSM. Nele foram travadas todas as disputas entre o reducionismo naturalista e a abertura interdisciplinar na busca de uma objetividade e previsibilidade possíveis para essa milenar disciplina médica. Todas disputas travadas em torno dos nomes, cujas instruções operatórias vão se modificando, como a linguagem, ao longo do tempo, sem deixarem de ser, por isso mesmo, objetivas.

²¹ WITTGENSTEIN, 2009, p.205, §§122-124.

EPICURO E A CURA DA ALMA: ANOTAÇÕES SOBRE UMA ÉTICA PARA A CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

PAULO DALGALARRONDO

Postulo que o estudo da obra do filósofo grego Epicuro, em particular de sua ética, pode ser de utilidade à uma reflexão atual sobre o sofrimento humano e seu tratamento, temas centrais da psicopatologia e da psiquiatria. Desta forma, a prática psiquiátrica contemporânea pode se beneficiar, sobretudo como inspiração ética a nortear elementos de sua prática, dos ensinamentos de Epicuro. A ética e o ethos que orienta a prática psiquiátrica deve satisfazer tanto aos profissionais, quanto aos pacientes. Tal ética e ethos devem estar atentos ao contexto social, político e cultural de sua época (em nosso caso, no contexto contemporâneo). Neste sentido o autor pretende aqui expor uma ética possível que julga ser de utilidade para a prática clínica atual em saúde mental.

É importante deixar claro, logo de início, que se trata aqui de uma apropriação de Epicuro eminentemente moderna, relativamente arbitrária e muito distante do pensamento da antiguidade. Desta forma, este breve capítulo não tem qualquer pretensão de originalidade filosófica e menos ainda, de originalidade em história da filosofia. Alinha-se sim, de algum modo, a um tipo de apropriação do pensamento da antiguidade, que busca simplesmente certa inspiração para reflexões concernentes a questões atuais, muito distantes daquele momento de criação originária. Inspiração, neste caso, para a prática clínica com pessoas em situação de marcante sofrimento, pois tal ética aborda de forma original e fecunda a questão mesma do sofrimento e do desejo humano.

Cabe lembrar aqui que os principais textos de Epicuro encontram-se traduzidos para o português em obras como a coletânea de Diogenes Laertios (Laertios, século III/1977). Para uma introdução histórica e filosófica ao pensamento de Epicuro recomenda-se aqui três bons expositores: Farrington

(1968), Brun (1992) e Duvernoy (1993). O primeiro, em “A doutrina de Epicuro”, faz uma apresentação bastante elucidativa do pensamento de Epicuro em oposição à Platão, o jardim epicurista versus a ágora (centro político da pólis), uma ética da imanência versus outra, da transcendência. O segundo, Brun, apresenta uma boa visão geral desta filosofia, e o terceiro, Duvernoy, trata Epicuro na interioridade de seu pensamento, sua originalidade e limitações.

De qualquer forma, a contextualização do chamado *filósofo do jardim* (em alusão à possível localização de sua escola) é necessária. As concepções filosóficas de Epicuro são, muitas vezes, relacionadas às condições históricas e políticas da sociedade em que viveu seus anos de maturidade (LONG, 1997).

A obra de Epicuro é classificada, em termos de periodização, pelos historiadores da filosofia, como pertencente à filosofia helenística. Este período começa com a morte de Alexandre Magno (323 a.C.) e termina, segundo uma convenção discutível, com a vitória de Otávio sobre Marco Antonio na batalha de Actium no ano 31 a.C. Durante estes três séculos não é o platonismo nem o aristotelismo que dominam a cena intelectual no mundo antigo, mas sim as escolas cépticas, estoicas e epicuristas. No início da era cristã há um renascimento do platonismo e um renovado interesse pelos escritos técnicos de Aristóteles, entrando as correntes helenísticas em declínio progressivo. Das três grandes escolas, o estoicismo é a que melhor sobrevive, contribuindo para a formação do *ethos* romano e posteriormente, numa peculiar fusão com o *ethos* hebraico, participa de modo importante da formação das concepções éticas do cristianismo¹.

Epicuro vive e produz sua obra em um momento em que a polis grega está em franco declínio político, militar e cultural. As diversas cidades-estado gregas, massacradas por guerras civis, são finalmente dominadas pelo império macedônico. Farrington (1968) apresenta um expressivo panorama desse momento histórico:

Em 431 a.C., as cidades submetidas do império ateniense começaram a livrar-se do jugo com o apoio de Esparta. Começara a guerra do Peloponeso. Foi então que Péricles reuniu a população da Ática dentro das

¹ DUMONT, 1986; HADOT, 1999.

muralhas da cidade, abandonando as fazendas, olivais e vinhas à devastação dos invasores espartanos. Em seguida a peste abateu-se sobre a cidade superpovoada. Um mundo chegava ao fim. A guerra, sempre num sentido de guerra civil, gregos contra gregos, assumia aspectos sempre novos de horror físico e moral.

Após as prodigiosas conquistas de Alexandre e de sua morte súbita, os generais disputam de forma sangrenta a partilha da herança política do jovem imperador. Atenas submetida, da mesma forma como as outras cidades-estado gregas, vive a privação da liberdade política e o gosto amargo da dominação militar estrangeira.

As grandes concepções metafísicas e políticas de Platão e Aristóteles parecem ter, a um só tempo, alcançado um ápice e vislumbrado o início de seu declínio. O interesse pela *polis*, entra, necessariamente, em recesso. Assim, para Epicuro, o sábio deve se afastar da *ágora* e dirigir-se ao jardim. O embate competitivo e tenso, essencialmente político, com outros cidadãos-iguais, perde lugar para a relação desinteressada entre os amigos. Neste sentido o jardim passa a ser a denominação da escola fundada por Epicuro e seus discípulos. Tratava-se assim de um local pouco afastado da cidade, com muitas árvores, fontes e sombras, local propício para que os amigos (como eram chamados os discípulos de Epicuro) pudessem conversar sobre o melhor caminho para a felicidade. Não se debate o futuro da *polis*, mas muito mais, o modo como os amigos devem conduzir suas vidas individuais para uma existência afortunada. A felicidade ou infelicidade da *polis* não é mais da conta do sábio, apenas a sua própria felicidade e o caminho que conduz a ela².

Origens de Epicuro e seu pensamento

Epicuro nasceu em Samos, em 341 a.C. e morreu, aos 71 anos de idade, em 270 a.C, em Atenas. Seu pai teria sido mestre de letras e gramática e sua mãe advinha ou mágica. A infância e adolescência de Epicuro é, historicamente, pouco conhecida e, de certa forma, envolta por uma mítica nebulosa. Criança ainda,

² FARRINGTON, 1968; ULLMANN, 1996.

Epicuro teria acompanhado sua mãe que visitava as casas de famílias pobres para praticar algo possivelmente como a adivinhação, “conjurar o mau-olhado, atalhar as doenças e recitar as fórmulas propiciatórias”³. Tal experiência teria permitido ao futuro filósofo, em uma especulação biográfica e histórica bem arriscada, conhecer de perto as superstições populares e os males que tal credulidade produzia nos homens.

Ainda adolescente, Epicuro teria sido enviado a cidade de Teos, situada, como Samos, na costa Jônica. Lá iria estudar inicialmente com o platônico Pánfilo e posteriormente com Nausífanos, adepto das concepções de Demócrito, mas também influenciado por Pirro, fundador do ceticismo antigo.

Embora tenha sido discípulo de Pánfilo, a filosofia de Epicuro é claramente discrepante com o platonismo, e em muitos pontos, uma crítica frontal à ética, à cosmologia e à epistemologia platônicas. Além disso, suspeita-se que Epicuro, após seus anos de juventude, também teria entrado em franco confronto com seu segundo mestre, Nausífanos de Téos. Se, como se suspeita, a formação de Nausífanos, assim como o pensamento de Epicuro, tenham adotado a cosmologia de Demócrito e a influência da ética de Pirro, fica sempre pendente o problema de como conciliar na filosofia de Epicuro duas vertentes tão antagônicas, de um lado o materialismo radical com o ceticismo radical.

Assim, é plausível supor que o universo cultural nos anos de formação de Epicuro tenha sido também marcado pelos filósofos jônicos, dentre eles, Tales, Anaximandro e Anaxímenes, oriundos principalmente da cidade de Mileto. Caracterizam-se estes últimos, cabe lembrar, pela busca dos princípios perenes, pela compreensão racional da *physis* e da passagem de uma suposta unidade primordial à multiplicidade das coisas diferenciadas do universo.

A herança intelectual absorvida por Epicuro em seus anos de formação é, de todo modo, precariamente conhecida. Pode-se apenas reconhecer a influência dos filósofos jônicos, particularmente na busca dos princípios fundamentais do universo, e a decisiva influência do atomismo de Demócrito, representante da filosofia materialista da antiguidade.

³ JOYAU, 1973.

O plano geral da obra de Epicuro

Seguindo a tradição dos pensadores gregos de sua época, a obra de Epicuro divide-se, esquematicamente, em três partes principais; a canônica, a física e a ética. A canônica corresponde ao que atualmente designa-se lógica e teoria do conhecimento. Enquanto restarem textos específicos sobre física e ética, a canônica é geralmente apresentada, na obra de Epicuro, integrada aos textos de física e ética.

A física epicurista, a qual iremos abordar apenas resumidamente, é essencialmente um desenvolvimento das concepções atomistas de Leucipo e Demócrito, sem ser, no entanto, fatalista como elas. No cosmos só há átomos e vazio, ambos infinitos espacialmente e eternos temporalmente. Os objetos perceptíveis do mundo são agregados de átomos, originados de choques e acoplamentos aleatórios. Tudo é, portanto, matéria e vazio; o mundo, os deuses, a alma humana.

Há, deve-se lembrar, no pensamento de Epicuro, uma relação significativa entre a física e a ética. Conhecer a natureza do universo é antes de tudo um meio de se livrar de preconceitos e temores primários, e assim poder mais facilmente alcançar a felicidade, fim último de toda a sabedoria.

A canônica epicurista pode ser descrita como uma forma de sensualismo radical. O conhecimento do mundo, dos homens, da realidade de modo geral, provém integralmente dos sentidos. O erro nunca se origina na percepção mesma, mas na interpretação que dela ocasionalmente se faz. Na carta a Heródotos, Epicuro apresenta alguns aspectos de sua teoria do conhecimento, particularmente naquilo que se refere à sua teoria da percepção⁴. Nesta concepção, os objetos do mundo emitiriam emanações materiais e muito sutis, os chamados simulacros, que ao atingirem a nossa mente (também material), produziriam nela impressões verdadeiras, possibilitando-nos apreender o mundo real que nos circunda.

[...] é pela penetração em nós de qualquer coisa vinda de fora que vemos as figuras das coisas e fazemos delas objeto de nosso pensamento [...]

⁴ LAERTIOS, 1977.

penetram em nós movendo-se rapidamente, produzindo por esta razão a representação do objeto em sua unidade e coesão, e conservando fielmente o conjunto das características constantes do objeto, de conformidade com a simetria apropriada do impacto que golpeia do exterior os nossos sentidos [...].

O erro não pode, portanto, provir das sensações, sempre genuínas, sempre em si corretas.

A falsidade e o erro dependem sempre da superposição de uma simples opinião quando um fato espera a confirmação crítica, ou pelo menos espera não ser contraditado.

A ética de Epicuro: prazer e cálculo

A ética de Epicuro é considerada o ponto máximo de seu legado. É uma ética finalista, pois inequivocamente toda ação humana visa a um fim determinado, a saber, uma vida feliz. Assim, como a maior parte das éticas gregas, trata-se de um *eudemonismo*: o fim último e supremo bem para o ser humano é a felicidade (que para Aristóteles, em um eudemonismo intelectualista, se dá pelo conhecimento da verdade, na visão dos estoicos pela conduta reta e desprendida, e em Epicuro pelo prazer físico e anímico).

É assim uma ética da imanência. O bem supremo é algo que advém de uma determinada maneira de viver, de certa harmonia que se adquire através da vida prudente. O bem absoluto, perfeito, transcendente, independente das condições de vida de cada indivíduo, de cada cidade, não tem lugar neste sistema ético. Após o domínio da ética platônica, transcendente e absoluta, ganha certa força, na antiguidade, esta peculiar ética, individualista, não transcendente.

O prazer

Prazer e sofrimento são elementos centrais na prática clínica em saúde mental. Neste sentido convida-se o leitor a conhecer alguns dos elementos fundamentais de uma ética que encara as dimensões de sofrimento e prazer como pontos fundamentais de orientação do sujeito no mundo.

Deve-se atentar, de início, que concepção epicurista de prazer, apesar de razoavelmente explicitada nos textos sobreviventes, tem sido, ao longo da história da filosofia, um dos pontos mais polêmicos e criticados pelos opositores de Epicuro.

Contemporâneos de Epicuro, os filósofos cirenaicos tomam a ideia epicurista de prazer estático, isto é, prazer como ausência de sofrimento, para com isso acusar o filósofo de defender uma felicidade baseada na “paz dos cemitérios”.

Tais filósofos cirenaicos foram pensadores de orientação socrática, originários da costa mediterrânea africana. O principal deles foi Aristipo (ca. 435-355 aC.), filósofo mencionado por Xenofontes e Aristóteles. Para ele o prazer é o fim último da vida. Formulou sua tese muito antes de Epicuro. Entretanto, Aristipo entende o prazer como satisfação corporal, como um “movimento suave” (em contraposição aos “movimentos bruscos, ásperos” que produziriam dor). Em contraposição ao epicurismo, os cirenaicos defendiam a tese de que as sensações corporais prazerosas eram mais importantes que os prazeres anímicos. Além disso, negavam que a ausência de dor traria por si o prazer, como afirmavam os epicuristas⁵.

Assim, prazer para os cirenaicos é gozo ativo e não ausência de dor ou tranquilidade da alma. Entretanto, não se nota nesta crítica dos cirenaicos que para Epicuro o simples fato de viver é um bem. Estar vivo, sem sofrimentos, sem dores excessivas, compartilhar a vida com os amigos nas sombras amenas do jardim é simplesmente bom.

Se para os cirenaicos haveria apenas um tipo de prazer, o gozo ativo, prazer em movimento, para Epicuro haveria dois tipos de prazer; o prazer em movimento (semelhante ao dos cirenaicos) e o prazer estático. Segundo Diogenes Laertios, o filósofo afirma em sua obra (perdida) “Da escolha e da rejeição” que: “A tranquilidade perfeita e a ausência completa de sofrimento são prazeres estáticos; a alegria e o deleite são prazeres em movimento enquanto vistos em sua atividade”.

⁵ LONG, 1997; LONG; DEDLEY, 1992.

O prazer maior, para Epicuro, é do tipo estático, quando a ausência completa de dor física e inquietações anímicas permite-nos fruir serenamente a vida. Há, neste sistema, decorrente de certa fenomenologia intuitiva, uma determinada hierarquia de prazeres e sofrimentos.

Além disso, o prazer para Epicuro é uma forma de sensação eminentemente material, posto que tudo é matéria, inclusive a alma. Não há na ética epicurista o que modernamente denominaríamos “sublimação”, pois todo o prazer é algo primário, direto, sem disfarces.

O prazer e a dor podem ser experimentados diretamente no corpo ou na alma (que é uma dimensão sutil do corpo). Segundo atesta Diógenes Laertios este é outro ponto de discordância da teoria do prazer dos cirenaicos e a de Epicuro. Para os cirenaicos as dores do corpo seriam piores que as da alma. Epicuro pensa o contrário; as dores da alma são piores, pois o sofrimento do corpo é apenas no presente, enquanto a alma pode sofrer tanto pelo presente, como pelo passado e pelo futuro. Desta forma, por sua extensão temporal, os prazeres da alma são também maiores que os do corpo.

Outra crítica à noção de prazer em Epicuro é aquela referente a uma possível opção pelo hedonismo desenfreado que sua filosofia suscitaria. Nada mais equivocado; não é a intensidade do prazer imediato, mas a “*contabilidade*” final de prazer e dor, que importa para o direcionamento de toda ação humana. Os prazeres mais arrebatados e intensos podem ser muito bons ou ruins, a depender tanto de seus efeitos imediatos como de suas conseqüências. De modo geral, Epicuro, ao contrário do que pensam alguns de seus detratores, pende para os prazeres serenos e duradouros, que favoreçam a “saúde do corpo” e a “tranquilidade da alma”.

Na carta a Menoiceus, Epicuro explicita, de forma resumida e clara, sua ética e, centralmente ligada à ela, sua teoria do prazer:

Um entendimento correto dessa teoria permitir-nos-á dirigir toda escolha e rejeição com vistas à saúde do corpo e à tranqüilidade perfeita da alma, pois isto é a realização suprema de uma vida feliz. A finalidade de todas as ações é nos livrarmos do sofrimento e do temor e, quando atingimos esse objetivo, desaparece toda a tempestade da alma, porquanto a criatura viva

não tem necessidade de buscar algo que lhe falta, nem de procurar outras coisas com que possa realizar o bem da alma e do corpo. Sentimos necessidade do prazer somente quando sofremos pela ausência do prazer, mas quando não sofremos não sentimos mais necessidade do prazer. Por isso afirmamos que o prazer é o princípio e o fim da vida feliz. O prazer é nosso bem primordial e congênito, e partindo dele movemo-nos para qualquer escolha e rejeição e a ele voltamos usando como critério de discriminação de todos os bens as sensações de prazer e de dor⁶.

Na obra *De finibus* (Sobre os fins) de Cícero (l.29-32, 37-39), há o seguinte comentário sobre a tese epicurista do prazer, que ressalta o caráter essencial e congênito da busca pelo prazer e evitação da dor. Tal busca é o estado natural, espontâneo, não corrompido pelas crenças vãs, pelos preconceitos engendrados pela sociedade, pelas ilusões do poder e da riqueza. Assim Cícero comenta a tese de Epicuro:

Estamos investigando qual o bem último e final... Epicuro situa-o no prazer, o qual pensa ele ser o bem maior, sendo a dor o pior dos males. Sua doutrina inicia-se desta forma: tão logo qualquer animal nasce, ele busca o prazer e se alegra com ele como um bem maior. Da mesma forma ele rejeita a dor como o pior dos males, e a evita o quanto pode. Assim o faz enquanto ainda não está corrompido, no julgamento inocente e verdadeiro da natureza mesma. Portanto, diz Epicuro que não é necessário provar ou discutir por que o prazer deve ser perseguido e a dor evitada⁷.

É interessante neste momento notar pontos de aproximação e contrastes entre as noções de prazer em Freud, autor de fundamental importância para a clínica contemporânea e tais noções em Epicuro. Na concepção freudiana o funcionamento psíquico é regulado pelo princípio do prazer. O acúmulo de excitação produz desprazer e a sua redução o prazer. Para evitar o desprazer, o aparelho psíquico esforça-se ao máximo para manter no mais baixo nível a quantidade de excitação. Até aqui há plena concordância entre as duas

⁶ LAERTIOS, 1977.

⁷ FARRINGTON, 1968.

concepções. Entretanto, para Freud (2011), o ponto culminante de prazer é a total ausência de excitação, o princípio do nirvana, o retorno ao inanimado, enfim, a morte. Enquanto houver vida, algum estímulo, alguma excitação, haverá desprazer; no plano da espécie as pulsões sexuais empurram o indivíduo para a reprodução, para a manutenção da vida, mas, no plano individual, a busca final é pelo apaziguamento total, pela morte. Estar vivo é ter um nível de excitação maior que zero, o que produz um constante desconforto, só apaziguado, no final, com o retorno ao inorgânico. Na perspectiva epicurista, se por um lado a busca do bem estar também é no sentido de um estado de paz, o mais completo possível, de ausência de dor, por outro lado, estar vivo, poder gozar a vida, nesse estado de tranquilidade da alma, viver é em si, um bem. Embora não explique por que, Epicuro transmite a idéia de que a vida é, em essência, algo bom; retire-se a dor e o que sobra é um fruir sereno e prazeroso.

O cálculo

Intimamente relacionado à prudência e à sabedoria, o cálculo epicurista é um dos elementos centrais de sua ética. Duvernoy, importante comentarista de Epicuro, irá postular que, para o filósofo grego, a *phronesis*, prudência ou sabedoria prática, está acima mesmo da filosofia. O cálculo, a habilidade em perceber na vida diária o que nos conduz à saúde do corpo e à tranquilidade da alma, ou como diz Duvernoy “o pensamento correto sobre as conseqüências práticas das coisas” é algo mais essencial e valoroso que a filosofia, que o conhecimento do cosmos e da vida. O pensamento filosófico é, portanto, meio e não fim, deve apenas servir à felicidade dos homens.

Ainda sobre o cálculo em Epicuro há o seguinte comentário de Cícero, referente às teses epicuristas (no mesmo *De finibus*):

Ninguém rejeita, desgosta ou evita o prazer por si só, por ser simplesmente prazer, mas porque uma grande dor resulta para aqueles que não sabem buscar o prazer racionalmente. Da mesma forma, alguém que ama não busca a dor simplesmente por ser dor, mas porque as circunstâncias

favorecem que esta pessoa obtenha um grande prazer através da fadiga ou da dor⁸.

A importância do cálculo é discutida com mais detalhes pelo filósofo de Samos na resumida, mas fundamental, obra sobrevivente sobre a ética; a Carta a Menoiceus:

Já que o prazer é o nosso bem primordial e congênito, também por causa dele não escolhemos qualquer prazer, mas às vezes passamos sobre muitos prazeres, quando são seguidos por um aborrecimento maior; e consideramos muitos sofrimentos superiores aos prazeres, quando a submissão ao sofrimento por um longo período nos traz como conseqüência um prazer maior. Então todo prazer, por ter uma natureza condizente conosco, é um bem, mas nem por isso todo prazer deve ser escolhido, da mesma forma que toda dor é um mal, mas nem por isso devemos fugir de toda dor por sua própria natureza. Convém então discriminar todas essas coisas com o cálculo daquilo que é útil e a ponderação daquilo que é prejudicial, porque em certas circunstâncias o bem é um mal para nós e o mal é um bem para nós⁹.

Um pouco mais adiante, na mesma carta a Menoiceus, Epicuro expõe a questão do cálculo através de exemplos claros e concretos da vida diária:

Não é uma sucessão ininterrupta de banquetes e festas, nem o prazer sexual com meninos e mulheres, nem a degustação de peixes e outras iguarias oferecidas por uma mesa suntuosa que proporciona a vida agradável, e sim um cálculo sóbrio que investigue as causas de toda escolha e de toda rejeição e elimine as opiniões vãs por obra das quais um intenso tumulto se apossa das almas. O princípio de tudo isso e o maior bem é a sabedoria.

Entretanto, cabe ressaltar, que para Epicuro há ainda uma curiosa relação, necessária e intrínseca, entre a vida prazerosa, agradável e a sabedoria. Há, de fato, o que poderíamos chamar de um certo limite para as concessões

⁸ FARRINGTON, 1968.

⁹ LAERTIOS, 1977.

desprazerosas. Vida sábia e vida prazerosa associam-se, atrelam-se como que de forma natural, uma buscando a outra como que por atração espontânea:

A possessão mais preciosa da própria filosofia é a sabedoria, origem natural de todas as outras formas de excelência restantes; com efeito, ela ensina que não se pode levar uma vida agradável se não se vive com sabedoria, moderação e justiça, nem se pode levar uma vida sábia, moderada e justa se não se vive agradavelmente. As formas de excelência são concomitantes com a vida agradável, e a vida agradável é inseparável delas.

A dimensão de cura na filosofia de Epicuro

O exame filosófico da dimensão de sofrimento pode ter muita utilidade para profissionais que são incumbidos pela sociedade e pela cultura de lidar com os sofrimentos anímicos. A noção de que a dor constante, o sofrimento onipresente, é um dos elementos mais marcantes na experiência humana, acompanhando os passos da humanidade como uma sombra tenebrosa, era muito forte no pensamento grego. Epicuro é certamente sensível e plenamente consciente de quão central é tal dimensão para a existência humana.

A sua obra e ação filosóficas tem, antes de tudo, explicitamente uma finalidade prática: tudo que o sábio ensina deve ser no sentido de facilitar o acesso dos homens, ricos ou pobres, cidadãos ou escravos (é uma das poucas filosofias da antiguidade voltada aos homens e mulheres comuns, gregos, estrangeiros e escravos) à felicidade e ao apaziguamento do sofrimento.

O *Tetraphármakon*

Parece ter sido Filodemo quem primeiro chamou o resumo prático do ensinamento epicurista de *tetraphármakon*. O termo *tetraphármakon* (quádruplo remédio) não aparece nas obras que restaram de Epicuro, entretanto a sua pertinência à obra é consensualmente aceita. O *tetraphármakon* condensa o ensinamento da ética epicurista, da seguinte forma¹⁰:

¹⁰ DUVERNOY, 1993; FARRINGTON, 1968; JOYAU, 1973.

1. Não há Deus a temer;
2. A morte não existe para nós;
3. A felicidade é algo acessível;
4. É possível conviver com a dor.

1. Não há Deus a temer; os Deuses não se ocupam de nós nem se preocupam conosco, vivem suas existências divinas convivendo entre eles, sem se ocupar dos humanos. Portanto, não nos protegem ou castigam, nem vigiam, nem lançam sua ira sobre nós. Há no primeiro ingrediente do *tetraphármakon* dois pontos interessantes; um relacionado à física e outro à ética interpessoal ou política.

Não havendo Deuses que se ocupem de nós, não há providência, não há proteção nem castigos divinos. Neste sentido, esta curiosa teologia associa-se à física epicurista, para juntas oferecerem seus serviços à ética: para quem compreende a física só há fenômenos naturais, que devemos simplesmente notar e aceitar. Na máxima XII ele afirma:

Quem desconhece a natureza do todo, mas sente um temor cheio de dúvidas por causa de alguns mitos, não consegue livrar-se do medo em assuntos extremamente importantes. Sendo assim, sem o estudo atento da natureza não seria possível fruir os prazeres em sua pureza¹¹.

E logo a seguir, na máxima XIII Epicuro diz:

Não há proveito em assegurar a proteção diante dos homens se as coisas acima e abaixo da terra e na realidade em todo o universo infinito permanecerem com motivos de receios¹².

Entretanto, convém ressaltar, a ética de Epicuro rejeita o que pode parecer, a primeira vista, uma forma de fatalismo. Ele afirma na máxima XVI “Raramente a sorte prejudica um homem sábio, pois as coisas principais e fundamentais sempre foram governadas pela razão, e por todo o curso da vida a razão as governa e

¹¹ LAERTIOS, 1977.

¹² LAERTIOS, 1977.

governará”. A felicidade depende dos atos que realizamos, em boa medida a dor e prazer resultam de nossa atitude em relação à vida.

No plano político e social a consciência que não há Deuses a temer é bastante coerente com a exposição que Epicuro faz da atitude sábia em relação à vida social. O homem sábio, prudente, sabe que as leis, as normas e convenções sociais são puramente convencionais e arbitrárias. Portanto, convém segui-las ou rejeitá-las dependendo de suas conseqüências práticas.

Na máxima XXXIII ele afirma: “A justiça não era a princípio algo em si e por si, mas nas relações recíprocas dos homens em qualquer lugar e a qualquer tempo é uma espécie de pacto no sentido de não prejudicar nem ser prejudicado”¹³.

Falando modernamente, Epicuro trata a lei (na perspectiva psicanalítica freudiana, a castração simbólica, as exigências super-egóicas), de forma a remetê-las ao que realmente são; convenções historicamente constituídas, símbolos (por isso, essencialmente arbitrários) e não designios mágicos, ordens absolutas, que devemos sempre seguir e das quais necessitamos padecer. Compreender a lei como arbitrária, como um complexo sistema de puras convenções, reificado permanentemente pelas diversas instâncias da cultura; moral, política, religião, senso comum, etc., representaria uma importante dimensão terapêutica e de libertação.

2. A morte não existe para nós; apenas temos acesso àquilo que se nos dá aos sentidos, àquilo que toca a nossa sensibilidade. Quando a morte advém, cessam todas as sensações, e quando ainda temos sensações, a morte ainda não chegou. Portanto, a morte não é nada para nós, não temos porque temê-la ou desejá-la. A finitude de nossas vidas é um fato natural, inevitável, material. As coisas são assim, cabe ao sábio apenas aceitá-las, posto que temor e sofrimento provém da má compreensão da natureza da vida e da morte. Não há nem salvação nem danação, nem redenção, nem castigos ou ajustes de contas; enfim, a morte nada é para nós.

3. A felicidade é algo acessível, está ao nosso alcance. A felicidade não é uma utopia, algo extremamente difícil e distante da existência humana corriqueira.

¹³ LAERTIOS, 1977.

Basta proceder com prudência e cálculo, buscando o prazer, evitando a dor, que ela se nos tornará possível. A felicidade é simples consequência da vida prudente, da libertação de temores infantis e imaginários. Aqui intervém certamente o cálculo, pois (máxima XV): “A riqueza conforme a natureza é limitada e fácil de obter; a requerida pelas opiniões vãs estende-se ao infinito”¹⁴.

4. É possível suportar a dor, pois quando a dor é intensa dura pouco e quando dura muito ela é tênue. A dor intolerável é fugaz, passageira, e a dor crônica é suportável, podemos conviver com ela.

É interessante ressaltar que os dois primeiros preceitos originam-se da reflexão filosófica, que permitiria o conhecimento adequado da natureza dos Deuses e da morte, afastando todo o temor irracional, todo pânico terrífico, nutridos pelos fantasmas da ignorância e do preconceito. Os dois últimos “remédios” são adquiridos através da experiência de vida, da sabedoria prática, da observação cuidadosa de certa fenomenologia do prazer e da dor.

O cálculo e a prudência, associados à sabedoria compactada no *tetraphármakon*, seriam, portanto, os componentes básicos da “medicina da alma” de Epicuro.

Comentário final

Poderia a filosofia de Epicuro ser utilizada como fonte de reflexão para o homem moderno, como elemento norteador ou de inspiração para a clínica em psicologia e psiquiatria? Seria ela algo mais que uma bela peça de interesse aos historiadores da filosofia?

Sugiro aqui que a ética construída e defendida por Epicuro pode ser uma inspiração tanto para os profissionais que atuam em saúde mental, quanto para os seus pacientes, e de forma geral para todas as pessoas, sobretudo no contexto contemporâneo (como se verá a seguir). Certa difusão da filosofia epicurista a fez passar por uma forma primordial de hedonismo. Há aqui muita imprecisão (ver a crítica à recepção de Epicuro, influenciada pelo cristianismo, em Catherine Wilson (2008)). O hedonismo está presente na ética epicurista, mas sempre no contexto de

¹⁴ LAERTIOS, 1977.

dois elementos centrais do pensamento grego: *phroenesis* (prudência) e do *eudemonismo* (a busca de uma vida feliz, individual ou coletiva, é o critério último da escolha das ações humanas).

O hedonismo moderno, privado do cálculo e da *phroenesis*, torna mais necessário certo retorno à Epicuro. Na contemporaneidade a vida só tem sentido na medida em que se pode consumir plenamente¹⁵. O mercado, produtor de necessidades e desejos, não apenas no domínio da vida pública, investe na formatação integral da vida privada; o indivíduo moderno deve desejar, consumir, gozar, cada vez mais, de forma cada vez mais previsível, rápida e eficiente.

É também um hedonismo fetichista, pois os bens de consumo e de gozo ganham um caráter mágico, passando a ser uma fonte autônoma de prazer. O imaginário do homem contemporâneo é colonizado até o último milímetro, até o último recesso de prazer potencial. Prazer e desempenho ao máximo, são os lemas do início do século XXI. O prazer contemporâneo se configura, desta forma, em uma sociedade de plena e inesgotável excitação¹⁶, que sobrevaloriza a produtividade, o desempenho competitivo, a atenção dividida, dispersa e superficial¹⁷, em detrimento do que chama de atenção detida e profunda,¹⁸ em formas de vida contemplativa.

Mas no que a ética epicurista se contrapõe a isso? O ideal epicurista é, sem dúvida, um determinado tipo de hedonismo. Há, entretanto, em Epicuro uma forma particular de “fenomenologia do prazer” extremamente elucidativa para uma crítica do hedonismo contemporâneo.

O prazer é sempre um bem, pois “nenhum prazer é mau em si mesmo”. Os homens buscam, como que de forma natural, aproximar-se do prazer e distanciar-se da dor. Mas, e isto é central para Epicuro, os homens, por força das opiniões vãs, pelas ilusões de glória e poder, pela carência de sabedoria e prudência, costumam buscar o prazer de forma equivocada. Pensando que através do consumo desenfreado, voraz, que também através de um desempenho cada vez

¹⁵ BAUDRILLARD, 1995; DOUGLAS; ISHERWOOD, 2004.

¹⁶ TÜRCKE, 2016.

¹⁷ HAN, 2015; TÜRCKE, 2010.

¹⁸ HAN, 2015.

mais veloz, eficiente e hipercompetitivo, que gere a posse de objetos, o acúmulo de poder, prazer e prestígio social, agem tolaemente, cometendo um engano básico e fatal.

De modo algum Epicuro se opõe, por razões morais, aos desejos de luxúria e de prazer desenfreado. A sua objeção se deve a uma questão de cálculo; a prudência, a sabedoria prática ensina que alguns prazeres conduzem mais a turbulências, inquietações, do que realmente à vida prazerosa; na máxima dez ele diz:

Se as causas dos prazeres dos dissolutos libertassem o pensamento de tais pessoas do temor suscitado pelos fenômenos celestes, pela morte e pelos sofrimentos, e se ainda lhes ensinassem os limites dos desejos, nunca teríamos razões para censurá-los, pois estariam cumulando-se de toda espécie de prazeres e seu corpo e sua alma nunca experimentariam sofrimentos, que são o mal da vida.

O hedonismo epicurista, baseado no cálculo, na *phronesis*, acaba por dar preferência ao prazer sereno. O prazer mais consistente, para Epicuro, é aquele que gozamos quando “*não há dor nem no corpo, nem na alma, nem nos dois*”, e podemos, nas amenas sombras do jardim, conviver e conversar com pessoas que enriquecem e embelezam nossa vida, beber água fresca quando se tem sede, comer o queijo quando se tem fome, fruir na vida contemplativa segredos de uma existência rica e serena. Assim serenidade, contemplação, a ausência de dor e, delas decorrentes, a simples fruição da vida, é o bem maior em Epicuro, pois: “a magnitude do prazer atinge seu limite na remoção de todo sofrimento”¹⁹.

¹⁹ LAERTIOS, 1977.

PROPOSTAS DE ANÁLISE DE VALORES EM PSIQUIATRIA

ARTHUR MACIEL NUNES GONÇALVES

O papel dos valores na psiquiatria ganhou significativo destaque nas últimas duas décadas, especialmente através do trabalho do psiquiatra e filósofo britânico Bill Fulford, que, desde sua tese de doutorado em filosofia intitulada *Moral Theory and Medical Practice*¹, tem estudado a influência dos valores na prática clínica. Em uma época em que ainda ecoavam críticas de que os diagnósticos psiquiátricos eram essencialmente normativos (valorativos) e, em contraponto, autores defensores da especialidade buscavam cada vez mais evidenciar alterações biológicas (factuais) nos pacientes diagnosticados, Fulford se incumbiu de demonstrar que valores eram inerentes não só à psiquiatria, mas a toda medicina². Para ele, a dimensão valorativa ter maior visibilidade na teoria e na prática psiquiátrica do que em outras especialidades médicas não desqualificava a psiquiatria, mas a colocava em uma posição de destaque para a criação de novas formas de lidar, com a mesma importância, tanto com evidências científicas quanto com os valores³.

Em resposta a essa demanda, Fulford, em coautoria com a enfermeira também britânica Kim Woodbridge-Dodd, propôs em 2004 a *Prática Baseada em Valores* (PBV)⁴. Tal proposta teve por finalidade instrumentalizar profissionais de saúde de diversas áreas para o manejo dos valores individuais na prática clínica e tem recebido atenção ao redor do mundo, sendo adotada como uma abordagem de referência para a atenção em saúde no Reino Unido⁵.

¹ FULFORD, 1989.

² THORNTON, 2007.

³ FULFORD *et al.*, 2005.

⁴ WOODBRIDGE-DODD; FULFORD, 2004.

⁵ FULFORD, 2014.

A partir da influência de Fulford o psiquiatra norte-americano John Z. Sadler desenvolveu um outro método de análise de valores voltado, entretanto, para a identificação de valores no discurso médico-psiquiátrico em materiais escritos⁶. A partir de seu método, Sadler se dedicou à análise de valores presentes na terceira e quarta edições do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM), publicados pela Associação Psiquiátrica Americana (APA) e redigiu um extenso e abrangente livro sobre valores intitulado *Values and psychiatric diagnosis*⁷.

Neste capítulo revisaremos tanto a PBV quanto o método de Sadler, enfocando seus princípios e contribuições para a análise de valores em psiquiatria⁸. Quando possível, traçaremos linhas de semelhança e divergências entre as diferentes propostas.

Prática baseada em valores

A Prática Baseada em Valores (PBV) é uma abordagem criada com a finalidade de auxiliar os vários atores que participam em processos de tomada de decisão no cuidado em saúde⁹. Ela é proposta como método facilitador do aprendizado e da prática de determinadas habilidades em cenários clínicos, onde geralmente valores complexos e conflitantes estão presentes. Segundo seus autores, a PBV é somente uma entre muitas das ferramentas da área da saúde para se trabalhar com valores, estando lado a lado com a Ética Médica, o Direito, áreas relacionadas à análise de decisão e à Economia em Saúde¹⁰. Um sumário dos elementos essenciais da PBV é apresentado na Figura 5.

Embasamento conceitual e definição de valores

Fulford declara que a PBV, embora criada em parte por meios empíricos, é essencialmente um produto da filosofia. Para ele, a principal inspiração dessa

⁶ SADLER, 1997, 2005.

⁷ SADLER, 2005.

⁸ Este capítulo é amplamente baseado na tese de doutorado do autor. Ver: GONÇALVES, 2016.

⁹ WOODBRIDGE-DODD; FULFORD, 2004.

¹⁰ FULFORD, 2014.

prática é um ramo da filosofia analítica chamada “filosofia da linguagem ordinária” ou “análise linguística”, particularmente adequada para a compreensão de áreas como a atenção à saúde devido a seu foco nos usos ordinários (isto é, não filosóficos) da linguagem como um guia para a apreensão de significados¹¹.

Segundo o Fulford, esse ramo filosófico foi especialmente desenvolvido por J. L. Austin e seus contemporâneos de Oxford na metade do século XX. Após desenvolvimentos iniciais, outros autores como Richard M. Hare e Geoffrey Warnock aplicaram conceitos da filosofia da linguagem ordinária ao estudo da linguagem dos valores. Fulford, tendo estudado tanto com Geoffrey e Mary Warnock quanto com Hare, aplicou as conclusões de seus professores sobre a linguagem dos valores à linguagem da medicina em sua tese de doutorado, a qual considera um exercício teórico inicial que conduziu à formulação de uma série de estágios intermediários até chegar à PBV¹².

¹¹ FULFORD, 1990.

¹² FULFORD, 1989, 2014.

Elementos da PBV	Breves explicações
Premissa	A base para tomadas de decisão equilibradas na PBV é a premissa de respeito mútuo pelas diferenças de valores .
Processo de dez partes	A PBV apoia tomadas de decisão equilibradas através de bons processos ao invés da prescrição de decisões "corretas". O processo da PBV inclui quatro áreas de habilidades clínicas , dois aspectos das relações profissionais , três princípios ligando a PBV e a prática baseada em evidências (PBE) , e a parceria na tomada de decisão baseada no "dissenso".
As quatro habilidades são:	
(1) Consciência	A primeira e essencial habilidade para a PBV é a consciência aumentada sobre os valores e sobre a diversidade frequentemente surpreendente dos valores individuais.
(2) Raciocínio	O raciocínio sobre valores na PBV pode empregar qualquer um dos métodos padrões utilizados na ética (raciocínio baseado em princípios, raciocínio baseado em casos, etc.), mas com ênfase em abrir novas e diferentes perspectivas em vez de fechá-las para se chegar a "soluções".
(3) Conhecimento	Uma habilidade-chave para a PBV é saber como encontrar e usar o conhecimento a respeito dos valores (incluindo conhecimento de valores baseado em pesquisas) e ao mesmo tempo não se esquecer que cada indivíduo é único (todos somos um "n de 1").
(4) Comunicação	As habilidades de comunicação da PBV servem para (1) explorar valores, em particular valores STAR (<i>Strengths, Aspirations and Resources</i> – Forças, Aspirações e Recursos), e (2) solucionar conflitos.
Os dois aspectos dos relacionamentos profissionais são:	
(1) Equipe multidisciplinar estendida	O papel da equipe multidisciplinar na prática baseada em valores é estendido além do seu alcance tradicional de habilidades profissionais diferentes, passando a incluir uma gama de perspectivas de valores diferentes .
(2) Cuidado centrado no paciente	Na PBV, o cuidado centrado no paciente significa focar primariamente nos valores do paciente, embora outros valores (incluindo os dos profissionais de saúde) também sejam importantes.
Os três princípios ligando a PBV à PBE são:	
(1) "Dois pés"	O princípio dos "dois pés" da PBV significa que todas as decisões são baseadas em valores bem como em evidências, até mesmo em situações (como nas decisões diagnósticas) nas quais os valores em questão possam estar relativamente ocultos.
(2) "Roda rangente"	O princípio da "roda rangente" significa que nós tendemos a perceber os valores quando eles conflitam, causando assim dificuldades (ele é baseado no ditado que "a roda que range é que leva a graxa").
(3) "Guiada pela ciência"	O princípio "guiada pela ciência" significa que a necessidade da existência da PBV é guiada pelos próprios avanços nas ciências médicas (devido ao fato de que tais avanços abrem possibilidades para novas escolhas e, com escolhas, vêm valores).
Parceria nas tomadas de decisão ...	
... baseada no dissenso	A tomada de decisão consensual envolve concordância sobre valores, com alguns deles sendo adotados e outros não. Na tomada de decisão "dissensual", ao contrário, valores diferentes continuam em jogo para serem equilibrados, ora de um jeito, ora de outro, de acordo com as circunstâncias particulares de um dado caso.
Desfechos	Em vez de nos fornecer respostas, a PBV tem por objetivo apoiar a tomada equilibrada de decisões dentro de estruturas de trabalho de valores compartilhados apropriadas para a situação em questão.

Figura 5: Sumário da Prática Baseada em Valores (PBV) segundo FULFORD (2014).

A filosofia da linguagem ordinária parte da observação de que em relação a muitos de nossos conceitos mais gerais ou de alto nível, nós somos melhores ao usá-los do que ao defini-los. O conceito de tempo é um exemplo filosófico clássico e Fulford relembra, segundo Wittgenstein, as observações de Santo Agostinho de que *usamos* bem esse conceito, mas, quando somos convocados a *defini-lo*, após um momento de reflexão nos encontramos em dificuldade. Conceitos de mais baixo nível, pelo contrário, podem ser definidos facilmente: um relógio, por exemplo, pode ser definido como um pequeno instrumento geralmente usado no pulso com a função de medir o tempo. Entretanto, Fulford enfatiza que esse tipo de afirmação somente funciona *enquanto uma definição* (ela somente apresenta um significado de “relógio”) e sua ausência não nos impede de continuarmos *usando* o conceito. No caso do tempo, mesmo sem sermos capazes de defini-lo, conseguimos operar com seu conceito com relativa facilidade e compreensão, inclusive utilizando-o para definir relógio¹³.

Nesse sentido, a filosofia da linguagem ordinária se aproveita de nossa capacidade de *usar* conceitos e, em vez de se dedicar a um estudo reflexivo abstrato sobre seu significado, busca “olhar e ver” como são utilizados em uma variedade de contextos ordinários (não filosóficos). Austin chamou esse método de “trabalho filosófico de campo” e muitos dos exercícios para treinamento de habilidades da PBV são atividades dessa natureza¹⁴.

Por essa mesma perspectiva, para Fulford não parece ser possível apresentar uma definição precisa do que sejam “valores”, sendo esse também um termo tão complexo como “tempo”. Mas, para se aproveitar do uso que fazemos dos conceitos, em seus textos sobre a PBV ele apresenta o resultado de oficinas nas quais solicita aos participantes que exponham o que acreditam ser significados para o termo “valores”. Palavras e frases como “princípios”, “certo/errado para mim”, “algo pessoal”, “compaixão”, “fé”, “crenças”, “um padrão para a maneira como me conduzo”, “o que me move”, entre muitas outras, são debatidas e os participantes se dão conta que valores englobam muitas “coisas” diferentes:

¹³ FULFORD, 2014.

¹⁴ FULFORD, 2014; WOODBRIDGE-DODD; FULFORD, 2004.

valores éticos, mas também necessidades, desejos, preferências e “qualquer coisa que seja pesada positiva ou negativamente como um guia para a ação”¹⁵.

Em outros materiais sobre a PBV, Fulford apresenta também a definição de valores utilizada por David Sackett e colaboradores, importantes proponentes da medicina Baseada em Evidências (MBE). Segundo esses autores, a MBE deve ser a integração das melhores evidências de pesquisa com a *expertise* clínica e os valores dos pacientes: “Por valores dos pacientes nos referimos a preferências, preocupações e expectativas únicas que cada paciente traz para o encontro clínico e que devem ser integradas nas decisões clínicas”¹⁶.

Para Fulford essa definição tem um peso importante, uma vez que não haveria melhor autoridade científica para lembrar dos valores do que proponentes da MBE. Ele destaca como pontos positivos nas declarações de Sackett e colaboradores a lembrança de que existem outros valores na medicina além dos éticos (“preferências, preocupações e expectativas”) e também a importância da ligação feita entre a ciência (representada pelas evidências generalizáveis) e as pessoas (indivíduos singulares). Mas ao mesmo tempo, Fulford salienta que esse tipo de definição também não diz muito sobre o que os valores realmente são, reforçando a ideia de que uma definição ontológica de valores é extremamente complexa. De qualquer forma, Fulford se propõe a compreender como os valores são usados em nossa linguagem e recorre ao estudo do filósofo Richard M. Hare, que em seu livro *A Linguagem da Moral* (1996) se dedicou à compreensão do uso dos termos de valor tanto no campo da ética quanto fora dela.

O uso dos termos de valor em nossa linguagem

Para Hare os termos de valor são aqueles que se relacionam a quaisquer julgamentos de bom e ruim e desempenham em nossa linguagem uma dupla função: descrever e demonstrar nossa aprovação (ou reprovação). Essas funções são expressas, respectivamente, pelos significados descritivo (“factual”) e

¹⁵ FULFORD, 2014, p. 6; FULFORD; PEILE; CARROLL, 2012a, p.4.

¹⁶ SACKETT et al., 2000, p.1.

avaliatório de tais termos¹⁷. Segundo ele, quando dizemos “este é um morango vermelho”, o significado de “vermelho” é descritivo, ou seja, descreve uma característica da fruta em questão¹⁸. Em contrapartida, quando dizemos “este é um morango bom”, não só estamos fazendo referência a características descritivas do morango (por exemplo, “vermelho”, “doce”, “macio” etc.), mas a características desejáveis, as quais aprovamos. E aprovar é de algum modo prescrever, isto é, orientar escolhas: no futuro, se nos depararmos com um morango como esse descrito e outro que não tenha tais características, escolheremos o primeiro. Esquemáticamente podemos representar os dois significados dos termos de valor na Figura 6.

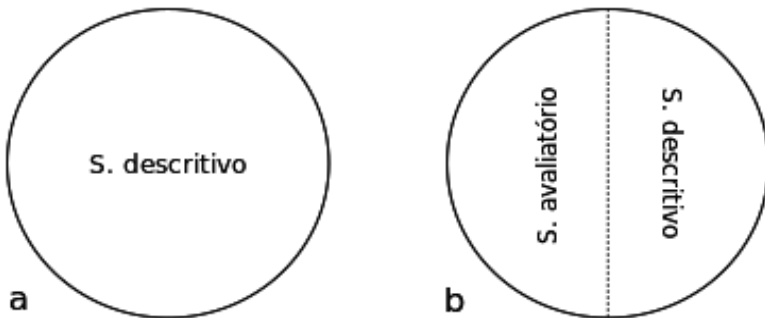


Figura 6: Significados descritivo e avaliatório dos termos. Os termos podem apresentar somente significado descritivo (a) ou, associado a ele, significado avaliatório (b) – o segundo caso ocorre com os termos de valor. A linha tracejada indica que o limite entre esses significados é didático e, na prática, impossível de ser traçado com precisão.

Vale observar que quando pedimos a um feirante que nos dê uma caixa de “bons morangos”, com grande probabilidade ele nos entrega morangos do jeito que esperamos. No dia a dia “morangos bons” e “morangos vermelhos, macios e

¹⁷ HARE, 1996.

¹⁸ Hare aponta que “vermelho” poderia também ter um significado avaliatório, a depender da intenção do falante e contexto de uso. Voltaremos a esse ponto na Capítulo 6.3 ao explorarmos o trabalho de Sadler.

doces” são comumente intercambiáveis. Hare observa que esse fenômeno se deve ao fato de que os critérios para aplicação do adjetivo “bom” aos morangos são relativamente consensuais. Por isso nesse exemplo o termo “bom” tem um caráter descritivo (“factual”) marcante, embora ainda conservando seu caráter avaliatório. Podemos confirmar essa observação ao nos imaginarmos em contato com uma comunidade estrangeira, cujos membros valorizassem morangos verdes, duros e azedos, e pedíssemos a eles uma caixa de “bons morangos”. Nossa frustração ao nos depararmos com uma caixa de morangos bem diferentes dos que gostamos se deveria ao fato de que, nesse contexto, “bom morango” seria insuficiente para descrever o que desejamos, já que os critérios de aprovação de morangos dos estrangeiros seriam bem diferentes dos nossos. Mas de qualquer forma, o uso da expressão “bom morango” seria suficiente para eles entenderem que estávamos pedindo não morangos quaisquer, mas aqueles que aprovamos. Ao dizer “Por favor tragam uma caixa de bons morangos” intencionariamos dizer “Por favor tragam uma caixa de **morangos que aprovamos**, ou seja, *vermelhos, macios e doces*”, mas os estrangeiros interpretariam como “Por favor tragam uma caixa de **morangos que aprovamos**, ou seja, *verdes, duros e azedos*”. Embora as características descritivas sejam diferentes (destacadas em itálico), fazendo com que a função descritiva (“factual”) do termo não tenha êxito, o caráter avaliatório (em negrito) é o mesmo e é, portanto, compreendido. Caso perguntássemos a eles quais morangos foram solicitados, estaria subentendido em sua resposta “aqueles que vocês aprovam”.

Para Hare, alguns termos de valor em determinados contextos têm seu caráter avaliatório mais proeminente. Por exemplo, o adjetivo “bom” quando aplicado a filmes ou poemas não tem significado descritivo consensual. Para alguém um “bom poema” pode ser breve, simples, alegre, e para outra pessoa, extenso, complexo, pessimista. De qualquer forma, para ambas as pessoas, o uso de “bom” ainda sim representaria suas aprovações pessoais para o conjunto de características que agrada cada uma. A diferença de predominância do significado descritivo ou avaliatório nos termos de valor pode ser ilustrada pela Figura 7.

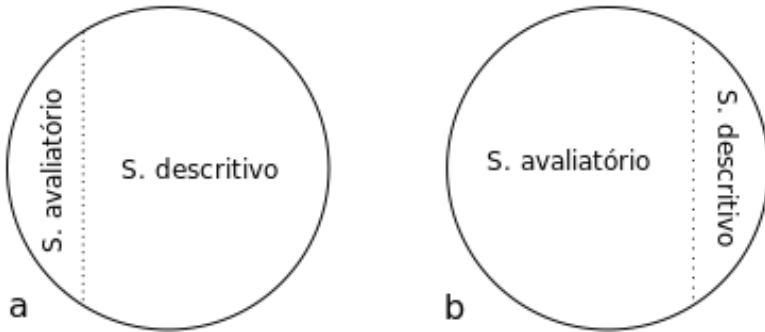


Figura 7: Proporção dos significados descritivo e avaliatório dos termos de valor. Quanto mais consensuados os critérios de aplicação de um termo de valor em determinado contexto (ex.: "bons morangos"), mais forte é seu significado descritivo (a). Quanto mais diversos os critérios de aplicação (ex.: "bom poema"), mais forte é o significado avaliatório (b).

Termos com caráter descritivo mais proeminente tendem a ser utilizados na prática como puramente "factuais", percebidos como expressões relativamente "objetivas", "de fato"¹⁹. Entretanto, termos com caráter avaliatório mais proeminente são tratados como mais imprecisos, vagos, "subjetivos" e, no caso do nosso foco de estudo, menos "científicos". É a partir dessa observação que Fulford questiona uma diferença entre a psiquiatria e as demais especialidades médicas: em todos os ramos da medicina termos de valor são utilizados, portanto juízos de valor são realizados. Entretanto, nas outras especialidades médicas há, ao menos aparentemente, mais consenso sobre as características descritivas dos valores envolvidos (como na compreensão das razões para determinado adoecimento, nos diagnósticos e nas propostas de tratamento). Esse fenômeno faz com que haja uma impressão de que, por exemplo, na cardiologia os juízos e decisões sejam de natureza "factual", enquanto na psiquiatria sejam de natureza "valorativa" (normativa). Para Fulford, nas outras especialidades os juízos de valor são tão "subjetivos"²⁰ quanto na prática psiquiátrica, mas, como há um consenso mais

¹⁹ HARE, 1996.

²⁰ No sentido de que um juízo de valor depende da aprovação (ou reprovação) de um indivíduo (ou de um grupo de indivíduos) diante de um padrão de características descritivas ("factuais").

amplo sobre os significados descritivos dos valores em jogo, há uma maior impressão de serem “factuais”²¹.

O mesmo aconteceria se fôssemos debater sobre “bons morangos” e “bons poemas”. Certamente, consideraríamos a discussão sobre “bons poemas” muito mais “valorativa”, simplesmente por haver mais discordância sobre o significado descritivo de “bom” no contexto de “poemas”. Entretanto a expressão “bons morangos” é tão avaliatória e normativa quanto “bons poemas”, e apenas há mais consenso sobre as características que definem a “bondade” dos morangos. Retornando à psiquiatria, há muito menos consenso sobre o que seja saúde mental, normalidade, delírio e sobre quando (e se) intervenções involuntárias para um indivíduo são justificadas. Veremos na Capítulo 6.3 que mais complexo ainda é concordar sobre o que seja uma “boa vida” a ser vivida ou, em outros termos, o que seja “viver bem”.

Habilidades clínicas necessárias

Descritas com detalhes no manual *Whose Values?*²², quatro habilidades clínicas (consciência, raciocínio, conhecimento e comunicação) são pontos centrais, segundo os autores da PBV, para o reconhecimento e manejo dos valores presentes em uma dada situação clínica. Embora com a experiência tais habilidades sejam utilizadas de maneira automática e, ao mesmo tempo, integradas, Fulford destaca que a consciência sobre a presença dos valores sempre é o ponto de partida. A PBV pressupõe que os valores são responsáveis por guiar as ações e, portanto, estão presentes nas atividades humanas (inclusive as atividades clínicas) explicita ou implicitamente. Além de permitir reconhecer sua presença onde muitas vezes os valores parecem ausentes, o aprendizado da habilidade da consciência ampliada sobre valores tem dois principais efeitos: a compreensão da diversidade dos valores (incluindo os valores éticos, mas indo muito além deles) e a sua natureza geralmente surpreendente²³. Veremos esses

²¹ FULFORD, 1989.

²² WOODBRIDGE-DODD; FULFORD, 2004.

²³ FULFORD, 2014.

efeitos na seção seguinte com os estudos do pesquisador Anthony Colombo (2003).

As habilidades de raciocínio, conhecimento e comunicação não são exclusivas da PBV, mas para Fulford ganham nuances próprias no desempenho dessa prática. No caso do raciocínio, por exemplo, utilizam-se na PBV todos os métodos já estabelecidos pela ética médica: raciocínio utilitarista, deontológico, baseado em princípios e baseado em casos. Entretanto, em vez de se tentar chegar logo a conclusões de conduta, como é objetivo da ética biomédica, o foco do raciocínio na PBV se volta para conhecer o “espaço das razões”²⁴. Fulford (2014) aponta que dessa maneira é possível explorar uma gama maior de valores presentes em uma determinada situação.

Um exemplo de raciocínio sobre valores baseado em casos envolveria questões como as seguintes: “Se esse paciente que estou atendendo fosse estrangeiro, fosse do sexo oposto, pertencesse a um outro estrato socioeconômico, tivesse uma profissão diferente, tivesse (ou não) família, algo mudaria no meu jeito de pensar sobre seu caso?”. Essa maneira de raciocinar toma um caso, real ou hipotético, e tenta supor variações (ou comparar com outros casos existentes) de forma a contrastarmos os casos modificados (ou alternativos) com o caso atual. Assim conseguimos encontrar valores não percebidos previamente, bem como identificar valores em comum, podendo com mais facilidade pensar em como manejá-los²⁵.

O raciocínio baseado em princípios, como o nome diz, leva em consideração determinados princípios de valor²⁶. No caso da ética médica os quatro princípios fundamentais são os da beneficência, não-maleficência,

²⁴ THORNTON, 2007. Thornton (2007) menciona as observações filosóficas de Wilfrid Sellars e John McDowell sobre a distinção entre a “esfera da lei” (ou “reino da lei”) e o “espaço das razões”. Enquanto o espaço das razões se refere a fenômenos normativos e carregados de significados, que tomamos por garantidos ao compreender outras mentes, a esfera da lei se refere a eventos que podem ser explicados conforme as leis científicas naturais.

²⁵ FULFORD; PEILE; CARROLL, 2012b.

²⁶ FULFORD, 2014.

autonomia e justiça²⁷. Aplicando-os a um caso clínico, por exemplo, teríamos as seguintes questões: “Estamos sendo justos e fazendo o bem ao tomarmos determinada conduta para esse(a) paciente? Estamos respeitando sua autonomia? Há risco de fazermos o mal para ele(a)? Estamos dando maior prioridade a qual desse princípios nessa situação?”. Essas perguntas são guiadas por valores já estabelecidos dentro da ética médica (os princípios éticos) e complementam o raciocínio baseado em casos (e vice-versa).

Um raciocínio utilitarista visa ao bem-estar do maior número de pessoas envolvidas e é por essa métrica que define a utilidade prática de determinada escolha. Sob uma óptica utilitarista podemos nos questionar: “Solicitar dispensação de um medicamento de alto custo por via judicial para determinado paciente realmente o beneficiará? Em termos de recursos financeiros para o sistema de saúde, essa atitude prejudicará a assistência a outras pessoas? Esse tipo de conduta, nesse caso específico, será útil ao maior número de pessoas?”.

Já o raciocínio da ética médica deontológica envolve a consideração de direitos e deveres profissionais, descritos nos diversos códigos de ética das respectivas profissões da saúde. Em qualquer cenário clínico é necessário que as decisões sejam tomadas dentro de um escopo socialmente aceito e definido pela lei, e tentar garantir essa adequação é uma das funções dos códigos profissionais. Por exemplo, o vigésimo terceiro princípio fundamental do Código de Ética Médica brasileiro declara que “Quando envolvido na produção de conhecimento científico, o médico agirá com isenção e independência, visando ao maior benefício para os pacientes e a sociedade”²⁸. Esse trecho toca no tema dos conflitos de interesses financeiros na saúde, que começou a receber grande atenção a partir de 1980 e continua recebendo até o presente²⁹, inclusive em relação ao desenvolvimento de classificações diagnósticas em psiquiatria³⁰. Por exemplo, questões como “Estou respeitando o código de ética da minha profissão ao fornecer esse diagnóstico ao paciente, mesmo tendo a impressão de que ele não deseja saber? Devo ou não

²⁷ BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002.

²⁸ CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2013, p.12-13.

²⁹ THOMPSON, 1993.

³⁰ COSGROVE; KRIMSKY, 2012.

incluir a família do paciente nessa discussão? Quais são minhas obrigações éticas nesse cenário?” dariam uma direção para o raciocínio sobre valores. Embora cada uma dessas formas de raciocínio tenha seus próprios méritos e limites, na visão de Fulford (2014) é a associação de múltiplas estratégias que permite uma compreensão mais ampla sobre os valores em jogo.

Em relação às habilidades para se adquirir conhecimento na PBV, Fulford defende que são essencialmente as mesmas em qualquer outra área, incluindo desde a experiência clínica do dia a dia até a Medicina Baseada em Evidências. Mas na PBV a aquisição ganha um limite: por mais confiável e completo que determinado conhecimento seja, ele não deve guiar as ações para além dos valores individuais em uma dada situação. Fulford (2014) relembra que cada indivíduo é sempre um n de 1, fazendo referência ao conceito estatístico de amostragem, que é representado pela letra n . Portanto, em cada caso a nossa “amostra” refere-se a somente um indivíduo e a busca e aplicação do conhecimento das evidências e valores devem ser direcionados em seu benefício³¹. Como exemplo, reconhecer que em determinada cultura alguns valores são comuns não significa que para determinado indivíduo dessa cultura seja assim. Portanto, por mais que haja inúmeras evidências embasando determinada informação ou conhecimento, é necessário validá-los em cada situação clínica.

Pela mesma razão da singularidade dos valores em cada caso é que para a PBV as habilidades de comunicação são também essenciais: se o indivíduo é sempre um “ n de 1”, as habilidades para explorar os valores individuais são fundamentais, uma vez que as tomadas de decisão deverão ser baseadas em valores presentes em uma situação real específica, e não em valores imaginados. Outra importância das habilidades de comunicação se relacionam à natureza conflitante dos valores, sendo necessária uma forma de comunicação capaz de auxiliar na resolução de conflitos. Para exemplificar esse ponto, Fulford menciona que no Reino Unido é ensinado aos estudantes de medicina pesquisar durante as consultas sobre ideias, preocupações e expectativas dos pacientes (*ideas, concerns and expectations – ICE*). Na prática, os estudantes, e até médicos mais

³¹ FULFORD; PEILE; CARROLL, 2012c.

experientes, tendem a procurar somente dados valorizados negativamente, o que é natural se pensarmos que os pacientes por definição apresentam “problemas” de saúde. Mas, para o autor, uma visão mais equilibrada, necessária para o manejo mais adequado dos projetos terapêuticos, é formada também pelo conhecimento dos pontos positivos, como forças, aspirações e recursos do paciente em questão (*strengths, aspirations and resources – StAR*). A PBV, portanto, estimula a compreensão de ambos os pontos, positivos e negativos (*StAR-ICE*), e auxilia no desenvolvimento de habilidades de comunicação adequadas para essa tarefa³².

Para a PBV as habilidades práticas se fundamentam sobre alguns princípios ligados às relações profissionais, à associação entre PBV e a Prática Baseada em Evidências (PBE) e ao tipo de parcerias possíveis e necessárias entre os atores em jogo em uma determinada tomada de decisão.

Relações profissionais

Fulford (2014) aponta que ao contrário das relações profissionais predominantemente centradas no médico, o cenário contemporâneo na atenção à saúde tem exigido cada vez mais uma prática clínica centrada na pessoa e apoiada por um trabalho em equipe multidisciplinar. Mas na PBV o foco é de uma abordagem centrada especialmente nos valores da pessoa, tanto positivos quanto negativos e, para isso, é necessária uma equipe multidisciplinar *estendida*, sendo esta compreendida como uma equipe que traga consigo práticas e conhecimentos diferentes, mas também múltiplas perspectivas valorativas.

Para ilustrar a necessidade de uma equipe multidisciplinar estendida, Fulford (2014) cita um estudo realizado pelo cientista social britânico Anthony Colombo, no qual foram explorados valores implícitos no trabalho de uma equipe multidisciplinar de saúde mental³³. Quando questionados diretamente, todos os membros da equipe, com suas diferentes formações e experiências em saúde mental, expressaram um compromisso compartilhado com a perspectiva “biopsicossocial” de trabalho. Entretanto, foi também questionado aos

³² FULFORD, 2014.

³³ COLOMBO et al., 2003.

trabalhadores qual era sua compreensão sobre diversos itens envolvidos em suas práticas cotidianas, como o que é e para que serve o diagnóstico em saúde mental, como enxergam os comportamentos dos pacientes, se há uma causa para eles e qual seria ela, qual o papel do hospital e da comunidade no tratamento desses pacientes, quais os deveres e direitos dos pacientes e da sociedade, entre vários outros pontos. As respostas foram analisadas e, de acordo com os termos utilizados, foram agrupadas por semelhança de modelo: “Médico (orgânico)”, “Estresse Social”, “Cognitivo-comportamental”, “Psicoterapêutico” ou “Familiar”. Havia um outro grupo intitulado “Político”, caso a resposta do trabalhador não considerasse que o ponto em questão se tratasse de um problema de saúde e sim de um elemento político, inclusive na forma de controle social. Curiosamente as perspectivas implícitas dos membros de equipe refletiram fortemente as áreas mais enfatizadas pela formação profissional de cada um. A Figura 8 exibe os achados para psiquiatras e assistentes sociais: os psiquiatras adotaram uma perspectiva muito mais biomédica, quase sem nenhuma sobreposição com a perspectiva psicossocial dos assistentes sociais³⁴.

Para Fulford (2014), tornar explícitas diferenças valorativas implícitas é importante para a comunicação e para as tomadas de decisão compartilhadas. Mas para ele o significado pleno do estudo de Colombo aparece quando são exibidos os resultados da pesquisa realizada com os pacientes, nos quais é possível ver que há uma gama similar de perspectivas valorativas, comparáveis às dos trabalhadores (Figura 9). Em outras palavras, há grupos de pacientes que apresentam uma perspectiva semelhante à dos psiquiatras, enquanto outros apresentam visões mais parecidas com a dos assistentes sociais, e assim por diante. Segundo ele, essa constatação demonstra a importância, e até mesmo a necessidade, de a equipe multidisciplinar contribuir não só com conhecimentos e práticas variadas, mas também com valores diferentes. Para o autor, perspectivas de valores compartilhadas entre profissionais e pacientes facilitam a compreensão mútua. Assim os conhecimentos e habilidades de cada trabalhador se combinam

³⁴ WOODBRIDGE-DODD; FULFORD, 2004.

mais precisamente às diversas necessidades individuais dos pacientes, garantindo uma atenção à saúde mais genuinamente centrada nos valores das pessoas³⁵.

A relação com a Prática Baseada em Evidências (PBE)

Fulford ressalta que um dos pontos de maior desentendimento quanto à PBV refere-se a sua posição em relação à PBE. Ao contrário de ser um contraponto ou mesmo uma oposição, a PBV é complementar à PBE, conectando as melhores evidências científicas derivadas de pesquisas e da experiência clínica, com valores particulares, positivos e negativos, do paciente. Para Fulford a PBV liga a ciência às pessoas³⁶.

Três princípios da PBV destacam sua parceria com a PBE. O primeiro deles é o princípio dos “dois pés”, que determina que *todas* as decisões são baseadas em fatos e em valores, assim como um caminhante ao caminhar se sustenta sempre em dois pontos de apoio. Fulford relembra a definição de Medicina Baseada em Evidências do próprio David Sackett, como mencionado previamente, de que para as decisões clínicas é importante considerarmos (1) as melhores evidências de pesquisa, (2) a *expertise* clínica e (3) os valores dos pacientes. Mas para além dos valores dos pacientes a PBV incorpora os valores de todos os atores em cena (profissionais da saúde, familiares, gestores, etc.)³⁷.

³⁵ FULFORD; PEILE; CARROLL, 2012d.

³⁶ FULFORD; PEILE; CARROLL, 2012d.

³⁷ FULFORD, 2014.

PROPOSTAS DE ANÁLISE DE VALORES EM PSIQUIATRIA

Elementos	Modelos – psiquiatras					Político
	Médico (orgânico)	Estresse social	Cognitivo-comportamental	Psicoterapêutico	Familiar (interação)	
1 Diagnóstico / descrição	P					
2 Interpretação do comportamento	P					
3 Rótulos	P					
4 Etiologia	P					
5 Tratamento	P					
6 Função do hospital	P	P				P
7 Hospital e comunidade	P					
8 Prognóstico	P					
9 Direitos do paciente	P					
10 Direitos da sociedade	P					
11 Deveres do paciente	P		P			
12 Deveres da sociedade	P					

Elementos	Modelos – assistentes sociais					Político
	Médico (orgânico)	Estresse social	Cognitivo-comportamental	Psicoterapêutico	Familiar (interação)	
1 Diagnóstico / descrição				A		
2 Interpretação do comportamento				A		
3 Rótulos				A		
4 Etiologia				A		
5 Tratamento		A			A	
6 Função do hospital	A	A				A
7 Hospital e comunidade		A		A		
8 Prognóstico				A		
9 Direitos do paciente	A	A				A
10 Direitos da sociedade	A					
11 Deveres do paciente			A			
12 Deveres da sociedade		A				

P = perspectiva dos psiquiatras; A = perspectivas dos assistentes sociais. Células comuns destacadas com fundo negro.

Figura 8: Perspectivas dos psiquiatras e assistentes sociais segundo Fulford (2014, p.9).

Elementos	Modelos – Grupo 1 (similar ao dos psiquiatras)					Político
	Médico (orgânico)	Estresse social	Cognitivo-comportamental	Psicoterapêutico	Familiar (interação)	
1 Diagnóstico / descrição	Pac-Psiq					
2 Interpretação do comportamento			Pac-Psiq	Pac-Psiq		
3 Rótulos	Pac-Psiq					
4 Etiologia	Pac-Psiq					
5 Tratamento	Pac-Psiq					
6 Função do hospital	Pac-Psiq	Pac-Psiq				Pac-Psiq
7 Hospital e comunidade		Pac-Psiq		Pac-Psiq		
8 Prognóstico	Pac-Psiq					
9 Direitos do paciente	Pac-Psiq					Pac-Psiq
10 Direitos da sociedade		Pac-Psiq				
11 Deveres do paciente		Pac-Psiq	Pac-Psiq			
12 Deveres da sociedade	Pac-Psiq		Pac-Psiq			Pac-Psiq

Elementos	Modelos – Grupo 2 (similar ao dos assistentes sociais)					Político
	Médico (orgânico)	Estresse social	Cognitivo-comportamental	Psicoterapêutico	Familiar (interação)	
1 Diagnóstico / descrição				Pac-AS		
2 Interpretação do comportamento				Pac-AS		
3 Rótulos			Pac-AS	Pac-AS		
4 Etiologia				Pac-AS		
5 Tratamento		Pac-AS		Pac-AS		
6 Função do hospital	Pac-AS					Pac-AS
7 Hospital e comunidade		Pac-AS		Pac-AS		
8 Prognóstico				Pac-AS		
9 Direitos do paciente	Pac-AS	Pac-AS				Pac-AS
10 Direitos da sociedade		Pac-AS				
11 Deveres do paciente		Pac-AS	Pac-AS			
12 Deveres da sociedade			Pac-AS			Pac-AS

Pac-Psiq = Pacientes com perspectivas de modelos semelhantes aos dos psiquiatras; Pac-AS = pacientes com perspectivas de modelos semelhantes aos dos assistentes sociais.

Figura 9: Perspectivas de dois grupos de pacientes segundo Fulford (2014, p.10).

Entretanto, segundo a PBV, os valores nem sempre são óbvios: assim como o ar que respiramos, somente notamos os valores quando eles conflitam e causam algum problema. Esse é ponto por trás do segundo princípio, o da “roda rangente”, nomeado segundo um ditado popular norte-americano de que “a roda rangente é que leva a graxa!”³⁸. Mas estendendo a metáfora, segundo Fulford é importante nos lembramos que mesmo que a roda passe despercebida (sem ranger) ela está em constante atividade e é imprescindível para o funcionamento, por exemplo, de um automóvel ou outra máquina. O autor dá um exemplo interessante: quando alguém tem uma parada cardíaca, a equipe de urgência inicia os procedimentos de ressuscitação cardiopulmonar e ninguém reflete sobre valores, mas sim sobre evidências científicas relativas ao melhor desempenho do procedimento. Isso ocorre porque a prioridade compartilhada de todos da equipe é uma ressuscitação efetiva. Em outras palavras, a ressuscitação efetiva é um *valor compartilhado* guiando todos. Mas a equipe de urgência não nota esse valor compartilhado guiando suas ações, precisamente porque ele é um *valor compartilhado* e, portanto, não-problemático – ou seja, o valor compartilhado não “range”³⁹.

Uma parada cardíaca e outras situações agudas que exigem intervenções médicas de alta tecnologia são emblemáticas do sucesso da ciência médica. E nesse ponto reside o terceiro princípio ligando valores e evidências: a PBV é “guiada pela ciência”. Para Fulford é natural associar a ciência com as evidências, afinal a existência de uma medicina baseada em evidências se dá pelo volume crescente de pesquisas médicas e pelas numerosas, complexas e muitas vezes conflitantes evidências geradas. Mas, para ele, é também a própria ciência que suscita a necessidade da PBV, já que o impacto que a ciência causa na medicina amplia as possibilidades de escolha e, com escolhas, seguem valores⁴⁰. A medicina reprodutiva é um claro exemplo de como novas possibilidades de escolhas, criadas pelo desenvolvimento notável das técnicas de reprodução

³⁸ “The squeaky wheel gets the grease!”
(http://en.wikipedia.org/wiki/The_squeaky_wheel_gets_the_grease)

³⁹ FULFORD, 2014, p.11.

⁴⁰ FULFORD, 2014.

assistida, trouxeram valores complexos e conflitantes para os encontros clínicos entre pacientes e profissionais. Para Fulford o futuro da ciência médica não será de mais fatos e menos valores, mas sim de mais fatos e mais valores⁴¹.

Os três princípios descritos são relevantes para nossa análise, especialmente ao considerarmos que o desenvolvimento do DSM-5 se deu por meio de diversas pesquisas científicas e trouxe consigo inúmeros debates. Quanto à evolução conjunta da ciência e dos valores, Fulford e colaboradores (2005) demonstraram como o DSM-IV, edição mais “científica” do manual até 2013, ainda continha diversas expressões de valor como “disfunção”, “comportamento desviante”, “cl clinicamente significativo”, que supõem avaliações (juízos de valor) em relação a normas sociais. Diversos desses termos continuaram no DSM-5, o manual mais atual a guiar as classificações psiquiátricas no mundo⁴².

Dissenso e parceria

Segundo Fulford (2014), outro ponto de desentendimento comum sobre a PBV se refere à interpretação errônea de que sua natureza aberta e inclusiva significaria que “tudo vale”, sendo uma forma de relativismo de valores. Ele aponta, entretanto, que a premissa de respeito mútuo por diferentes valores exclui, por definição, valores que são desrespeitosos. É por essa razão que o racismo, por exemplo, junto com qualquer outra forma de discriminação, é excluído da PBV. Para clarear esse ponto, Fulford propõe que as tomadas de decisão equilibradas devam ser feitas dentro de *estruturas de trabalho de valores compartilhados*. Para ele os valores compartilhados não são “fundacionais”, mas sim contingentes, acordados localmente, pelo tempo necessário e para os tipos de decisão tomadas por um dado grupo, trabalhando em um momento particular e dentro de um contexto definido⁴³. Tais estruturas de trabalho de valores compartilhados são definidas por consenso: os indivíduos se reúnem, por exemplo no início de um projeto, e concordam sobre quais valores eles compartilham e quais não. Já a

⁴¹ FULFORD; PEILE; CARROLL, 2012e.

⁴² APA, 2013.

⁴³ FULFORD, 2014.

tomada de decisão *dentro* de uma dada estrutura de trabalho de valores compartilhados, entretanto, é feita pelo *dissenso*. Na PBV o consenso representa a inclusão de alguns valores e a exclusão de outros: os indivíduos decidem juntos quais valores serão aceitos e quais serão rejeitados. O dissenso, pelo contrário, significa que diferentes valores permanecem em jogo para serem equilibrados, às vezes de uma forma, às vezes de outra, de acordo com as circunstâncias particulares apresentadas por decisões individuais⁴⁴.

Para ilustrar a construção de uma estrutura de valores de trabalho compartilhados, tomemos por exemplo, a Lei nº 10.216 de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais⁴⁵ e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no Brasil. Vejamos alguns de seus artigos:

Art. 1º – Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º – Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

⁴⁴ FULFORD; PEILE; CARROLL, 2012f.

⁴⁵ Embora as distinções entre “transtorno”, “doença” e “enfermidade” suscitam debates e envolvem a discussão de inúmeros valores, utilizaremos esses termos como sinônimos neste capítulo.

V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

[...]

Art. 4º – A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visarà, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º (BRASIL, 2001).

Segundo a perspectiva da PBV sobre tomadas de decisão, a referida lei pode ser entendida como orientadora para a construção de uma estrutura de trabalho de valores compartilhados. Valores explicitados na lei, como “respeito” e “interesse exclusivo de beneficiar sua saúde” são incluídos, e outros, como “discriminação”, são claramente excluídos. Os demais valores continuam em cena e devem ser equilibrados para cada situação. Até em relação a um dos temas mais controversos em saúde mental, a internação involuntária, parece haver na lei uma abertura para esse equilíbrio valorativo: “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”. Ou seja, pela lei é possível que ocorra a internação, inclusive involuntária, mas essa decisão deve ser tomada pelo equilíbrio entre

“proteção”, “melhor tratamento”, “humanidade e respeito”, preferência por serviços comunitários, “reinserção social”, “assistência integral”, etc.

Mesmo valores dentro de uma estrutura de trabalho de valores compartilhados podem conflitar. Por exemplo, a busca pelo respeito à autonomia do paciente e a necessidade de sua proteção são valores que exigem avaliações contextualizadas. Segundo FULFORD (2014) é impossível determinar *a priori* qual seria a decisão correta a se tomar⁴⁶. Para ele, somente através do exercício das habilidades práticas sugeridas pela PBV em um cenário de relações de parcerias baseadas no dissenso, é que se poderia chegar a uma decisão equilibrada. Para isto, é necessário que se busque a participação do maior número de atores envolvidos, como o paciente, a equipe multidisciplinar, familiares, gestores e a comunidade, e que todos que tragam consigo seus diferentes conhecimentos, práticas e valores (aqueles que se encaixam na estrutura de trabalho de valores compartilhados definida anteriormente).

Como mencionado, a PBV foi adotada como uma abordagem de referência para a atenção em saúde no Reino Unido e tem ganhado inúmeros adeptos ao redor do mundo⁴⁷. O tema ganhou uma série de publicações pela Cambridge University Press, incluindo um volume inteiro sobre debates teóricos e práticos a respeito da PBV⁴⁸.

O método de John Z. Sadler

O psiquiatra norte-americano John Z. Sadler tem se dedicado pelo menos há duas décadas ao estudo do papel dos valores na psiquiatria e é autor de trabalhos importantes no campo, defendendo inclusive que a falta de uma discussão aberta sobre os valores presentes na psiquiatria e nos manuais diagnósticos têm contribuído para alguns dos grandes problemas que a

⁴⁶ Beauchamp e Childress (2002), importantes autores da ética biomédica, também destacam que mesmo se utilizando dos princípios éticos como valores-guia, toda decisão ética no contexto clínico deve ser pensada caso a caso.

⁴⁷ THE COLLABORATING CENTRE FOR VALUES-BASED PRACTICE, 2015.

⁴⁸ LOUGHLIN, 2014.

especialidade enfrenta⁴⁹. Segundo o autor, a psiquiatria tem evitado, negado ou minimizado seus compromissos intrínsecos com as ideias sobre o Bem – no caso, o que é viver bem e quais os meios para consegui-lo. Para Sadler, é justamente a ligação entre os valores da psiquiatria e o Bem que é tão obscura para o público, para outras profissões e para os próprios psiquiatras. As pessoas em geral não sabem ao certo a que se pretende a especialidade e quais valores os psiquiatras esposam e promovem através do seu trabalho, e esse desconhecimento se dá porque grande parte dos valores da profissão permanece implícita⁵⁰.

Sadler constata que muito tem sido escrito sobre o papel dos valores, especialmente no campo da ética, mas pouco tem sido publicado sobre como *identificá-los*⁵¹. Na tentativa de sanar ao menos parte desse problema, ele apresenta em seus trabalhos uma tipologia de valores que pode ser utilizada como um esquema de busca heurística por conteúdos avaliatórios. Devido ao estilo microanalítico dessa tipologia e à necessidade de se conhecer o contexto prático do discurso em análise, seu método é mais adequado para uso em textos escritos. Sadler deixa claro que a tipologia sugerida não é proposta para identificar valores em outros materiais ou mesmo na prática clínica, e que não apresenta uma teoria sobre valores, mas somente um método para sua identificação; seu “modelo descritivo-causal” não representa uma taxonomia de valores, mas um conjunto de generalizações heurísticas sobre como os valores podem se manifestar no discurso⁵².

O método apresentado parte de duas pressuposições. A primeira é que os valores estão presentes nas atividades humanas, inclusive na ciência e na medicina. No contexto médico, isso significa que os valores estão envolvidos não somente em atividades avaliatórias mais óbvias, como a seleção de focos de pesquisa, julgamentos éticos na medicina ou decisões sobre uso de tecnologias particulares, mas também em outras atividades médico-científicas como a escolha de teorias, a definição de critérios para se selecionar ou rejeitar determinados

⁴⁹ SADLER, 2005.

⁵⁰ SADLER, 2005.

⁵¹ SADLER, 1997.

⁵² SADLER, 1997, p.4.

tratamentos, os julgamentos práticos sobre determinados dados e observações (para a pesquisa científica) ou sobre a relevância de determinadas observações clínicas (para a prática médica). A segunda pressuposição é que os discursos profissionais e do público geral sobre a medicina e a ciência apontam, implícita ou explicitamente, quais são os valores presentes nessas atividades⁵³.

Sadler entende que para um descritor ou uma condição ser considerada um “valor” ele precisa “(a) ser um guia para a ação humana e (b) estar sujeito a merecimento ou condenação dentro de uma comunidade humana”⁵⁴. Para ele, “guia” significa uma influência causal na ação humana e sua definição sobre “valores” exclui medidas ou noções quantitativas, como “o valor de π é aproximadamente 3,14”, e também condições meramente descritivas, como “o céu é azul” (embora essa expressão possa ser também valorativa, como veremos logo a seguir). Entretanto, sua definição abarca uma grande variedade de conceitos e atitudes frequentemente chamadas de “valores”, sejam elas sociopolíticas, espirituais/religiosas, morais, emotivas, pragmáticas ou até mesmo epistêmicas (como no uso dos termos “simplicidade”, “coerência” e “abrangência” na avaliação de teorias científicas)⁵⁵. Para lidar com valores tão diversos, Sadler propõe a análise em três dimensões: linguística, causal e descritiva, apresentadas na Figura 10. Essas três dimensões podem ser utilizadas como estratégias de busca por valores em um discurso, permitindo sua identificação por mais de uma via.

Dimensão linguística

Segundo Sadler (1997), na dimensão linguística podemos reconhecer os valores como termos ou semânticas (sentenças sem termos de valor propriamente ditos, mas com significado avaliatório). A identificação de ambos se dá pela correspondência entre o significado do termo ou sentença em análise e os critérios definidores para valores propostos pelo autor, ou seja, se o significado do trecho estudado serve como um guia para ações e se possui característica de

⁵³ SADLER, 1997.

⁵⁴ SADLER, 1997, p. 5.

⁵⁵ PUTNAM, 1992; SADLER, 1997, 2005.

merecimento/condenação. Para tanto é necessária uma análise contextual do uso do termo ou semântica estudados, e nesse ponto Sadler faz referência aos conceitos do filósofo J. L. Austin (1962), que, em seus estudos sobre a linguagem ordinária, dividiu o ato discursivo em ato locucionário (enunciação do conteúdo), ilocucionário (atribuição de forças e intenções pelo falante, como constatar, ordenar, avisar, criticar, perguntar, aprovar, ameaçar, etc.) e perlocucionário (produção de efeito no ouvinte, como assustar ou persuadir). Para Austin essa divisão é “apenas uma abstração”⁵⁶, mas que se mostra útil para uma compreensão mais ampla dos significados presentes em um ato discursivo.

Por exemplo, a sentença “Os estudantes de hoje não são como os de antigamente” pode significar tanto uma constatação das diferenças fisionômicas entre gerações de estudantes como, mais comumente, demonstrar o descontentamento do falante (ou autor da frase) com o pouco interesse e esforço dos estudantes dos dias atuais em seus estudos. A compreensão do contexto no qual essa frase é utilizada (e da prosódia e de elementos não-verbais, como a mímica, em comunicações orais) nos permite entender quais são as forças ilocucionárias em jogo, possibilitando-nos discernir se se referem à aprovação (ou reprovação) e se atribuem merecimento ou condenação ao conteúdo expresso.

Dimensão causal

A dimensão causal se refere às causas valorativas para a ação humana e à maneira como os efeitos de nossas ações recebem um peso avaliatório. Dentro desse domínio, os **compromissos de valor** são investimentos, intencionais ou não, em princípios de valor. Sadler cita como exemplo a “facilidade de uso” (*user-friendliness*) como um dos objetivos propostos pelos autores do DSM-IV para esse manual, assim como especificado em sua introdução (APA, 1994). Nesse caso, a facilidade de uso é uma influência direta e específica na direção das ações nosográficas dos autores⁵⁷.

⁵⁶ AUSTIN, 1962, p.146.

⁵⁷ SADLER, 1997, p. 9.

DIMENSÃO DE VALOR	DOMÍNIO DO DISCURSO	EXEMPLO(S)
Dimensão linguística	<i>Características da linguagem valorativa</i>	
Termos de valor	Palavras com significado(s) valorativo(s)	"Bom", "abrangente", "transtorno", "vil"
Semânticas de valor	Frases com significado(s) valorativo(s)	"João fará qualquer coisa para conseguir uma bolsa de estudos."
Dimensão causal	<i>Causas das ações humanas ligadas a valores e como a ação humana é julgada valorativamente</i>	
Compromissos de valor	Investimentos diretos em princípios valorativos, regras ou diretrizes	"As classificações psiquiátricas devem ser de fácil utilização." "A Ciência é nossa rota escolhida para a verdade."
Implicações de valor	Significados valorativos embutidos em pontos de vista metafísicos presumidos	Defesa de "-ismos" particulares - reducionismo, feminismo, naturalismo, liberalismo, desconstrucionismo, etc.
Consequências de valor	Efeitos da ação humana que tem significância valorativa	Prescrição exagerada de medicamentos para crianças inquietas. Redução das taxas de transtorno mental em uma comunidade após implementação de programas de redução de violência.
Dimensão descritiva	<i>Tipos qualitativos de valores</i>	
Valores estéticos	Pertencentes à forma e à beleza	"O Grand Canyon é de tirar o fôlego."
Valores epistêmicos	Pertencentes a afirmações sobre o conhecimento	"A Lei de Boyle é simples e eficiente."
Valores éticos	Pertencentes ao bem, à moral e à virtude	"Tratar os doentes é uma boa coisa."
Valores ontológicos	Pertencentes à natureza humana e à existência	"Todo reducionismo é desumanizador."
Valores pragmáticos	Pertencentes ao cumprimento das ações humanas	"Minha assistente é genial ao lidar com a papelada."

Tabela original publicada por Sadler (1997) e traduzida e adaptada pelo autor com permissão da Oxford University Press® (material somente para leitura; qualquer reprodução deve ser autorizada pela editora).

Figura 10: Como os valores aparecem nos discursos, segundo Sadler (1997).

Uma característica relevante dos compromissos de valor é sua incorporação *direta* nos empreendimentos humanos, com premeditação, mesmo que em formas derivativas, e muitas vezes não intencionadas, como "missão", "diretrizes", "objetivos", "propósitos", "prioridades", "vantagens" e outras.

Em contraste com os compromissos valorativos, as **implicações de valor** envolvem visões de mundo existenciais e metafísicas que abrigam conjuntos singulares de significados avaliatórios sobre o que é importante, sobre a verdade e

sobre a realidade. Nas implicações de valor o que é valorizado por determinada pessoa é relacionado às suas perspectivas mais gerais sobre a natureza humana, o ser e a existência. De outra forma, o que é valorizado é *implicado* pelas crenças do indivíduo sobre o mundo e a condição humana.

O exemplo fornecido por Sadler é de um psicanalista criticando um geneticista da psiquiatria por seu “reducionismo” e o geneticista respondendo que a psicanálise é muito “vaga” e “não-científica”. Ambos carregam visões de mundo sustentadas profundamente, que guiam suas ações e que são dignas (na perspectiva de cada um) de merecimento. Nesse caso, suas visões de mundo guiam cada um na avaliação da perspectiva do outro. Em uma discussão sobre as respectivas crenças metafísicas, o psicanalista pode declarar que os seres humanos são fundamentalmente seres sociais e relacionais, e que qualquer ciência humana que marginalize tais considerações é profundamente falha. O geneticista pode, ao contrário, defender que os seres humanos são entidades que incorporam mecanismos atômicos complexos e interativos, cuja organização pode ser sistematicamente analisada pela ciência empírica. É possível inferir, continuando o exemplo, que o psicanalista sustente uma “ontologia” psicossocial e o geneticista uma “ontologia” naturalista. *Visão psicossocial e naturalismo*, como usados nesse discurso, seriam exemplo de implicações de valor⁵⁸.

Os valores implicados por uma determinada visão de mundo têm uma eficácia causal mais vaga, indireta e cognitivamente mais distante quando comparados aos compromissos de valor. É de se esperar que os valores implicados sejam menos suscetíveis a mudança, uma vez que são ligados à visão de mundo adotada pelo indivíduo, visão essa que não guia somente sua prática médica ou pesquisa científica, mas também suas condutas na vida cotidiana. Tais valores não representam meramente uma posição teórica intelectual sobre determinado tema como, no caso referido, a psicologia ou o comportamento, mas representam atitudes e pressuposições *globais, significativas e firmemente sustentadas* que moldam a percepção da realidade e direcionam a maneira de se viver. No exemplo fornecido por Sadler, não haveria uma resolução simples para

⁵⁸ SADLER, 1997.

questões como qual disciplina (psicanálise ou genética) proveria o conhecimento mais genuíno ou importante. Cada perspectiva seria fundamentada sobre pressuposições muito divergentes em relação a quais são as “questões significativas”, as “evidências relevantes”, as “determinações apropriadas de desfechos para uma pesquisa” e assim por diante. Essas discordâncias são *implicadas* pelo ponto de vista ontológico individual (reducionista x não-reducionista, naturalista x psicossocial, etc.). Para clarear as divergências mais fundamentais seria necessário uma compreensão aprofundada das visões de mundo do psicanalista e do geneticista sobre a natureza humana, e também sobre suas vidas, histórias e culturas pessoais⁵⁹. Para Sadler, tais crenças são profundamente arraigadas, “até mesmo inconscientes (no sentido Freudiano)”⁶⁰. Segundo ele, uma pessoa com um ponto de vista psicossocial vive segundo essa perspectiva não por um apelo abstrato e teórico, mas porque tal visão de mundo tem uma história profundamente significativa em sua vida e cultura. Dessa forma, valores implicados estão intimamente ligados aos sentidos de identidade e personalidade individuais.

As implicações de valores precedem posições teóricas; eles são modos existenciais que estruturam as escolhas da vida. Precisamente devido a sua natureza indireta e profundamente presumida, discordâncias envolvendo-as geralmente são as mais intratáveis e, segundo Sadler, tal “intratabilidade” poder servir como sinalizador da presença de implicações valorativas para o estudioso de valores. Com ou sem conflitos aparentes, a busca por valores implicados pode ser suscitada pela pergunta: “Quais suposições sobre a natureza humana e o propósito humano subjazem este discurso, este ponto ou este argumento?”⁶¹.

As **consequências de valor**, ao menos no contexto da medicina e da ciência, englobam os *efeitos*, previstos ou não, de uma determinada teoria, prática ou programa de pesquisa. Entretanto, não se tratam de quaisquer efeitos, mas aqueles que guiam ações sociais e, como tal, são sujeitos a merecimento ou

⁵⁹ É devido a isso que SADLER (1997) defende que ao estudioso dos valores é necessário ter um conhecimento amplo do campo em estudo, inclusive dos aspectos culturais e históricos envolvidos.

⁶⁰ SADLER, 1997, p.11.

⁶¹ SADLER, 1997, p.11.

condenação. O exemplo dado por Sadler para ilustrar as consequências de valor está ligado ao *Programa de Pesquisa em Implicações Éticas, Legais e Sociais* do Projeto Genoma Humano⁶². Estabelecido em 1990, o programa tem a função de estimular pesquisas básicas e aplicadas que antecipariam adversidades éticas, legais e sociais associadas causalmente com o esforço e os resultados do mapeamento do genoma humano. Segundo a definição de Sadler, o programa pretende antecipar, identificar e talvez até evitar certas consequências de valor. O peso valorativo que as consequências de valor recebem advém de sua associação causal com outras condições valoradas positiva ou negativamente. No exemplo citado, lamentaríamos a disseminação de uma praga genética devido a uma experimentação indevida e acidental e essa seria uma consequência de valor a ser evitada⁶³.

Dimensão descritiva

A dimensão descritiva abarca a grande variedade de experiências avaliatórias humanas – valorizamos desde estilos musicais até teorias científicas, passando por comportamentos, edificações, visões de mundo e muitos outros aspectos da vida. Na obra de Sadler, essa dimensão é composta por cinco subdimensões heurísticas: estética, epistêmica, ética, ontológica e pragmática⁶⁴. Os tipos descritivos propostos não são mutuamente excludentes e a possibilidade de categorizar um valor em um ou outro tipo depende do contexto de uso.

Valores estéticos se relacionam a noções de forma e beleza e são comumente utilizados na avaliação da arte e de empreendimentos criativos. Exemplos de termos avaliatórios com significado predominantemente estético incluem *belo*, *elegante*, *harmonioso*, *feio*, entre outros. Eles pouco aparecem de forma explícita na medicina e na ciência, embora às vezes seja difícil discriminá-los em relação a valores epistêmicos ou pragmáticos no discurso médico-científico.

⁶² *The Ethical, Legal and Social Implications (ELSI) Research Program*, descrito com detalhes em <http://www.genome.gov/10001618>.

⁶³ SADLER, 1997.

⁶⁴ Para Sadler (1997, p.13), embora seja possível utilizar outras dimensões descritivas, as citadas foram suficientes em sua análise de edições anteriores do DSM.

Por exemplo, a sentença “A fenomenologia apresenta explicações elegantes para alguns fenômenos psicopatológicos” é complexa do ponto de vista valorativo, devido à dificuldade de se afirmar se *elegante* foi usado com significado estético, epistêmico ou pragmático.

Valores epistêmicos se relacionam às noções avaliativas sobre racionalidade e conhecimento, tanto dentro quanto fora da ciência. Dentro da ciência, em geral são utilizados em defesa ou crítica de teorias ou programas de pesquisa particulares. Termos de valor comumente utilizados com significado epistêmico incluem *coerência, precisão, simplicidade, abrangência, confiabilidade, validade, etc.*

Valores éticos se relacionam à moral, ao Bem, a fins virtuosos, e inversamente, a valores opostos, como o mal e a imoralidade. Termos de valor com significado predominantemente ético incluem *autonomia, justiça, virtude, discricção, sigilo,* vil, desonesto**, entre outros⁶⁵.

Valores ontológicos estão ligados a noções particulares sobre a natureza (ou condição) humana: a estrutura e organização do eu e da sociedade; a intersubjetividade; noções sobre espaço, tempo e causalidade; e outros aspectos da experiência humana e do ser. Em geral, tais valores são sustentados profundamente, manifestando-se no discurso psiquiátrico especialmente em discussões sobre o que *são* os transtornos mentais. Devido à tendência de serem sustentados profundamente, os valores ontológicos com frequência são implicados ou consequentes (sob a óptica da dimensão causal). Termos de valor relacionados incluem *reificação, holismo, reducionismo, naturalismo*, entre outros. O exemplo de discussão entre o geneticista e o psicanalista demonstra valores descritivamente ontológicos e causalmente implicados⁶⁶.

Valores pragmáticos se referem à noção de utilidade e ao alcance de fins práticos. Eles incluem valores políticos, econômicos, administrativos, logísticos,

⁶⁵ Vale notar que, ao menos em nossa cultura, o termo “valor” na maior parte das vezes faz referência a valores éticos (ex.: “ele não tem valores!”) ou pragmáticos (ex.: “qual o valor desse produto?”).

⁶⁶ SADLER, 1997.

entre outros, e exemplos de termos relacionados incluem *eficiente*, *facilidade de uso*, *poderoso*, *burocrático*, *rentável*, etc.

Segundo Sadler (1997), tais distinções entre tipos descritivos de valores são fluidas e multivalentes. Fluidas no sentido de os limites entre essas categorias serem ambíguos, como no caso do termo *simplicidade*, que pode ser entendido, em um mesmo contexto, como ou um valor epistêmico, estético ou pragmático. O autor aponta que é possível que disputas científicas sejam fundadas nessa ambiguidade, por exemplo, com um lado dos debatedores usando o termo *simplicidade* em seu sentido epistêmico e outro em seu sentido pragmático, sem compreensão mútua (SADLER, 1996). As distinções são multivalentes no sentido de que, em contextos diferentes, os valores podem assumir uma dimensão descritiva diversa. O termo *elegante* pode ter um sentido epistêmico, por exemplo na constatação de que uma teoria elegante consegue explicar certos fenômenos com clareza e simplicidade, ou um sentido estético, como na observação de uma pessoa trajada elegantemente.

Metodologicamente, portanto, as três dimensões de valores (linguística, causal e descritiva) podem ser utilizadas como diferentes meios interpretativos para se reconhecer conteúdos valorativos em determinado discurso. A proposta de Sadler (1997, 2005) é sondar sistematicamente materiais escritos com as três dimensões em mente, fazendo-se perguntas como “Qual é o significado desse uso da linguagem avaliatória? Quais pressuposições ontológicas são implicadas por essa teoria, ação ou abordagem metodológica? Quais as consequências valorativas para a ciência e a sociedade são engendradas por esse programa? Essa ação serve aos interesses de quem? Em que sentido descritivo esse termo de valor está sendo usado?”⁶⁷.

Consensos e outras considerações sobre valores

Nas seções anteriores descrevemos os trabalhos de Fulford e Sadler, entre os quais é possível notar semelhanças e diferenças. O propósito dessa seção é

⁶⁷ SADLER, 1997, p.15.

ressaltar consensos entre ambas as abordagens e outras considerações não explicitadas anteriormente.

Em primeiro lugar, para Fulford e Sadler fatos e valores são ontologicamente interdependentes e ambos os autores apontam, direta ou indiretamente, a importância dos trabalhos filosóficos de W.V.O. Quine e de Hilary Putnam, por criticarem a dicotomia analítico-sintético e minarem diversos dualismos, entre eles o dualismo fato-valor. Embora se debrucem sobre a análise de “valores”, a utilização desse termo para Fulford e Sadler representa uma distinção meramente didática em relação aos “fatos”, mas útil para uma compreensão mais ampla da dinâmica de conformação da psiquiatria, seja na prática clínica ou na análise das classificações diagnósticas⁶⁸.

Um segundo ponto de semelhança entre os autores é que, diante da dificuldade de definir ontologicamente o que sejam valores⁶⁹, ambos recorrem à análise do uso das sentenças e dos termos valorativos em nossa linguagem, entendendo que expressões valorativas são instrumentos linguísticos dos quais dispomos para comunicar julgamentos acerca do bom e ruim, ou, em outros termos, do que aprovamos ou reprovamos (juízos de valor). Neste capítulo não propomos nenhuma definição ontológica do que sejam valores, mas para fins práticos podemos considerá-los guias para as ações humanas, sujeitos a merecimento ou condenação em uma determinada comunidade, conforme as observações de Sadler (1997).

Outro aspecto relevante diz respeito à maneira como Fulford e Sadler concebem os valores: são muitos, de variados “tipos”, irreduzíveis uns aos outros e podem, conseqüentemente, conflitar. Essa é uma visão pluralista muito semelhante à do filósofo Isaiah Berlin (1998) que, assim como Fulford (2014), defendeu que o pluralismo de valores não representa um relativismo, mas, pelo contrário, que decisões entre valores conflitantes em uma determinada situação são possíveis e necessárias.

⁶⁸ FULFORD *et al.*, 2005; SADLER, 2005.

⁶⁹ Dificuldade esta que também se aplica à definição do que sejam “fatos”.

Embora Berlin (1998) tenha defendido o pluralismo de valores em contextos políticos, Fulford o defende no cenário clínico e Sadler em relação às classificações diagnósticas psiquiátricas. Essa variedade de contextos em que os valores estão presentes nos levam a mais uma observação: valores são encontrados nas mais diversas atividades humanas, em maior ou menor grau. Tanto Sadler quanto Fulford parecem concordar com a observação de Hilary Putnam de que “sem valores nós não teríamos um mundo”⁷⁰, no sentido de que nossa própria apreensão do mundo é um ato intencional e valorativo.

Entretanto, embora haja muitas concordâncias entre os autores estudados, diversas questões conceituais sobre valores ainda permanecem abertas, por exemplo sobre como desempenhamos juízos avaliatórios, como os valores guiam as ações humanas, como “adquirimos” ou “formamos” os valores e como os operamos em nosso cotidiano. Para tentar responder tais questões provavelmente seria necessário analisar outras abordagens e teorias sobre valores que transcendem o próprio escopo da psiquiatria, como os trabalhos do filósofo alemão Max Scheler⁷¹ ou de outros autores⁷². Entretanto, a exposição desses outros referenciais ultrapassa os objetivos deste capítulo e eles seguem como sugestões de estudo para o leitor interessado.

Conclusão

O papel dos valores na psiquiatria tem ganhado destaque nas últimas duas décadas e esse movimento pode ser amplamente creditado aos trabalhos dos psiquiatras Bill Fulford e John Z. Sadler. Considerados guias para as atividades humanas e sujeitos a merecimento e condenação dentro de uma determinada comunidade, os valores são considerados por ambos os autores como indissociáveis dos fatos, compondo, portanto, a nossa própria condição humana de agentes, cuja apreensão do mundo é sempre intencional e valorativa. Tanto para Fulford quanto para Sadler, é esperado que diferentes valores conflitem e,

⁷⁰ PUTNAM, 1992, p.141.

⁷¹ DAVIS; STEINBOCK, 2014.

⁷² FULFORD, 2014, p.16.

segundo os autores, é possível e necessário que sejam tomadas decisões democráticas acerca da prioridade que cada valor em um determinado contexto deve assumir.

Para estes pesquisadores explorar valores na psiquiatria permite conhecer melhor a dinâmica de conformação da disciplina, esclarecendo para os próprios profissionais, pacientes, cuidadores e gestores a que se pretende a especialidade. Seja na prática clínica, na pesquisa ou elaboração de classificações diagnósticas, levar em conta com o mesmo peso as evidências científicas e os valores em jogo dentro da psiquiatria tem se mostrado cada vez mais como uma estratégia ética potencialmente capaz de colocar a especialidade em destaque dentro da própria medicina.

A CLASSIFICAÇÃO, DEFINIÇÃO E ONTOLOGIA DO DELÍRIO

JOSÉ EDUARDO PORCHER

O delírio é um dos constructos centrais da psicopatologia. Ele é considerado 'a característica básica da loucura'¹, bem como o principal critério para avaliar e diagnosticar psicoses. A detecção de delírios possuem consequências profundas para o diagnóstico e tratamento de pacientes, bem como para a predição de comportamento e a atribuição de responsabilidade. Ainda assim, apesar da sua importância, o delírio escapa à conceptualização precisa. No que segue, apresentarei os desafios teóricos mais fundamentais que dizem respeito à natureza do delírio. Neste capítulo, meu objetivo é mostrar que 'delírio' é um termo altamente ambíguo e que os fenômenos ao qual este refere são variegados. Finalmente, tenho por objetivo esclarecer por que filósofos têm se interessado pelo delírio, cada vez mais se juntado a psiquiatras e psicólogos no esforço de chegar a um entendimento compreensivo dos fenômenos que caem sob esse conceito.

A classificação do delírio

Delírios ocorrem em uma variedade de contextos clínicos, incluindo esquizofrenia, transtorno bipolar, mal de Alzheimer, mal de Parkinson, epilepsia e lesão cerebral adquirida. Delírios têm sido agrupados de muitas maneiras diferentes. O contexto do delírio, por exemplo, já foi um critério para dividir delírios entre orgânicos e funcionais. Um delírio era considerado orgânico se era resultado de uma lesão cerebral e funcional se não possuía causa orgânica conhecida (o que normalmente levava à uma explicação psicodinâmica ou motivacional). Hoje a distinção é considerada obsoleta, visto que o desenvolvimento da neuropsiquiatria tem progressivamente dado credibilidade à noção de que todos os delírios

¹ JASPERS, 1913, p.93.

possuem uma base orgânica, mesmo que não sejamos capazes de determinar precisamente qual seja ela.

Talvez a classificação dos delírios mais intuitiva é a partir do seu conteúdo—isto é, de acordo com aquilo sob o que versa o delírio. Não apenas inventários que precedem o século 20 são testemunho dessa tendência², mas também classificações correntes. Por exemplo, a seção ‘Espectro da Esquizofrenia e outros Transtornos Psicóticos’ da edição atual do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) afirma que delírios esquizofrênicos podem ser subdivididos de acordo com seus temas, sendo alguns desses de tipo persecutório, referencial, grandioso, somático e erotomaniaco³. Delírios de perseguição envolvem a convicção que se está sendo prejudicado ou assediado por um indivíduo ou grupo de indivíduos; delírios de referência envolvem a convicção de que certos gestos, comentários ou sinais ambientais são direcionados ou dizem respeito a si; delírios de grandeza envolvem a convicção de que se possui habilidades, riqueza ou fama extraordinárias; delírios somáticos envolvem convicções sobre a saúde ou funcionamento de órgãos ou membros do corpo; e delírios erotomaniacos envolvem a convicção de que outra pessoa, normalmente de grande fama ou status social elevado, está apaixonado por si. As famílias temáticas listadas no DSM são algumas das mais clinicamente comuns, mas não chegam próximo de exaurir a variedade temática do delírio.

No seu louvado *Psicopatologia Geral*, Karl Jaspers efetuou uma mudança na classificação dos delírios passando da atenção ao seu conteúdo para suas características formais ou estruturais, como sua compreensibilidade. Para Jaspers, a inabilidade de um psiquiatra alcançar uma compreensão empática da experiência do paciente constituía o verdadeiro sinal da loucura e era o principal critério para a distinção entre delírios primários (delírios propriamente ditos) e secundários (ideias deliróides). Jaspers manteve que delírios primários não são passíveis de compreensão fenomenológica e originam no que ele descreveu como uma

² BERRIOS, 1996.

³ APA, 2013, p.87.

'transformação na nossa consciência total da realidade', enquanto delírios secundários originam na experiência do sujeito de maneira compreensível⁴.

A mudança de uma classificação extensional para intensional é sentida também na distinção entre delírios bizarros e não-bizarros—uma distinção de alguma importância clínica, visto que o DSM trata a presença de delírios bizarros como um dos critérios clínicos mais importantes para o diagnóstico de esquizofrenia. De acordo com o DSM, delírios são considerados bizarros quando duas condições são preenchidas: primeiro, eles são claramente implausíveis ou inconcebíveis para pares da mesma cultura; segundo, eles não são derivados de experiências de vida ordinárias⁵. Instâncias de delírio que parecem satisfazer esses critérios abundam na literatura clínica. Por exemplo, um paciente possuía o delírio de que havia uma usina de energia nuclear dentro do seu corpo⁶; outro, que estava em Boston e Paris ao mesmo tempo⁷. Muito mais comuns, porém, são delírios que não satisfazem os critérios para ser um delírio bizarro; isto é, delírios que parecem de alguma maneira compreensíveis e derivados da experiência de vida do sujeito. Como um exemplo disso, o DSM alude à convicção de que se está sob vigilância por parte da polícia, a despeito da ausência de evidências convincentes disso.

Finalmente, uma distinção recente e útil divide o conjunto de delírios entre monotemáticos e politemáticos⁸. Delírios monotemáticos são aqueles que se concentram em apenas um tema específico. Em contraste, delírios politemáticos são aqueles nos quais pacientes exibem muitos delírios que dizem respeito a uma variedade de temas. Delírios monotemáticos tipicamente não são elaborados nem (completamente) integrados ao restante das crenças do paciente, enquanto delírios politemáticos são elaborados e integrados. Delírios monotemáticos ocorrem comumente em decorrência de uma lesão cerebral adquirida. Delírios que se manifestam monotematicamente são aqueles referidos como Síndromes de

⁴ 1913/1963, p.95.

⁵ APA, 2013, p.87.

⁶ DAVID, 1990.

⁷ WEINSTEIN; KAHN, 1955.

⁸ COLTHEART, 2013.

Falsa Identificação Delirante como, por exemplo, o delírio de Capgras, o delírio de Frégoli, e a paramnésia reduplicativa. Delírios politemáticos são frequente e apropriadamente referidos como sistemas deliróides, sendo mais comumente associados à esquizofrenia.

O delírio de Capgras, descrito por Joseph Capgras e Jean Reboul-Lachaux em 1923 como 'ilusão de sósias', envolve a convicção de que pessoas próximas ao paciente (tipicamente cônjuges ou parentes) foram substituídos por impostores idênticos. O delírio de Frégoli, descrito por Paul Courbon e Gustave Fail em 1927, tipicamente envolve a convicção de que certos estranhos são, na verdade, pessoas familiares usando disfarces (ou, ainda, que diferentes pessoas são uma única pessoa que troca de aparência ou disfarce a todo o tempo). Finalmente, a paramnésia reduplicativa, descrita por Arnold Pick em 1903, tipicamente envolve a convicção de que um local foi duplicado, existindo em dois ou mais lugares simultaneamente.

Talvez o mais famoso caso de delírio politemático na história da psiquiatria permaneça sendo aquele de Daniel Paul Schreber, um juiz de apelação no Reino da Saxônia que passou treze anos em asilos psiquiátricos e escreveu sobre suas experiências com esquizofrenia em *Memórias de um Doente dos Nervos*⁹. Parte dessa fama se dá ao fato de que seu relato foi sujeito de estudo por Freud e Bleuler, bem como citado como exemplo de incompreensibilidade esquizofrênica por Jaspers. O âmago do sistema deliróide de Schreber incluía a convicção de que ele possuía uma missão de redimir o mundo e restaurar a humanidade ao seu estado perdido de beatitude. Schreber insistia que, para que isso se realizasse, forças divinas estavam o preparando para uma união sexual com Deus ao transformá-lo em uma mulher, para que ele pudesse dar à luz a uma nova raça humana. Schreber nunca repudiou suas convicções, às quais ele se referia por 'meus assim-chamados delírios', e faleceu em um hospício psiquiátrico em 1911.

⁹ SCHREBER, 1903/2000.

A definição do delírio

Oferecer uma definição do delírio que satisfaça as necessidades da teoria psicopatológica e da prática clínica é uma tarefa difícil. As primeiras duas edições do DSM—o DSM-I (1952) e o DSM-II (1968)—não ofereciam uma definição, mas com a inclusão do ‘Glossário de Termos Técnicos’ ao DSM-III (1980), o manual veio a definir o delírio do seguinte modo:

Uma crença falsa baseada em inferência incorreta sobre a realidade externa que é firmemente mantida a despeito do que quase todas as outras pessoas creem e a despeito do que constitui prova ou evidência incontrovertível e óbvia do contrário. A crença não é ordinariamente aceita por outros membros da cultura ou subcultura da pessoa (i.e., não é um artigo de fé religiosa). Quando uma crença falsa envolve um juízo de valor ela é considerada um delírio apenas quando o juízo é tão extremo que desafia a credibilidade¹⁰.

A atenção à literatura clínica levanta um grande número de dificuldades com respeito a essa definição¹¹.

O delírio precisa ser falso? Considere-se o caso da Síndrome de Otelo discutido por Jaspers. Neste, o estresse provocado pela convivência com os ciúmes delirantes do marido levam a sua esposa à buscar consolo nos braços de um amigo, verificando, ipso facto, o delírio do paciente. Nada mudou na mente do paciente: ele ainda mantém que sua esposa é infiel sem possuir evidência que justifique sua convicção. Portanto, não é o valor de verdade da proposição ou proposições mantidas por pacientes delirantes que é epistemologicamente relevante à caracterização da crença delirante, mas o fato de que esta é ‘a despeito do que quase todas as outras pessoas creem e a despeito do que constitui prova ou evidência incontrovertível e óbvia do contrário’, etc. Como gracejou Golda Meir ao ser acusada por Henry Kissinger de sustentar crenças

¹⁰ APA, 2013, p. 819.

¹¹ LEESER; O'DONOHUE, 1999.

paranóicas ao hesitar em fazer concessões aos árabes durante as negociações no Sinai em 1973: 'Até paranóicos têm inimigos'.

O delírio precisa ser baseado em inferências? Como observam Martin Davies e colegas¹², um sujeito pode formar uma crença delirante simplesmente por dar assentimento a uma experiência anômala (e não é óbvio que isso envolva um passo inferencial). Ainda, Philip Gerrans propõe uma teoria que diminui a ênfase na confirmação de hipóteses e sustenta que processos de atenção seletiva exercem seus efeitos sobre a narrativa autobiográfica do paciente. Em suas palavras, 'Alguém com delírios não é um cientista louco, mas um narrador não confiável'¹³. Portanto, a natureza inferencial da formação de delírios é matéria de disputa. Isso levanta a questão de se definições de transtornos mentais e seus sintomas devem incluir elementos explicitamente teóricos.

O delírio precisa dizer respeito à realidade externa? Considere-se delírios somáticos, que concernem o corpo do próprio sujeito, como a somatoparafrenia, na qual pacientes negam que alguns dos seus membros ou mesmo um lado inteiro do seu corpo são seus; ou manifestações da Síndrome de Cotard nas quais pacientes afirmam que alguns dos seus órgãos internos estão faltando; ou ainda delírios de inserção de pensamentos, nos quais o paciente reporta que os pensamentos de outra pessoa estão sendo inseridos na sua mente contra a sua vontade. Se as convicções do paciente versam sobre realidade "interna" ou "externa" não parece importar para a sua inclusão ou exclusão do escopo do conceito de delírio.

O delírio precisa ser mantido firmemente? Apesar de esse ser o caso na maioria das instâncias de delírio, a convicção de pacientes delirantes é sujeita à flutuação. Ao menos alguns pacientes demonstram estar cientes da implausibilidade das suas crenças. Considere-se, por exemplo, o seguinte excerto de uma entrevista com um paciente que mantinha que sua casa e sua família haviam sido substituídos por réplicas idênticas:

— Isso [duas famílias] não é estranho?

¹² 2001, p.134.

¹³ GERRANS, 2009, p.152.

- É inacreditável!
- Como você explica isso?
- Eu não sei. Eu tento entender, mas é virtualmente impossível.
- E se eu lhe dissesse que eu não acredito nisso?
- Isso é perfeitamente compreensível. Na verdade, quando eu digo isso, eu sinto como se estivesse inventando uma história... Algo está errado.
- Se alguém lhe contasse essa história, o que você pensaria?
- Eu acharia extremamente difícil de acreditar. Eu deveria estar me defendendo¹⁴.

Ainda, o delírio precisa contradizer o que quase todas as outras pessoas creem? A atribuição do delírio deve levar em consideração a cultura ou subcultura do sujeito? Davies e colegas objetam que se uma crença implausivelmente bizarra é formada e mantida de maneiras que caracterizam os delírios, então parece que esta deve ser agrupada juntamente com os delírios mesmo que muitos outros sujeitos possuam a mesma crença¹⁵. Porém, por mais ad hoc que pareça essa cláusula da definição do DSM, o aparente excepcionalismo cultural codificado nesta faz sentido do fato de que intuitivamente nós não atribuímos delírios a membros de outras culturas que possuem crenças que julgamos peculiares. Dominic Murphy alude ao trabalho de campo feito por Wendy James no Sudão, onde os membros do grupo étnico Uduk creem que certas árvores ouvem conversas e, ademais, que alguns membros dessa sociedade 'podem aprender o que elas sabem ao queimar um galho do ébano, mergulhá-lo em água e ler os padrões das cinzas na água'¹⁶. Como no caso da natureza inferencial da formação dos delírios, a cláusula de exceção cultural na atribuição de delírios é um ponto de contenção¹⁷.

Finalmente, o delírio precisa ocorrer face à prova ou evidência incontrovertível e óbvia do contrário? Considere-se o caso da falsa identificação do eu espelhado (em inglês: mirrored-self misidentification), o delírio no qual o

¹⁴ ALEXANDER; T.; BENSON, 1979, p.335.

¹⁵ 2001, p.133.

¹⁶ MURPHY, 2013, p.119.

¹⁷ PORCHER, 2016.

paciente manifesta convicção de que a sua imagem no espelho não é sua¹⁸. Este é, por vezes, acompanhado da convicção de que quem quer que seja a pessoa no espelho, ela está seguindo o paciente. A questão é se os pacientes que manifestam esse delírio estão, de fato, de posse de ‘prova ou evidência incontrovertível e óbvia’ de que, mesmo estes sendo incapazes de reconhecer o reflexo no espelho como sendo seu, ele é, mesmo assim, o seu reflexo. Considere-se que assim como sintomas alucinatórios não engendram delírios em todos os pacientes, um sujeito não delirante apresentado à experiência anômala de não reconhecer a si próprio em um espelho poderia (ou discutivelmente deveria) formar a hipótese de que há algo errado consigo. Ainda, o testemunho de seus pares epistêmicos deveria pesar no raciocínio de uma pessoa cujos pensamentos não marcam a presença de algum déficit, viés cognitivo, ou ambos. Assim, a impenetrabilidade à evidência parece ser uma característica epistêmica legítima e central do delírio.

De fato, o delírio é frequentemente não somente impenetrável à evidência do contrário, mas também persiste a despeito de consequências negativas—até mesmo consequências vistas pelo próprio sujeito como danosas e imprudentes. Uma observação final sobre a inadequação da definição do DSM, portanto, é que esta captura características exclusivamente epistemológicas do delírio, falhando em levar em consideração o dano ao funcionamento cotidiano do sujeito, que é tipicamente o foco da preocupação e tratamento clínicos¹⁹.

A ontologia do delírio

O fato de que a definição do delírio tem provado ser problemática levanta a questão de se o delírio pode, de fato, ser definido em termos de condições necessárias e suficientes. Colocada de outro modo, a questão é se todos os vários tipos de fenômenos que chamamos de delírio compartilham de uma essência comum, algo ao qual poderíamos nos referir para decidir se algo é ou não um delírio. Seria o delírio uma classe de objetos tal qual quark, gás nobre e tigre, no

¹⁸ COLTHEART, 2013.

¹⁹ MCKAY; R.; COLTHEART, 2009.

que diz respeito à sua adequação aos propósitos da investigação científica? Seria o delírio uma categoria que “trincha a natureza nas juntas”, agarrando-se à uma distinção real na natureza? Em outras palavras, seria o delírio uma espécie natural?

‘Espécie natural’ faz parte do jargão técnico da filosofia e, por isso, a questão ‘Seria o delírio uma espécie natural?’ merece ser esclarecida. Além de depender de uma investigação das características dos delírios como um todo, uma resposta àquela questão será determinada pelos critérios que uma classe de objetos deve preencher para que seja considerada uma espécie natural. A teoria tradicional das espécies naturais é representada por várias formas de essencialismo, que normalmente envolvem três requisitos principais²⁰.

Primeiro, todos e apenas os membros de uma espécie compartilham de uma essência comum. Segundo, aquela essência é uma propriedade ou um conjunto de propriedades que todos os membros de uma espécie devem possuir. Terceiro, a essência de uma espécie causa as outras propriedades associadas com aquela espécie. Então, por exemplo, a essência do ouro seria a sua estrutura atômica e essa estrutura atômica ocorre em todas e apenas as instâncias de ouro. Tal estrutura é uma propriedade que todos os espécimes de ouro possuem (ao contrário de propriedades acidentais, como ser valioso para seres humanos). Finalmente, a estrutura atômica do ouro é a causa de os espécimes de ouro possuírem as propriedades associadas com sua espécie, como dissolver em mercúrio em temperatura ambiente, conduzir calor e eletricidade e não ser afetado pelo ar e pela umidade.

Visto que o essencialismo mantém que espécies naturais existem independentemente das nossas classificações e interesses, cabe aos cientistas descobrir suas essências inerentes e classificá-las de acordo. A conceptualização de espécies científicas como espécies naturais essencialistas tem de fato sido aplicada com sucesso, especialmente na física e na química; mas será esta aplicável a espécies psiquiátricas, ou mesmo a espécies biológicas? Poderiam transtornos e sintomas psiquiátricos ser exaustivamente definidos por propriedades

²⁰ ERESHEFSKY, 2009.

fixas e inerentes? Poderia o delírio, à luz do fato de que as condições na sua definição standard não são necessárias nem juntamente suficientes?

Por outro lado, presumir que não há um critério ou conjunto de critérios essencial para que algo seja um delírio não implica, por si só, que o delírio enquanto espécie não seja nada além de um agrupamento arbitrário de propriedades. Seguramente 'delírio' seleciona padrões de propriedade razoavelmente estáveis e não-arbitrários, e a aplicação do delírio como classificação parece justificado pela sua utilidade para propósitos clínicos²¹. Consoantemente com essas observações, Peter Zachar (2000) propôs que transtornos mentais sejam conceptualizados como espécies práticas. Como exemplo de uma espécie prática, Zachar alude à distinção entre um adulto e uma criança²². Apesar de as espécies 'adulto' e 'criança' não serem em si nitidamente demarcadas, os usos para os quais as empregamos determinam onde as fronteiras entre eles devem ser fixadas. Consequentemente, muitas distinções entre adultos e crianças são dependentes de contexto. Por exemplo, se nosso objetivo é decidir quem pode votar, assinar um contrato, casar-se, ser mandado para a prisão, beber álcool ou engajar em sexo consensual, cada uma dessas considerações resultará em maneiras diferentes de demarcar a idade adulta²³.

Estaria Zachar certo ao argumentar que espécies psiquiátricas são espécies práticas que espelham distinções dependentes dos interesses humanos? Ou seria o caso que espécies psiquiátricas espelham distinções que ocorrem naturalmente, independentes do modo como escolhemos classificar as coisas? Qual é o sentido relevante de independência com respeito à caracterização de espécies naturais? Richard Samuels (2009) argumenta que este é o que Sam Page (2006) chama independência individuativa: um tipo é individuativamente independente se sua existência não depende (metafisicamente) do modo como categorizamos as coisas. Page ilustra o seu conceito ao aludir à individuação do céu noturno em constelações: apesar de ser plausível que a realidade seja individuada

²¹ BELL; HALLIGAN; ELLIS, 2006.

²² 2014, p.154–5.

²³ HORWITZ; WAKEFIELD, 2012, p. 53.

intrinsecamente em estrelas, esta não é individuada intrinsecamente em constelações, visto que são pessoas que dividem o céu noturno em constelações²⁴. Além disso, apesar de a União Astronômica Internacional dividir a esfera celeste em 88 constelações oficiais, pode haver tantos mapas do céu noturno quanto há pessoas dispostas a nomear diferentes agrupamentos de estrelas.

Com respeito à independência individuativa, portanto, o modelo de espécies práticas de Zachar tem a consequência de tornar espécies psiquiátricas mais próximas de constelações que de estrelas. Porém, visto que espécies psiquiátricas são variegadas e diferem muito com respeito à sua validade, é possível que algumas destas sejam espécies independentes dos nossos interesses, e que outras sejam dependentes destes e, dentre os últimos, alguns podem ser espécies práticas no sentido de Zachar e outros podem nem merecer tal estatuto. No que diz respeito ao caso específico do delírio, três considerações colocam dificuldades para a ideia de que este constitui uma espécie independente.

Em primeiro lugar, delírios podem ser um artifício da nossa psicologia do senso comum (folk psychology), o modo intuitivo como pensamos a respeito de estados e processos mentais. Murphy, por exemplo, afirma que o fato de algo ser ou não um delírio é dependente do modo como um certo estado mental nos parece, e isso depende de se tal estado mental é compatível com nossa compreensão intuitiva de como as pessoas são, tanto em termos gerais quanto dentro da nossa própria cultura²⁵. Portanto, ser um delírio não dependeria de um mecanismo psicológico ou de uma propriedade formal das crenças. Essa observação é derivada da reflexão sobre como atribuímos delírios. Murphy argumenta que o delírio é atribuído a um sujeito quando nossos recursos explicativos se esgotam e não conseguimos fazer sentido de como e por que alguém possui certa crença²⁶. O delírio seria uma crença adquirida de um modo

²⁴ 2006, p.328.

²⁵ 2006, p.180.

²⁶ 2013, p.117.

que derrota nossas expectativas sobre a aquisição de crenças (o que Murphy apropriadamente chama de epistemologia do senso comum).

Em segundo lugar, como apontei quando discuti a cláusula de exceção cultural na definição de delírio no DSM, o que é considerado um delírio em certo lugar (ou em certo momento) pode não ser considerado em outro. Isso vai ao encontro da teoria de Murphy a respeito da falha da nossa epistemologia do senso comum em explicar a aquisição de certa crença por parte de um sujeito, pois o que conta como razão para manter uma crença dependerá em última análise do contexto de atribuição. Considere-se novamente o exemplo do grupo étnico Uduk. Crer que ébanos podem ouvir conversas e que a informação sobre tais conversas pode ser acessada por certas pessoas contará como uma razão para não conversar perto de ébanos²⁷. Na sociedade Uduk, esse tipo de raciocínio seria facilmente compreensível. Na medida em que um delírio depende de quais crenças prevalecem socialmente no contexto de atribuição, a relatividade cultural sugere que ser um delírio é uma propriedade que não é individualmente independente.

Em terceiro lugar, delírios são normativamente avaliáveis: ter um delírio é normalmente (se não necessariamente) um sinal de que algo está errado. Embora isso não necessariamente implique dependência, se as normas às quais está sujeita a avaliação do delírio forem de qualquer modo sociais, então a própria existência do delírio dependeria de modos de pensamento culturais. Em outras palavras, a delimitação da categoria do delírio seria ao menos parcialmente dependente do modo como pensamos. Portanto, o delírio não seria uma espécie individualmente independente. Mas seriam as normas que governam o delírio sociais?

Delírios podem ser sujeitos a ao menos dois tipos de normais, a saber, normas médicas e normas de racionalidade²⁸. Por um lado, é difícil não aceitar que delírios são tipicamente, se não sempre sintomas de patologia, e mesmo as teorias menos socialmente carregadas a respeito do transtorno mental aceitam que a

²⁷ BOYER, 2001, p.69.

²⁸ SAMUELS, 2009.

noção de dano ou prejuízo deve ser compreendida em termos socioculturais²⁹. Por outro lado, é difícil evitar a conclusão que alguns, se não todos os delírios são epistemicamente irracionais, muito embora a questão de se normas de racionalidade são parcialmente construídas socialmente é muito mais controversa.

Contra estas ameaças, Samuels argumenta que a linha de raciocínio que objeta ao estatuto de espécie natural dos delírios peca por confluir a metafísica do delírio com sua epistemologia³⁰. O problema metafísico relevante é a natureza dos delírios, isto é, o que é ser um delírio. O problema epistêmico relevante, por sua vez, diz respeito à base evidencial para nossos juízos sobre delírios, isto é, os tipos de evidência que invocamos ao julgar que alguém possui um delírio. Porém, mesmo que essa base evidencial seja necessariamente conectada à epistemologias do senso comum culturalmente restritas, Samuels aponta que ainda permanece a questão modal de que isso não seria por si só suficiente para estabelecer uma conexão necessária entre o que é ser um delírio e os nossos juízos sobre o que é ser um delírio: a conexão pode ser contingente.

Em última análise, a importância de investigar que tipo de coisa é um delírio jaz em determinar se este constitui uma categoria apropriada para os propósitos da investigação científica, como generalização indutiva, descoberta empírica, e explicação mecanística. Para esse fim, a demanda essencialista de que todos e apenas os membros de uma espécie necessariamente compartilhem propriedades intrínsecas pode pecar por ser excessivamente restritiva. Isso é facilmente estabelecido tendo em vista que muitas espécies que desempenham com sucesso papéis importantes na prática científica, como as categorias da biologia, não atendem a tal demanda. Parcialmente por esse motivo, a opinião predominante na filosofia da ciência é que tal noção sortal de essência deve ser substituída por uma noção meramente causal que implique apenas a existência de um conjunto de mecanismos causais empiricamente descobríveis que explique a covariação das características ou sintomas co-instanciadas pelas instâncias de uma espécie. Um essencialismo mitigado desse tipo é exemplificado pelo modelo de agrupamento

²⁹ WAKEFIELD, 1992.

³⁰ 2009, p. 68.

homeostático de propriedades de Richard Boyd (1991), o modelo mais amplamente aceito de espécies naturais no presente.

Resolver a disputa a respeito do estatuto de espécie natural do delírio dependerá da determinação, através de pesquisa exploratória, de se o delírio enquanto categoria é individuado por uma essência causal. Um forte indicativo de que esse é o caso seria encontrarmos alguma unidade nas explicações do delírio. Até o momento, tal unidade permanece sendo um objetivo distante todas as opções ainda estão disponíveis, incluindo a ideia de que o delírio como uma espécie genérica espelha uma distinção meramente prática, enquanto alguns de seus subtipos possuem a independência individuativa e unidade causal requerida por espécies naturais³¹. Todavia, mesmo que a investigação sobre as causas neurobiológicas do delírio revele que o delírio como tal não é caracterizável não-disjuntivamente pelo vocabulário da neurociência, uma unidade explicativa poderia ser encontrada em outros níveis de explicação. Explicações causais do delírio têm se concentrado sobretudo nos processos computacionais no nível cognitivo³². Porém, em última análise, dado que muitos fatores são implicados no desenvolvimento do delírio, e que a contribuição de cada um desses fatores varia de caso a caso, a busca por uma explicação que integre os vários níveis de explicação, do neurobiológico ao fenomenológico, pode ser nossa melhor chance de chegar à uma teoria unificada do delírio.

Conclusão

Através do exame dos problemas fundamentais envolvidos na determinação da natureza do delírio, tentei mostrar algumas das razões pelas quais filósofos têm progressivamente descartado fronteiras disciplinares e contribuído para os debates brevemente esboçados nesse capítulo. Tentei, especialmente, fazer um esforço de justificar o engajamento de filósofos com a literatura clínica sobre o delírio e a colaboração entre filósofos e psiquiatras, a qual idealmente é uma via de duas mãos. Por um lado, filósofos se beneficiam do contato com a psiquiatria pelo fato

³¹ PORCHER, 2016.

³² GERRANS, 2014.

de a literatura clínica prover casos reais (em oposição a meramente imaginários) com os quais filósofos da mente podem engajar e testar suas teorias³³. Por outro lado, filósofos contribuem não só para o esclarecimento de conceitos e para a análise de implicações de resultados empíricos, mas também para a construção de modelos explicativos e sugestão de novas avenidas de pesquisa empírica³⁴. Sugiro que o melhor modo para filósofos contribuírem para a compreensão dos fenômenos relevantes é levar a sério o conselho de Louis Sass e resistir à tendência de formular questões e argumentos em termos excessivamente polarizados (e a partir disso confiar nessas formulações ao explorar o domínio de investigação) para não impedir nossa compreensão de fenômenos que são repletos de ambiguidades e complexidades que desafiam conceptualizações apressadas³⁵.

³³ BORTOLOTTI, 2010.

³⁴ DAVIES *et al.*, 2001; GERRANS, 2014.

³⁵ 2004, p. 71.

Referências

- ALEXANDER, M. P.; S.; T., D.; BENSON, D. F. "Capgras' syndrome: A reduplicative phenomenon". In: *Neurology*, v.29, p.334–339, 1979.
- ALVES, L. C. R. "A Consciencia na Fenomenologia Husserliana". In: *Theor. - Rev. Eletrônica Filos.*, n.13, p.112–24, 2013.
- APA. "Diagnostic and statistical manual of mental disorders". 5th ed., p.991.
- APA. "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)". 4. ed. Washington DC.
- AUSTIN, J. L. "How to do things with words". London: Oxford University Press, 1962. p.174.
- BAN, T. "Fifty years chlorpromazine: a historical perspective". In: *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* p.495–500.
- BAUDRILLARD, J. "Sociedade de consumo". São Paulo: Editora Elfos, 1995.
- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. "Princípios de Ética Biomédica". 1. ed. São Paulo: Loyola, 2002, p. 576.
- BELL, V.; HALLIGAN, P. W.; ELLIS, H. D. "Diagnosing delusions: a review of inter-rater reliability". In: *Schizophr. Res.*, v 86, p.76–79, 2006.
- BENTALL, R. P. "After Kraepelin". In: *Madness Explain. Psychos. Hum. Nat.* Bury St Edmunds: Penguin Books, 2003a, p.19–40.
- _____. "Madness Explained: Psychosis and Human Nature". Bury St Edmunds: Penguin Books, 2003b, p.656.
- BERLIN, I. "My Intellectual Path", 1998. Disponível em: <http://www.nybooks.com/>

BERRIOS, G. “Descriptive psychiatry and psychiatric nosology during the Nineteenth Century”. In: E.; GACH, J. (Eds.). *Wallace*. History of psychiatry; medical psychology. New York: Springer, 2008, p.353–379.

_____. “The History of Mental Symptoms”. Cambridge: CUP, 1996.

BERRIOS, G. E.; MARKOVÁ, I. S. “Conceptual Issues”. Em: D’HAENEN, H.; BOER, J. A. DEN; WILLNER, P. (Eds.). “Biol. Psychiatry”. John Wiley & Sons, Ltd, 2002, p.3–24.

BEYER, C. “Edmund Husserl” (E. N. Zalta, Ed.), 2016. Disponível em: <https://plato.stanford.edu/archives/win2016/entries/husserl/>

BILIBIO, E. “A Fenomenologia do tempo em Heidegger e Husserl: uma aproximação”. In: *Revista Analecta*, v.6, n.2, p.77-83, 2005.

BOHR, N. “Discussion with Einstein on Epistemological Problems in Atomic Physics”. In: PAUL ARTHUR SCHILPP (Ed.). *Albert Einstein Philos.* 3. ed. Open Court, 1949, p.1–34.

BORTOLOTTI, L. “Delusion and Other Irrational Beliefs”. Oxford: Oxford University Press, 2010.

BOYD, R. “Realism, anti-foundationalism and the enthusiasm for natural kinds”. In: *Philos. Stud.*, v.61, p.127–148, 1991.

BOYER, P. “Religion Explained: The Evolutionary Origins of Religious Thought”. New York: Basic Books, 2001.

BRASIL. “Lei n 10.216, 2001”. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>.

BRENDEL, D. H. “Reductionism, eclecticism, and pragmatism in psychiatry: the dialectic of clinical explanation”. In: *J. Med. Philos.*, v.28, n.5-6, p.563–80, 2003.

BRUN, J. “O epicurismo”. Lisboa: Edições 70, 1992.

CALAZANS, R.; SANTOS, J. L. G. DOS. “A pré-história da noção de causa em Freud”. In: *Paid. (Ribeirão Preto)*, v. 17, n. 36, p. 69–78, Abr. 2007.

CASTRO-DE-ARAUJO, L. F. S. “Causes and causal models in psychiatry”. Master’s dissertation — Universidade Estadual de Campinas, 2013.

_____; BANZATO, C. E. M. “‘Weak’ causes and complex causal nets in psychiatry”. In: *Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.*, v.17, n.1, p.14–27, 2014.

CASTRO-DE-ARAUJO, L. F.; LEVY, N.; KANAAN, R. A. “RDoC and shift of reference”. In: *Australas. Psychiatry*, p.1–3, 2016.

COLOMBETTI, G. “Psychopathology and the enactive mind”. Oxford: Oxford University Press, 2013. p.1083–1102

COLOMBO, A. *et al.* “Evaluating the influence of implicit models of mental disorder on processes of shared decision making within community-based multi-disciplinary teams”. In: *Soc. Sci. Med.*, v. 56, n. 7, p. 1557–1570, 2003.

COLTHEART, M. “On the Distinction between Monothematic and Polythematic Delusions”. In: *Mind Lang.*, v.28, n.1, p.103–112, 2013.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. “Código de Ética Médica”, 2013.

COOPER, D. “Psychiatry and anti-psychiatry”. London: Paladin, 1971.

COOPER, R. “Classifying Madness”. New York: Springer, 2005, p.178

_____. “Psychiatry and philosophy of science”. Stocksfield: Acumen Publishing, 2007.

COSGROVE, L.; KRIMSKY, S. “A Comparison of DSM-IV and DSM-5 Panel Members’ Financial Associations with Industry: A Pernicious Problem Persists”. In: *PLoS Med.*, v. 9, n. 3, p. 9–12, 2012.

DAVID, A. S. “Insight and psychosis”. In: *Br. J. Psychiatry*, v.156, p.798–808, 1990.

DAVIDSON, D. “Mental events”. 2nd Edition. Oxford: Clarendon Press, 2001, p.207–224.

DAVIES, M.; C. *et al.* “Monothematic delusions: Towards a two-factor account”. In: *Philos. Psychiatry, Psychol.*, v. 8, p. 133–158, 2001.

DAVIS, Z.; STEINBOCK, A. “Max Scheler”. Edward N. Zalta., 2014. Disponível em: <<http://plato.stanford.edu/archives/sum2014/entries/scheler/>>

DEMAZEUX, S. “The ideal of scientific progress and the DSM”. *The DSM-5 in perspective. Philosophical reflections on the psychiatric Babel.* Dordrecht: Springer, 2015, p. 3–24.

DOLL, R.; HILL, A. “The mortality of doctors in relation to their smoking habits”. *BMJ*, v.328, n. June, p.1529–33, 1954.

DOUGLAS, M.; ISHERWOOD, B. “O mundo dos bens: para uma antropologia do consumo”. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 2004.

DUMONT, J. P. “A filosofia antiga”. Lisboa: Edições 70, 1986.

DUVERNOY, J. “O epicurismo e sua tradição antiga”. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993.

ERESHEFSKY, M. “Natural kinds in biology”. In: CRAIG, E. (Ed.). *Routledge Encycl. Philos.* London: Routledge, 2009.

FARRINGTON, B. “A doutrina de Epicuro”. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1968.

FAUCHER, L.; GOYER, S. “RDoC: thinking outside the DSM box without falling into a reductionist trap”. *The DSM-5 in perspective. Philosophical reflections on the psychiatric Babel.* Dordrecht: Springer, 2015, p.199–224.

FOUCAULT, M. “Les mots et le choses”. Paris: Galimard, 1966.

FREUD, S. “Conferências Introdutórias sobre Psicanálise”. In: *Obras Complet.* Primeira ed. São Paulo: IMAGO, 2011.

FUCHS, T. “The temporal structure of intentionality and its disturbances in Schizophrenia”. In: *Psychopathology*, v.40, n.4, p.229–235, 2007.

_____; BREYER, T.; MUNDT, C. (EDS.). “Karl Jaspers’ philosophy and psychopathology”. Dordrecht: Springer, 2014.

FUCHS, T.; SCHLIMME, J. E. “Embodiment and psychopathology: a phenomenological perspective”. In: *Curr. Opin. Psychiatry*, v. 22, n. 6, p. 570–575, 2009.

FULFORD, K. W. M. *et al.* “Moral theory and medical practice”. Cambridge: Cambridge University Press, 1989, p.311

_____. “Philosophy and medicine: the Oxford connection”. In: *Br. J. Psychiatry*, v.157, n.1, p.111–115, Jul. 1990.

_____. “Values-based practice: the facts”. In: LOUGHLIN, M. (Ed.).. *Debates Values-Based Pract.* Cambridge: Cambridge University Press, 2014, p.319.

_____. “Looking with both eyes open: fact and value in psychiatric diagnosis?” In: *World Psychiatry*, v. 4, n. 2, p. 78–86, 2005.

FULFORD, K. W. M.; PEILE, E.; CARROLL, H. “It’s my back, Doctor! (episode 1): values and clinical decision-making”. In: *Essent. Values-Based Pract. - Clin. Stories Link. Sci. with People.* Cambridge: Cambridge University Press, 2012a. p. 3–10.

_____; PEILE, E.; CARROLL, H. “Teenage acne: widening our values horizons”. In: *Essent. Values-Based Pract. - Clin. Stories Link. Sci. with People.* Cambridge: Cambridge University Press, 2012b. p.54–63.

_____; _____. “A smoking enigma: getting (and not getting) the knowledge - Clinical Stories Linking Science with People”. In: *Essent. Values-Based Pract. - Clin. Stories Link. Sci. with People.* Cambridge: Cambridge University Press, 2012c, p.65–80.

_____; _____. “Essential Values-Based Practice – Clinical Stories Linking Science with People”. Cambridge: Cambridge University Press, 2012d. p.231.

_____; _____. “Elective fertility: think high-tech, think evidence and values!”. In: *Essent. Values-Based Pract. - Clin. Stories Link. Sci. with People*. Cambridge: Cambridge University Press, 2012e. p.151–161.

_____; _____. “A good (enough) death: dissensus in the end-of-life care”. In: *Essent. Values-Based Pract. - Clin. Stories Link. Sci. with People*. Cambridge: Cambridge University Press, 2012f. p.165–182.

GALLAGHER, S.; ZAHAVI, D. “The phenomenological mind”. Routledge, 2013.

_____; _____. “Phenomenological Approaches to Self-Consciousnes”. Edward N. Zalta, 2016.

GERRANS, P. “Mad scientists or unreliable narrators? Dopamine dysregulation and delusion”. In: BROOME, M.; BORTOLOTTI, L. (Eds.). *Psychiatry as Cogn. Neurosci. Philos. Perspect*. Oxford: Oxford University Press, 2009.

_____. “The measure of madness: philosophy of mind, cognitive neuroscience, and delusional thought”. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press, 2014. p. 274

GODFREY-SMITH, P. “Theory and Reality”. Chicago: University of Chicago Press, 2003. p. 272

GONÇALVES, A. M. N. “Valores na produção do DSM-5: análise do debate em torno da proposta da Síndrome Psicótica Atenuada”. *Tese de doutorado*—[s.l.] Universidade de Campinas (Unicamp), 2016.

HADOT, P. “O que é a filosofia antiga”. São Paulo: Edições Loyola, 1999.

HAN, B.-C. “Sociedade do cansaço”. Petrópolis: Editora Vozes, 2015.

HARE, R. M. “A Linguagem da Moral”. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

HATFIELD, G. “René Descartes” (E. N. Zalta, Ed.), 2016. Disponível em: <https://plato.stanford.edu/archives/sum2016/entries/descartes/>

HILL, A. B. “The Environment and Disease: Association or Causation”. In: *Proc R Soc Med*, v.58, p.295–300, 1965.

HORWITZ, A. V.; WAKEFIELD, J. C. "The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder". Oxford: Oxford University Press, 2012.

HUME, D. "Tratado da Natureza Humana". 2. ed. São Paulo: Editora UNESP, 2000. p.762.

IVERSEN, B. G.; HOFMANN, B.; AAVITSLAND, P. "Questions on causality and responsibility arising from an outbreak of *Pseudomonas aeruginosa* infections in Norway". *Emerg. Themes Epidemiol.*, v. 5, p. 22, Jan. 2008.

JASPERS, K. "General Psychopathology". Hoenig & M. W. Hamilton. Manchester: Manchester University Press, 1913.

JOYAU, E. "Epicuro". In: *Introdução e Antol. Textos Epicur. Coleção Os Pensadores*. São Paulo: Abril Cultural, 1973.

KELLY, M. R. "Phenomenology and Time-Consciousness". Internet Encyclopedia of Philosophy. 2008.

KENDLER, K. S. "Toward a Philosophical Structure for Psychiatry". In: *Am. J. Psychiatry*, v.162, n.March, p.433–440, Mar. 2005.

_____; GARDNER, C. O.; PRESCOTT, C. A. "Toward a comprehensive developmental model for major depression in women". In: *Am. J. Psychiatry*, v.159, n.7, p.1133–1145, 2002.

KESHAVAN, M. S. *et al.* "Schizophrenia, «just the facts»: what we know in 2008 Part 3: neurobiology". In: *Schizophr. Res.*, v.106, n.2-3, p.89–107, Dez. 2008.

KIRK, S. ;. C.; D.; GOMORY, T. "DSM-5: The delayed demise of descriptive diagnosis. The DSM-5 in perspective". In: *Philosophical reflections on the psychiatric Babel*. Dordrecht: Springer, 2015. p. 63–82

KITCHER, P. "In Mendel's mirror". Oxford: Oxford University Press, 2003.

KRIPKE, S. "Naming and necessity". Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1981.

LAERTIOS, D. “Epícuro, Livro X”. In: *Vidas e doutrinas dos filósofos Ilus. (século III)*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1977.

LAING, R. “The politics of experience”. New York: Pantheon Books, 1967.

LEESER, J.; O’DONOHUE, W. “What is a delusion? Epistemological dimensions”. In: *Journal of Abnormal Psychology* 108, 1999. p. 687–694

LONG, A. A. “La filosofia helenística”. Madrid: Alianza Editorial, 1997.

_____; DEDLEY, D. N. “The hellenistic philosophers”. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1992.

LOUGHLIN, M. (ED.). “Debates in Values-Based Practice”. Cambridge: Cambridge University Press, 2014. p. 278

LUIZ, R. R.; STRUCHINER, C. J. “Inferência Causal em Epidemiologia: o modelo de respostas potenciais”. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

MACKIE, J. “Causes and conditions”. In: *Am. Philos. Q.*, v.2, n.4, 1965.

MACKIE, J. L. “The cement of the universe: A Study of Causation”. Paperback ed. New York: Oxford University Press, 1980a.

_____. “The Concept of Causation - Conditional Analyses”. In: *Cem. Universe a study causation*. Oxford University Press, 1980b, p.29.

MCKAY, R.; L.; R.; COLTHEART, M. “Sleights of Mind: Delusions and Self-deception”. In: BAYNE, T.; FERNÁNDEZ, J. (Eds.). *Delusion and Self-Deception*. 2009.

METZINGER, T.; WINDT, J. “OpenMIND”, 2015. Disponível em: <<http://open-mind.net>>

MITCHELL, S. D. “Explaining Complex Behavior”. In: KENDLER, K. S.; PARNAS, J. (Eds.). *Philos. Issues Psychiatry Explan. Phenomenol. Nosology*. Paperback ed. Maryland: Johns Hopkins University Press, 2008. p. 19–37.

MORRIS, M. “An introduction to the philosophy of language”. Cambridge: Cambridge University Press, 2007.

_____; BROWN, C. R. “David Hume” (E. N. Zalta, Ed.), 2016. Disponível em: <<http://plato.stanford.edu/archives/spr2016/entries/hume/>>. Acesso em: 31 mai. 2016

MURPHY, D. “Psychiatry in the scientific image”. The MIT Press, 2006. p. 422

_____. “Delusions, Modernist Epistemology and Irrational Belief”. In: *Mind Lang.*, v.28, n.1, p.113–124, 2013.

PAGE, S. “Mind–independence disambiguated: separating the meat from the straw in the realism/anti–realism debate”. *Ratio* 19(3), 2006, p.321–335.

PARNAS, J. *et al.* “EASE: Examination of anomalous self-experience”, 2005.

PHILLIPS, C. V.; GOODMAN, K. J. “The missed lessons of Sir Austin Bradford Hill”. In: *Epidemiol Perspect Innov*, v.1, n.1, p.3, Jan. 2004.

PORCHER, J. E. “Delusion as a folk psychological kind”. *Filosofia Unisinos* 17(2), 2016, p. 212–226.

PUTNAM, H. “Beyond the Fact/Value Dichotomy”. In: CONANT, J. (Ed.). *Realis. with a Hum. face*. Cambridge: Harvard University Press, 1992, p.347.

RIPKE, S. *et al.* “Biological insights from 108 schizophrenia-associated genetic loci”. In: *Nature*, v. 511, p. 421–427, 2014.

RUSSO, F. “The rationale of variation in methodological and evidential pluralism”. 2007.

_____; WILLIAMSON, J. “Interpreting Causality in the Health Sciences”. In: *Int. Stud. Philos. Sci.*, v. 21, n. 2, p. 157–170, Jul. 2007.

SACKETT, D. L. *et al.* “Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM”. 2. ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000. p. 280

SADLER, J. Z. “Epistemic Value Commitments in the Debate over Categorical vs. Dimensional Personality Diagnosis”. In: *Philos. Psychiatry, Psychol.*, v.3, n.3, p.203–222, 1996.

_____. “Recognizing Values: A Descriptive-Causal Method for Medical/Scientific Discourses”. In: *J. Med. Philos.*, v. 22, p. 541–565, 1997.

_____. “Values and psychiatric diagnosis”. New York: Oxford University Press, 2005. p. 540

SAMUELS, R. “Delusions as a Natural Kind”. In: BROOME, M.; BORTOLOTTI, L. (Eds.). *Psychiatry as Cogn. Neurosci. Philos. Perspect.* Oxford: Oxford University Press, 2009.

SASS, L. A. “Some reflections on the (analytic) philosophical approach to delusion”. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 11(1), 2004, p.71–80

_____. “Self-disturbance and schizophrenia: Structure specificity, pathogenesis”. In: *Rech. en Psychanal.*, v. 2, p. 119–132, 2013.

_____; PARNAS, J. “Schizophrenia, Consciousness, and the Self”. In: *Schizophr. Bull.*, v. 29, n. 3, p. 427–444, 2003.

SCHREBER, D. P. “Memoirs of My Nervous Illness”. Trans. I. Macalpine & R.A. Hunter. New York Review of Books, 1903/2000.

SHORTER, E. “A historical dictionary of psychiatry”. Oxford: Oxford University Press, 2005.

SMITH, B. & Smith, D.W. “The Cambridge Companion to Husserl”. The Cambridge University Press, 1995.

SZASZ, T. “The myth of mental illness”. London: Granada Publishing, 1972.

TANDON, R.; KESHAVAN, M. S.; NASRALLAH, H. A. “Schizophrenia, «Just the Facts»: what we know in 2008 part 1: overview”. In: *Schizophr. Res.*, v. 100, n. 1-3, p. 4–19, Mar. 2008.

THE COLLABORATING CENTRE FOR VALUES-BASED PRACTICE. *The Collaborating Centre for Values-based Practice in Health and Social Care*, 2015. Disponível em: <<http://valuesbasedpractice.org/>>

THOMPSON, D. F. "Understanding Financial Conflicts of Interest". In: *N. Engl. J. Med.*, v. 329, n. 8, p. 573–576, 1993.

THORNTON, T. "Essential Philosophy of Psychiatry". Oxford: Oxford University Press, 2007. p. 267

TOMES, N. "The development of clinical psychology, social work, and psychiatric nursing: 1900-1980s". In: WALLACE IV, E.; GACH, J. (Eds.). *Hist. psychiatry Med. Psychol.* Dordrecht: Springer, 2008. p. 657–82.

TÜRCKE, C. "Sociedade excitada: Filosofia da sensação". Campinas: Editora da UNICAMP, 2010.

_____. "Hiperativos". São Paulo: Editora Paz e Terra, 2016.

ULLMANN, R. A. "Epicuro: O filósofo da alegria". Edipucrs, Porto Alegre, 1996.

VAN FRAASSEN, B. "The scientific image". Oxford: Oxford University Press, 1980.

VAN HORN, J. D. *et al.* "Mapping connectivity damage in the case of Phineas Gage". In: *PLoS One*, v.7, n. 5, p. e37454, Jan. 2012.

VARELA, F. J.; THOMPSON, E.; ROSCH, E. "The Embodied Mind: Cognitive Science and Human Experience". 1991. p.308

WADDINGTON, K.; THOMAS, R.; WILLIS, M. "General paralysis of the insane". In: *Pract. Neurol.*, v. 11, n. 6, p. 366–369, Dez. 2011.

WAKEFIELD, J. C. "Disorder as harmful dysfunction: a conceptual critique of DSM–III–R's definition of mental disorder". In: *Psychol. Rev.*, v. 99, p. 232–247, 1992.

WEINSTEIN, E. A.; KAHN, R. L. "Denial of Illness". Springfield, IL: Charles C. Thomas, 1955.

WHITE, P. A. "Ideas About Causation in Philosophy and Psychology". v. 108, n. 1, p. 3–18, 1990.

WILDE, O. "The picture of Dorian Gray". London: Penguin Books, 2000.

WILLIAMSON, J. "Causal pluralism versus epistemic causality". In: *PHILOSOPHICA*, v. 77, p. 69, 2006.

WILSON, C. "Epicureanism at the Origins of Modernity". Oxford, UK: Oxford University Press, 2008.

WITTGENSTEIN, L. "Investigações Filosóficas". Nova Cultural Ltda., 1999, p. 207

_____. "Philosophie der Psychologie - Ein Fragment". In: *Philos. Investig. Untersuchungen. Transl. by G. E. M. Anscombe, Peter Hacker Joachim Schulte*. 4. ed. London: Blackwell Publishing, 2009. p. 182–243.

WOODBIDGE-DODD, K.; FULFORD, K. W. M. "Whose Values?" London: The Sainsbury Centre for Mental Health, 2004. p. 120

SMITH, B. & WOODRUFF, S. D (eds.) "The Cambridge Companion to Husserl". Cambridge University Press, 1995.

WYLLIE, M. "Lived Time and Psychopathology". In: *Philos. Psychiatry, Psychol.*, v.12, n.3, p.173–185, 2005.

ZACHAR, P. "Psychiatric disorders are not natural kinds". In: *Philos. Psychiatry, Psychol.*, v.7, n.3, p.167–182, 2000.

_____. "A Metaphysics of Psychopathology". Cambridge, MA: The MIT Press, 2014.

ZAHAVI, D. "Phenomenology of self". In: *The Self Neurosci. Psychiatry*, p. 56–75, 2003.



Editora
UFPel

DISSERTATIO
FILOSOFIA