



ISPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

Da Expressão “Doença Mental”

**Uma análise lógica, ontológica, epistemológica, genealógica
e ética dos termos atômicos e da sua conjugação**

Miguel Montenegro, nº 19025

Orientador de Dissertação:

ANTÓNIO GONZALEZ

Coordenador do Seminário de Dissertação:

ANTÓNIO GONZALEZ

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

Agradecimentos

Gostaria de agradecer, em primeiro lugar, ao orientador da dissertação, o Professor Doutor António Gonzalez, pela disponibilidade em me aceitar como orientando e pela forma ativa como esteve envolvido no seu processo de realização. Ao Professor Doutor José de Pio-Abreu, pelo apoio enquanto consultor informal e pela ajuda ativa na recolha de dados para o estudo empírico, o qual acabou por ficar de fora da presente investigação. Ao Professor Miguel Tecedeiro, que teve a amabilidade de rever o questionário antes da sua aplicação. Ao meu amigo Duarte Gatinho, pela ajuda na análise dos dados estatísticos e à Catarina Abegão Alves, pela ajuda na recolha dos dados. Às minhas amigas Raquel Maia, Ana Sofia Antunes e Marta Ribeiro, pelas revisões e comentários que foram fazendo ao longo deste processo. A todos os professores que tive, por todas as aprendizagens explícitas e implícitas que me proporcionaram, bem como pela amizade que me têm disponibilizado. Fundamental é o agradecimento à Professora Antónia Perdigão, que me lançou o desafio para aprofundar os meus conhecimentos sobre psicopatologia, no final do primeiro ano de licenciatura, tendo com isso despoletado todo o subsequente desenvolvimento do meu pensamento crítico e, diria mesmo, formação académica. Aos meus colegas e amigos com quem fui tendo discussões fecundas ao longo do curso, sobre esta e outras temáticas igualmente apaixonantes.

Nota Prévia - Dedicatória

Há quatro anos, ingressei no curso de psicologia com a convicção ainda hoje presente de ter feito a escolha certa. Cheguei provido dos preconceitos típicos de mero diletante sobre as matérias psicológicas e assim continuei durante algum tempo. Afinal, o ensinamento explícito e implícito omnipresente no curso e na sociedade em geral encapsulava-se no mantra tantas vezes repetido na homilia académica: “a psicologia é uma ciência...a psicologia é uma ciência...a psicologia é uma ciência”. E nós, os alunos, *mutatis mutandis*, na ausência de hóstia para tomar e de terço para orar, benzíamos-nos no altar das Estatísticas e rezávamos para passar. Ainda julgava a Ciência como atividade ausente de interesses. Terminei assim o primeiro ano do curso sem questionar criticamente o que se me apresentava.

Certo dia, no final do primeiro ano, cruzei-me com a Professora Antónia Perdigão, que lecionava as aulas práticas de Epistemologia. Conhecedora do meu gosto particular por essa disciplina e por Psicopatologia Geral, lançou-me o desafio de realizar durante as férias de verão um trabalho de âmbito livre que combinasse ambas as temáticas, sem outro motivo que não o de consumir o meu gosto por investigação teórica e aprofundar os meus conhecimentos, a serem partilhados com ela. Faria, portanto, uma tese sobre a epistemologia da psicopatologia. Na altura não podia fazer ideia do profundo impacto que este empreendimento teria no meu pensamento e itinerário académico.

As investigações iniciaram-se pela procura das fundações radicais dos termos em causa: o que é psicopatologia, o que é *psyché*, o que é *pathos*, o que é *doença*, o que é *mente*, o que é *doença mental*. Deparei-me quase de imediato com o debate epistemológico e ético, impulsionado pela contracultura dos anos setenta, sobre a legitimidade da atividade psiquiátrica e da validade do conceito “doença mental”. Ao contrário da generalidade das doenças somáticas, esta categoria aparece como uma condensação gasosa, inconsistente, neblina mista de misterialismo ontológico, contradição lógica e associativismo burocrático das várias guildas detentoras dos poderes administrativos na redistribuição do saudável e do enfermo pelos contribuintes. A expressão “doença mental” é, em larga medida, contingente, circunstancial, culturalmente determinada e, quase sempre, contraditória.

Analise-se os dois termos atômicos que a constituem: Por um lado, a categoria doença, para ser caracterizável em termos científicos, tem de ser composta apenas por fenómenos com materialidade. Significa isso que requer identificação objetiva, empírica, concreta, demonstrável, observável, falseável, para ser entendida como tal. Assim é pelo menos desde 1859, quando Rudolf Virchow determinou que doença era sempre patologia *celular* e não o resultado de uma qualquer combinação humorística especulativa. De outro modo, a categoria seria de tal forma inclusiva que poderia abranger qualquer fenómeno comportamental. Por outro lado, a mente é entendida na contemporaneidade sobretudo como uma *função* neurológica, ou seja, como a linguagem abstrata de um órgão. Ora, se uma doença tem de ter extensão física e se o mental é apenas pensável, sem materialidade própria, então a expressão “doença mental” não dá conta de uma existência real. Na melhor das hipóteses, constitui-se como metáfora linguística; na pior, a sua reificação qualifica-se como absurdo lógico.

Demorei mais de seis meses a assimilar estas considerações, produtoras de dissonância cognitiva e que me colocavam em oposição à tradição académica. Perante a dúvida que insistia em manter, ia colocando perguntas de formulação simples aos professores: A psicologia é uma ciência? O inconsciente existe? As doenças mentais são reais? A psiquiatria é medicina legítima? Com frequência, a resposta era dada com uma pergunta: «Tem a certeza que está no curso certo?». Este foi sem dúvida o comentário que os professores mais vezes me dirigiram ao longo dos restantes anos do curso, como se o evidenciar do escândalo fosse uma espécie de perturbação – lá está – mental, não por si mesma, mas por perturbar a soberania alheia. Mas não há ciência nem expansão dos limites do conhecimento admitido sem ingresso nas regiões proibidas do tabu.

Sim, estou no curso certo. Sim, quero ser psicólogo clínico. Sim, quero fazer investigação científica. Sim, quero ensinar o que sei e aprender tudo o resto.

Na altura, não cheguei a concluir o trabalho para a Professora Antónia Perdigão. Simplesmente não sabia como o fazer. Hoje, no final de um percurso académico, sinto-me em posse de um conhecimento mais fundamentado da problemática em causa, o qual, mais do que dar respostas, permite-me compreender as perguntas. Mesmo aí, espero que o erro esteja garantido, pois só por ele é possível aprender. Por estar em dívida para com ela, dedico à Professora Antónia Perdigão esta dissertação.

Índice

Agradecimentos	i
Nota Prévia - Dedicatória	iii
INTRODUÇÃO	5
<i>Descrição do Tema</i>	7
<i>Pertinência do Tema</i>	9
<i>Método</i>	11
<i>Objetivo da Análise</i>	12
<i>Definição de Termos e Modos de Análise</i>	13
PARTE I: O Termo “Doença”	17
Introdução	19
Resumo Geral	21
Discussão	24
Conclusão	28
PARTE II: O Termo “Mental”	29
Introdução	31
Discussão	33
<i>Psyché (ψυχή)</i>	34
<i>Condições para a Invenção do Órgão “Mente”</i>	35
<i>Substantivo “Mente” vs. Verbo “Mentar”</i>	36
<i>A “Voz da Consciência” ou O Eterno Solilóquio</i>	37
<i>Do Estudo do Mental</i>	39
Conclusão	40
PARTE III: A Expressão “Doença Mental”	43
Revisão teórica da expressão “Doença Mental	46
1. <i>Doença Mental Não Existe (e.g., Sarbin, Szasz)</i>	47
2. <i>Doença Mental como Puro Juízo de Valor (e.g., Sedgwick)</i>	49
3. <i>Doença Mental como o que os Psiquiatras Tratam (e.g., Kendell)</i>	50
4. <i>Doença Mental como Desvio em Relação à Norma Estatística (e.g., Cohen)</i>	52
5. <i>Doença Mental como Desvantagem Biológica (e.g., Scadding)</i>	52
6. <i>Doença Mental como Aflição (Distress) ou Incapacidade Inesperada (e.g., Spitzer)</i>	53

7. <i>Doença Mental como Disfunção Prejudicial (Harmful Disfunction) (e.g., Wakefield)</i>	53
<i>Doença Mental e a Teoria Bioestatística (BST)</i>	55
<i>Doença Mental e a Medicina Baseada em Valores (VBM)</i>	56
<i>Doença Mental e a Teoria do Bem-Estar (WT)</i>	57
<i>Doença Mental e o Relativismo Ambiental de Reznek</i>	57
<i>Doença Mental e a Teoria Pragmática de Doença (TPD)</i>	58
Discussão	59
<i>Da Doença</i>	59
<i>Do Mental</i>	60
<i>Uma Análise Lógica</i>	60
<i>Uma Análise Epistemológica</i>	62
<i>Uma Análise Genealógica</i>	63
<i>Uma Análise Ética</i>	67
<i>Agência Moral, Responsabilidade e Livre-Arbítrio</i>	72
<i>A Essência da Doença Mental</i>	76
<i>Psiquiatria como Metafísica Antropológica Contemporânea</i>	79
Conclusão	80
REFERÊNCIAS	83
ANEXO 1	95
Revisão Teórica do Termo “Doença”	95
Naturalismo	97
<i>Christopher Boorse: Teoria Bioestatística (BST)</i>	97
Normativismo	104
<i>Fulford: Medicina Baseada em Valores (VBM)</i>	105
<i>Nordenfelt: Teoria do Bem-Estar (WT)</i>	110
<i>Reznek: Relativismo Ambiental</i>	114
<i>Agich: Teoria Pragmática de Doença (TPD)</i>	119
Perspetiva Fenomenológica	122
ANEXO 2	123
Revisão Teórica do Termo “Mental”	123
1. Pluralismo	125
<i>1.1 Trialismo Cartesiano (e.g., Cottingham)</i>	125
<i>1.2 Dualismo</i>	126

1.2.1 Dualismo de Substâncias (e.g., Descartes, Popper & Eccles).....	126
1.2.1.1 Interacionismo (e.g., Popper e Eccles).	128
1.2.1.2 Paralelismo Ocasionalista (e.g., Malebranche, Geulincx).	128
1.2.1.3. Epifenomenismo (e.g., Huxley, Broad).....	129
1.2.2 Dualismo de Propriedade (e.g., Hume, Chalmers).....	131
1.2.3 Dualismo de Predicados (e.g., Davidson, Fodor).....	133
2. Monismo	133
2.1 Monismo Idealista (e.g., Leibniz, Berkeley, Hegel).....	134
2.2 Monismo Neutro (e.g., James, Russell).....	135
2.3 Monismo Materialista	137
2.3.1 Behaviorismo.....	139
2.3.1.1 Behaviorismo Metodológico (e.g., Watson, Skinner).....	139
2.3.1.2 Behaviorismo Analítico (e.g., Ryle, Dennett).....	140
2.3.2 Teorias da Identidade.....	140
2.3.2.1 Teoria da Identidade Tipo-Tipo (e.g., Boring, Feigl).....	141
2.3.2.2 Teoria da Identidade Token-Token (e.g., Place).....	142
2.3.3 Funcionalismo.....	143
2.3.3.1 Computacionalismo (e.g., Putnam [inicial], Fodor).....	144
2.3.3.1.1 AI: Inteligência Artificial	145
2.3.4 Materialismo Eliminativo (e.g., Churchland)	148
2.3.5 Monismo Anômalo (e.g., Davidson).....	148
2.4 Fenomenologia da Mente	149
2.4.1 Heideggerianismo (e.g., Heidegger, Dreyfus).....	149
2.4.2 Naturalismo Biológico (e.g., Searle).....	151
2.4.3 Experiências Mentais	152
2.4.3.1 Locke: Inversão de Espectro / Qualia Invertido	153
2.4.3.2 Jackson: What Mary Didn't Know / Argumento do Conhecimento	153
2.4.3.3 Nagel: What Is It Like To Be a Bat?.....	154
2.4.3.4 Block: The Chinese Nation.....	154
2.4.3.5 Putnam: Twin Earth.....	155
2.4.3.6 Kripke: Designadores Rígidos vs. Não-Rígidos.....	155
2.4.3.7 Nagel: Zombie World.....	156
2.4.3.8 Searle: The Chinese Room	156

INTRODUÇÃO

«*Tous nos jugements en gros sont lâches et imparfaits*»

Montaigne, *Essais*, III, 8, 943b.

Descrição do Tema

A presente dissertação é impulsionada pela seguinte questão:

“O que significa *doença mental*?”

O conceito de “doença mental” é definido na *ICD-10* (WHO, 1992) como “um conjunto de sintomas ou comportamentos associados na maior parte dos casos a ansiedade e com interferência nas funções pessoais reconhecíveis clinicamente” (p. 11).¹ Também o *DSM-IV-TR* (American Psychiatric Association, 2000/2002) apresenta uma definição similar:

“Síndrome ou padrão comportamentais ou psicológicos clinicamente significativos que ocorrem num sujeito e que estão associados com ansiedade atual /.../ ou incapacidade /.../ ou com um risco significativamente aumentado de sofrer morte, dor, incapacidade ou uma perda importante de liberdade” (p. xxxi).

Nenhuma destas propostas é consensual dentro da comunidade científica e médica. O termo “transtorno” (*disorder*) passou mesmo a ser usado como um eufemismo para “evitar ainda maiores problemas inerentes ao uso de termos como ‘doença’” (WHO, 1992, p. 11).²

Na abordagem à questão, Wakefield (1992) realizou uma revisão exaustiva da literatura contemporânea sobre o conceito de “doença mental” e acrescentou a sua própria definição, um compromisso entre *função natural* e *juízo de valor*:

“Uma abordagem híbrida de transtorno como *disfunção prejudicial*, em que *disfunção* é um termo científico e factual baseado em biologia evolucionária que se refere à falha de um mecanismo interno para executar uma função natural para a qual foi designado, e *prejudicial* é um termo de valor referente às consequências

¹ “A clinically recognizable set of symptoms or behaviours associated in most cases with distress and with interference with personal functions”.

² “The term ‘disorder’ is used throughout the classification, so as to avoid even greater problems inherent in the use of terms such as ‘disease’ and ‘illness”.

que ocorrem à pessoa por causa da disfunção e são considerados negativos por padrões socioculturais” (p. 374).

Tal como as definições institucionais, Wakefield (1992) colocou a tónica no termo “doença”, influenciado pela Teoria Bioestatística (BST) de Christopher Boorse, apresentada originalmente numa série de artigos durante a década de setenta (1975a; 1975b; 1976; 1977). Sucintamente, a BST define “saúde” como ausência de doença e “doença” como um desvio adverso do funcionamento normal de um elemento de uma espécie, definido por critérios bioestatísticos (1997).

Outros autores apresentam propostas alternativas para a compreensão do termo “doença”, num eixo que vai desde o naturalismo/fisicalismo radical (e.g., Szasz, 1961/971) ao normativismo/construtivismo (e.g., Engelhardt, 1975; Nordenfelt, 1997, 2003) tanto em estado radical, como diluindo-se entre si ao longo do eixo teórico (e.g., Fulford, 1989).

Também o termo “mental” refere um conceito que, quando sujeito a exame, apresenta fragilidades ontológicas e epistemológicas com maior relevância metafísica que o termo “doença”, motivo pelo qual, paradoxalmente, os pressupostos que o sustentam apresentem maior carácter de evidência canónica (Pizarroso, 2013). O paradigma vigente tem cariz de *monismo funcionalista* e estipula como mente o conjunto de funções desempenhadas pelo cérebro, numa relação fisiológica linear: tal como o fígado segrega a biliar, também o cérebro “segrega” pensamentos (Smart, 2012). A mente está assim coisa naturalizada: com a modernidade e sobretudo com o Iluminismo, passou de adjetivo qualificador a substantivo qualificado, substância reificada numa espécie de órgão constituído de matéria imaterial, localizado no cérebro mas sem espacialização definida ou mesmo possível (Dennett, 1991).

Vários autores apresentam perspectivas alternativas para a compreensão do mental. Alguns defendem tratar-se de um neologismo técnico, substituto da alma teológica, mais adequado à atual sensibilidade secular (e.g., Smith, 2005); outros defendem tratar-se da descrição de ações e não de funções (e.g., Szasz, 1996). O tema é complexo, contendo questões sobre a natureza de subclasses mentais como consciência, subjetividade, livre-arbítrio e intencionalidade.

Dado que a expressão “doença mental” conjuga-se a partir de dois termos atômicos – “doença” e “mental” –, faz sentido que a reflexão sobre as suas condições de validade tenha início nas respetivas análises singulares. Dessa forma, a pergunta inicial tem de ser antecedida por duas outras:

“O que significa *doença*?”

“O que significa *mental*?”

Após revisão exaustiva da literatura, não foi localizada nenhuma abordagem conjunta destes termos, a partir da qual fosse desenvolvida a discussão sobre a sua possibilidade de conjugação que mantenha o valor de verdade verdadeiro. A mais próxima foi a obra *The Meaning of Mind*, de Thomas Szasz, publicada em 1996, onde se relaciona cérebro, mente e doença mental nos capítulos finais. No entanto, Szasz não apresenta outras análises aos conceitos para além da sua. Em todos os outros lugares, a procura da validade da expressão “doença mental” é feita: i) sem análise direta dos termos átomos (*e.g.*, *DSM*, *ICD*); ii) analisando apenas um deles, quase sempre a doença, assumido o outro como evidência implícita (*e.g.*, Boorse, Fulford, Wakefield); iii) sustentada na *praxis* psiquiátrica (*e.g.*, Bentall) ou; iv) na historicidade do significado da expressão, associado ao desenvolvimento da psiquiatria enquanto atividade comercial prestadora de cuidados de saúde (*e.g.*, Foucault, Shorter); v) sustentada na lógica da necessidade, esquecendo com frequência a necessidade da lógica (*e.g.*, Ryley).

Pertinência do Tema

O conceito tem implicações multidimensionais interligadas, cuja gravidade para a existência quotidiana clama por uma laboração profunda e exaustiva do tema:

Dimensão ontológica: A doença mental existe? Tem realidade concreta? É substância física ou metafísica? Quais as suas propriedades? É algo que se *tem* ou é algo que se *é*? Que fenómeno caracteriza verdadeiramente?

Dimensão epistemológica: É possível conhecer cientificamente a doença mental? Ela submete-se ao exame empírico? O método científico é adequado ao seu estudo? O modelo médico é o mais indicado para a caracterizar? Que metodologias alternativas podem ser equacionadas?

Dimensão lógica: A expressão “doença mental” é uma forma lógica bem formada? As suas premissas são válidas? Se não forem, a conclusão pode ser válida? Requer o recurso à figura da *implicação existencial* (assumir-se que é real para se poder analisar o valor de verdade o argumento)?

Dimensão ética: O que significa verdadeiramente diagnosticar uma pessoa com doença mental? Quais as consequências do diagnóstico? Como agir em relação à pessoa assim diagnosticada? Deve ela perder o estatuto de agente moral, com consciência e livre-arbítrio? Deve ser exonerada de responsabilidades sociais, como submissão às leis? É o médico, enquanto técnico especializado, o protagonista social mais adequado para diagnosticar comportamentos sociais e legalmente desviantes? Quais devem ser os limites dos poderes da psiquiatria?

Dimensão político-económica: Deve o Estado privar de liberdade a pessoa que não cometeu crimes, mas cujo comportamento é inconveniente para alguma forma de autoridade social (*e.g.*, família)? Deve o Estado providenciar o cuidado a adultos com dificuldades ético-morais em viver? Deve o Estado fornecer-lhe gratuitamente ou a preço reduzido psicofármacos cujo acesso está vedado à generalidade da população?

As respostas a estas perguntas têm gerado discussão, sobretudo a partir da segunda metade do século XX, com a crescente contestação às instituições autoritárias, no seio do espírito da contracultura dos anos sessenta (*e.g.*, Cooper, 1967/1971; Foucault 1961/1972, 1979; Goffman, 1961/1991, 1962; Laing 1960/2010; Scheff, 1966; Szasz, 1961, 1970/1974), onde se questionou abertamente a legitimidade da psiquiatria enquanto atividade médica. Em Itália, as palavras de Franco Basaglia fizeram eco junto do poder político e chegou-se mesmo a encerrar os hospitais psiquiátricos (Bosseur, 1974). Atualmente, uma nova geração de profissionais ligados à prestação de cuidados de saúde mental e antigos pacientes dão novo fôlego às objeções de então e incluem algumas originais, apoiados com frequência em experiências pessoais e observações diretas das práticas burocráticas e institucionais da psiquiatria e em estudos empíricos sobre a validade das suas terapêuticas (*e.g.*, Bentall, 2009; Caplan, 1995; France & Widiger, 2012; Greenberg, 2010; Kirsch, 2009, Whitaker, 2002/2010).

O comércio de cuidados de saúde (*healthcare*) e de bens farmacêuticos estão entre as atividades económicas legais mais rentáveis (The European Federation of

Pharmaceutical Industries and Associations, 2013). Nesta última, os psicofármacos são o grupo que gera mais lucros (idem). No entanto, os métodos que determinam a sua eficácia são altamente questionáveis (*e.g.*, Kirsch, 2009) e continua-se sem saber ao certo o que se está a “tratar”, se alguma coisa de todo, dado que “não há nenhum método científico de diagnosticar doenças mentais – e não deixem nenhum especialista dizer o contrário” (Frances & Widiger, 2012, p. 115).

Com a aparente crescente eficácia da possibilidade de alterar a agência moral dos indivíduos a partir de intervenções invisíveis sobre o seu interior por via farmacológica, importa compreender o que se entende por mental e se tal concetualização permite incluir noções de intencionalidade, livre-arbítrio, responsabilidade última, enfim, liberdade. Numa época em que a prestação de cuidados de saúde de interesse particular é entendida pelos governos e generalidade dos cidadãos como sendo da responsabilidade do Estado, é importante uma definição o mais objetiva e consensual possível do conceito de doença mental que, por um lado, legitime justamente o direito ao tratamento social diferenciado e, por outro lado, determine o grau adequado de intervenção não-consentida do Estado ou de terceiros sobre o cidadão diagnosticado, bem como determinar se esse fenómeno deve ser delegado à Medicina ou a outra instituição ou atividade social, como a jurídica, a policial, a das ciências humanas e psicológicas (*e.g.*, psicologia e sociologia), a filosófica, a religiosa (Bentall, 2009).

Dada a interligação dos vários domínios afetados pelo conceito e o facto de se manifestarem em atividades concretas no mundo real, com implicações ético-político-económicas, o problema deve ser abordado numa perspetiva integracionista que tenha em conta as consequências pragmáticas das teorias formuladas (Gifford, 2011).

Método

O processo de investigação envolve vários momentos. Como ponto de partida, apresenta-se uma revisão das várias perspetivas contemporâneas sobre os termos “doença”, “mental” e “doença mental”. O estudo apoia-se em considerações de Bioética, Antropologia Filosófica, Filosofia da Mente, Fenomenologia e Lógica Analítica. Evitam-se incursões diretas pelas vias da Psicologia e das Ciências Sociais, as quais estão desde logo e em larga medida marcadas por projetos de investigação comprometidos em relação ao tema, o que dificulta a análise pura dos radicais em causa.

Dadas as limitações de espaço e o âmbito do trabalho, o ponto de partida será a modernidade: no caso da doença, começa-se com Virchow, em 1859 (se bem que outros seus antecessores tenham dado os primeiros contributos para a compreensão atual do conceito); no caso da mente, com Descartes, em 1631, passando rapidamente para as teses do séc. XX em diante, nas quais se centrará a discussão.

De seguida, tentar-se-á enquadrar a história das ideias de acordo com a sua genealogia, recorrendo a metodologia de cariz sobretudo foucaultiano. Em complemento, a investigação dos conceitos é feita, por um lado, com referências ao método fenomenológico, ao procurar a essência dos termos, e por outro lado, por via analítica, ao debruçar-se sobre o valor semântico dos argumentos apresentados, bem como da relação entre os termos proposicionais. O exercício é o de uma hermenêutica profunda, que visa “decifrar no que é falado o que não foi dito” (Habermas, 1985/2010, p. 237). Na ausência de uma essência originária de acesso possível ao entendimento, estuda-se a estrutura que clareia a abertura que tanto separa como denuncia a proximidade entre loucura e razão.

A discussão de cada parte recorre a diferentes teorias do conhecimento, dado que a essência de cada termo pode ser melhor apreendida quando observada de localizações diversas. Em relação à doença, recorreu-se sobretudo ao pragmatismo, tal como entendido por Peirce (1878) e James (1907/1966): é pelas consequências e não pelas causas que se determina a verdade de uma coisa; em relação à mente, a abordagem é de inspiração mais analítica, por motivos implícitos às conclusões da própria discussão; em relação à doença mental, ambas as perspetivas são equacionadas.

Objetivo da Análise

Pelo exposto, o objetivo do presente trabalho é multideterminado. Pretende

1. Apresentar uma revisão do estado de arte contemporâneo relativamente à discussão e conceções dos termos “doença”, “mental” e “doença mental”;
2. Analisar os fenómenos em causa a partir da revisão teórica elaborada;

3. Introduzir, quando possível, propostas exploratórias e meramente provisórias, alternativas às concetualizações vigentes de “doença”, “mente” e “doença mental”.

O projeto aparenta revestir-se de excessiva ambição para o âmbito em que se insere, de avaliação acadêmica conducente ao grau de Mestrado Integrado em Psicologia Clínica. Dada a sua extensão e divisão simples em capítulos estanques, poder-se-ia ter optado por apresentar apenas um deles e provavelmente preencher os requisitos mínimos necessários para o objetivo em vista. Fosse esse o caminho seguido, nada de novo se estaria a fazer, dado que todos os estudos conhecidos fazem precisamente apenas revisões parciais destes temas interligados. A opção de incluir as várias partes produzidas pela investigação decorre assim do desejo de introduzir a novidade metodológica e enriquecer o trabalho com o conjunto alargado de resultados obtidos, tendo, não obstante, sido feita uma seleção criteriosa dos conteúdos apresentados.

Deve por isso o presente trabalho ser entendido como o resultado de um processo inquisitório, motivado pelo desejo de saber, cuja abrangência não podia deixar de tocar vários territórios da ampla região estudada. O objetivo global não é apresentar soluções conclusivas para problemas demasiado complexos para respostas lineares, mas antes aprender a compreender as perguntas através da reflexão sistemática.

Definição de Termos e Modos de Análise

1. Ao logo da dissertação, alguns termos serão usados com igual valor semântico, ao passo que outros serão divididos em subclasses:
 - i. O termo “patologia” será usado com o mesmo significado de “doença” (embora seja reconhecida a utilidade em fazer a distinção entre ambos – nem que seja pelo desejo de correção a partir das suas etimologias –, tal não será tido em conta no presente trabalho);
 - ii. Por “doença”, entenda-se o conjunto alargado de fenómenos orgânicos tradicionalmente abordados pela Medicina, não se fazendo diferenciação específica entre doença propriamente dita, lesão, fratura, deficiência e outros termos referentes ou integrantes da mesma categoria;

- iii. Os termos *illness*, *disease* e *sickness* são usados com os significados diferentes dados por cada autor e na língua original, para que nada se perca do seu significado;
- iv. As palavras *dolente*, *doente* e *inapto*, apesar de poderem servir como traduções diretas dos termos *ill*, *diseased* e *sick*, respetivamente, serão usadas com significado diferente:
- *Dolente* é usado para descrever o utente ou consulente queixoso, independentemente da natureza da queixa ser somática ou psicológica;
 - *Doente* é usado para descrever a pessoa cujo estado dolente é consequente de um qualquer fenómeno, evento ou estado orgânico ou fisiológico, detetável científica e objetivamente no soma do próprio;
 - *Inapto* é usado para descrever a pessoa escusada de obrigações sociais até então habituais, através do diagnóstico de doente ou dolente.
- v. A palavra “psiquiatria” é usada para descrever a disciplina médica, embora por vezes a sua utilização seja extensível à Psicologia.

2. Sempre que a tradução de algum termo ou citação aparente ser suscetível de contestabilidade maior, encontra-se em nota de rodapé a fonte original.

3. Os conceitos “doença”, “mente” e “doença mental” são analisados com aplicação específica ao ser humano, exceto quando nota contrária (uma abordagem inclusiva dos termos acarretaria um conjunto de problemas espúrios para os objetivos desta investigação. No caso de doença, dado o conjunto da flora não possuir sistema nervoso que possibilite aos seus elementos sentir dor e que os animais não têm cultura desenvolvida nem processos cognitivos superiores que lhes permitam agência moral – no sentido tradicional da expressão –, aceitar que o conceito é independente das determinações da dor ou incapacidade acional significaria um compromisso apriorista com o fisicalismo naturalista; no caso do mental, a admissão da tese que os animais têm mente implicaria uma amplitude temática demasiado abrangente e a adesão antecipatória a teses em discussão, pelo que é a mente humana que está sobretudo em causa. Da combinação dos motivos expostos, também a expressão “doença mental” só é revista em função do ser humano).

4. Devido ao facto de, na língua portuguesa, a palavra doença incluir determinações semânticas como dor, sofrimento, incapacidade, fisicalidade, papel social, foi optado o recurso aos termos *disease*, *illness* e *sickness* do inglês para diferenciar as várias propriedades do termo geral “doença”. Assim sendo, tirando os casos em que os autores apresentam as suas próprias definições, entende-se que

- i. *Disease* refere um fenómeno somático objetivo;
- ii. *Illness* refere mal-estar subjetivo associado a *disease*;
- iii. *Sickness* refere o papel representacional de *illness* ou *disease*.

5. Mediante o possível, será evitado o recurso a exemplos casualistas, dado que a argumentação anedótica pode ser distrativa do foco central, que é a análise promotora de compreensão metafísica e analítica dos termos. As exceções encontrar-se-ão sobretudo no inquérito sobre o mental, onde a tradição da Filosofia da Mente é permeada pela argumentação por via do exemplo e do contraexemplo.

6. A análise deixa propositadamente de fora considerações sobre categorias mentais como percepção, atenção, linguagem, memória, emoções, centrando-se no mental enquanto um todo.

7. Dadas as limitações de espaço e a abrangência do tema, sobre o qual foi feita uma investigação exaustiva – se bem que circunscrita e aqui apresentada de forma o mais sintética possível, sem que dela se perca o essencial –, a distribuição dos conteúdos terá em conta o recurso à figura do *anexo*, para a qual a revisão teórica da Parte 1 e da Parte 2 foi deslocada. Não obstante, a sua leitura e enquadramento no trabalho é mais adequada quando intercalada com o corpo do texto. Para facilitar a deteção do momento adequado para ler as revisões de literatura mencionada, encontra-se indicado o local da sua remoção e a sua localização final. A lógica é a mesma em ambas as partes:

1. *Introdução* no corpo do texto, seguida da
2. *Revisão Teórica* em anexo, com retorno à
3. *Discussão* no corpo do texto (sem identificação específica).

8. Todas as exceções a este conjunto de regras de navegação estão devidamente expostas ao longo do texto.

PARTE I: O Termo “Doença”

“A normal person is anyone who has not been sufficiently investigate”.

Murphy, 1976, p. 123.

“La santé, c'est la vie dans le *silence* des organes”.

Canguilhem, 1943/2009, p. 91.

A forma natural de pensar sabe espontaneamente o que é doença e o que é saúde, mas, de um modo reflexivo, o que significam exatamente essas categorias?

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (1948), “doença” é a ausência de saúde e “saúde” “um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (p. 100).

$\text{Saúde} \leftrightarrow \{[\text{bem-estar} (\text{físico} \wedge \text{mental} \wedge \text{social})] \wedge \text{não-doença}\}$
--

Esta tentativa de definir saúde positivamente e não apenas como a ausência de doença serve vários propósitos. Um deles é demarcar a atividade médica de outras prestações de cuidados de saúde, como a enfermagem ou a dietética (Boorse, 2011). Outro é ultrapassar o modelo virchowiano de patologia estritamente fisiológica e apresentar como objetivos de salubridade uma perspectiva holística para o desenvolvimento do bem-estar humano, o qual permite a inclusão da categoria “doença mental”. Algumas objeções têm sido levantadas a esta definição, das quais relevam-se as seguintes:

1. *Ausência de neutralidade.* Ou se está num estado de elevação positiva ou de abaixamento negativo. Segue-se que saúde positiva parece ser diferente de normalidade estatística e que só alguns poucos indivíduos se podem dizer saudáveis.

2. *Vaguidade.* O maior problema é o seu *carácter generalista e inclusivo*, que permite – senão mesmo promove – perspectivismos culturais, de tal modo que algumas doenças ocidentais são consideradas normais noutras zonas – *e.g.*, sarampo na China rural (Gao, et al., 2013), lombrigas na Africa (Reznek, 1987) – e até mesmo desejáveis – *e.g.*, espiroquetose discrómica (purupuru) entre os índios da região amazónica, transmitida ritualmente (Lupi, Madkan, & Tying, 2006), albinismo na África Central,

considerado sinal de qualidades mágicas (Baker, Lund, Nyathi, & Taylor, 2010). “Se o europeu pode servir de norma, é apenas na medida em que seu gênero de vida poderá ser considerado como normativo” (Canguilhem, 1943/2009, p. 67). Até nas sociedades ocidentais, o que para uns é doença, para outros pode ser saúde, e vice-versa: no Reino Unido, a pressão arterial baixa é sinal de saúde, ao passo que na Alemanha é uma condição médica digna de tratamento (Szawarski, 2003); o diagnóstico de Perturbação de Hiperatividade e Déficit de atenção é residual na Europa – pelo menos até há poucos anos atrás –, ao passo que nos Estados Unidos alcança proporções epidémicas (idem). Não há critérios com precisão universal de delimitação do que é saúde e doença.

3. *Conceitos aplicáveis apenas ao ser humano.* As determinações “mental” e “social” não se aplicam a muitas espécies do domínio biológico, pelo que esta definição abrange apenas as formas de vida cognitivamente superiores.

4. *Diferenças semântica.* A conceptualização engloba termos com significados diferentes em várias linguagens, sem os diferenciar. Por exemplo, as palavras inglesas *disease*, *sickness* e *illness* significam fenómenos diferentes, expressos por uma só palavra noutras línguas: *doença* em português, *enfermedad* em espanhol; *maladie* em francês; *krankheit* em alemão. É pois difícil o consenso teórico e a prática clínica uniforme a partir de conceções descritivas ausentes de valor normativo, bem como a comunicação entre comunidades médicas de diferentes culturas, dado que termos semelhantes têm significados diferentes e nem sempre são adequadamente conversíveis entre si.

A este nível concetual, o dilema fundamental é saber se é possível uma definição que não contamine os conceitos com juízos de valor social, condicionantes da sua objetividade, cientificidade, universalidade (Boorse, 2011). As análises dividem-se ao longo de um espectro teórico: o *Naturalismo* (e.g., Boorse, Wakefield), para quem tal é possível e desejável, salvaguardando como exceção a classe das doenças mentais, e; o *Normativismo* (e.g., Fulford, Nordenfelt), para o qual toda a taxonomia médico-científica é desde logo perpassada por avaliações subjetivas de estados, fenómenos, eventos orgânicos e comportamentais.

Quase todos os autores formulam as suas teses a partir da análise etiológica das doenças. As exceções são Reznek (1991) e sobretudo Agich (1997), ao centrarem-se nas

consequências das possíveis definições destes conceitos. Também Carel (2012), ao defender uma perspectiva fenomenológica de doença, tem como ponto de partida a experiência vivida na primeira-pessoa, só posteriormente categorizável na terceira-pessoa.

Após rever as teorias dos principais autores em cada perspectiva teórica, a discussão terá em conta as várias consequências pragmáticas e a relevância do uso destes termos (Murphy, 2009), tanto para a Biologia como para a Medicina e para o cidadão comum.

*A parte que se segue foi deslocada para o
Anexo 1: Revisão Teórica do Termo “Doença”, pp. 95-122.*

Resumo Geral

Da revisão apresentada no Anexo 1, pode-se elaborar a seguinte tabela:

Tabela 1: Principais autores e teses sobre o conceito “doença”.

	Boorse	Fullford	Nordenfelt	Reznek	Agich
Teoria	Teoria Bioestatística (BST)	Medicina Baseada em Valores (VBM)	Teoria do Bem-Estar da Saúde (WT)	Relativismo Ambiental	Teoria Pragmática de Doença (PTD)
Corrente	Naturalismo	Normativismo Fraco	Normativismo Fraco	Normativismo Forte	Normativista Forte
Interesse Principal	Teoria	Prática	Prática	Prática	Prática
Foco	Doença	Doença	Saúde	Doença	Doença
Definição	<i>Doença é um tipo de estado interno que /.../ é uma limitação na habilidade funcional /.../. Saúde é a ausência de doença”³.</i>	<i>Doença é um juízo negativo sobre uma dificuldade acional. Saúde é um juízo positivo sobre a capacidade de agir.</i>	Saúde é a conjugação de bem-estar subjetivo e a capacidade de agir, a “habilidade de alcançar objetivos vitais”.	<i>Doença é um processo involuntário e anormal que provoca prejuízo (harm) e que deve ser tratado por meios médicos.</i>	<i>Sickness é um sentimento subjetivo do indivíduo. Disease é é o que valida o estatuto sick.</i>
Hierarquia de eventos	De <i>disease</i> para <i>illness</i> .	De <i>illness</i> para <i>disease</i> .	De <i>illness</i> para <i>disease</i> .	Sem distinção.	De <i>illness</i> para <i>disease</i> .

³ Citação completa na p. 100.

A BST tem tido um apelo transversal na sociedade, superior ao das perspetivas normativistas, sobretudo porque o seu carácter explicitamente descritivo introduz o potencial teórico de universalidade objetiva. Por seu intermédio, os conceitos de doença e saúde pretendem-se aplicáveis a todo e qualquer ser-vivo, independentemente de considerações culturais ou subjetivas, reduzidos a um automatismo funcional, mais ou menos consciente, em prol da sobrevivência e do sucesso reprodutivo individual (mesmo que não concretizado, o comportamento do organismo visa o aumento probabilístico destas ocorrências).

Vários problemas fundamentais evidenciam-se, mas focar-nos-emos na afirmação de Nordenfelt (2003), segundo a qual “a teoria de Boorse não é [verdadeiramente] uma teoria descritiva de saúde e doença” (p. 114).

Se bem que a maioria dos médicos e pessoas afirmem aderir a uma teoria fisicalista de doença, o seu discurso e atuação são com frequência permeados por critérios normativistas, caindo em contradição com o ideal defendido. Na Medicina, a inclusão da teoria e da prática psiquiátrica no seu *milieu* é disso reflexo. Também entre os leigos, o recurso frequente a explicações mágicas para os fenómenos clínicos conflitua com noções fisicalistas de saúde e doença. Na generalidade, tanto a Psiquiatria como a cultura popular – esta última influenciada pela propaganda médico-científica e má informação dos media – consideram os transtornos mentais como doenças orgânicas, cuja fisicalidade será em breve desvelada pelos avanços tecnológicos da investigação neurológica. Assim é feito o discurso, em variantes análogas, há pelo menos duzentos anos.

Numa perspetiva mais holística, como as de Fulford (1989) e Nordenfelt (1987), próximos de teorias da ação, os conceitos de saúde e doença aplicam-se em exclusivo aos humanos e – talvez – a outros poucos animais de elevado grau cognitivo. Admitem por isso uma conceptualização intermédia de termos semelhantes, aplicáveis ao restante reino zoológico e botânico, tal como a apresentada por Nordenfelt (2003), não discutida no presente trabalho, por se encontrar fora do seu âmbito.

Uma diferença fundamental entre Boorse (1997), por um lado, e Fulford (2004) e Nordenfelt (2003), por outro, é que o primeiro anima-se pelo interesse teórico ao serviço da investigação biológica e os segundos preocupam-se sobretudo com a prática

médica. Para estes, é na clínica que devem encontrar-se as justificações para as racionalizações conceituais, a partir de uma metodologia *bottom-up*: da vivência casuística para a generalização abstrata.

Para Fulford (1989), psiquiatra interessado sobretudo em contribuir para a compreensão da expressão “doença mental” e da justificação prática da instituição psiquiátrica, o ponto de partida deve ser a *illness*, em quanto termo composto por determinações subjetivas de sofrimento e incapacidade de ação intencional expressas pela linguagem natural. *Illness* tem gênese na experiência leiga de doença e é aí que deve ficar. Tal afirmação não relega a importância da linguagem técnica, com valor comunicacional – entre outros – para os especialistas. A inobservância desta realidade tem levado a Medicina a considerar apenas os aspetos tecnocráticos da investigação biológica, abstracionando a vida vivida e reduzindo-a a classes de fenómenos biológicos desprovidos de sentido. O médico de outrora só sabia o que era doença através da narrativa do doente, protagonista e autor da trama, a quem pertencia a experiência e caracterização da doença. Hoje, o doente pode nem saber que o é, por intermédio de doenças silenciosas, sem expressão fenomenológica. Quem lhe transmite a condição, por assim dizer, é o médico, despoletando a dor. Ou seja, por vezes, é o diagnóstico de *disease* que produz a experiência de *illness*. Uma das mensagens mais importantes de Fulford é precisamente a tentativa de recordar que a missão da Medicina é servir o doente e é dele, enquanto foco de centramento, que deve partir a análise do fenómeno, estado ou evento patológico.

Também Nordenfelt (2003) subscreve a importância do doente e da linguagem natural no processo de caracterização do estado *ill*. Vai mais longe que Fulford (2004) ao propor que não só as ciências médicas mas também a prática clínica beneficiaria de uma teoria de lógica inversa das conceptualizações teóricas. Fulford considera que o “fazer ordinário” é suficiente para determinar saúde; Nordenfelt considera que tal proposta deve primeiro determinar o que significa “fazer”. Só assim se pode concluir o que o seu contrário significa, ou seja, a doença ou não-saúde, enquanto incapacidade de “fazer ordinário”. Ainda contrastante com Fulford, que considera a linguagem de doença como sendo totalmente valorativa, Nordenfelt afirma que também pode ser interpretada em termos descritivos, se bem que a partir da sua raiz normativa.

Reznek (1991), tal como Boorse (1989), considera que as doenças mentais têm fundações físicas e “tenta dizer aos leitores o que é uma doença” (Nordenfelt, 2003, p. 114). Mas as suas teses distinguem-se do naturalismo da BST e associam-se no Normativismo Fraco a partir da introdução da cláusula “prejuízo” (*harm*) como critério necessário para identificar doença. Por prejuízo, Reznek entende a incapacitação de viver uma vida boa ou que valha a pena, de acordo com critérios estabelecidos pelo próprio doente. O argumento principal é que, sem esta condição, não é possível qualquer determinação científica do que é doença, pois a natureza não contém em si indícios de normatividade. Paradoxalmente, a proposição torna-se de tal forma abrangente que permite a inclusão de todo e qualquer fenómeno corporal ou moral, destituindo-o de utilidade teórica e capacidade de orientação da prática clínica ao não delimitar as suas fronteiras de forma clara. A fórmula torna-se redundante.

Agich (1997) tem como preocupação central as consequências práticas do diagnóstico médico. Invoca a importância da intervenção e considera a teoria secundária, dado que a medicina surge como instituição responsável por dar resposta à doença. Pouco interessa ao clínico se há ambiguidade conceptual dos termos usados. Um doente coloca-se perante si e clama a sua atenção. Compete-lhe corresponder às expectativas. Mas a resposta *per se* é insuficiente. Ela necessita ser adequada. Por via desta cláusula, reintroduz o compromisso com a explicação científica para os estados doentes e o conflito inevitável com valores ético-morais, não só ao nível da intervenção, mas ao da classificação do estado *sick*. Em larga medida, está-se perante uma ciência moral, devido à capacidade que o diagnóstico médico tem para eliciar a ação intencional e a representação de papéis sociais específicos. Subsequentemente, a responsabilidade comunitária sobre o que fazer em relação a esse estado é o grande animador das discussões éticas sobre os conceitos de doença e saúde, mesmo que de forma distraída. Caso fosse acordado que os termos têm utilidade apenas científica e não clínica, servindo com rigor efetivo a Biologia e não a Medicina, como propõe Murphy (2009), provavelmente a polémica não sairia dos gabinetes e laboratórios científicos.

Discussão

A lógica positivista, que permeia a medicina contemporânea, tem um princípio *bottom-up*, em que o conhecimento científico construi-se a partir da base, implicando uma total *adaequatio intellectus ad rem*. No entanto, tal não se verifica; o conhecimento

não é construído da base para cima. Existem pensamentos coletivos, paradigmas de teoria e prática que só podem ser entendidos após um processo complexo de iniciação, como alertou Kuhn (1962/1970).

“A ciência pode funcionar como uma ideologia. Muitas visões podem ser consideradas legítimas, se a legitimidade consistir em ser justificada dentro de um paradigma abrangente /.../ Os dados estão desde logo ‘infetados’ com teoria /.../ e valores /.../. Com tal, uma dimensão avaliativa permeia toda a ciência” (Khushf, 2003, p. 153).

A ciência pode tornar-se na forma mais recente de dogmatismo religioso (Feyerabend, 1975/1993), não sendo, como pretendia Nagel (1986), uma vista de lado nenhum.

No respeitante ao tema em causa, a investigação tem de distinguir entre ciências humanas e ciências naturais e compreender que os conceitos “saúde” e “doença”, quando aplicados ao humano, não são objetos simples da Biologia. É impossível escapar ao circuito hermenêutico próprio das ciências humanas, cujo saber consiste em explicações reflexivas das noções do senso-comum ou do modo natural de pensar. Admitindo que a doença pode ser estudada pelas ciências naturais, tendo um conteúdo próprio, independente dos valores e instituições humanas, ela adequa-se a uma abordagem descritiva, separada da experiência vivida da pessoa e da comunidade. Boorse (1997) admite esta hipótese; Reznek (1991) rejeita-a.

O desejo de produzir um significado teórico universal, independente de qualquer sistema semiótico particular, incorre no risco de apresentar uma noção primordial de contornos essencialistas, o que é rejeitável pelas sensibilidades atuais. Também é questionável a legitimidade de ignorar a experiência vivida, subjetiva, individual, na primeira-pessoa. Mas mesmo que o Naturalismo encontre uma adequada descrição de doença, ausente de juízos de valor, fica ainda por resolver o dilema da sua presença e contaminação transversal na linguagem natural, usada não só pelo homem comum, mas também pelos técnicos de serviços de saúde. O problema transfigura-se não só ético, mas também ao nível kantiano da integração da razão pura com a prática. Em todos os casos, a linguagem de saúde designa considerações sobre *excelência*, tal como

inteligência ou *caráter* o fazem. Para diferenciar-se desses conceitos – todos eles normativos e valorativos –, ela tem de

- i) constituir a sua identidade através de determinações particulares e exclusivas;
- ii) render-se a uma disciplina preferencial;
- iii) delinear um campo de ação.

i) O significado do termo “saúde” e o seu contrário, “doença” (em geral e nas suas subdivisões particulares – bem como as variantes linguísticas, como *disease*, *illness* e *sickness* em inglês, por exemplo, não encontradas nas línguas latinas), é contingente às circunstâncias ambientais e só pode ser devidamente analisado compreendendo esse sistema específico de construção semântica. A não-contemplação destas possíveis variações numa mesma palavra aglutinadora de significados com aparência semelhante, como no caso de *doença*, *enfermedad*, *maladie*, *krankheit*, dificulta a análise radical das várias dimensões filosóficas em causa, gerando as confusões típicas associadas às consequências do diagnóstico médico e a *praxis* derivada.

ii) É útil distinguir o uso da linguagem de saúde entre o contexto da investigação científico e a intervenção técnica, entre a teoria biológica e a prática médica, dado que servem interesses diferentes. À Biologia, interessa sobretudo a compreensão dos eventos, processos, fenómenos, estados orgânicos; à Medicina, interessa sobretudo a resposta afirmativa à dor do consulente. Nesse sentido, *disease*, enquanto fenómeno biofisiológico, deve pertencer preferencialmente ao domínio das ciências da vida e da morte (sendo o cadáver um testemunho da vida, portador de notícias sobre ela) e *illness*, enquanto fenómeno de queixa subjetiva de dor, incapacidade acional, mal-estar físico, deve pertencer preferencialmente às disciplinas técnicas prestadoras de cuidados de saúde. Mais distante, *sickness*, enquanto papel social atribuído ao *diseased* ou *ill*, é um termo de domínio ético, cuja amplitude de inclusão encontra-se exclusivamente sob alçada política, mesmo que apoiando-se em considerações médico-biológicas. Uma prática médica sem filiação estatal pode mesmo prescindir do conceito de doença. Se um doente pedir ajuda a um médico e se este julgar poder servi-lo nessa capacidade, não há motivo para só o fazer caso haja doença (sabe-se que a mera presença de uma autoridade pode ter um poderoso efeito placebo sobre o doente). O sucesso da intervenção é determinável pela capacidade em satisfazer os serviços contratualizados livremente com o cliente.

iii) A partir dos conhecimentos reais, concretos, efetivos, materiais da Biologia sobre a *disease*, a Medicina poderia exercer o seu trabalho técnico sobre o corpo *diseased* ou *ill*, de acordo com os desejos do dolente – agora, sem dúvida, doente –, tal como o mecânico trata do carro a pedido do proprietário, o informático do computador, o eletricitista da instalação elétrica.

Competiria de seguida ao sistema político de cada sociedade operar ao nível explícito e implícito dos aparelhos burocrático, institucional e protocolar, através da redação do guião representacional do estatuto *sick*, e a determinar o posicionamento do protagonista e dos vários atores em cena. As vantagens seriam multidimensionais: a nível ontológico, a essência dos termos estaria mais próxima de ser alcançada; a nível epistemológico, circunscreviam-se os fenómenos abordados com mais clareza; a nível ético, o poder da classe médica estaria restringido à aplicação técnica.

De acordo com este conjunto de teses, sugerem-se as seguintes implicações ontológicas, epistemológicas e éticas:

1. A ciência biológica deve determinar o que é *disease* a partir da observação empírico-científica;
2. A prática médica deve determinar quando uma dolência é *illness* se e apenas se encontrar *disease* no organismo;
3. A ética política determina os critérios de atribuição do estatuto *sick* e as consequentes implicações representacionais.

Trata-se, portanto, de uma perspetiva integracionista de teses naturalistas e normativistas na divisão e atribuição do domínio categorial a disciplinas específicas. Enquanto as ciências biológicas não encontrarem um fenómeno físico com relação fixa a uma causa ou consequência comportamental, então não se deve poder afirmar a presença de *disease*, mesmo que a experiência produza a crença que ela é real, ainda por confirmar devido a insuficiência tecnológica. A suspeita deve servir unicamente para estimular programas de investigação científicos – com devidas precauções para evitar os abusos –, sendo indevida a estipulação de doenças putativas ao serviço da Medicina, cujos diagnósticos têm alcance económico, político e ético no quotidiano coletivo.

Conclusão

1. O termo “doença”, na maior parte das línguas ocidentais, é *demasiado abrangente*, comportando fenômenos relacionados, mas que não se deixam confundir;

2. Doença, no sentido da teoria biológica e no sentido da prática médica, designa *missões diferentes*, pelo que a linguagem deveria refletir esse acontecimento;

3. O “estado saudável” define-se melhor pelo seu contrário, “estado doente”, dado que *em estado saudável não há levantamento de problemática* conducente à reflexão exaustiva: a saúde é aceite espontânea e naturalmente;

4. O termo “doença” só pode ganhar valor científico quando diz respeito a um *fenómeno natural individual*, no sentido de material, empiricamente mensurável e circunscrito a um organismo, que o diferencia de outros modos de significação;

5. Todo o juízo de valor “positivo vs. negativo” é intrinsecamente normativista;

6. Da conjugação dos dois pontos anteriores, o termo “doença” define-se melhor como *um juízo de valor negativo sobre um fenómeno biológico individual*;

7. A atribuição de doença na *primeira pessoa* e na *terceira pessoa* tem implicações muito diferentes: no primeiro caso, expressa um viver do corpo próprio, do mundo e da relação com ele; no segundo caso, apresenta um guião para conduzir a relação com o doente;

8. O conceito tem *alcance multidisciplinar* pelas consequências quotidianas sobre a vida dos indivíduos e da coletividade, não podendo ficar circunscrito à atividade científica.

PARTE II: O Termo “Mental”

“O cérebro pode ser um *sine qua non* do intelecto, como o olho é para a visão e a orelha para o som, mas como tão pouco consegue o olho ver e a orelha ouvir, pode o cérebro pensar”.

Friedrich Max Müller,
The Science of Thought, 1887, p. 57.

Há um entendimento geral que a filosofia ocidental moderna teve início, ao mesmo tempo efetivo e simbólico, com René Descartes (1596-1650), numa época de profunda agitação social, em que dogmas católicos centenários eram colocados em causa. Dentro da própria Igreja, a *Disputatio pro Declaratione Virtutis Indulgentiarum* de Lutero e todo o movimento reformista iniciado um século antes havia denunciado a ganância incontida da autoridade católica, estabelecida e conservada na tradição por um entrelaçamento impudente com o poder político. Fora dela, o *Novum Organum* de Bacon, o *Sidereus Nuncius* de Galileu, a *Astronomia Nova* de Kepler, o *Philosophiæ Naturalis Principia Mathematica* de Newton, anunciavam a emergente mentalidade apoiada na nova metodologia científica que se ia constituindo no seio da Academia, em substituição da escolástica medieval, cujo valor técnico ameaçava desvelar as fragilidades da canonicidade teológica.

Para evitar o escândalo social, Igreja e Academia necessitavam delinear esferas de autoridade exclusiva que justificassem os seus impérios institucionais sem terem de gladiar-se abertamente entre si, com prejuízo potencialmente avultado para ambas as classes. Surge a solução de Descartes: ao sangrar a realidade em duas substâncias independentes – uma temporal, outra essencialmente espacial – e ao atribuir o seu domínio a cada uma das disciplinas concorrentes – aos teólogos, arbítrio sobre a temporal e aos cientistas, jurisdição sobre a espacial –, a tese dualista cartesiana foi fulcral na harmonização dos interesses soberanos destes conglomerados intelectuais, construtores e distribuidores dos mapas constituintes da realidade para a população iletrada, tanto a indiferenciada como a nobiliárquica. Os filósofos teriam o privilégio de poder navegar em ambas as dimensões.



Figura 1: Diagrama da Teoria Dualista.

Tal repartição conciliadora de vontades respeitava a primeira máxima da “*morale par provision*” cartesiana: “obedecer às leis e aos costumes do meu país, mantendo constantemente a religião, /.../ e governando-me /.../ segundo as opiniões mais moderadas e afastadas do excesso” (Descartes, 1637/1993, p. 53). Explica-se assim em larga medida o esplendoroso sucesso do dualismo cartesiano durante os tempos seguintes, ao que Searle (2004) chamou, porventura com demasiada verve, de “o maior desastre na história da filosofia nos últimos quatro séculos” (p. 23).

O maior problema epistemológico dos tempos modernos. Com a cisão da realidade, instalou-se uma aporia epistemológica, atualmente denominada por *dilema mente-corpo*, a qual suscitou duas questões centrais:

- i. *A questão ontológica:* O que são estados mentais?
- ii. *A questão causal:* Como se relacionam causalmente os estados mentais e físicos entre si?

A partir destas perguntas desdobram-se outras sobre a natureza da *consciência*, da *intencionalidade*, do *self*, da *personificação*, do *livre-arbítrio*. As respostas têm sido dadas por várias teses ao longo dos tempos, adaptadas linguisticamente às sensibilidades dos contemporâneos a quem se dirigiam, mas todas com fragilidades insuperáveis a vários níveis.

Visões modernas da mente. Faz pois sentido que a presente investigação tome como ponto de partida a teoria cartesiana, a partir da qual é possível fazer uma genealogia das ideias modernas sobre a mente até à contemporaneidade, quase sempre motivadas pelo desejo de resolver o dilema mente-corpo, categorizáveis em duas grandes perspectivas filosóficas: o *pluralismo* e o *monismo*. Ficarà de fora a análise de teses com contornos metafísicos para além do aceitável pela tradição das ciências cognitivas e da filosofia não-teológica – como, por exemplo, o *pan-psiquismo* (a

consciência está em todo o lado) e as várias concepções religiosas e espiritualistas que se podem encontrar pelo mundo. A discussão será feita numa linha analítico-pragmática, contraposta por considerações fenomenológicas.

*A parte que se segue foi deslocada para o
Anexo 2: Revisão Teórica do Termo “Mental”, pp. 123-157.*

Da revisão apresentada no Anexo 2, pode-se construir o seguinte esquema:

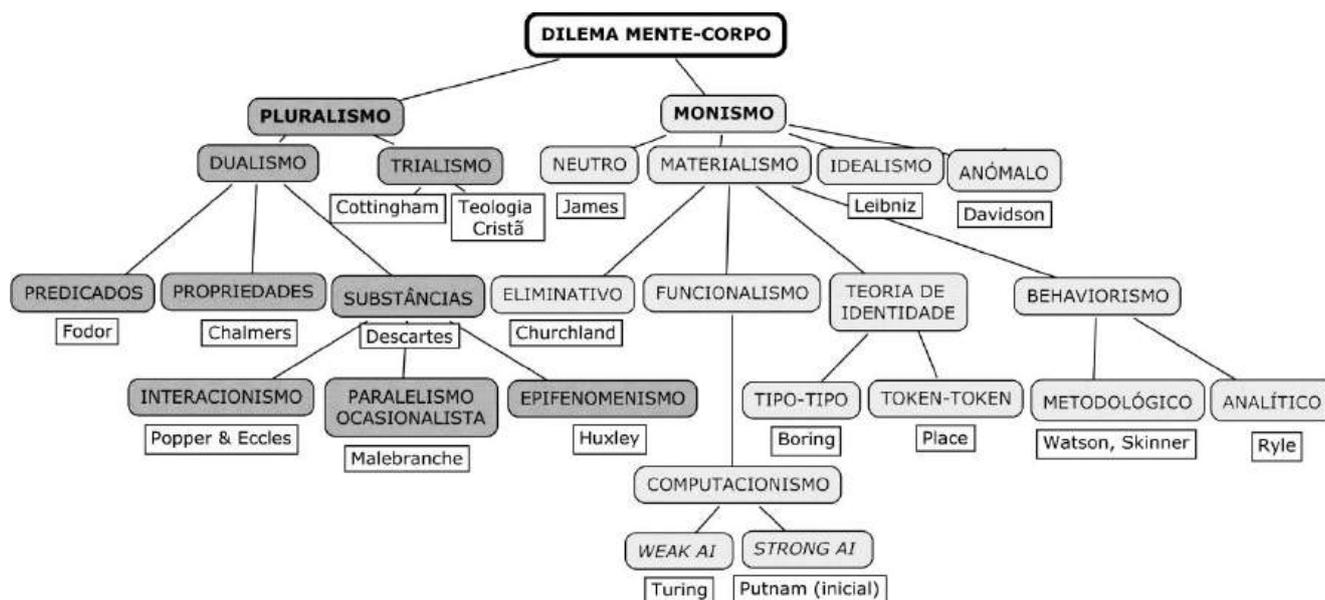


Figura 2: Relação entre teorias modernas para a resolução do dilema mente-corpo.

Discussão

Ao afirmar que o Dualismo Cartesiano é o maior erro filosófico dos últimos quatro séculos, Searle (2004) acusa a divisão mente-corpo de ilegitimidade. Também Damásio (1994) o disse, embora com tonalidades diferentes.⁴ O processo começou antes de Descartes e tem raiz na leitura neoplatónica e tomista do conceito aristotélico de *psyché*, hoje confundido com “mente”. Segundo Heidegger (1926/1996), “a definição cristã foi de-teologizada no curso do período moderno. Mas a ideia de ‘transcendência’ – de que o ser humano é algo que vai para além de si mesmo – tem as raízes no dogma cristão” (p. 45).

⁴ Nas palavras de Barata-Moura, “Damásio não deve ter lido muito Descartes”.

Psyché (ψυχή)

Para os gregos antigos, o termo *psyché* (ψυχή) não se referia nem à alma religiosa (atualização de Deus) nem à mente científica (função biológica), tal como as entendemos hoje. Tratava-se antes de uma força de vida que abandonava o corpo aquando da morte física em direção ao Hades. O verbo *psycho* (ψύχω) significa “respirar”, o sopro de vida que anima o corpo, embora fosse um mistério por que meios a *psyché* o afetava. A palavra *mnemos* (μνήμη), *memória*, era a mais próxima do conceito atual de mente, que significava algo entre o espírito e a intenção, da qual derivam as palavras *mimēsthai* (μιμῆσθαι) que significa *mimetizar*, e *mimneskein* (μιμνήσκω), que significa *recordar* (Szasz, 1996).

Para Aristóteles (240 B.C./2001), *psyché* significava “princípio de todos os seres vivos” (p. 23), “a totalidade dos seres” (p. 103). Todo o ser vivo é *psyché*, a forma que dá vida à matéria. Ela é *enteléquia* (εντελέχεια), atualização da potência material, com finalidade interior, no sentido de energia primordial, vital, não se confundindo com o *noûs* (νοῦς), o intelecto.

A tradução do *Corpus Aristotelicum* para latim a partir do grego original⁵, no século XIII, por Guillaume de Moerbecke, permitiu a Tomás de Aquino⁶ e a outros académicos contemporâneos uma redescoberta da obra aristotélica. Seguiu-se a tese tomista que “as sensações são uma operação do homem, mas não próprias dele, pelo que o homem não é uma alma apenas, mas algo composto de alma e corpo” (Aquino, 1265-1275/1920, X.4,2). Uma das diferenças entre ambos os autores é que Aristóteles considerava que a forma – ou alma – era corruptível, ao passo que Aquino argumentava o contrário: tal só se aplicava à matéria, ao corpo, ao profano. Por esta altura, vingava o paradigma dualista alma-corpo, vigente desde o século III por via dos neoplatónicos e perpetuado pela escolástica medieval. O homem era alma, inclusa de sensações e caída no corpo.

Munido da alma católica, o pensamento medieval dispensava o conceito de mente tal como o conhecemos hoje. Esse foi-se impondo com o advento da subjetividade e o

⁵ O conhecimento da obra de Aristóteles remonta ao séc. XIII, à exceção da lógica e de outros textos curtos, graças à tradução feita diretamente do grego por Guillaume de Moerbecke. Antes, a tradução era feita a partir de traduções de traduções: do aramaico para o árabe e finalmente para o latim.

⁶ Guillaume de Moerbecke terminou a tradução de *De Anima* em 1267 no mesmo mosteiro dominicano em que se encontrava Aquino, pelo que o acesso à obra ocorreu de imediato.

surgimento do indivíduo na modernidade, diferenciado da família, feudo ou clã, uma “excentricidade entre culturas” (Morris, 1972/2012, p. 2).

Condições para a Invenção do Órgão “Mente”

Sarbin (1967) considera que a invenção da mente enquanto “órgão” depositário de estados especiais deveu-se a três condições históricas: 1) a acessibilidade de *termos disposicionais*; 2) a emergência do conceito de *fé* religiosa; 3) o desenvolvimento de *léxico científico* adequado.

1. Termos disposicionais. Tratam-se de termos que combinam fenômenos psicológicos *distais* ou *proximais* e ações físicas (*e.g.*, a bravura – característica psicológica – associada a um ato heroico). Inicialmente, serviam como expressões de uso natural para descrever e promover ou reprovar estados motivacionais atribuídos a comportamentos observáveis.

2. Estados internos. A partir dos termos disposicionais, agregou-se às manifestações religiosas coletivas e extrínsecas ao indivíduo – sob a forma de rituais eclesiásticos e proclamações públicas de temor reverencial – a possibilidade da experiência privada e intrínseca da fé. Tal fenômeno ganhou relevância com a Reforma Protestante. Desta forma, os teólogos procederam a uma transformação de expressões correntes que descreviam comportamentos observáveis para a descrição de estados de alma inobserváveis. Criou-se um novo paradigma que localizava os eventos no espaço interior do agente moral, de acordo com dois tipos de *inputs* proximais: eventos distais e eventos proximais. Os eventos distanciais implicavam a associação de um fenômeno psicológico a um evento físico (*e.g.*, uma dor de cabeça após dar uma cabeçada). Os eventos proximais ocorriam na ausência de um evento externo (*e.g.*, uma gastrite ou mesmo uma dor de cabeça não relacionada diretamente com uma qualquer pancada física). Neste segundo caso, não havendo *locus* causal no mundo exterior, encontrou-se o no corpo interior, do qual sabia-se apenas que tinha espaços aparentemente vazios (Canguilhem, 1977). Foi neles que a autoridade religiosa encontrou a alma invisível e imaterial. Tendo localização e estando codificado como substância, as disposições constituintes adquiriram solidez e passaram a ser tratadas como substantivos de pleno direito, ao invés de verbos descritores ou adjetivos qualificadores de um fenômeno observável (Foucault, 1963/1977).

3. **Léxico científico.** Com a Renascença, o teólogo foi sendo substituído pelo cientista na explicação dos fenómenos de aparência misteriosa e oculta, e com a mudança de protagonistas, deu-se igual mudança na linguagem usada. Estando o paradigma dualista mente-corpo enraizado nas determinações coletivas espontâneas, o corte epistemológico dificilmente poderia ser radical, assumindo antes contornos progressivos: era preciso que a nova mentalidade científica mantivesse o correlato entre os seus novos objetos de estudo e os existentes no paradigma religioso, condicionante da forma de pensar e dos pensamentos produzidos pelos cientistas renascentistas. Uma dessas mudanças ocorreu com o termo “mente”, de cariz científico, que veio substituir o termo “alma”, de cariz religioso.

Substantivo “Mente” vs. Verbo “Mentar”

Antes do séc. XVI, a palavra “mente” funcionava apenas como verbo. As pessoas tinham “alma” e a palavra “mente” era usada no sentido verbal de “atentar”, “dar atenção”. Em inglês, não havia outra que a substituísse enquanto substantivo para o que atualmente chamamos de mente. De igual forma, ainda hoje não existe um substantivo para “mente” no francês e no alemão. No alemão, encontra-se *verstand* (compreensão), *geist* (espírito), *seele* (alma), mas nenhuma palavra específica para designar “mente”. O que surge, no domínio da psicopatologia, são as palavras compostas *geisteskrankheit* e *seelekrankheit*, “doença do espírito” e “doença da alma”, respetivamente, termos usados para significar o que se entende por “doença mental”. De igual forma, no francês usa-se *mentale* no contexto de *maladie mentale*, mas não isoladamente como substantivo, optando-se por *esprit*, *pensée*, *âme*, *idée*, *mentalité* (esta última enquanto qualidade da mente). Nem mesmo é usado em expressões como *état d’esprit* e *manière de penser*, frases passíveis de formar com *mentale*. Já no português, espanhol e italiano, é dada utilização à palavra “mente” semelhante à dada pelo inglês à palavra “mind”, atualizando o seu potencial de reificação substantiva. Gradualmente, o conceito de “mente” foi substituindo o de “alma”, em simultâneo com a instalação da nova mitologia científica que substituía os saberes teológicos com novas cosmologias, antropologias e éticas, assentes em princípios empírico-materialistas.

O que releva desta análise é o carácter não-determinista da coisificação de algo imaterial; a mente não tem diferenciação empiricamente verificável de espírito ou alma, mesmo entre línguas de culturas modernas. Enquanto substantivo, a “mente” refere uma

classe vazia, sem elementos com realidade concreta ou material. Em alternativa, seria mais adequado e conforme à utilização originária usar-se algo semelhante ao verbo “mentar”⁷, dado que o mental diz respeito a uma atualização e não a uma potência.

Mentar. “Mentar [*mindung*] é a habilidade de prestar atenção e adaptar-se ao ambiente usando *linguagem para comunicar com outros e consigo próprio*” (Szasz, 1996, p. ix). Por *linguagem*, entenda-se toda a forma de *comunicação simbólica*, desde a palavra falada à escrita, passando pela gestual. É o que diferencia os seres humanos dos animais. A ideia não é nova. Dizia Platão no Teeteto (360/2010), pela voz de Sócrates, que pensar refere-se a

“um discurso que a alma discorre consigo mesma acerca das coisas que examina. /.../ Não faz mais do que dialogar, perguntar e responder a si própria tanto ao afirmar, como ao negar. /.../ De modo que /.../ chamo opinar a fazer um discurso e à opinião um discurso dirigido não a outra pessoa, em voz alta, mas em silêncio, a nós mesmos” (189e-190a).

Também Aristóteles afirmou que “a mente é o ato de conhecimento”, que no homem compreende a faculdade discursiva e o intelecto, e Kant reconheceu que “o pensamento fala consigo mesmo”⁸. A palavra alemã *selbstgespräch* significa precisamente *auto-conversação*. Está assim pensada desde longa data a hipótese do mental ser melhor descrito como *ação dialógica privada*.

A “Voz da Consciência” ou O Eterno Solilóquio⁹

Uma comunicação entre duas pessoas é chamada de *diálogo*; a enunciação exteriorizada, sem interlocutor, de *monólogo*; a autoconversação, aquela que se mantém privada e que assume a forma de “pensamento”, um *solilóquio*¹⁰.

⁷ Optou-se pelo neologismo “mentar” ao invés da palavra já existente “mentalizar”, devido ao significado natural que esta foi adotando, mais associada à construção de imagens do que de discursos. Se bem que ambos tenham dimensão dialógica, é o caráter verbal da voz da consciência que se pretende salientar.

⁸ “Denken ist reden mit sich selbst”.

⁹ Szasz (1996) propõe erradamente que se chame “autólogo” ao discurso privado, por considerar que diálogo (*diálogo*) significa “conversa entre duas pessoas”. Como tal, “autólogo” seria a conversa privada de si para si. No entanto, o significado etimológico de *diá* é “para”, no sentido de “passagem”, pelo que a palavra “diálogo” significa verdadeiramente “troca de saberes”.

¹⁰ *Solilóquio*, no sentido restrito que aqui assume, não se confunde com *monólogo*.

Tal como a maioria dos nossos comportamentos, o solilóquio é automático e com caráter inescapável: não depende da vontade nem da reflexão. Invocando considerações heideggerianas (ver pp. 150-151), o que se chama de *consciência*, é melhor entendido como *voz da consciência*, o relato para si-mesmo do facto do conteúdo da experiência ser conhecido.

Nesse privado omnipresente decorre a relação absoluta em que se encontra o ser humano. Não há solidão no homem. Ele está sempre acompanhado por um *eu* desdobrado num *outro eu* de si-mesmo, como testemunha da consciência. O ele-eu é em simultâneo a audiência singular e a trupe de uma encenação privada que pode adotar a forma de um monólogo, de um diálogo, de uma qualquer representação comunicacional pública, a qual assume preferencialmente uma vertente verbal. Mas o *eu-ator* nem sempre consegue ver o *eu-audiência*, que se oculta na escuridão para além das luzes de cena. Por isso julga-se sozinho em palco. Por um lado, o *eu-ator* não se sabe visto e angustia-se perante a possibilidade de estar a representar para uma plateia vazia; por outro lado, o *eu-audiência* angustia-se por não ter possibilidade de intervir na encenação. É uma relação de costas voltadas, mas onde não há silêncio: a voz dialógica está sempre presente, mesmo na mudez das palavras, por via imagética.

Neste sentido, pensar é trocar juízos de si para si, em privado. É uma atualização como voz da consciência da consciência enquanto potencialidade apriorística do ser humano para-si-mesmo. O solilóquio ocorre como um chamamento que invoca o próprio eu através do desvelar do mundo que desvela o próprio ser. De acordo com Heidegger (1926/1996), a compreensão deste chamamento, enquanto modo de desvelamento que articula a inteligibilidade, é a consciência. Também James (1879) entende a consciência como um *tertium quid*, uma terceira coisa, a soma da *forma* e da *matéria* aristotélica. Todo o saber-se a si-mesmo é algo diferente do conjunto ou sequência de experiências, mesmo que dependa delas. Implica uma transcendência, em que o ser está e *sabe* que está em relação, e é a esta transcendência que se pode chamar de consciência.

Nesta dimensão ontológica, é útil a distinção entre “consciência” e “mental”. Mas aqui, ao invés de falar de consciência como uma determinação do mental, seria o mental a ser propriedade da consciência. O *mentar* é a inscrição privada da narrativa autobiográfica, ato pelo qual a voz da consciência se faz ouvir no seu silêncio e cuja

redação se vai esvanecendo à medida em que se vai escrevendo, tal como os atos se sucedem sem de nenhum deles ficar permanência. O *mentar* faz-se a si própria à medida que vai fazendo. Ele é atualização *na* e *para* a primeira-pessoa, dado a conhecer-se a partir dos atos públicos do indivíduo, os únicos acessíveis a uma ontologia de terceira-pessoa: “se não divulgar os conteúdos dos seus solilóquios silenciosos, e outras imaginações, eu não tenho nenhuma outra maneira segura de descobrir o que esteve a dizer ou a imaginar para si-mesmo” (Ryle, 1949, p. 61).

Do Estudo do Mental

Com Descartes (1637/1993), a realidade ficou dependente da condição de *representatividade* e o *apetite-representante* assumiu contornos de causalidade. “A coisa’ presente se ‘a-presenta’ para um representar e somente para isso” (Ribeiro, 2005, p. 100). Instalou-se a ideia de mundo como algo “dado exteriormente a mim e substancialmente diferente de mim” (idem). O cartesianismo igualizou a alma com a mente, que, por sua vez, foi igualizada à divindade. As funções intelectivas passaram a manifestações da atividade da alma, a qual, não obstante, continuaria fora do corpo, sem extensão material. Ao confundir alma, razão e Deus, a própria entelúquia da *psyché* fundiu-se com o funcionalismo da mente, adquirindo a função teleológica de atualizar o corpo natural. Surge a mente como *regulador interno* do corpo, centelha da razão divina que o controla. A mente era agora uma baforada da razão absoluta maiusculizada. Afirmaria Locke (1689/1825), mais tarde: “se não compreendes as operações da tua própria mente finita /.../, que não pareça estranho que não consigas compreender as operações da eterna mente infinita, que fez e governa todas as coisas” (X, 19).

Mas representações e relações causais não são suficientes para apreender o significado da experiência. Toda a intencionalidade e experiência da doação fenoménica perde algo de si nessa tradução.

“As tentativas de explicação de fenómenos humanos a partir de pulsões têm o carácter metódico de uma ciência, cuja matéria não é o homem, mas sim a mecânica. Por isso, é fundamentalmente discutível se um método tão determinado por uma objetividade não humana pode mesmo ser apropriado para afirmar o que quer que seja sobre o homem enquanto homem” (Heidegger, 1887/2006, p. 211).

Entidades como “representações mentais” “impulsos”, instâncias intrapsíquicas” não têm realidade material, não são formas de energia mensurável, nem são evidências em si mesmas, como por vezes se pretende. São abstrações de cariz funcionalista que só podem “invadir a mente” por via metafórica. Mas, dado que a mente também é uma metáfora, não há nem invasor nem invadido real. Enquanto palco onde ocorre o solilóquio, a mente é uma metáfora: depende mais da linguagem do que do cérebro.

Também categorias como percepção, atenção, linguagem, memória, emoção, são explicadas pelos vários ramos das ciências cognitivas de acordo com modelos materialistas funcionalistas e estudados por via científica, como se a procura de uma unidade ou explicação última para os fenómenos não fosse um empreendimento puro de metafísica ontológica.

Conclusão

1. As determinações da *psyché* (*alma*) passaram a ser as operações do *noûs* (*mens*) por via de *processos históricos e linguísticos*. De estados de alma, passou-se a estados mentais ou processos psíquicos;

2. Com Descartes, o estudo do mental passou a ser operacionalizado em função da sua possibilidade de *representatividade*;

3. As propostas paradigmáticas vigentes na Filosofia Analítica e no Materialismo Funcionalista orientador das Ciências Cognitivas contemporâneas deixam de fora as características essenciais do mental: a *consciência* e a *intencionalidade*;

4. *Consciência* é a determinação ontológica desde-logo-aí que alerta para a potencialidade de ser para-si-mesmo, ou seja, para a *individualidade*;

5. A consciência é sempre *voz da consciência*, potencia e atualização em simultâneo;

6. A consciência do outro pode ser inferida a partir de na nossa própria, dado que é condição apriorística para a individualidade humana; a *voz da consciência*, podemos deduzi-la num outro dotado de linguagem, pois para haver linguagem, tem de haver voz da consciência; o *mentar*, é a atualização da voz da consciência;

7. Toda a narrativa privada implica relação entre o *eu-ator* e o *eu-audiência*, mesmo que de costas voltadas; segue-se que a solidão é uma impossibilidade;

8. Ao invés de se falar em “mente”, a substanciação abusiva de uma ação, devia-se usar o verbo “*mentar*”, o ato dialógico privado dirigido a um aparecer;

9. A consciência não é propriedade do mental; antes, *mentar* é propriedade da consciência, dado que esta é condição suficiente e necessária da primeira, e não o contrário;

10. Consequentemente, por ser privado, o *mentar* só pode ser conhecido por via direta na *primeira-pessoa*, não sendo possível constituir-se como ciência de terceira-pessoa: quando se torna público, perde a sua determinação essencial e passa a ser comportamento manifesto.

PARTE III: A Expressão “Doença Mental”

“A formulação de uma psiquiatria para o futuro, por muito otimistas que sejam os respectivos enunciados, não pode ignorar a sua inerente ambiguidade conceptual”.

Quartilho, 2001, p. 26.

As revisões na Parte I e II dos termos “doença” e “mental”, respetivamente, revelaram o forte desacordo existente entre académicos em relação às suas determinações e propriedades ontológicas. Como se pode calcular, a sua conjugação acrescenta dificuldades de igual ordem.

Entre os leigos, praticantes e não-especialistas teóricos, a crença generalizada na adequação das teses “a doença é uma disfunção orgânica” e “o mental é um conjunto de funções do cérebro” permite extrair da sua conjugação a conclusão analítica válida que “uma doença mental é uma disfunção do cérebro”. Fica por averiguar a veracidade das proposições elementares, cujas determinações são altamente questionáveis quando submetidas a exame reflexivo profundo: nem os órgãos têm necessariamente de comportar a determinação “disfuncional”, nem a mente parece ser reduzível a uma função cerebral, como está implícito no uso habitual que se faz destes termos.

O que está em causa não é a existência dos fenómenos comportamentais conceptualizados como “doença mental”, os quais são evidentes, mas sim a legitimidade da justificação para o seu modo de agrupamento, caracterização e jurisdição pela instituição médica, dada: i) a redundância lógica da fórmula; ii) a sua fragilidade ontológica; iii) a inacessibilidade epistemológica; iv) a genealogia falaciosa; v) as implicações éticas e consequências práticas para os visados com os diagnósticos e para a sociedade em geral. Na presente investigação, serve como orientação a pergunta colocada por Sarbin (1967b):

“Como é que o conceito de ‘doença’ [*illness*] passou a incluir comportamentos brutos, ou seja, mau-comportamento, em vez de queixas e sintomas somáticos que eram o critério seguro do diagnóstico pré-Renascentista? Que critérios adicionais foram usados para aumentar o espaço do conceito ‘doença’ [*illness*]?” (p. 448).¹¹

¹¹ “How did the concept ‘illness’ come to include gross behavior, that is, misconduct, rather than complaints and somatic symptoms which were the denning criteria of pre-Renaissance diagnosis? What additional criteria were employed to increase the breadth of the concept ‘illness’?”.

Vários autores dedicaram-se a esta empresa, sem obterem resposta conclusiva: Parsons (1951/1991) estudou a atribuição de papéis sociais; Canguilhem (1977), a ideologia das ciências modernas; Foucault (1961/1972; 1963/1977; 1979), o início da clínica e a transmutação da loucura em doença mental; Szasz (1970/1974), a analogia entre os sistemas medievais e modernos de controlo e repressão social; Sarbin (1967), o papel social atribuído ao diagnosticado; Goffman (1963), as consequências do diagnóstico; Shorter (1997), a evolução histórica da atividade psiquiátrica; Whitaker (2002/2010), as intervenções terapêuticas.

Revisão teórica da expressão “Doença Mental

Numa revisão exaustiva do conceito “doença mental”, num artigo cujo subtítulo é “na fronteira entre factos biológicos e valores sociais”, Wakefield (1992) apresentou e criticou as seis conceptualizações mais relevantes dos últimos cinquenta anos, cujas conclusões sumárias são as seguintes:

1. Doença mental não existe;
2. Doença mental é um juízo de valor puro;
3. Doença mental é o que os psiquiatras tratam;
4. Doença mental é um desvio em relação à norma estatística;
5. Doença mental é uma desvantagem biológica;
6. Doença mental é uma manifestação de aflição (*distress*) ou incapacidade inesperada.

A estas, Wakefield (1992) acrescentou a sua própria tese:

7. Doença mental como “a falha de um mecanismo mental em desempenhar a função natural para a qual foi designado pela evolução” (p. 373)¹², considerando “doença” como disfunção prejudicial (*harmful disfunction*) e que as funções são efeitos que explicam as causas.

Ao longo da revisão concetual, o foco incide sobre o termo “doença” (*disorder*), assumindo-se o termo “mental” como algo cujas determinações estão desde logo aceites na sua evidência imediata, dispensando-se o seu exame profundo. As três primeiras

¹² “The failure of a mental mechanism to perform a natural function for which it was designed by evolution”.

perspetivas são puramente normativas. As três últimas incluem uma dimensão descritiva, de carácter Naturalista. Resulta desta observação que todas as perspetivas sobre doença mental admitem que a expressão está permeada por juízos de valor, pois simplesmente não existem comportamentos adjetivados como positivos ou negativos por via meramente objetiva. O agrupamento destas várias perspetivas nas duas classes tradicionais relativamente ao conceito de doença tem de ser feito a partir do critério de admissão ou exclusão da *dimensão descritiva* (e não da dimensão valorativa): *Normativista* para os que a excluem, *Naturalista* para os que a incluem.

Normativismo e Doença Mental. As três perspetivas normativistas sobre a expressão “doença mental” têm centrações diferentes: A doença mental como metáfora (Sarbin, 1967b), a doença mental como um mito (Szasz, 1961/1977), a doença mental como objeto de comércio (Taylor, cit. in Wakefield, 1992). Em comum, o cinismo perante as convenções sociais e a desconfiança relativamente à crescente promiscuidade entre Estado Social e Medicina repressiva, fenómeno merecedor de atenta vigilância.

1. Doença Mental Não Existe (e.g., Sarbin, Szasz)

Esta tese tem duas linhas de argumentação central: doença mental como um papel social atribuído (Sarbin, 1967b) e doença mental como um mito (Szasz, 1961/1977).

Sarbin: Doença Mental como Um Papel Social Atribuído. Theodore Sarbin, psicólogo, argumentou que os papéis sociais são construções sociais capazes de explicar uma grande variedade de comportamentos humanos socialmente atípicos, como as possessões, a criminalidade, a psicopatologia. A doença mental é um construto social que reflete a desaprovação social sobre um comportamento moral. O estado “doente”, enquadrado no modelo epistemológico existente, é atribuído a um indivíduo mediante o grau de inconveniência do seu comportamento, o qual, por sua vez, o aceita com maior ou menor relutância, de acordo com os benefícios ou malefícios pessoais que entende estarem associado ao diagnóstico.

A conclusão de Sarbin (1967b) parte de duas observações: os termos “sintoma” e “doença” são metafóricos, e o conceito de “mente”, enquanto fenómeno natural, é apenas hipotético. Baseado nestas considerações, afirma que o conceito “doença mental” é intrinsecamente uma contradição lógica e reflete valores desumanistas pela remoção de agência moral aos diagnosticados. Tendo servido o seu papel no palco

histórico, de passagem de uma concepção dualista do ser humano, tendo como base a teologia e um modelo demonológico dos comportamentos desviantes, para outra de base científica e com um modelo médico dos comportamentos desviantes, o conceito de “doença mental” é hoje de uso impróprio e fútil, numa cultura onde imperam concepções monistas e holísticas do ser humano. “ O desvia da norma cultural é um problema social. É duvidoso que o uso do rótulo doença mental ou outro epíteto de degradação vá contribuir para a solução do problema” (Sarbin, 1967b, p. 452).

Szasz: O Mito da Doença Mental. Thomas Szasz, Psiquiatra e Psicanalista, dedicou grande parte da sua vida e obra a denunciar os excessos de poder da atividade psiquiátrica, mantendo ao longo do tempo uma coerência teimosa e defletindo os argumentos dos opositores com relativo sucesso (e.g., Schaler, 2004). Afirmou que “a prática da medicina moderna ocidental baseia-se na premissa científica que a tarefa do médico é diagnosticar e tratar perturbações do corpo humano, e na premissa ética que só pode desempenhar esses serviços com o consentimento do seu paciente” (Szasz, 1961/1977, p. 10). Como tal, considera que a ação da psiquiatria carece de legitimidade moral enquanto disciplina médica, ao admitir a possibilidade de agir coercivamente contra a vontade dos doentes que não apresentam perigosidade evidente para terceiros e ao promover práticas e teorias fraudulentas, cuja eficácia terapêutica carece de confirmação.

Proponente de uma posição de Naturalismo radical, considera que por “doença” só se deve entender fenómenos orgânicos demonstrados e não putativos ou especulativos, única forma da medicina moderna se diferenciar de práticas não-científicas e preservar-se ao máximo da influência de interesses sociais e juízos de valor subjetivos (Szasz, 1987). O objetivo principal é defender a liberdade dos cidadãos contra a ingerência estatal sobre os seus assuntos privados, justificada pela retórica propagandista do cuidado paternalista pelo bem-estar coletivo e individual. Uma consequência – que se confunde com a causa – é a ligação ilegítima entre Estado e Medicina que está a conduzir a sociedade para o que chama de “Estado Terapêutico” (2008), onde todos os comportamentos são passíveis de patologização e subsequente submissão a processos ditos “terapêuticos”, eufemismo para “repressão de comportamentos socialmente reprováveis que não constituem crimes jurídico-penais”. No entanto, um comportamento não pode ser doença, apenas sintoma de doença, a ser demonstrado a partir de exames fisiológicos. Caso contrário, o epíteto “doença” é

aplicável a qualquer agitação comportamental, de acordo com os interesses dos legisladores do diagnóstico.

O sucesso da indústria farmacêutica está correlacionado com este fenómeno, caminhando-se para uma “farmacocracia” (2007), definida como o sistema social em que o controlo dos atos dos seus elementos é feito por via psicofarmacológica, voluntária ou coerciva. Szasz (1961/1977) considera que o conceito de “doença mental ganha sentido numa perspetiva histórica, mas é um absurdo lógico e racional: “pode ter sido um conceito útil no século XIX; hoje é cientificamente inútil e socialmente perigoso” (p. 13), afirmação que manteve até ao fim da vida, em 2012. As “intervenções psiquiátricas são dirigidas a problemas morais, não médicos” (p. 11), e têm como natureza intrínseca policiar os costumes (2008), pelo que a Psiquiatria devia ser abolida enquanto atividade médica ao serviço estatal, dado que a missão da Medicina é curar ou tratar doenças e a Psiquiatria não faz nem uma coisa nem outra. No entanto, contrariamente ao mito propagado pelos detratores, não se opõe à psiquiatria enquanto atividade profissional. Reconhece o direito a qualquer pessoa para contratualizar uma conversa com outra pessoa e chamar-lhe psicoterapia, tal como aconselhar-se junto de um experto, o psiquiatra, sobre os psicotrópicos que esteja a considerar consumir ou os estados percetivos que almeje experimentar. Desde que a relação entre prestador de serviços e cliente seja livremente contratualizada entre ambos, sem a ingerência de terceiros, como o Estado ou seguradoras, não têm objeções às práticas da Psiquiatria nem à atividade psicoterapêutica.

2. Doença Mental como Puro Juízo de Valor (e.g., Sedgwick)

Esta tese centra-se na defesa que o conceito de doença é sempre decorrente em exclusivo de um juízo de valor, que por sua vez é contingente de valores sociais e da ideologia dominante, a partir dos quais se constrói a realidade percebida. Sedgwick (cit. in Cresswell & Spandler, 2009) argumenta que não existe forma científica de discriminar um estado sadio de um estado doente, dado que os fenómenos naturais não comportam significado em si mesmo: “não existem *illnesses* ou *diseases* na natureza” (Sedgwick, cit. in Wakefield, 1992, p. 376). Enquanto fonte de significantes, o fenómeno natural é imbuído de significado pela testemunha que expressa a significação através de signos linguísticos, criadores das crenças individuais e coletivas, orientadoras da ação moral. “A partir deste autointeresse antropocêntrico, o homem escolheu

considerar como *illnesses* ou *diseases* aquelas circunstâncias naturais que precipitam /.../ a morte (ou a falha em funcionar de acordo com determinados valores)” (idem). A atribuição de uma doença tem intenção explicativa para um fenómeno natural ou, no caso de uma doença mental, de um fenómeno comportamental, seja esse comportamento privado – ao nível do pensamento – ou público (quando vociferado ou corporalizado). Nesse sentido, “doenças mentais podem ser conceptualizadas dentro da categoria de doença tão facilmente como doenças físicas” (Sedgwick, cit. in Cresswell & Spandler, 2009).

A análise lógica da tese do juízo de valor puro revela uma fórmula válida: um fenómeno é doença quando lhe é atribuído esse rótulo com significado, independentemente da sua natureza. No entanto, fica excluída a possibilidade de existirem falsas doenças por via da sua não demonstração empírico-científica. Tudo pode ser doença (o que não é o mesmo que dizer que tudo é doença). O determinante da sua existência é a concordância associativa dos detentores do poder administrativo, devidamente empoderado para a materializar como verdadeira. Doença depende sempre do contexto. Veja-se como o *DSM* é construído por votação dos expertos e não pela demonstração científica conclusiva (Caplan, 1995).

Sedgwick (cit. in Wakefield, 1992) reconhece como válida a crítica que nem todos os comportamentos socialmente indesejáveis são considerados doenças (*e.g.*, pobreza, fealdade, velhice), pelo que o critério não é suficiente para a sua definição. Também o termo “indesejável” caracteriza-se não só a partir de circunstâncias externas, mas da experiência subjetiva do protagonista. Tal acresce à dificuldade em conseguir diferenciar uma doença verdadeira de uma doença falsa.

3. Doença Mental como o que os Psiquiatras Tratam (*e.g.*, Kendell)

De acordo com esta tese, uma doença pode ser considerada como o objeto de intervenção de um especialista em saúde. “Equalizar doença com ‘preocupação terapêutica’ implica que ninguém pode ser doente até ser reconhecido como tal, e também dá aos médicos e à sociedade rédea solta para rotularem todos os desvios como doença” (Kendell, cit. in Wakefield, 1992, p. 376). Numa frase simples, doença mental é o que um psiquiatra determina ser. Como exemplo anedótico, o seguinte diálogo entre dois psiquiatras, retirado de um conto de Karinthy Frigye, citado em Oliver (2006):

“PSIQUIATRA: Então, estou louco?

COLEGA: Bem, dado que tem um delírio, é evidente que sim.

PSIQUIATRA: Oh, não, lá está você outra vez! Agora diz que se eu tenho um delírio, sou louco. Mas acabou de dizer que sou louco. Nesse caso, a minha crença não é um delírio, mas uma ideia correta. Portanto não tenho um delírio. Portanto não sou, afinal, louco. É apenas um delírio que eu sou louco; por isso tenho um delírio; por isso sou louco; por isso estou certo; por isso sou louco. Não é a psiquiatria uma ciência magnífica?”¹³ (p. 72).

Wakefield (1992) aponta a consideração de alguns opositores que “esta abordagem implicaria paradoxalmente que a falta de preocupação social pode eliminar a doença [*disorder*]” (p. 377). Esta interpretação é falsa, pois assume que, se não houverem diagnósticos de doenças, então não haveria preocupação social, ignorando que os fenómenos caracterizados como doenças podem ser classificados segundo outros modelos, como o foram no passado e o são no presente, em outras culturas. Também se pode afirmar que todas as doenças são merecedoras de cuidado médico, mas nem todos os fenómenos merecedores de atenção médica são doenças, como o parto, o aborto, a circuncisão, a cirurgia cosmética, pelo que tal condição não é suficiente para a atribuição de doença a um fenómeno (idem). Uma simples análise histórica permite concluir que estas intervenções fisiológicas estiveram em alguma altura da história ocidental no domínio de outros especialistas que não o médico: a parteira, o rabino, o padre, debruçavam-se sobre fenómenos biológicos e comportamentais, cuja competência foi sendo gradualmente transferida para a classe médica. “O médico passou a ser consultado para tratar a doença masturbatória e o orgasmo clitoral perverso, contemplando a possibilidade de intervir pela ablação do clitóris” (idem, p.377). Diz o *DSM-IV* que tais fenómenos não são hoje considerados doenças, porque “sabemos” que “não eram de facto perturbações” (idem), mas este é um argumento *ad hoc*, aplicável a qualquer coisa, inclusive a muitas categorias comportamentais polémicas, como a hiperatividade infantil, que hoje consideramos serem doenças válidas e reais.

¹³ “Psychiatrist: So, am I insane? / Colleague: Well, since you have a delusion, evidently you are. / Psychiatrist: Oh, no, there you go again! Now you say that if I have a delusion, I am insane. But you just said that I am insane. In that case, my belief is not a delusion, but a correct idea. Therefore I have no delusion. Therefore I am not, after all, insane. It is only a delusion that I am insane; hence I have a delusion; hence I am insane; hence I am right; hence I am not insane. Isn't psychiatry a magnificent science?”

4. Doença Mental como Desvio em Relação à Norma Estatística (e.g., Cohen)

Cohen (cit. in Wakefield, 1992) definiu perturbação como “um desvio quantitativo do normal”¹⁴ (p. 218), referindo-se à norma estatística. Tal aplicar-se-ia também a fenómenos mentais. No entanto, desvio estatístico não é suficiente para determinar uma doença ou doença mental, pois o critério abrange fenómenos avaliados positivamente, como inteligência, força, energia, talento, génio. O mesmo aplica-se a traços neutros atípicos, como ser ruivo ou sardento. Ao desvio estatístico, é necessário conjugar um juízo de valor *negativo* para caracterizar uma doença, salvaguardando o facto de existirem estados considerados negativos ou indesejáveis que nem por isso se constituem como doenças, como a fealdade, a falta de humor, a baixa estatura (no Ocidente). Outra dificuldade desta tese relaciona-se com a variável “contexto”, mediante a qual um fenómeno pode se enquadrar dentro da norma e ser considerado doença, ou vice-versa.

5. Doença Mental como Desvantagem Biológica (e.g., Scadding)

O argumento da desvantagem biológica defende que é doença todo o fenómeno orgânico que condiciona negativamente a probabilidade de sobrevivência e sucesso reprodutivo individual, funções biológicas do ser humano consideradas como universais. De acordo com a definição de Scadding (cit in Wakefield, 1992):

“o nome de uma doença refere a soma dos fenómenos anormais exibidos por um grupo de organismos vivos em associação a uma característica específica comum, ou conjunto de características, pela qual diferem da norma para a sua espécie de tal modo que os coloca em desvantagem biológica” (p. 379).

Também aqui considerações ambientais e valorativas então presentes. O que é vantajoso num contexto pode não o ser noutra, dependendo da valorização cultural feita aos fenótipos e comportamentos individuais e da comparação estatística em relação aos restantes indivíduos na sociedade. A crítica mais radical considera que o conceito de “função” implica intrinsecamente um desígnio teleológico, não aceite pelas teorias evolucionistas.

¹⁴ “Quantitative deviations from the normal”.

6. Doença Mental como Aflição (*Distress*) ou Incapacidade Inesperada (e.g., Spitzer)

O *DSM-III-TR* (APA, 1987) introduziu as noções “disfunção” e “consequências negativas (*harm*)” como duas condições necessárias para a ocorrência de doença através de uma definição que não as anuncia diretamente. A doença mental está “associada a aflição [*distress*] presente (um sintoma que provoca sofrimento) ou incapacidade (prejuízo numa ou mais áreas importantes do funcionamento) ou com aumentado risco significativo de sofrer morte, dor, incapacidade ou uma perda importante de liberdade” (p. xxii). Esta definição mantém-se presente como base para as edições subsequentes. A perspectiva é semelhante à de Wakefield (1992) (apresentada já de seguida), mas procura intencionalmente evitar termos como “disfunção”, “desadaptação”, “anormalidade” e *harm*, os quais desafiam a operacionalidade e têm implícito o apelo à intervenção de profissionais de saúde. É pois um termo mais clínico do que patológico (Boorse, 1997). O objetivo de Spitzer e Endicott (cit. in Wakefield, 1993), dos quais deriva a definição do *DSM-III-TR*, era operacionalizar tais categorias. Para tal, recorreram a nomenclatura diferente que evitasse a polémica normativista gerada pelos termos “disfunção” e “prejuízo”. A inclusão adjetiva de “inesperado” permitiu diferenciar a resposta adequada da desadequada relativamente a um evento específico.

A relevância é feita de acordo com a média estatística num processo falhado da captação da essência de “disfunção” (Wakefield, 1993). Por um lado, alguma aflição, no sentido de angústia ou ansiedade, é expectável e mesmo desejável em determinados contextos. Por outro lado, alguns incapacitantes, como ignorância extrema ou simples azar, não são considerados doença (Wakefield, 1992). Paradoxalmente, a aflição que muitos doentes mentais sentem quando submetidos à intervenção psiquiátrica pode gerar doença iatrogénica, a qual, numa lógica circular, confirma a necessidade interventiva.

7. Doença Mental como Disfunção Prejudicial (*Harmful Disfunction*) (e.g., Wakefield)

Esta perspectiva considera que uma doença é a conjugação de um fenómeno biológico e de um juízo de valor negativo sobre ele. Toda e qualquer doença, somática ou mental, é composta destas determinações. “Disfunção” define-se como “a falha de

um mecanismo em desempenhar as suas funções naturais” (Wakefield, 1992, p. 383), e “funções naturais” como “efeitos que explicam a existência e estrutura de mecanismos físicos e mentais que ocorrem naturalmente” (idem).

Wakefield (1992) propôs o uso do termo “transtorno” (*disorder*) na classificação das perturbações mentais. Para contornar a crítica de Spitzer e Endicott, (cit. in Wakefield, 1993), conjunta o termo “prejudicial” (*harmful*) e define “transtorno” como disfunção prejudicial para o organismo. Segundo Boorse (1997), “o que ele está mesmo a analisar é ‘doença clínica’ (mais precisamente, ‘anormalidade terapêutica’), com disfunção a analisar a parte ‘doença’ e prejudicial a analisar a parte ‘clínica’” (p. 49).

Wakefield (cit. in Murphy, 2009) vai mais longe ao apelar à intuição para encontrar causas suficientes e necessárias para o conceito popular de doença mental, a partir do qual a ciência deve investigar os processos psicológicos subjacentes que explicam o fenómeno. A intuição, mais do que um ponto de partida, tem carácter hegemónico, com autonomia para determinar o que é doença enquanto explicação biológica credível (Murphy, 2009). Wakefield considera mesmo que a nossa intuição sobre a natureza humana é “óbvia a partir de características superficiais” (idem), afirmação que ignora os erros do passado, considerados impossíveis de repetir sob outras formas graças a uma pretensa excelência comum-sensual crescente.

Por via da teoria evolucionista, a explicação pretende ganhar carácter científico, pois o único meio conhecido através do qual um efeito permite explicar um fenómeno de ocorrência natural é a seleção natural. No entanto, não há desígnio nenhum no evolucionismo. Não existem funções naturalmente seleccionadas. A existirem sequer funções, elas ocorrem do acaso. “A informação genética, analisada isoladamente, obedece a um mecanismo de lotaria justa” (Amorim, 2009, p. 54). Considerar a seleção natural como uma teoria de explicação teleológica invoca remanescências vitalistas de uma época pré-científica. Um discurso funcionalista sobre a vida implica aceitar a existência de um criador que intenta produzir um efeito através do artefacto criado, pois toda a função é artefacta e procede de um desígnio. Aplicado o conceito ao ser humano, não só este se vê reduzido a objeto, como também está implicada a existência de um ser – porque dotado de intencionalidade – seu criador. Rejeitada esta hipótese pela sua inverificabilidade, é-se levado a concluir que o conceito de função tem aqui apenas valor metafórico, sem implicação existencial.

A perspetiva falha logo na veracidade do primeiro termo, mas também o segundo apresenta desafios: ao associar o termo “prejudicial”, assumidamente valorativo, ao de “função”, enquanto metáfora, fica-se com uma expressão puramente normativista. Dessa forma, admite conceber teses como “os escravos são naturalmente designados para servir”, “as crianças são naturalmente designadas para serem assexuadas”, “as mulheres são naturalmente designadas para terem orgasmos por estimulação vaginal”. O contrário, em todos os casos, também é válido. Pegando no último exemplo, o orgasmo feminino pode ser igualmente visto como uma disfunção devida a excessiva responsividade à estimulação sexual, como já foi em tempos recentes (ver Acton, 1857/1867) e manter o *valor de verdade* verdadeiro.

Outras perspetivas. Enquadradas nas categorias estabelecidas por Wakefield (1992), também as teses apresentadas na Parte I sobre doença somática oferecem considerações específicas sobre o conceito “doença mental”.

Doença Mental e a Teoria Bioestatística (BST)

Boorse (1997) considera que a BST é aplicável ao conceito de saúde mental teórico, ao considerar que a “psicologia humana é divisível em processos-parte [*part-processes*] com funções biológicas” (pp. 13-14). Por *biológico*, entende “o estudo das estruturas funcionais herdadas dos organismos, produzidas pela evolução [o que] açambarca /.../ tanto a psicologia típica da espécie como a fisiologia” (p. 14). Como tal, o mental, enquanto expressão funcional do cérebro, é estudável por via científica e objeto de interesse médico. Apesar do ser humano ser uma espécie animal como outra qualquer, ele apresenta-se como a mais evoluída cognitivamente, pelo que noções de saúde e doença devem contemplar a complexidade da sua dimensão psicológica, justificando o conceito de doença mental (Boorse, 1997). “Parece inevitável que pelo menos doenças mentais graves (as psicoses) envolvem genuínas disfunções parciais biológicas da mente” (idem). No entanto, reconhece que nenhum dos três pressupostos base da BST “aplica-se automaticamente a doenças mentais sérias” (1975, p. 66).

Em prol da cientificidade, a Psiquiatria devia apoiar-se numa nosologia funcionalista do aparelho mental, ao invés de se focar nos prejuízos observados em áreas diversas da vida da pessoa, o que constitui um elemento normativista criticado no *DSM* desde a sua terceira edição, sobretudo pela abordagem pretensamente atórica à

problematização do comportamento e do pensamento. “Doença mental” é um conceito normativo-descritivo, em que a parte descritiva é “disfunção” (1975a). Mantém que a BST é a melhor teoria dentro das existentes para explicar a masturbação, o síndrome pré-menstrual ou a gravidez indesejada (1997).

Doença Mental e a Medicina Baseada em Valores (VBM)

Segundo Fulford (1989), os valores explícitos estão claramente visíveis, no caso da Psiquiatria, em pelo menos quatro aspetos: i) a linguagem psiquiátrica é em larga medida, valorativa; ii) tal como a sua nosologia; iii) o diagnóstico diferencial inclui categorias morais; iv) o critério B (disfunção ocupacional ou social) no *DSM-IV-TR* é sobejamente valorativo: “o diagnóstico de transtorno psicótico funcional torna totalmente explícita a necessidade de um enquadramento concetual de facto + valor” (Fullford, 2004, p. 211).

Pelo exposto, o conceito de *illness* é a categoria fundamental na Psiquiatria. Tanto as doenças somáticas como as mentais têm o mesmo fundamento que, ao contrário do que afirma a BST, não é o corpo *diseased*, mas sim a ação *ill*. Em ambos os casos, é a ação intencional que está condicionada; no primeiro, por via da incapacidade física; no segundo, devido à agência perturbada. Dado que a razão é condição necessária para a decisão acional, ela é constituinte da ação. Os raciocínios perturbados, como o evidenciado por sintomas alucinatórios ou delirantes, seriam “*prima facie* compatíveis com uma interpretação de *illness* em termos de falha de ação” (Fulford, 2007, p. 218). Mas, se basta haver uma ação ou crença ajuizada pelos demais como sendo bizarra, sem correlato fisiológico, então o que impede a *estupidez*, por exemplo, enquanto decisão ou ação errada que implica prejuízo, de ser considerada uma *illness*? Também a crença religiosa sem fundamento material e a paixão amorosa que tolda a razão só variam quantitativamente em relação ao delírio psicótico. É ténue e frágil a linha que separa comportamentos normais de patológicos, pois os juízos avaliativos estão presentes tanto nos diagnósticos de doenças somáticas como nos de mentais, o que se revela de difícil admissão. Simplesmente no modo natural de pensar não se reconhecem os valores intrínsecos à análise dos fenómenos orgânicos considerados patológicos, como se eles fossem uma evidência natural em si-mesmo. Tal ocultação confere relevo ilegítimo à componente normativa das doenças mentais (Fulford, 1989). A partir desse estado ignorado, a *Medicina Baseada em Evidências* (EBM) tradicional considera que a

natureza valorativa da Psiquiatria sinaliza o seu carácter mais primitivo em relação à Medicina somática (e.g., Boorse, 1975a, 1976). Para a VBM, tal facto é evidência da complexidade da Psiquiatria (Fulford, 2007).

Uma das batalhas de Fulford (1989) ocorre pela validação do conceito de doença mental. Ele afirma que algumas doenças somáticas não preenchem todos os requisitos apresentados pelo Naturalismo radical defendido por Szasz (1987/1997) para serem consideradas doenças, ao passo que algumas doenças mentais o fazem. A resposta de Szasz é que tais doenças somáticas também são falsas doenças, como a elevada ou baixa tensão arterial e a obesidade (Schaler, 2004). Resultam de abusos teóricos em prol de uma prática mercantilista, procurando adicionar um novo nicho de mercado por explorar ao comércio altamente rentável dos cuidados de saúde. Quanto às doenças mentais que Fulford considera validadas, ainda não foi capaz – nem ele nem mais ninguém – de produzir qualquer evidência material suficiente ou necessária que corroborasse a afirmação. A VBM, quando aplicada à Psiquiatria, toma a forma de um remendo, tapaburacos, na ausência do tipo de suporte científico encontrado nas outras disciplinas médicas.

Doença Mental e a Teoria do Bem-Estar (WT)¹⁵

Ao definir saúde como um estado de bem-estar a partir da possibilidade de realizar objetivos vitais, Nordenfelt (1987) define automaticamente como possível categorizar como “doença” qualquer condição contrária. Centra-se em preocupações humanistas de apoio ao bem-estar das pessoas, sobretudo providenciado pelo Estado, o que inclui as várias formas de incapacidade acional. Tanto a saúde mental como a somática partilham o mesmo substrato (2003). Reconhece que nem todas as situações incapacitantes provocam sofrimento, pelo que o diagnóstico clínico e a intervenção subsequente podem ser impostos a uma pessoa cuja capacidade de raciocínio esteja perturbada (idem).

Doença Mental e o Relativismo Ambiental de Reznek

Para Reznek (1991), o comportamento disruptivo não causa a doença mental. A relação é inversa: é a doença mental que provoca o comportamento disruptivo, a partir do qual a patologia pode ser identificada. No entanto, a sua preocupação é menos

¹⁵ *Welfare Theory.*

relacionada com os problemas ontológico e epistemológico e mais centrada na dimensão ética, a partir das consequências da classificação atribuída e da *praxis* subsequente. Por exemplo, “as dependências de drogas são condições anormais que produzem prejuízo, mas podemos não desejar classificá-las como doenças mentais porque sentimos que o problema deve ser tratado pela lei” (p.164). O foco está na adequação da intervenção médica sobre o fenómeno em causa. Dado que considera toda a Medicina como normativa, a Psiquiatria é uma especialidade legítima. Reconduzindo as expectativas idealizadas existentes no senso-comum e entre os críticos da Psiquiatria para uma adequação válida ao real paradigma médico, verifica-se que as diferenças entre disciplinas não são assim tão grandes.

Doença Mental e a Teoria Pragmática de Doença (TPD)

A TDP de Agich (1997), ao analisar a doença em termos de falha acional e não em termos de falha funcional, adequa-se perfeitamente ao conceito de “doença mental”. A nível fenomenológico e pragmático, a tese ganha especial pertinência em relação à doença mental, com frequência associada a uma falha percetual ou de crença condicionante do comportamento, melhor explicada pela ação intencional do indivíduo do que pela função de uma sua parte orgânica. As ações são maioritariamente determinadas pelas crenças e valores morais do agente e não podem ser analisadas independentemente deles. “Apesar de vício e virtude não serem equivalentes a doença e saúde, eles têm uma relação direta a estes conceitos. Na medida em que vício pode ser tido como desvio relativo a um ideal de perfeição humana /.../, ele pode ser traduzido em linguagem de doença” (Englhardt, cit. in Agich, 1997, p. 227). Por tal, as perturbações psiquiátricas não podem ser entendidas como puramente objetivas e meramente descritivas, dado serem atravessadas por valores sociais e culturais na sua explicação e compreensão. É no seio da atividade social, na comunicação, no conflito, na diversidade de interesses e objetivos individuais que podem ser compreendidas, e não no funcionamento biológico. A “classificação psiquiátrica /.../ presente no *ICD* e *DSM* /.../, se não da exclusiva competência de filósofos, certamente está tão confortável dentro da filosofia da ação como da ciência experimental” (Fulford, 2004, p.222).

Também as quatro consequências pragmáticas que Agich (1997) identificou – cuidado, cura, controlo e comunicação – são aplicáveis tanto às doenças mentais como às doenças somáticas. “O conjunto pragmático de interesses implícitos na prática da

medicina clínica são simplesmente tratados como política ou socialmente externos em natureza, mas não como sendo interesses psiquiátricos ou terapêuticos especificamente, internos à medicina enquanto tal” (p. 235). A doença e a linguagem da doença situam-se, no entendimento da TPD, dentro de um “contexto clínico, histórico e social específico em que a ação humana é expressa e experimentada” (p. 237).

Discussão

Após analisar os conceitos de “doença” e de “mental”, são agora mais favoráveis as condições para analisar o termo composto “doença mental”.

Da Doença

De um modo geral, o termo “doença” pode ser entendido ao longo de um eixo cujas extremidades comportam, num lado, a perspectiva Naturalista, considerando como “doença” uma determinação física, objetiva e independente de juízos de valor, e, no outro lado, a perspectiva Normativista, considerando como “doença” um juízo de valor subjetivo, independente de determinações físicas. Estas proposições, apesar de exaustivas, não são mutuamente exclusivas: admitem combinações das teses naturalistas e normativistas. Assim é o caso relativamente ao conceito de “doença mental”, em que a aresta é mais reduzida, indo do Normativismo Fraco ao Normativismo Forte.

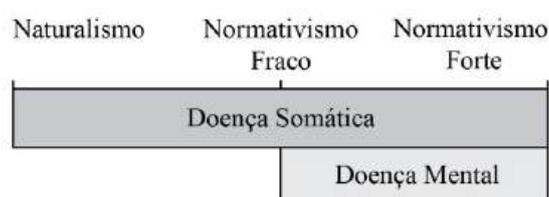


Figura 2: Espectro das concepções sobre doença mental e doença somática.

Todos os autores revistos admitem a inclusão de juízos de valor não universalizáveis na conceptualização do termo “doença mental”, contingentes à sociedade onde é formalizada. “Doença mental” é sempre a expressão de determinações sócio-político-económica, aprovadas e atribuídas por um experto institucionalmente empoderado por via administrativa, sem ter de fazer prova empírico-científica das suas argumentações.

Do Mental

O termo “mental” tem sofrido metamorfoses mais radicais ao longo da sua existência. Confundido com a alma religiosa, tornou-se substância transcendente, cujo estudo não é acessível por via empírica, mas apenas racional: *credo quia absurdum*. Colocada de parte essa hipótese – não por ser falsa, mas por ser impossível de falsear –, outras propostas apresentam-se, das quais se salientam: i) o mental como expressão funcional do cérebro; ii) o mental como linguagem categorial específica; iii) o mental como ação dialógica privada.

Uma Análise Lógica

Da conjugação das várias teses centrais relativamente aos termos atômicos constituintes do termo composto “doença mental”, pode-se chegar às seguintes conclusões:

1.1 Doença Natural \wedge Funcionalismo Mental

1. Doença é um fenómeno *biológico, objetivo*;
2. O mental é um conjunto de *funções biológicas*, objetiváveis;
Logo, uma doença pode ser mental.

1.2 Doença Natural \wedge Mental como Linguagem Categorial Específica

1. Doença é um fenómeno *biológico, objetivo*;
2. O mental é um conjunto de *funções biológicas*, objetiváveis;
Logo, uma doença pode ser mental.

1.3 Doença Natural \wedge Mental como Ação Dialógica Privada

1. Doença é um fenómeno *biológico, objetivo*;
2. A mente é uma *ação dialógica privada, não-objetivável*;
Logo, uma doença *não* pode ser mental.

1.4 Doença Normativa \wedge Funcionalismo Mental

1. Doença é um *juízo subjetivo* sobre um fenómeno biológico;
2. O mental é um conjunto de *funções biológicas*, objetiváveis;

Logo, uma doença pode ser mental.

1.5 Doença Normativa \wedge Mental como Linguagem Categorial Específica

1. Doença é um *juízo subjetivo* sobre um fenómeno biológico;
O mental é um conjunto de *funções biológicas*, objetiváveis;
Logo, uma doença pode ser mental.

1.6 Doença Normativa \wedge Mental como Ação Dialógica Privada

1. Doença é um *juízo subjetivo* sobre um fenómeno biológico;
2. A mente é uma *ação dialógica privada, não-objetivável*;
Logo, uma doença pode ser mental.

Em todos os casos, exceto na conjugação do conceito naturalista de “doença” com “mental” enquanto ação dialógica privada, a expressão “doença mental” tem validade analítica.

Tabela 2: Relação lógica entre as várias teses.

		Conceito de Mental		
		Funcionalismo	Categorização	Diálogo Privado
Conceito de Doença	Naturalismo	Tautologia	Tautologia	Contradição
	Normativismo	Tautologia	Tautologia	Tautologia

As perspetivas normativistas admitem a categorização como doença de qualquer fenómeno associado ao corpo individual, dado tratar-se de um termo totalmente subjetivo. Tudo o que se disser da mente, desde que em contacto com o corpo, pode ser válido. Por serem demasiado inclusivas e admitirem qualquer conteúdo, perdem o poder discriminatório, revelando-se redundantes.

As perspetivas naturalistas conjugam-se bem com conceitos de “mental” que o definem como sendo: i) uma manifestação de funcionamento natural ou; ii) a tradução de uma linguagem técnica para outra. No primeiro caso, tanto “doença” como “mente” referem-se a algo do cérebro. Portanto, é o cérebro que, em última análise, está doente quando há disfunção mental. Se assim for, então não há necessidade de fazer a distinção entre uma doença orgânica e uma doença mental, dado que se trata da mesma coisa.

Seja o caso verdade, a expressão “doença mental” é redundante, o resquício de uma época em que a divisão foi feita para diferenciar as doenças dos órgãos, a serem tratados pela Medicina somática, das doenças das funções, a serem tratadas pela Psiquiatria. Dados os tempos atuais, em que as terapêuticas da Psiquiatria biomédica se distinguem cada vez menos das neurológicas, a Psiquiatria poderia ser absorvida por esta última e o conceito de “doença mental” abandonado como um arcaísmo de valor apenas histórico. No segundo caso, aceitar que os termos referentes a propriedades mentais são apenas traduções de conceitos fisicalistas para a linguagem específica das ciências cognitivas, implica aceitar que traduções semelhantes podem ser feitas para qualquer outra disciplina. Expressões como “doença moral”, “doença de socialização”, “doença de fé”, “doença de solilóquio” ou “crime moral”, “crime privado”, “crime ideológico”, seriam admissíveis, inseridas nos devidos contextos institucionais. Também este argumento, por ser demasiado inclusivo, torna-se redundante, como aliás, todas as tautologias.

Conclui-se que, num sentido lógico, a expressão “doença mental” é vazia, sem determinações exclusivas, diferenciadores de qualquer outra formulação, ou uma contradição, em que “doença” diga respeito a um fenómeno objectificável e “mental” a uma ação não-objectificável.

Uma Análise Epistemológica

A dificuldade maior não se encontra no domínio da lógica, mas sim no da epistemologia, estando ainda por desenvolver um método consensual de diagnóstico diferencial para qualquer doença mental. Da loucura, tal como entendida pela linguagem do senso-comum, quase todos têm algo a dizer sem correrem o risco de errar, dado tratar-se de uma designação abrangente de todo e qualquer tipo de comportamento extravagante ou bizarro sob uma determinada perspectiva contextualizante. Dado que o ponto-de-vista tem sempre pretensões canónicas, ao procurar confirmar a realidade de modo a preservar a consonância cognitiva, é a própria racionalidade subjetiva que atribui ao outro a *desrazão* (Foucault, 1961/1972), mas a objetivação em doença da loucura, da desrazão, da bizzarria, do absurdo, requer a intervenção autoritária de um experto oficial e oficioso da classe profissional médico-científica, diferenciado do leigo pela capacidade protocolar e burocrática de traduzir comportamentos para “sintomas” que agrupa em “síndromes” com designações próprias, de aparência científica, previamente categorizados pela nosologia psicopatológica; é por convenção que a

doença mental é doença. O mesmo pode ser dito da doença somática e de todos os objetos científicos, cuja delimitação é sempre produto convencionado. A diferença é que, na Medicina orgânica, conjuga-se o juízo de valor ao poder descritivo da observação empírica testável, demonstrável, falseável. No caso da Psiquiatria, mudando o sistema ideológico e linguístico dos intervenientes e construtores da realidade global, a essência da metodologia é a mesma usada no século XV pelo inquisidor no diagnóstico de bruxas e hereges: o poder da autoridade instituída. Esta ausência de objetividade validável empiricamente é atestada por inúmeros psiquiatras e implicados no tema:

“As classificações do *DSM* são altamente vulneráveis a influências e interesses políticos e económicos, um facto que até apoiantes internos admitem livremente” (p. 65) /.../ o *DSM* falha em estar à altura das suas alegações de facticidade e objetividade” (Charland, 2004, p. 70); “muito pouca ciência é investida na produção do manual [*DSM*] (Caplan, 1995, p. 185); “só na psiquiatria é a existência de uma doença física determinada pelas proclamações presidenciais da *APA* [American Psychiatric Association], por decisões de comité, e mesmo, por vezes, por voto dos membros da *APA*, para não mencionar os tribunais” (Breggin, 1994); “o modelo categorial adotado pelo *DSM-IV* não é suportado pelos factos (Livesley, 1995, p. 499) /.../. A classificação de transtornos de personalidade do *DSM-IV* é mais como uma afirmação política ou filosófica do que uma classificação científica (p. 500).

Tais observações levantam uma questão epistemológica que carece ainda hoje de resposta, cuja apresentação pode assumir a seguinte forma: *Como se pode diferenciar cientificamente uma doença mental de uma possessão demoníaca?*

Uma Análise Genealógica

Não está no âmbito desta investigação apresentar uma história crítica do conceito de doença mental e da atividade psiquiátrica, sobre as quais existem múltiplas obras de referência (e.g., Bentall, 2009; Foucault, 1954/2008; 1961/1972, 1963/1977; 1979; Garrabé, 2003; Greenberg, 2010; Lawlor, 2012; Porter, 2002; Shorter, 1997; Stone, 1997; Szasz, 1961/1977; 1970/1974). Não obstante, reveste-se de pertinência sintetizar alguns pontos focais salientados ao longo dos tempos por vários autores para facilitar

uma compreensão genealógica dos fenómenos em causa. Uma das abordagens mais populares centra-se na esfera linguística e semântica.

De metáfora a mito. É comum na linguagem natural o recurso a figuras de estilo linguístico enquanto facilitadoras de comunicação, as quais têm como revés comportarem implicações semânticas conducentes a possíveis deturpações da mensagem envolvida. Um desses casos auxiliares é a *metáfora*, a qual deixa-se definir como “1. recurso expressivo que consiste em usar um termo ou uma ideia com o sentido de outro com o qual mantém uma relação de semelhança (ex.: *o fogo da paixão*); 2. representação simbólica de algo” (Porto Editora). A metáfora é particularmente potenciadora do risco de tratar de forma literal um predicado abstrato e ideal, que dessa forma passa a ser entendido como objeto concreto e material. Tal é comum quando se elimina da formulação o modificador sintático “como se” (Turbayne, cit. in Sarbin, 1976b).

“No caso da doença como metáfora para condições que não preenchem os critérios usuais de doença, o deixar cair do ‘como se’ foi facilitado pelos praticantes de medicina. Era estranho para eles falar de dois tipos de doenças, as ‘reais’ e as ‘como se’” (Sarbin, 1967b, p. 448).

Em vez de se dizer que alguém se comporta “como se estivesse doente”, passou-se a dizer que esse alguém “está doente”. O figurativo tornou-se literal e os conteúdos reificados geraram uma figura mitológica: a doença mental (Sarbin, 1967b).

Origens do mito. O processo remonta à pós-Renascença, quando as classificações da teoria humoral galénica foram reintroduzidas sem a divisória “como se”. Dada a tese católica da incorruptibilidade da alma humana estar ainda vigente, não era sequer pensável a hipótese do seu adoecimento. No pior dos casos, era o corpo que podia ser manipulado por forças exteriores, como demónios. “O problema do diagnóstico era como construir inferências sobre o equilíbrio dos humores dentro do organismo” (Sarbin, 1967b, p. 448).

Até então, os comportamentos desviantes das normas eram policiados pelas autoridades religiosas. Em 1486, publicou-se o manual *Malleus Maleficarum*, redigido pelo inquisidor Heinrich Kramer, que rapidamente se tornou no tratado de referência

para a detecção e modo apropriado de lidar com bruxas, heréticos e possuídos, servindo propósitos educacionais na formação sistematizada dos inquisidores e como guia moral nos julgamentos dos tribunais seculares (Ankarloo & Clark, 2002).

A transformação da apreciação das condutas desviantes das normas socialmente aceites de um modelo demoníaco para um modelo psicopatológico começou a operar-se no séc. XVI. Há medida que se foi substituindo o conceito de alma imaterial com o conceito de mente material, abriu-se a possibilidade à patologização da ação intencional ou, como viria a ser chamada, da atividade mental e dos comportamentos socialmente desaprovados por ela gerado, pois teriam causas físicas identificáveis no cérebro, mesmo que putativamente. Para preencher critérios de diagnóstico ao jeito de manifestações somáticas, os limites de inclusão do conceito de sintoma foi alargado. Não só tudo o que era somático passou a poder ser doença, de acordo com o modelo galénico de medicina, como também toda a conduta. A classe da sintomatologia passou a aceitar tanto fenómenos de febre como fenómenos de imaginação poética. “Agora, qualquer pedaço de comportamento – rir, chorar, ameaçar, cuspir, silenciar, imaginar, mentir e acreditar – poderia ser chamado sintoma de patologia interna subjacente” (Sarbin, 1967b, p. 449).

Charcot e as doenças funcionais. A possibilidade da nosologia contemporânea foi despoletada por Jean-Martin Charcot, o neurologista de maior prestígio em França no final do século XIX (Shorter, 1997). À sua presença, apareciam dolentes com queixas somáticas sem causa orgânica identificável. Estes eram tradicionalmente considerados pela comunidade médica como falsos doentes ou histéricos. Da simulação de doença, disse Charcot que “é encontrada em todas as fases da histeria /.../, com o objetivo de enganar /.../, especialmente se a vítima do engano for um médico” (Guillain, cit. in Szasz, 1961/1977, p. 47).¹⁶ Não obstante, “teve a coragem de reconhecer esses sintomas como sendo, na sua maior parte, reais, sem negligenciar as precauções exigidas pela insinceridade do paciente” (Freud, [1956]1886/1969, p. 45). O que lhe faltou reconhecer foi a sua própria insinceridade: nas palestras e seminários que presidia, “as demonstrações de histerias eram fabricadas, uma acusação que desde então tem sido bastante substanciada” (Szasz, 1961/1977, p. 47). As “histéricas” eram

¹⁶ Tal como Charcot, também outros autores desvalorizavam estas manifestações como não-doenças. Entre eles, Chrobak (cit in Freud, 1914/1969) chegou a propor a seguinte terapia para as mulheres histéricas “*penis normalis dosim repetatur!*” (p. 25).

treinadas e encorajadas pelos seus assistentes a simular os sintomas histéricos, com efeitos impressionantes sobre a audiência. Apoiado por estas tropelias teatrais, Charcot, a maior autoridade médica do seu tempo, convenceu a *Académie des Sciences* a aprovar em 1882 uma nova categoria de doença, a que se chamariam *funcionais*. No processo, não foi produzida qualquer evidência científica verdadeira. As simulações de doenças, as doenças “como se”, passaram a ser doenças “reais” por decisão administrativa. A histeria foi a primeira destas doenças “iatrogénicas” (Kotowicz, 2012), às quais se seguiram todas as outras doenças mentais, dado que, delas, “nenhuma patologia cerebral pode ser detetada” (p. 92).

Demonologia vs. Psicopatologia. Em 1886, afirmava Freud que “durante as últimas décadas, é quase certo que uma mulher histérica seria tratada como simuladora, do mesmo modo que, em séculos anteriores, certamente seria julgada e condenada como feiticeira ou possuída pelo demônio” (p. 45). O mesmo é reconhecer que, se hoje o diagnóstico de doença mental e a prescrição de tratamento é domínio dos especialistas médicos, na época, “o diagnóstico de bruxaria e a prescrição de tratamento /.../ era domínio dos especialistas eclesiásticos” (Sarbin, 1967b, p. 448). Tanto a Igreja da Pós-Renascença, por via da Inquisição, como a Medicina Moderna, por via da Psiquiatria, exercem funções de controlo social dos costumes de acordo com modelos teóricos próprios, cuja essência é partilhada.

Tabela 3: Comparação entre organizações sociais investidas de poder para o controlo social dos costumes na Renascença e na contemporaneidade.

Instituição	Controlo Social dos Costumes	
	Igreja	Medicina
Período de domínio	Século XIV-XVII ¹⁷	Século XIX-XXI
Especialização	Inquisição	Psiquiatria
Corpo teórico	Demonologia	Psicopatologia
Manual	<i>e.g., Malleus Maleficarum</i>	<i>e.g., DSM</i>
Objetivo manifesto	Salvação da alma	Tratamento da mente
Método preferencial	Destruição do corpo	Inibição/excitação do corpo
Principal causa do mal	Possessão	Doença
Principais visados	Bruxas e heréticos	Doentes mentais

¹⁷ A Inquisição propriamente dita só foi formalizada no século XV, mas o poder de conservação dos costumes atribuído à Igreja dominou durante pelo menos toda a Alta Idade Média.

A crença contemporânea defende que muitas das “vítimas” da Inquisição eram na verdade doentes mentais, no sentido de serem doentes reais, merecedores do cuidado psiquiátrico que estava ainda a alguns séculos de distância. No entanto, à época, o tratamento que recebiam os possuídos era visto como o mais adequado, de acordo com o sistema de crenças existente, que assim ficavam a salvo dos seus males terrenos. O inquisidor não era um malfeitor, mas um sanador como o psiquiatra atual, cujo objetivo era salvar a alma eterna da danação no inferno, mesmo que o fizesse contra a vontade do herético. A crença na existência de bruxas era tão comum como é hoje a crença em doentes mentais. Alterando a terminologia teológica para médico-científica, verifica-se que o guião e os papéis desempenhados pelos intervenientes atuais no processo da saúde mental são semelhantes aos desempenhados pelos clérigos no século XV, permitindo a seguinte afirmação: “o conceito de doença mental serve a mesma função social no mundo moderno tal como o conceito de bruxaria na Alta Idade Média” (Szasz, 1970/1974, p. 19).

Resulta que a caracterização dos fenómenos psicopatológicos é dependente do contexto ideológico em que ocorrem, oscilando conforme a cultura e a sensibilidade contemporânea. Assim se compreende que a masturbação, a homossexualidade, o orgasmo feminino, a dissidência política, tivessem sido doenças legitimamente integradas no paradigma científico da primeira metade do século XX e hoje pareçam o resultado de conceptualização abusiva, tal como algumas das doenças que hoje consideramos sérias e reais, como a toxicodependência, a pedofilia, a psicopatia, a hiperatividade, poderão ser avaliadas num futuro próximo sob o mesmo prisma.

Uma Análise Ética

Julgar o comportamento de uma pessoa e atribuir-lhe um diagnóstico de doença tem implicações importantes na vida quotidiana do visado. *Grosso modo*, o doente somático não é responsabilizado pelo seu estado, sendo verdade o oposto: ele é desculpado por comportamentos potenciadores do desenvolvimento da doença (*e.g.*, fumar tabaco, beber álcool, comer gordura, tudo em “excesso” ou, noutros casos, em “défice”) ignorando-se a possibilidade de relação causal associada, e é recetáculo de atenções especiais positivas, providenciadas pelo Estado Social e pela sociedade em

geral.

Estigmatização. “Quando o adjetivo ‘mental’ é prefixado, um novo conjunto de implicações seguem-se” (Sarbin, 1976b, p. 450). Goffman (1963) argumenta que o diagnóstico “doença mental” coloca a pessoa assim rotulada numa categoria própria, invocadora de medo, desprezo ou piedade. Em todos os casos, há uma *degradação da identidade* do visado sob o ponto-de-vista do outro. Em simultâneo, o diagnóstico potencia a própria auto-desvalorização. Estes dois fenómenos conjugados podem produzir a ocorrência de uma *profecia auto-realizável*, em que o indivíduo assinalado adota o papel que lhe é atribuído socialmente e, dessa forma, reforça e confirma a sua nova condição degradada, a qual tende a ser olhada como permanente na maior parte dos casos. “É como se os estados mentais conseguissem mascarar a pessoa como saudável, apesar da doença mental subjacente permanecer num estado dormente ou latente” (Sarbin, 1967b, p. 450). O doente mental tende a sê-lo o resto da vida e a retoma dos papéis sociais desempenhados antes do diagnóstico encontra-se dificultada. Assim é porque o diagnóstico “doença mental” discrimina negativamente o indivíduo portador do estigma e não um seu órgão, dado que uma doença mental não é algo que se *tem* – no sentido de coisa interior com localização espacial determinada –, mas algo que se *é* – no sentido de ser um comportamento atualizado pela conduta pública do visado. Para o seu manuseamento, criam-se instituições com o intuito de segregar, alojar, tratar, gerir, reformar, controlar, administrar os portadores do estigma, mesmo que contra a sua vontade, cujo comportamento não cai sob alçada jurídico-penal (idem).

Origem moderna do diagnóstico. O recurso ao diagnóstico de doença mental foi impulsionado por princípios humanitários, ao tentar salvar da fogueira o corpo dos diagnosticados por bruxaria e possessão demoníaca. Um dos melhores exemplos é o de Teresa de Ávila, que salvou dezenas de mulheres do braseiro, invocando a sua incompetência moral por motivos de doença natural. Surgiu a possibilidade de cura – ao invés de salvação – através do internamento num espaço moral, via de exclusão social, mas de reintegração espiritual. A dada altura, só na Paris do século XVII, mais de um habitante em cada cem esteve internado pelo menos alguns meses (Foucault, 1961/1972). Foi pela invocação de princípios filantrópicos que se legitimou o encarceramento compulsivo para cuidar daqueles que se descuidavam socialmente. O gesto não era visto como repressivo, mas sim como libertador. O sanatório passou a ser

a terra prometida do louco por ordem régia e jurídica, bem como por dever moral e ético. A partir de meados do século XVIII, Tuke, Pinel, Wagnitz, todos clamaram libertar os loucos dentro do seu cárcere, dos limites impostos pelas correias para os dos muros asilares, mas este foi mais um ato de administração burocrática do que de terapia médico-científica. “O Hospital Geral não é um estabelecimento médico. É antes uma estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa” (p. 57). O objetivo era afastar o louco da vida comunal, uma forma de ostracização para fora, dentro do interior da comunidade. Tratava-se de atribuir o lugar em cena, fora do palco, ao bobo da vida quotidiana, portador da desrazão, o qual nada tinha a dizer sobre o seu papel, dado que “não se pode supor, mesmo através do pensamento, que se é louco, pois a loucura é justamente a condição de impossibilidade do pensamento” (Foucault, 1961/1972, p. 53).

Jurisdição sobre a violação de propriedade individual e coletiva. Sarbin (1967b) antevia que, em breve, as várias instituições sociais convergiriam no sentido de desenvolver uma nova arquitetura para o controlo de indivíduos cujas condutas públicas violassem as normas da propriedade, individual ou coletiva. O dilema central encontrase ao nível da atribuição de jurisdição sobre os comportamentos socialmente reprováveis e a determinação sobre quais das instituições sociais deve recair a sua tutela: se as jurídicas, educativas, médicas, religiosas ou sociais (Wakefield, 1992). Caso o fenómeno reprovado associado ao indivíduo encontre-se sobre alçada jurídica, então chama-se-lhe crime; se é objeto da medicina, então chama-se-lhe doença mental; se pertence ao sistema pedagógico, então chama-se-lhe dificuldade de aprendizagem; se pertence às instituições religiosas, então chama-se-lhe heresia; se pertence à assistência social, então chama-se-lhe pobreza; todos elementos da engenharia social ao serviço da homogenia e coesão social. Estas categorizações contêm, explícita ou implicitamente, a prestação de diretivas para a tomada de ação.

Monopólio psicofarmacológico. Até há algumas décadas atrás, a técnica de controlo preferencial da Psiquiatria era a segregação em instituições hospitalares que exercem funções sobretudo de cariz penal. A partir da década de cinquenta do século XX, passou-se a recorrer a coletes-de-força químicos a que eufemisticamente se chamam psicofármacos. “As drogas [antidepressivas] ficaram conhecidas como tranquilizantes. /.../ Os pacientes ficavam calmos mas não sedados. /.../ A droga atuava

como uma lobotomia farmacológica” (Greenberg, 2010, p. 180). Ao mesmo tempo, promove-se a reeducação do transgressor mediante processos psicoterapêuticos. “Regular, do ponto de vista social, é fazer prevalecer o espírito de conjunto” (Canguilhem, 1943/2009, p. 115).

O sucesso da propaganda farmacêutica tem levado à proliferação dos diagnósticos, sobretudo aqueles para os quais há um tratamento a comercializar: antes de vender o produto, há que promover a sua necessidade pela criação de mitos junto dos leigos e mesmo dos expertos:

“O resultado de décadas de estudos sobre depleção de neurotransmissores aponta para uma conclusão inescapável: baixos níveis de serotonina, norepinefrina ou dopamina não causam depressão. Eis como os autores da meta-análise mais completa de estudos sobre depleção de serotonina resumem os resultados: /.../ ‘a evidência disponível até à data não apoia uma relação causal direta com o transtorno depressiva major. Não há nenhuma correlação simples e direta entre os níveis de serotonina ou de norepinefrina no cérebro e o estado de humor’. Por outras palavras, após meio século de investigação, a hipótese do desequilíbrio químico tal como promulgada pelas farmacêuticas que produzem SSRIs e outros antidepressivos não está apenas sem apoio claro e consistente, como tem sido refutada por evidências experimentais” (Kirsch, 2009, p. 92).

A isto acrescenta Kotowicz (2012):

“Tal como a psicocirurgia não tinha qualquer ligação à psiquiatria clínica, da mesma forma a afirmação que perturbações mentais são devidas a algum mau funcionamento do cérebro não é baseada em achados clínicos. Esta teoria começou como uma especulação que com o tempo adquiriu o estatuto de hipótese científica, e a caça por evidências que substanciem essa hipótese tem continuado desde então /.../ No fim do século dezoito, Alexander Cruchton especulou sobre ‘as ações doentes dos vasos finos que segregam o fluido nervoso no cérebro’. /.../ As especulações de hoje concentram-se na secreção de neurotransmissores nas sinapses, e há grandes esperanças que as novas técnicas de neuro-imagiologia revelem

algumas anormalidades cerebrais” (p. 14).

Dado que a classe médica detém o monopólio da prescrição legal de psicotrópicos, compreende-se a promiscuidade existente entre a indústria farmacêutica e a Psiquiatria. Nas últimas décadas, a doença mental tornou-se uma epidemia “iatrogénica”, tratada preferencialmente por via farmacológica, com cerca de metade da população portuguesa a ter estado ou a vir a estar diagnosticada ao longo da sua vida. Em 2012, cerca de 25% das mulheres portuguesas consumiam psicofármacos, maioritariamente ansiolíticos, seguidos de antidepressivos. Temos o segundo maior consumo de psicofármacos na União Europeia, e o maior de ansiolíticos em mulheres (Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, 2012).

O psiquiatra, enquanto médico especialista, desempenha a função administrativa de dispensar drogas psicotrópicas de acordo com os efeitos desejados pelo cliente, o qual não lhes teria acesso por via legal ou a preço reduzido por subsídio estatal. Todo o cidadão que queira aceder a este tipo de produto e usufruir das participações financeiras oferecidas pelo Estado e dos benefícios associados à ação conforme à lei, deve antes disso consultar um burocrata intermediário que é o psiquiatra. Para além desta especialização, o psiquiatra tem ainda o poder de escusar pessoas de responsabilidades sociais comuns aos restantes cidadãos, por via da baixa médica, a partir do discurso subjetivo providenciado pelos consulentes, cuja veracidade ou falsidade não é atestável, ao contrário do que é espetável nas doenças somáticas (pelo menos idealmente).

“Mais de 40% dos doentes, com baixas inferiores a 30 dias, que foram fiscalizados no ano passado, não estavam em casa quando o inspector lhes tocou à campainha. Das 6242 fiscalizações, em apenas 3801 situações os doentes abriram a porta ao inspector, pelo que os restantes 2623 (40%) não se encontravam em casa, sendo considerados por isso em situação "irregular". Estas pessoas têm um prazo de cinco dias para justificar a ausência, caso contrário perdem o direito ao subsídio” (Jordão, 2013).¹⁸

O terceiro grande poder interventivo da psiquiatria é a possibilidade de limitar a

¹⁸ A notícia diz respeito a baixas médicas no geral e não somente a psiquiátricas. Não obstante, indicia a forma ligeira como são passadas.

liberdade de ação dos indivíduos diagnosticados como doentes mentais, prática cada vez menos comum, mas que, não obstante, levanta problemas de consideração ética, sobretudo relativamente ao direito de reconhecimento da agência moral como sendo algo inalienável.

Agência Moral, Responsabilidade e Livre-Arbítrio

Agência moral. O conceito de mente é fulcral no estabelecimento da responsabilidade moral e na determinação do que é ser agente livre. Só aquele capaz de comunicar racionalmente com o outro e consigo mesmo através de alguma forma de linguagem é tido como tal. Eis porque se excluem as crianças, em desenvolvimento, e os velhos senis. A sua capacidade mental está diminuída, seja por falta de maturação, no primeiro caso, ou por decadência, no segundo. Presente, em ambos, está o critério biológico. No entanto, ao longo da história da humanidade, classes inteiras de pessoas com real capacidade de agência moral foram destituídas do seu estatuto humano pleno por convenção institucional (*e.g.*, mulheres, escravos, prisioneiros). A atribuição de responsabilidade moral não depende da capacidade intrínseca do próprio agente, mas sobretudo do reconhecimento dessa capacidade por parte do outro. É o grupo social que determina aquele que é ser humano pleno de acordo com os seus interesses, independentemente das capacidades individuais.

Um ato só tem qualidade ético-moral pelo facto de haver escolha. “A mente é a todo um momento um teatro de possibilidades simultâneas” (Szasz, 1996), onde são comparadas, escolhidas ou rejeitadas pelo reforço ou inibição da atenção que lhes é dada. Num sentido heideggeriano, todo o ser humano, enquanto humano, tem consciência sob forma de voz da consciência, sendo impossível a inconsciência¹⁹ e a sua mudez. Dessa forma, o ato de *mentar* não cria, apenas dá mais ou menos atenção a este ou àquele discurso da voz da consciência. O que se rejeita com frequência é o discurso por ela proferido que, quando em privado, é assunto do próprio indivíduo e quando tornado público, passa a assunto coletivo. Contra a anulação dessa comunicação indesejada, há que agir sobre o indivíduo atualizante, justificando-se a atribuição do diagnóstico de doença mental enquanto evidência racionalizada de mau funcionamento biológico da função mental do cérebro.

¹⁹ Por “inconsciência”, não se refere a utilização dada por Freud.

Discurso público vs. privado. O que diferencia o discurso racional do irracional não é tanto o seu conteúdo, mas o modo e o contexto em que é tornado público. Por exemplo, ao se justificar uma ação discursivo com o verbo “rezar”, enquadrada num determinado espaço e tempo sacral, torna-se aceitável e mesmo desejável que uma pessoa divulgue em alta voz os seus diálogos íntimos com um ser invisível que não mais é que uma projeção de si-mesmo. Pelo contrário, sem enquadramento definível ou não qualificável com “rezar”, a mesma atividade pode assumir contornos de irracionalidade.

É certo que todos temos diálogos com nós próprios, desdobrados num outro ou vários outros de si-mesmo, numa atuação privada, e julgamos saber intuitivamente quais as encenações que podemos ou devemos partilhar com um outro específico em contexto particular de relação, embora já tenhamos passado por situações em que dissemos ou fizemos o que não era socialmente esperado que disséssemos ou fizéssemos. Muitas vezes, só *a posteriori* é que o reconhecemos. Outras vezes, ficamos na ignorância. Noutras ainda, assumimos a total responsabilidade pelo ato, reafirmando-o contra o convencionalismo social. Em todo o caso, a pessoa que diz o que se apresenta como desadequado num determinado contexto em que se encontra é vista como algo louca, irresponsável, inconsciente, estúpida ou descontrolada, porque destituída do melhor discernimento racional: “não está bom da cabeça”, “está maluco”, “é doido”, são expressões de resposta habitual, as quais não confundem o ato tresloucado com doença. Loucura não é necessariamente doença e a forma natural de pensar reconhece-o. Na maior parte dos casos, estas ocorrências são inócuas, pois apresentam-se com gravidade limitada, embora existam aqueles que profanam o sagrado com maior veemência ou frequência, prejudicando-se ao olhar do outro que os desqualifica em graus variados enquanto seres autónomos e racionais, capazes de autogerência eficaz. São estes os loucos. Quanto maior a imprudência ao tornar públicas ideias que se calhar muitos “sãos” partilham em privado, de si para si, maior a atribuição de loucura e estigmatização associada. De igual forma, também aquele que tem dificuldade em dissimular o exercício de autocontrolo pode levantar a suspeita sobre o quão perturbado devem ser os seus diálogos para que o dispêndio de energia contentora seja tão grande. Em ambos os casos, parece claro que a linguagem serve a auto e a heterocomunicação, sendo a primeira prevalente: somos, em permanência, o nosso primeiro interlocutor, e nem tudo o que é dito no palco intrarelacional deve ser levado ao palco interrelacional.

Autocontrole. O controlo sobre a publicação dos pensamentos pode ser um desafio maior do que aparenta ser à primeira vista e depende consideravelmente da cultura e dos costumes, sobretudo ao nível familiar. A linguagem adquire-se e estimula-se por via da socialização, formaliza-se pela educação e regula-se pela *autodisciplina*. No entanto, estas características servem apenas para explicar a razão e não a desrazão. O ser racional revela-se racional por autodeterminação mental, enquanto o ser irracional revela-se irracional por determinismo biológico. Logicamente, deveriam servir ambos os propósitos: se a educação e a autodisciplina explicam em larga medida – se não toda – a literacia de uma pessoa, que através dos recursos linguísticos à-mão expressa a sua racionalidade, então também pela falta de educação e de autodisciplina se devia poder explicar a irracionalidade. No entanto, opta-se pelo critério biológico, associado ao conceito de “função”.

Mentar funcional vs. disfuncional. O critério “função” serve para justificar qualquer coisa. Ele é tautológico e, como tal, redundante. “Dado que todo o comportamento tem uma função, não pode haver comportamento ‘disfuncional’; o termo é um eufemismo científico para ‘desaprovado’” (Szasz, 1996, p. 5n). Agir contra a razão ou agir irrefletidamente não significa ausência de intencionalidade. Toda a atualização é sobreveniente de intencionalidade, sem a qual, nada. Se, de acordo com as teorias sistémicas da comunicação humana, todo o comportamento é comunicação, e se, de acordo com a fenomenologia husserliana, todo o comportamento é intencional, então não pode haver comportamento disfuncional, pois todo ele tem na sua base a intencionalidade do agente, esteja ela refletida ou oculta. A ação é sempre intenção *de* e *para*, mesmo que a sua manifestação corporal contraste com a enunciação verbal. As discrepâncias podem ser explicadas a partir de, por exemplo, fenómenos de desejabilidade social distraída ou de ganhos secundários.

A confusão está instalada pelo menos desde a invenção da dicotomia consciente vs. inconsciente psicanalítico²⁰, uma forma de dualismo metafísico licencioso e intestável. “O inconsciente freudiano é o que transcende a compreensão, inventado para possibilitar a suposição de ligações causais” (Heidegger, 1987/2006).

Não sendo esta a sede própria para rever e refutar a operacionalização do conceito

²⁰ A aplicação metafórica do termo “função” à biologia data de séculos anteriores, mas é com a psicanálise que alcança um dos pináculos da sua reificação ao nível do mental.

de função e a conseqüente possibilidade de disfunção, resta expor que, a haver funções orgânicas, as do encéfalo (ou, para ser mais preciso, do sistema nervoso central) parecem ser as relativas ao controlo automático e oculto do comportamento dos restantes órgãos do corpo unitário. A perspectiva é fisiológica e centra-se na geração de padrões de atividade muscular e segregação de químicos. Se é consensual que não existe *mentar* sem cérebro, tal não significa que *mentar* é uma espécie de segregação encefálica. O cérebro é a condição necessária, mas não suficiente para *mentar*. Admitindo como verdadeira a tese computacionista que a atividade *mentar* pode ser replicada num outro *hardware*, ou seja, por um artefacto que replique o cérebro, e não havendo motivo para rejeitar tal proposição, então o cérebro nem sequer seria necessário enquanto tal. O que é necessário é um substrato material, com potencial de consciência, atualizada pela voz de consciência, do *mentar*, respeitando o Princípio do Fechamento do Mundo Físico. Longe da noção reificada da mente, o *mentar* é uma ação resultante do funcionamento neurológico que não se confunde nem se deixa reduzir a ele, tal como a vociferação de palavras não se confunde ou deixa reduzir ao aparelho vocal. O fenómeno corporal é inteiramente singular, “irreduzível a mecanismos” (Heidegger, 1987/2006, p. 223). Por outras palavras, “a vida de um ser vivo é, para cada um de seus elementos, a ação imediata da copresença de todos” (Canguilhem, 1943/2009, p. 115).

Livre-arbítrio. O livre-arbítrio é uma evidência em si mesmo. Caso não fosse, teria de ser admitido como tal, derivado como possibilidade para a atualização das determinações próprias da vida humana. Em última análise, a demonstração valida-se por *reductio ad absurdum*. Não pode não existir livre-arbítrio, pois a sua rejeição implica a impossibilidade de agência moral enquanto manifestação intencional, a própria atualização da potência do ser próprio do ser humano. Mesmo que os estudos empíricos sugiram que antes da decisão está uma ativação neurológica, isso não significa que tenha sido o cérebro a tomar essa decisão, dado que não pensa, tal como não vê. A visão não está no olho nem no córtex occipital; ela é a agência que interliga os momentos temporais discretos numa sequência de aparência continua a que se chama “visão”. O mesmo se passa com a memória.

Eis porque o conceito de intencionalidade parece ser de uso mais adequado que os conceitos de consciente ou inconsciente. É certo que a grande maioria dos pensamentos

e ações não são refletidas, ou seja, não são conscientes, o que não significa que sejam controlados por um duplo-eu interior com consciência própria, o Inconsciente psicanalítico, do qual não se tem notícia. A intencionalidade, usando linguagem mecanicista – a qual, não obstante, é desadequada –, é automática e oculta a todo o momento. Só é passível de revisão fora do estado natural de pensar, por via da reflexão, à qual fica sempre algo de fora do acesso. Não podendo a intencionalidade ser condicionada, dado que é um fenómeno binário que não admite gradações – ou está presente ou está ausente –, é com problemas de ação intencional que nos podemos deparar. Tratam-se, portanto, de problemas acionais, de agência moral.

Partindo da intencionalidade, as preocupações sobre a consciência ou inconsciência de um ato e considerações sobre a responsabilidade ou inimputabilidade do agente ficam desde logo secundarizadas. O ato irrefletido é sempre intencional enquanto ato. A justificação que se dá dele é sempre *ad hoc* e serve propósitos múltiplos, de cariz sobretudo ético relativo ao dever-ser.

A Essência da Doença Mental

À objetivação científica da loucura seguiu-se logicamente o tratamento do louco, ao qual o humanismo reconheceu e, ao mesmo tempo impôs, um discurso sobre o seu alegado sofrimento (porque o sofrimento não é determinação necessária na loucura), invocado para justificar a tutela do corpo e a administração do tratamento. Associada a doença mental a um estado natural sobre o qual o louco não é responsável, dado que a natureza antecede a agência moral, compete ao médico, enquanto técnico-cientista, submeter a doença e, conseqüentemente, o doente ao novo poder sanador (Foucault, 1961/1972). Daqui surgem as teorias discursivas que complementam as práticas mudas, entendidas como “regulações de modos de agir e de hábitos institucionalmente consolidados, /.../ intervenção das forças de sociabilização e de organização no substrato espontâneo” (Habermas, 1985/2010, p. 239).

Sofrimento. O pensamento natural e espontâneo considera a doença, sobretudo a mental, como determinada pela propriedade “sofrimento”. A pessoa é doente mental porque sofre, sem causa física aparente. No entanto, a reflexão sobre o argumento desmascara-lhe a falta de essencialidade: nem todo o doente mental está em sofrimento, embora o sofrimento esteja presente em toda a doença mental. Apenas não na primeira-

pessoa. O que todas as doenças mentais têm em comum é provocar sofrimento na terceira-pessoa sob alguma forma de insulto à autoridade, seja ela concreta ou ideal, que por sua vez é projetada no indivíduo causador da condição. É o marido que acusa a mulher de loucura por se apaixonar por um homem socialmente inferior, como no caso de Maria Adelaide (Bessa-Luís, 2004; Gonzaga, 2009), é o pai que acusa o filho por se comportar contrariamente aos seus desejos, tal como é a ideologia capitalista que acusa o que se recusa a trabalhar, o que se diferencia politicamente, o que rejeita os valores burgueses, o que vê o mundo a partir de uma experiência que não é a de quem tem a pretensão canônica de determinar o dever-ser da experiência alheia.

Enquistado com a dor do outro – associada à própria –, torna-se mais fácil o seu manuseamento, sobretudo porque a atribuição é acompanhada de: i) *desrazão*, o que confere ao terceiro uma tutela sobre o sujeito-objeto contendor do sofrimento, a ser usada em caso de resistência maior, e de; ii) *culpa*, ao atribuir-lhe o locus causal do problema. Compreendendo o guião representacional, deve ser o próprio visado a procurar ajuda ritualizada, providenciada pelo experto médico que atesta o seu “tratamento” e subsequente “cura”; afinal, o maior poder é aquele que não se faz ver.

A preocupação piedosa pelo bem-estar do doente mental tende a ignorar que, neste processo, é a sua própria humanidade que é posta em suspenso, por via da menorização da ação agencial, destituída de intencionalidade válida (como se fosse possível uma intencionalidade inválida). Invoca-se, com frequência, a noção de “pré-conceito” relativamente à doença mental, o qual, dizem os envolvidos, deve ser erradicado, ignorando que uma das funções do diagnóstico é precisamente sinalizar a pessoa relativamente à qual se deve ter um cuidado especial, seja pela sua suposta fragilidade acrescida que lhe retira utilidade, seja pela suposta perigosidade que denuncia a falta de docilidade e brada pelo seu isolamento. Nenhuma destas atribuições é socialmente valorizada. “A história do sistema do hospital mental e do movimento de saúde mental na América testemunha que ‘o bem-estar do paciente’ é pouco mais que um cliché pronunciado para escamotear os resultados de desagregação e dessocialização” (Sarbin, 1967b, pp. 451-452).²¹ Quanto à perigosidade para terceiros, trata-se de um mito promovido desde pelo menos o século XVIII. Os diagnosticados

²¹ “The history of the mental hospital system and of the mental health movement in America witnesses that “the patient’s good” is little more than a cliché uttered to offset the degradation and desocialization outcomes”.

como “doentes mentais” não são mais perigosos que o comum dos cidadãos (Goldacre, 2009), nem existe nenhuma forma de prever a ocorrência de comportamentos violentos: “o melhor teste preditivo não serve rigorosamente para nada” (p. 238).

O fim da doença mental? Admitindo o abandono do conceito de doença mental, como Sarbin (1967b) e Szasz (2008) reclamavam, surge uma lacuna no controlo institucional dos costumes e da violação das normas culturais que a engenharia social precisa colmatar de alguma forma. A questão basilar é formulada por Sarbin (1967b, p. 452) no seguinte modo:

Que critérios devem ser usados para privar um homem da sua liberdade, dos seus direitos civis, da sua capacidade para a auto-determinação?

Sarbin (1967a; 1967b) não avança uma resposta. Ele apenas aponta alguns pré-requisitos necessários antes de iniciar a tentativa de resposta. Começa por estabelecer que a sociedade tem, em primeiro lugar, de decidir o quão livre e aberta deseja ser, para poder decidir quais as pessoas passíveis de ser destituídas da sua liberdade. O mesmo é dizer destituídas de responsabilidade pela sua conduta. A sua análise leva-a a extrair conclusões diferentes sobre os comportamentos classificados como doença mental. Citando Ellis (Sarbin, 1967a): “quase todas as neuroses e psicoses consistem em alguma forma de auto-desonestidade (p. 440). Em conformidade, a sugestão implica a substituição do termo “doença mental” por *desonestidade*. O indivíduo perturbador por via da sua perturbação não seria doente, mas sim desonesto para consigo e para com o outro. Outras possibilidades de se perturbar podem ser pensadas, como o confronto com as várias formas de tédio e vazio existencial, perda de ilusão ontológica ou de poder acional. Nenhum destes casos é doença no sentido científico, mas possibilidades existenciais, atualizáveis a todo o momento no ser humano. A codificação médica do fenómeno resulta de um eufemismo relativamente a *problemas existenciais* do visado ou, usando uma expressão mais natural, às suas *dificuldade em viver*. Comum a todas, o cair do véu que cobre o nada do ser, ocultado por ilusões de essencialidade ontológica (Rodrigo & Montenegro, 2013) ou, raduzido para linguagem natural, desonestidade ou mentira autoinfligida.

É de notar que a palavra *mens* é também a raiz etimológica da palavra “mentir” nas línguas latinas. Nas de raiz predominantemente germânica, como o alemão e as

línguas escandinavas, as variantes da palavra “mentir” têm herança na palavra latina *ligere*, “amarrar”, salientando a componente vinculativa de proposições ou termo na ação discursiva da mentira. *Mentar* pode assim ser entendido como o ato de ligar a experiência num guião ficcional, autobiografia existencial de uma subjetividade atualizante, cuja adequação à evidência física é secundária. O que nos orienta, sempre e profundamente, é a necessidade prioritária e permanente de metafísica.

Psiquiatria como Metafísica Antropológica Contemporânea

A Psiquiatria constitui-se como modo de expressão da necessidade de metafísica, intrínseca ao ser humano. Ela é necessária enquanto orientação prática, mapeadora do caminho. Abraça uma possibilidade de reconhecimento antropológico, excluindo todas as outras, mesmo quando para tal não há justificação válida a partir dos conhecimentos positivos que se tem da materialidade. A metafísica é sempre *dogmática*, absolutizando-se a si mesma e proscrevendo os outros pontos-de-vista. Ela ignora a sua condição e acusa: “metafísica é o outro”, como se o próprio a pudesse e tivesse superado. É uma forma de *egoísmo lógico*, diria Kant, a evidência da impossibilidade de perspectivismo.

A Psiquiatria, enquanto metafísica, tem a sua expressão máxima ao nível ontológico. O psiquiatra é o *médico ontologista*, cuja missão é tratar a própria essência do doente. Ao nível físico, a sua intervenção é ética: prescreve o *dever-ser* e atua em prol da sua promoção, como se a pessoa que ainda não é de acordo com o dever-ser, não fosse plenamente. Mas nunca se é de acordo com o dever-ser. Eis a possibilidade infinita de patologização da conduta quotidiana. Não há ser sem dever, sem acrescento ao dado logo-aí. Toda a categorização impõe algo subjetivo ao fenómeno e à experiência. A ciência não se limita a descrever o mundo físico, mas acrescenta-se-lhe, excede-o, quando não mesmo o transgride. Ser é sempre o que algum ser diz que é ser, mesmo que o diga a si mesmo, num diálogo desde logo marcado pelas *determinações coletivas espontâneas* que afetam a sua visão de si-mesmo, do mundo, da experiência. Por via do reconhecimento da subjetividade intrínseca em toda a ciência, abre-se a possibilidade à Psiquiatria científica.

Psiquiatria como ciência. Se a ciência dita natural tem como função aumentar o nosso conhecimento sobre o mundo físico, então talvez seja de equacionar se a psiquiatria também não terá como função aumentar o nosso conhecimento sobre o

mundo individual desintegrado da sociedade em que é construído. A palavra “conhecimento” pode e deve ser substituída por “controle”, o objetivo último por detrás da nomeação científica dos fenómenos: dar nome à coisa é controlar a coisa. Nesse sentido, é argumentável a legitimidade reivindicativa da Psiquiatria ao epíteto de ciência por via do sucesso funcional da sua atividade no controle dos comportamentos individuais inconvenientes. A apresentação é paradoxal, senão mesmo contraditória, mas “pode-se mesmo pôr em dúvida que uma sociedade, qualquer que ela seja, possa, ao mesmo tempo, mostrar-se lúcida na fixação de seus fins e eficaz na utilização de seus meios” (Canguilhem, 1977, p. 115).

Conclusão

1. Ao *nível lógico*, a expressão “doença mental” é uma redundância quando considerada como função do cérebro ou como a tradução de linguagem fisicalista para linguagem das ciências cognitivas;

2. Ao *nível epistemológico*, nunca foi demonstrada empiricamente a existência de qualquer doença mental, uma impossibilidade devido ao facto de ser uma classe vazia de conteúdo material, *sem implicação existencial*;

3. Ao *nível genealógico*, a nosologia médica contemporânea da loucura construiu-se sobre *pressupostos falsificados*, produzidos por uma autoridade institucional (ver *Charcot e as doenças funcionais*, pp. 65-66);

4. Ao *nível ético*, não há evidências que o rótulo “doente mental” tenha consequências positivas necessárias para o seu portador, exceto ao nível da desresponsabilização de obrigações sociais comuns (*e.g.*, trabalhar);

5. A essência da *doença mental* é ser uma *modalidade de insubordinação* para com uma qualquer autoridade (*e.g.*, proprietário moral – pai, marido) ou instituição social (*e.g.*, burguesismo), que pode provocar *sofrimento na terceira pessoa*;

6. O livre-arbítrio é uma evidência em si-mesma por *reductio ad absurdum*: ele não pode não existir. Destituir uma pessoa de livre-arbítrio é destituí-la da sua humanidade;

7. A *praxis* psiquiátrica é sobretudo uma forma de *administração burocrática* sobre o corpo e a conduta insubordinada fora da alçada jurídico-penal, mais do que uma forma de medicina que visa curar doenças;

8. A psiquiatria é caracterizável como uma forma de *metafísica antropológica contemporânea*, suficiente mas não necessária na resposta às necessidades de um ponto-de-vista institucional e canónico sobre o comportamento humano socialmente inconveniente. Compete à sociedade estipular o grau de liberdade e responsabilidade que pretende reconhecer aos seus elementos.

REFERÊNCIAS

- Acton, W. (1857/1867). *The Functions and Disorders of the Reproductive Organs in Childhood, Youth, Adult Age, and Advanced Life, Considered in Their Physiological, Social, and Moral Relations*. Philadelphia: Lindsay and Blakiston.
- Agich, G. J. (1997). Toward a Pragmatic Theory of Disease. In B. E. Reviews, J. M. Humber, & R. F. Almeder (Edits.), *What is Disease?* (pp. 219-246). Totowa: Human Press Inc.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-TR)* (3^a, TR ed.). Washington.
- American Psychiatric Association. (2000/2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4^a ed., texto rev.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Amorim, A. (2009). *A Espécie das Origens*. Lisboa: Gradiva.
- Ankarloo, B., & Clark, S. (Edits.). (2002). *Witchcraft and Magic in Europe: The Period of the Witch Trials*. London: The Athlone Press.
- Aquino, T. d. (1265–1274/1920). *Summa Theologica*. Obtido em 25 de October de 2011, de (New Advent). The Catholic Encyclopedia: New York: Robert Appleton Company: <http://www.newadvent.org/summa/2.htm>
- Aristóteles. (240 B.C./2001). *Da Alma (de Anima)*. Lisboa: Edições 70.
- Baker, C., Lund, P., Nyathi, R., & Taylor, J. (2010). The myths surrounding people with albinism in South Africa and Zimbabwe. *Journal of African Cultural Studies*, 22 (2), 169-181.
- Bentall, R. P. (2009). *Doctoring the Mind: Why Psychiatric Treatments Fail*. London: Pinguin Books.
- Berkeley, G. (1710/2012). *Tratado do Conhecimento Humano*. Largebooks.
- Bessa-Luís, A. (2004). *O Mistério da Légua da Póvoa*. Lisboa: O Independente.
- Block, N. (1978). Troubles with Functionalism. *Minnesota Studies in the Philosophy of Science*, 9, 261-325.
- Boorse, C. (1975a). On the Distinction between Disease and Illness. *Philosophy & Public Affairs*, 5 (1), 49-68.
- Boorse, C. (1975b). The Origins of the Indeterminacy Thesis. *The Journal of Philosophy*, 73 (13), 369-387.
- Boorse, C. (1976). Wright on Functions. *The Philosophical Review*, 85 (1), 70-86.

- Boorse, C. (1977). Health as a Theoretical Concept. *Philosophy of Science*, 44 (4), 542-573.
- Boorse, C. (1997). A Rebuttal in Health. In B. E. Reviews, J. M. Humber, & R. F. Robert F. Almede (Edits.), *What is Disease?* (pp. 1-134). Totowa: Human Press Inc.
- Boorse, C. (2011). Concepts of Health and Disease. In F. Gifford (Ed.), *Philosophy of Medicine* (pp. 13-64). Oxford: North Holland.
- Boring, E. G. (1933). *The Physical Dimensions Of Consciousness*. New York: The Century Company.
- Bosser, C. (1974). *Antipsiquiatria*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Breggin, P. (1994). *Toxic Psychiatry: Why Therapy, Empathy and Love Must Replace the Drugs, Electroshock, and Biochemical Theories of the "New Psychiatry"*. St. Martin's Griffin.
- Broad, C. D. (1925). *Mind and its Place in Nature*. New York: Harcourt, Brace & Company, Inc.
- Byrne, A. (2010). *Inverted Qualia*. (E. N. Zalta, Ed.) Obtido em 15 de Novembro de 2013, de The Stanford Encyclopedia of Philosophy:
<http://plato.stanford.edu/cgi-bin/encyclopedia/archinfo.cgi?entry=qualia-inverted>
- Canguilhem, G. (1943/2009). *O Normal e o Patológico* (6 ed.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Canguilhem, G. (1977). *Ideologia e Racionalidade nas Ciências da Vida*. Lisboa: Edições 70.
- Caplan, P. J. (1995). *They Say You're Crazy: How the World's Most Powerful Psychiatrists Decide Who's Normal*. Da Capo.
- Carel, H. (2012). Phenomenology as a Resource for Patients. *Journal of Medicine & Philosophy*, 37 (2), 96-113.
- Chalmers, D. J. (1995). Facing Up to the Problem of Consciousness. *Journal of Consciousness Studies*, 2 (3), 200-19.
- Charland, L. C. (2004). Character: Moral Treatment and the Personality Disorders. In J. Radden (Ed.), *The Philosophy of Psychiatry* (pp. 64-77). Oxford: Oxford University Press.
- Cooper, D. (1967/1971). *Psychiatry and Anti-Psychiatry*. New York: Ballantine Books.
- Cottingham, J. (1985). Cartesian Trialism. *Mind*, XCIV (374), 218-230.

- Cresswell, M., & Spandler, H. (2009). Psychopolitics: Peter Sedgwick's Legacy for Mental Health Movements. *Social Theory and Health*, 7 (2), 129-147.
- Damásio, A. R. (1994). *O Erro de Descartes: Emoção, Razão e Cérebro Humano* (16ª ed.). Lisboa: Publicações Europa-America.
- Dennett, D. C. (1991). *Consciousness Explained*. Little, Brown and Co.
- Descartes, R. (1637/1993). *Discurso do Método*. Lisboa: PE Edições.
- Dreyfus, H. L. (1963). *What Computers Can't Do: A Critique of Artificial Reason*. New York: Harper & Row Publishers.
- Dreyfus, H. L. (1972). *What Computers Still Can't Do: A Critique of Artificial Reason*. Cambridge: The MIT Press.
- Engelhardt, T. (1975). The Concepts of Health and Disease. In T. E. Spicker (Ed.), *Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences* (pp. 125-141). Dordrecht: D. Reidel Publishing [abstract].
- Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa. (2012). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental: 1º Relatório*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas.
- Feyerabend, P. K. (1975/1993). *Against Method*. London: Verso.
- Fodor, J. A. (1975). *The Language of Thought*. Harvard Press.
- Forrest, P. (2010). *The Identity of Indiscernibles*. Obtido em 10 de 2013, de The Stanford Encyclopedia of Philosophy:
<http://plato.stanford.edu/archives/win2012/entries/identity-indiscernible>
- Foucault, M. (1954/2008). *Doença Mental e Psicologia*. Lisboa: Edições Texto & Grafia.
- Foucault, M. (1961/1972). *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Editora Perspetiva.
- Foucault, M. (1963/1977). *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Editora Forense-Universitária.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica do Poder*. São Paulo: Edições Graal.
- Frances, A. J., & Widiger, T. (2012). Psychiatric Diagnosis: Lessons from the DSM-IV Past and Cautions for the DSM-5 Future. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 109-130.
- Freud, S. ([1956]1886/1969). Relatório Sobre Meus Estudos em Paris e Berlim. In S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. I, pp. 37-52). Rio de Janeiro: Imago Editora.

- Freud, S. (1914/1969). A História do Movimento Psicanalítico. In S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XIV, pp. 15-76). Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Fulford, K. M. (1989). *Moral Theory and Medical Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Fulford, K. W. (2004). Facts/Values: Ten Principles of Values-Based Medicine. In J. Radden (Ed.), *The Philosophy of Psychiatry* (pp. 205-234). Oxford: Oxford University Press.
- Gadamer, H.-G. (1996). *The Enigma of Health: The Art of Healing in a Scientific Age*. Stanford: Stanford University Press.
- Gao, J., Chen, E., Wang, Z., Shen, J., He, H., Ma, H., et al. (2013). Epidemic of Measles Following the Nationwide Mass Immunization Campaign. *Infectious Diseases*, 13 (1), 1-6.
- Garrabé, J. (2003). *História da Esquizofrenia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Gifford, F. (2011). Philosophy of Medicine: Introduction. In F. Gilford (Ed.), *Philosophy of Medicine* (pp. 1-12). Oxford: North Holland.
- Goffman, E. (1961/1991). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. London: Pinguin Books.
- Goffman, E. (1963). *Estigma: Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*.
- Goldacre, B. (2009). *Ciência da Treta [Bad Science]*. Lisboa: Bizâncio.
- Gonzaga, M. (2009). *Doida Não e Não!: Um Escândalo em Portugal no Início do Século XX*. Lisboa: Bertrand Editora.
- Graham, G. (2010). *Behaviorism*. (E. N. Zalta, Ed.) Obtido em Outubro de 2013, de The Stanford Encyclopedia of Philosophy:
<http://plato.stanford.edu/archives/fall2010/entries/behaviorism>
- Greenberg, G. (2010). *Manufacturing Depression: The Secret History of a Modern Disease*. London: Bloomsbury Publishing.
- Habermas, J. (1985/2010). *O Discurso Filosófico da Modernidade*. Alfragide: Texto Editores.
- Haeckel, E. (1900/1934). *THE Riddle of the Universe at the Close of the Nineteenth Century*. Watts and Company.
- Heidegger, M. (1887/2006). *Seminários de Zollikon* (3ª ed.). Petrópolis: Editora Vozes.
- Heidegger, M. (1926/1996). *Being and Time*. (J. Stambaugh, Trad.) New York: State University of New York Press.

- Heidegger, M. (1987/2006). *Seminários de Zollikon* (3ª ed.). Petrópolis: Editora Vozes.
- Horst, S. (2011). *The Computational Theory of Mind*. (E. N. Zalta, Ed.) Obtido em 15 de November de 2013, de The Stanford Encyclopedia of Philosophy:
<<http://plato.stanford.edu/archives/spr2011/entries/computational-mind/>>
- Hume, D. (1739). *A Treatise Concerning Human Understanding*. Oxford: Clarendon Press.
- (1874/2013). On the Hypothesis that Animals Are Automata, and Its History. In T. H. Huxley, *Collected Essays* (1 ed., Vol. I, pp. 199-250). Cambridge University Press: Cambridge.
- Jackson, F. (1986). What Mary Didn't Know. *The Journal of Philosophy*, 83 (5), 291-295.
- James, W. (1879). Are We Automata? *Mind*, 4, 1-22.
- James, W. (1907/1966). *Essays in Pragmatism*. New York: Hafner Publishing Co.
- James, W. (1912). Does Consciousness Exist? In W. James, *Essays on Radical Empiricism* (pp. 1-38). New York: Longmans, Green and Co.
- Jordão, I. (2013, 02 10). Apanhadas 53 mil baixas falsas . Retrieved 02 11, 2013, from Correio da Manhã:
<http://www.cmjornal.xl.pt/detalhe/noticias/nacional/politica/apanhadas-53-mil-baixas-falsas>
- Khushf, G. (2003). What is at Issue in the Debate about Concepts of Health? Framing the Problem of Demarcation for a Post-Positivist Era of Medicine. In L. Nordenfelt, *Dimensions of Health & Health Promotion* (pp. 123-169). Editions Rodopi BV.
- King, C. D. (1945). The Meaning of Normal. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 17, 493-494.
- Kirsch, I. (2009). *The Emperor's New Drugs: Exposing the Antidepressant Myth*. London: The Bodley Head.
- Kotowicz, Z. (2012). *Psychosurgery: The Birth of a New Scientific Paradigm*. Lisboa: Centro de Filosofia das Ciências da Universidade de Lisboa.
- Kripke, S. (1972/1980). *Naming and Necessity*. Oxford: Basil Blackwell Ltd.
- Kuhn, T. (1962/1970). *The Structure of Scientific Revolution*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Laing, R. D. (1960/2010). *The Divided Self*. London: Penguin Classics.

- Lawlor, C. (2012). *From Melancholia to Prozac: A History of Depression*. Oxford: Oxford University Press.
- Livesley, W. (1995). *The DSM-IV Personality Disorders*. New York: Guilford Press.
- Locke, J. (1689/1825). *An Essay Concerning Human Understanding*. London: Tegg.
- Lupi, O., Madkan, V., & Tying, S. K. (2006). Tropical Dermatology: Bacterial Tropical Diseases. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 54, 559-578.
- Malebranche, N. (1688/2005). *Dialogues on Metaphysics and Religion*. Obtido em 11 de 10 de 2013, de Early Modern Texts: http://www.earlymoderntexts.com/f_maleb.html
- McLaughlin, B., & Bennett, K. (2011). *Supervenience*. Obtido em 19 de 11 de 2013, de Stanford Encyclopedia of Philosophy: <http://plato.stanford.edu/cgi-bin/encyclopedia/archinfo.cgi?entry=supervenience>
- Montaigne, M. d. (1992). *Les Essais de Michel Montaigne*. Nizet edition.
- Moore, G. E. (1922). *Philosophical Studies*. Harcourt, Brace & Co. Inc.
- Morris, C. (1972/2012). *The Discovery of the Individual: 1050-1200*. Toronto: University of Toronto Press.
- Müller, F. M. (1887). *The Science of Thought*. Longmans, Green, and co.
- Murphy, D. (2009). *Concepts of Disease and Health*. (E. N. Zalta, Ed.) Obtido em 15 de 03 de 2013, de The Stanford Encyclopedia of Philosophy: <http://plato.stanford.edu/archives/sum2009/entries/health-disease>
- Nagel, T. (1974). What Is It Like to Be a Bat? *The Philosophical Review*, 83 (4), 435-450.
- Nagel, T. (1986). *The View From Nowhere*. Oxford: Oxford Press.
- Nordenfelt, L. (1987). *On the Nature of Health: An Action-Theoretic Approach* (2 ed.). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Nordenfelt, L. (1997). *Talking about Health: A Philosophical Dialogue*. Stockholm: Liber AB.
- Nordenfelt, L. (2003). *Dimensions of Health & Health Promotion*. Warsaw: Editions Rodopi BV.
- Oliver, J. (2006). The Myth of Thomas Szasz. *The New Atlantis*, 68-84.
- Parsons, T. (1951/1991). *The Social System*. London: Routledge.
- Peirce, C. (1878). How to make our Ideas Clear. In C. Peirce, *Writings of Charles S Peirce* (Vol. III). Indiana University Press.

- Pizarroso, N. (2013). Minds Historicity: Its Hidden History. *History of Psychology*, 16 (1), 72-90.
- Place, U. T. (1956). Is Consciousness a Brain Process. *British Journal of Psychology*, 47 (1), 44-50.
- Platão. (369 a.c./2010). *Teeteto*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Popper, K. (1963/2004). *Conjectures and Refutations: The Growth of Scientific Knowledge*. Routledge.
- Popper, K., & Eccles, J. C. (1977/2003). *The Self and its Brain: An Argument for Interactionism*. New York: Routledge.
- Porter, R. (2002). *Blood and Guts: A Short History of Medicine*. London: Penguin Books.
- Porto Editora. (s.d.). *metáfora*. Obtido em 18 de 11 de 2013, de Infopédia: <http://www.infopedia.pt/pesquisa.jsp?qsFiltro=0&qsExpr=met%C3%A1fora>
- Putnam, H. (1961/1980). Brains and Behavior. In N. Block, *Readings in Philosophy of Psychology* (pp. 24-36). Harvard University Press.
- Putnam, H. (1967/1992). The nature of mental states. In B. Beakley, & P. Ludlow (Edits.), *The nature of mental states*. MIT Press.
- Putnam, H. (8 de Novembro de 1973). Meaning and Reference. *The Journal of Philosophy*, 70 (19) *Seventieth Annual Meeting of the American*, 699-711.
- Putnam, H. (1975). *Mind, Language and Reality*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Renaut, A. (1989/1997). *The Era of the Individual: A Contribution to a History of Subjectivity*. Princeton: Princeton University Press.
- Reznek, L. (1991). *The Philosophical Defence of Psychiatry*. London: Routledge.
- Ribeiro, C. V. (2005). A Realidade como Questão em Heidegger e Winnicott. *Natureza Humana*, (1), 95-128.
- Robinson, H. (2012). *Dualism*. Obtido em 13 de 10 de 2013, de The Stanford Encyclopedia of Philosophy: <http://plato.stanford.edu/archives/win2012/entries/dualism>
- Robinson, W. (2012). *Epiphenomenalism*. Obtido em 13 de 10 de 2013, de The Stanford Encyclopedia of Philosophy: <http://plato.stanford.edu/cgi-bin/encyclopedia/archinfo.cgi?entry=epiphenomenalism>
- Rodrigues, V. A., & Montenegro, M. (2013). Personality Disorders as Existential Phrenitis: An Ontological Understanding. *Existential Analysis*. 24.1, 36-47.

- Russell, B. (1914). On the Nature of Acquaintance. *The Monist*, XXIV (2), 161-187.
- Russell, B. (1921). *The Analysis of Mind*. London: G. Allen & Unwin.
- Russell, B. (1948/2009). *Human Knowledge: Its Scope and Limits*. New York: Routledge.
- Russell, S., & Norvig, P. (2010). *Artificial Intelligence: A Modern Approach* (3ª ed.). Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Ryle, G. (1949). *The Concept of Mind*. London: Hutchinson House.
- Ryley, R. (2013). *Logical Errors in Mental Health*. Obtido em 25 de 11 de 2013, de Stop Shrinks: http://www.stopshrinks.org/articles/ryley_logical.htm
- Santayana, G. (1930). *The Realm of Matter: Book Second of Realms of Being*. London: Constable and Company Ltd.
- Sarbin, T. R. (1967a). Schizophrenic thinking: A role-theoretical analysis. *Journal of Personality*, 37 (2), 190-207.
- Sarbin, T. R. (1967b). On the futility of the proposition that some people be labeled "mentally ill". *Journal of Consulting Psychology*, (31) 5, 447-453.
- Schaler, J. A. (Ed.). (2004). *Szasz Under Fire: The Psychiatric Abolitionist Faces his Critics*. Chicago: Open Court.
- Scheff, T. J. (1966). *Being Mentally Ill: A Sociological Theory*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Schmaltz, T. (2013). *Nicolas Malebranche*. (E. N. Zalta, Ed.) Obtido em 11 de 10 de 2013, de The Stanford Encyclopedia of Philosophy: <http://plato.stanford.edu/cgi-bin/encyclopedia/archinfo.cgi?entry=malebranche>
- Searle, J. R. (1980). Minds, Brains, and Programs. *The Behavioral and Brain Sciences*, 3.
- Searle, J. R. (2004). *Mind: A Brief Introduction*. Oxford: Oxford University Press.
- Shorter, E. (1997). *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Skinner, B. F. (1938). *The Behavior of Organisms: An Experimental Analysis*. New York: Appleton-Century-Crofts, Inc.
- Skinner, B. F. (1948/1973). *Walden II: Uma Sociedade do Futuro*. São Paulo: EPU.
- Smart, J. C. (2012). *The Mind/Brain Identity Theory*. (E. N. Zalta, Ed.) Obtido em 2013, de The Stanford Encyclopedia of Philosophy: <http://plato.stanford.edu/archives/win2012/entries/mind-identity/>

- Smart, J. J. (1959). Sensations and Brain Processes. *Philosophical Review*, 68 (2), 141-156.
- Smith, R. (2005). The History of Psychological Categories. *Studies in History & Philosophy of Biological & Biomedical Sciences*, 36 (1), 55-94 [abstract].
- Stone, M. H. (1997). *Healing the Mind: A History of Psychiatry from Antiquity to the Present*. New York. W. W. Norton & Company, Inc.
- Szasz, T. (1961/ 1977). *The Myth of Mental Illness: Foundation of a Theory of Personal Conduct*. Frogmore: Granada Publishing Limited.
- Szasz, T. (1970/1974). *The Manufacture of Madness*. London: Paladin Books.
- Szasz, T. (1987/1997). *Insanity: The Idea and Its Consequences*. Syracuse: Syracuse University Press.
- Szasz, T. (1996). *The Meaning of Mind: Language, morality and neuroscience*. Westport: Praeger Publishers.
- Szasz, T. (1996). *The Meaning of Mind: Language, Morality, and Neuroscience*. Westport: Praeger.
- Szasz, T. (2007). *The Medicalization of Everyday Life*. Syracuse: Syracuse University Press.
- Szasz, T. (2008). *Psychiatry: The Science of Lies*. Syracuse, New York: Syracuse University Press.
- Szawarski, Z. (2003). Foreword. In L. Nordenfelt, *Dimensions of Health & Health Promotion* (pp. ix-x). Editions Rodopi BV.
- The European Federation of Pharmaceutical Industries . (2013). *The Pharmaceutical Industry in Figures*. Brussels.
- Tobin, F., & Young, R. (29 de May de 2013). *Majority of Americans Surveyed Believe Heaven and Hell Exist, the Devil and Angels Are Real and God is Not Responsible for Recent U.S. Tragedies*. Obtido em 12 de Outubro de 2013, de PR Newswire: <http://www.prnewswire.com/news-releases/majority-of-americans-surveyed-believe-heaven-and-hell-exist-the-devil-and-angels-are-real-and-god-is-not-responsible-for-recent-us-tragedies-209383941.html>
- Turing, A. (1936). On Computable Numbers. *Proceedings of the London Mathematical Society*, 24, 230–265.
- Turing, A. M. (1950). Computing Machinery and Intelligence. *Mind*, 433-460.
- Wakefield, J. C. (1992). The Concept of Mental Disorder: On the Boundary Between Biological Facts and Social Values. *American Psychologist*, 47 (3), 373-388.

- Wakefield, J. C. (1993). Limits of Operationalization: A Critique of Spitzer and Endicott's (1978) Proposed Operational Criteria for Mental Disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 102* (1), 160-172.
- Wakefield, J. C. (1992). The Concept of Mental Disorder: On the Boundary Between Biological Facts and Social Values. *American Psychologist, 47* (3), 373-388.
- Watson, J. B. (1913). *Psychology as the Behaviorist Views it*. Obtido em 12 de 10 de 2013, de Classics in the History of Psychology: psychclassics.yorku.ca/Watson/views.htm#ftnt1
- Wetzel, L. (2011). *Types and Tokens*. (E. N. Zalta, Editor) Obtido em 2 de Novembro de 2013, de The Stanford Encyclopedia of Philosophy: <http://plato.stanford.edu/archives/spr2011/entries/types-tokens/>
- Whitaker, R. (2002/2010). *Mad in America: Bad science, bad medicine and the enduring mistreatment of the mentally ill*. New York: Basic Books.
- Wolkerson, A. L. (1998). *Diagnosis: Difference : the Moral Authority of Medicine*. New York: Cornell University Press.
- World Health Organization. (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. In *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*. Geneva: WHO.
- Wright, L. (April de 1973). Functions. *The Philosophical Review, 82* (2), 139-168.

ANEXO 1

Revisão Teórica do Termo “Doença”

Naturalismo

A posição naturalista defende que tanto o conceito de “saúde” como o de “doença” referem determinações objetiváveis, sobretudo a partir de princípios fisiológicos: o organismo saudável é aquele que trabalha adequadamente em função dos objetivos biológicos da autoregulação e da reprodução, de acordo com o *desígnio da espécie*²², sendo doença alguma anomalia no funcionamento típico, prejudicial aos objetivos biologicamente estipulados. Numa frase, “a posição objetivista é que doença é uma disfunção corporal que causa a deterioração da vida singular” (Murphy, 2009).

É a corrente prevalente tanto entre os meios eruditos como entre os populares, herança histórica do positivismo comtiano e do positivismo lógico do Círculo de Viena. Alguns dos seus proponentes maiores são Christopher Boorse, Robert E. Kendell, J. G. Scadding, Thomas Schramme e Thomas Szasz. Analisa-se de seguida a teoria de Boorse.

Christopher Boorse: Teoria Bioestatística (BST)²³

Na década de setenta, Christopher Boorse publicou quatro artigos seminais na elaboração da BST, deste então aceite como a estrutura canónica da perspectiva naturalista, paradigma dominante do saber científico na área da medicina, integrando conceitos de saúde, doença, normalidade e função (1975; 1976a; 1976b; 1977). Para a compreender, é necessária a familiarização com alguns termos, que serão apresentados *infra*:

Boorse (1975) parte do princípio que a ideia de saúde deve ser analisada por referência apenas à medicina fisiológica, enquanto estudo do funcionamento biológico do organismo, entendido em termos contemporâneos por *desígnio da espécie*.

Desígnio da espécie. *Desígnio de espécie* é uma “abstração estatística” (Boorse, 1977, p. 558) que classifica a organização funcional interna típica e coletiva de uma mesma espécie. O conceito é derivado empiricamente da observação de uma população específica, cuja variabilidade ocorre a partir da subnormalidade estatística, contemplando formas polimórficas intraespecíficas (*e.g.*, tipo sanguíneo, cor dos olhos)

²² *Species design.*

²³ *Biostatistical Theory.*

como normais. Boorse (1997) considera que esta posição é coerente com as teorizações da Biologia Evolutiva – que enfatiza a ocorrência de variação numa escala evolutiva – porque a “variação a curto prazo é temporalmente estável e é nela que assenta a teoria e a prática médica” (p. 32). Há nessa organização uma hierarquia dita *normal* dos processos funcionais.

Saúde = normal. Por normalidade, Boorse (1975) apoia-se na definição de King (1945): “O normal /.../ é objetivamente e apropriadamente definido como aquilo que funciona de acordo com o seu desígnio” (pp. 493-494). Num contexto clínico, saúde é substituível por normalidade, sendo patologia a falha ao longo da hierarquia de pelo menos uma parte do mecanismo em desempenhar a sua função normal.

Um conjunto de exceções é contemplado: dado existirem desvios à norma considerados desejáveis ou neutros (*e.g.*, capacidade atlética superior, cor dos olhos), o mediano ou o ordinário estatístico não se confundem com o normal. “Normalidade estatística [no sentido de medianidade] /.../ não é necessária ou suficiente para [haver] normalidade clínica” (Boorse, 1975, p. 50). A determinação de norma é a conformidade *natural* da constituição e funcionamento do indivíduo ao desígnio da espécie (Figura 1).

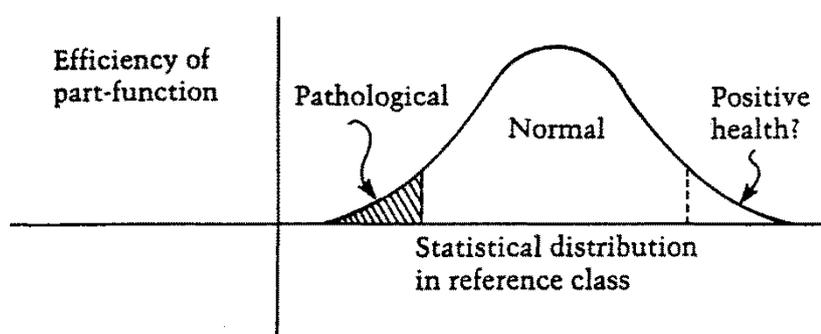


Figura i. Curva de Gauss do normal vs. patológico (Boorse, 1997).

Normal = natural. O normal, no sentido biológico, é assim assumido como a possibilidade de afirmar que “o estado de um organismo é teoricamente saudável, i.e. livre de doença, desde que o seu modo de funcionamento esteja conforme com o desígnio natural desse tipo de organismo” (Boorse, 1975, p. 57).

Saúde = Normal = Natural

A *habilidade funcional normal* é definida disposicionalmente, como o estado de prontidão de uma parte do organismo para desempenhar funções habituais em situações vulgares, com *eficiência típica* ou, pelo menos, com *eficiência mínima* (Boorse, 1997).

Eficiência típica de uma função é a “eficiência acima de algum mínimo escolhido arbitrariamente na distribuição da espécie” (Boorse, 1997, p. 8), de acordo com o seu desígnio.

Uma *função* é uma contribuição causal para a realização de um objetivo almejado pelo organismo (Boorse, 1976), de acordo com a definição clássica da biologia analítica de Sommerhoff (cit. in idem), relativamente à direccionalidade da *vida*.

Vida. Para Somerhoff (cit. in Boorse, 1976), a distinção entre organismos vivos e matéria morta encontra-se na vitalidade intrínseca dos elementos da primeira classe, com direccionalidade objetiva, orientada para a realização de fins específicos e mutuamente interrelacionados, de acordo com a *sobrevivência individual* e o *sucesso reprodutivo individual*. Segundo a biologia contemporânea, estes são os únicos desígnios funcionais encontrados nos organismos vivos, suportados pela evidência empírica (e.g., não há evidências que as ações dos indivíduos sejam dirigidas à sobrevivência da espécie). Como a prática médica apoia-se na fisiologia, é a *aptidão* (*fitness*) no desempenho destas funções que vai determinar a normalidade funcional clínica, de acordo com o desígnio da espécie (Boorse, 1977, 1997). “A vida não é nada se não apenas esta manifestação de intencionalidade e ordem orgânica nos sistemas materiais” (Sommerhoff, cit. in Boorse, 1997, p. 9).

Saúde ≠ função. Os conceitos de saúde e de função são passíveis de análise individual, de tal forma que a BST não depende da definição de função apresentada por Boorse (1976). Outras propostas são igualmente compatíveis, como a clássica de Wright (1973), que entende função como o conjunto dos efeitos com causa biológica, cuja presença explica-se sobretudo a partir da evolução filogenética, independentemente de algumas características do organismo terem perdido a sua função (por exemplo, devido a mudanças de estratégia por adaptações a mudanças no ecossistema).

Normal vs. patológico. A distinção entre o normal e o patológico depende de três variáveis: *classe de referência*, *normalidade estatística* e *função biológica* (Boorse, 1976), a partir da qual se obtém a seguinte síntese da BST (Boorse, 1997):

- i. “A *classe de referência* é uma classe natural de organismos de desígnio funcional uniforme; especificamente, um grupo etário de um sexo de uma espécie.
- ii. Uma *função normal* de uma parte ou processo dentro dos membros da classe de referência é uma contribuição estatisticamente típica para a sua sobrevivência individual e reprodução.
- iii. Uma *doença* é um tipo de estado interno que ou é um enfraquecimento de habilidades de funcionamento normal, i.e., uma redução de uma ou mais habilidades funcionais abaixo da eficiência típica, ou uma limitação na habilidade funcional causada por agentes ambientais.
- iv. *Saúde* é a ausência de doença” (p. 7-8).

Traduzindo as teses para a linguagem analítica proposicional:

- i. Classe de referência = (sexo \wedge idade)
- ii. *Função normal* = {(função normal \wedge classe de referência) \wedge [(sobrevivência individual \wedge reprodução) \vee (sobrevivência individual \vee reprodução)]}
- iii. *Doença* = {estado interno [função \wedge não-eficácia típica] \vee (disfunção \wedge agente ambiental)]}
- iv. *Saúde* = não-doença

Disease vs. illness vs. sickness. Assumidamente, a BST procura ser uma conceptualização sobretudo com utilidade teórica. Em primeiro lugar, o seu propósito é servir as ciências biológicas e só depois a prática clínica. Por tal motivo, Boorse (1975a; 1997) estabelece uma clara separação entre os termos *disease* e *illness*, distinção ausente em muitas linguagens, mas que pode assumir centralidade em relação a cada uma das disciplinas, respetivamente.

Por *disease*, entende: i) uma manifestação fisiológica; ii) independente de considerações valorativas e da; iii) consciência do doente relativamente ao seu estado. Genericamente, constitui a conceptualização tradicional de doença, com substrato orgânico.

Por *illness*, entende uma subclasse de *disease* que contempla juízos de valor e características normativas, associados à manifestação fisiológica.

<i>Disease</i> → processo fisiológico	vs.	<i>Illness</i> → processo fisiológico ∧ juízo de valor
---------------------------------------	-----	--

Uma *disease* também é uma *illness* apenas se é séria o suficiente para ser incapacitante e, como tal, é

- i. “indesejável para o portador;
- ii. um direito a tratamento especial; e
- iii. uma desculpa válida para comportamento normalmente criticável” (Boorse, 1975a, p. 61; 1997, p. 8)²⁴.

Significa isto que se pode estar *diseased* sem estar *ill*. É o caso das doenças silenciosas, que não provocam sofrimento ou dor, mas que contribuem para a disfunção presente ou provável do organismo. “Doença é um conceito patológico, não clínico, no sentido em que todos os tipos de patologias subclínicas podem existir sem, ou antes de, manifestações clínicas” (Boorse, 1997, p. 48).

O termo *sick* designa a condição própria do indivíduo doente – *diseased* ou *ill* – e serve como guia para o modelo relacional que ele estabelece com a comunidade e esta com ele. Resulta assim que

- i. estar *diseased* é ter uma disfunção interna;
- ii. estar *ill* é vivenciar incapacitação acional por via da *disease*;
- iii. estar *sick* é a representação dos papéis de *diseased* e/ou *ill*.

Esta distinção é útil para posteriormente se compreender o conceito de “doença mental” (*mental illness*), enquanto subcategoria de *disease* e a representação de um papel integrado numa encenação social.²⁵

Atuação local vs. geral. Outra distinção entre *disease* e *illness* é feita ao nível geográfico da ocorrência do evento: *disease* implica disfunção espacialmente localizada no organismo (não se trata de graus de severidade, mas sim de áreas de atuação); *Illness*

²⁴ “Only if it is serious enough to be incapacitating, and therefore is (i) undesirable for its bearer; (ii) a title to special treatment; and (iii) a valid excuse for normally criticizable behavior”.

²⁵ Alguns anos mais tarde, Boorse (1997) lamentou o uso do termo *illness* para descrever a subcategoria de *disease* que admite a inclusão de juízos de valor. Uma das razões é que, ao incluir juízos valorativos, *illness* não é aplicável aos animais e às plantas. O conceito requer o nível de cognição superior próprio do ser humano.

aplica-se a fenómenos sistémicos, que incapacitam ou diminuem a responsividade geral do organismo (Boorse, 1997).

A partir desta determinação de sistematicidade, Boorse (1997) considera que o termo *illness* adquire carácter puramente naturalista. Apesar da vaguidade semântica, “sistémico” dirige-se a um processo fisiológico, sem carga valorativa, que afeta de forma desambigua a habilidade funcional normal do organismo. A componente de juízo de valor pode estar presente apenas quando o grau de incapacidade envolve uma escolha que determina a definição da incapacidade, seja ela feita pelo próprio ou por terceiros (e.g., médicos, familiares).

Graus de disease-illness vs. graus de saúde. Em 1987, Boorse (cit. in Boorse, 1997) substituiu a divisão saúde-*disease-illness* por uma escala com graus diferentes de saúde e de doença (Figura 2).

Suboptimal		Positive Health
Pathological		Theoretically Normal
Diagnostically Abnormal		Diagnostically Normal
Therapeutically Abnormal		Therapeutically Normal
Dead	Ill	Well
	Alive	

Figura ii: Graus de saúde e de doença (Boorse, 1997).

Na construção desta escala, houve intenção de excluir categorias definíveis por via normativa. As exceções são: i) o grau *normalidade diagnóstica*, o qual considera que todos os diagnósticos são justificados a partir de considerações de risco, custo e benefício; e ii) o grau *normalidade terapêutica*, o qual implica a prescrição terapêutica – sobretudo quando terceiras partes estão envolvidas (e.g., Estado, seguradoras) (Boorse, 1997).

Prática médica terapêutica vs. não-terapêutica. Em 1987, Boorse (cit. in Boorse, 1997) reconheceu que a “prática médica é permeável a valores” (p. 13) e dividiu-as em duas modalidades: a *central (core)* e a *periférica*, as quais podem ser designadas por *terapêutica* e *não-terapêutica*, respetivamente (idem). A prática terapêutica é toda

aquela dirigida à prevenção ou redução do desvio da função natural de um elemento típico de uma espécie. Intervenções como o aborto, a contraceção, a circuncisão, a cirurgia cosmética, a eutanásia, são consideradas não-terapêutica ou periféricas à medicina porque “a infelicidade não é doença” (Boorse, cit. in Wilkerson, 1998, p. 132).

Resumo da BST

A BST é uma tentativa naturalista de apresentar uma construção teórica ausente de juízos de valor na conceção de saúde e doença, que permita entender as classificações de saúde e doença como determinações objetivas, observáveis a partir de factos naturais, sem recurso a artifícios normativistas. O interesse é servir, em primeiro lugar, a ciência da biologia, e só depois a prática médica. Centra-se, portanto, na procura de um conceito teórico coerente e logicamente válido para a implementação de programas de investigação nas ciências da vida e menos nas necessidades da *praxis* médica e intervenções clínicas em geral.

Nesse sentido, centra-se no termo “doença”, entendido como “simplesmente sinónimo de ‘condição teoricamente insalubre’²⁶ (Boorse, 1975a, pp. 49-50), o desvio prejudicial do funcionamento normal de um organismo de acordo com critérios estatísticos do desígnio da espécie, em função de objetivos biologicamente determinados: a sobrevivência individual e o sucesso reprodutivo individual, e define “saúde” como a ausência de doença (Boorse, 1997).

Faz uma distinção entre *disease* e *illness*, sendo que *disease* é a uma ocorrência fisiológica espacialmente localizada ou localizável, e *illness* uma *disease* que provoca disfunção generalizada no organismo. O termo *disease* seria domínio privilegiado das ciências biológicas, ao permitir-lhes procurar entidades materiais no organismo que pudessem ser classificadas como tal, ao passo que o termo *illness* seria do domínio privilegiado das técnicas médicas, uma vez que a sua preocupação primordial é dar resposta à queixa subjetiva de um consulente que clama por ajuda no cuidado do seu sofrimento, o qual assume estar associado a processos fisiológicos.

Considerações posteriores dividiram a intervenção médica em terapêutica e não-terapêutica, sendo a primeira legítima sem contestação, ao visar prevenir ou reduzir a

²⁶ *Theoretically unhealthy condition.*

ocorrência de doença, ao passo que a segunda é casuística, dado tratar-se sobretudo de tratamentos que visam melhorar estados de saúde, em que a doença não existe.

Normativismo

De um modo geral, a posição normativista defende que tanto o conceito de “saúde” como o de “doença” são determinados primariamente a partir de julgamentos valorativos das categorias “bom” e “mau”, que incidem sobre fenómenos biológicos e manifestações comportamentais. O organismo saudável é aquele que funciona de acordo com as expetativas do observador em relação a um grupo de seus semelhantes em condições iguais, sendo doença uma anomalia à adequação categorial, explicada no ocidente moderno em termos de processos bio-fisiológicos. Numa frase, saúde é um juízo de valor positivo sobre um fenómeno biológico.

$$\text{Saúde} \rightarrow (\text{juízo de valor positivo} \wedge \text{fenómeno biológico})$$

Pelo contrário, doença é um juízo de valor negativo sobre um fenómeno biológico.

$$\text{Doença} \rightarrow (\text{juízo de valor negativo} \wedge \text{fenómeno biológico})$$

Tanto num caso como no outro, a definição é suficiente, mas não necessária: nem todos os juízos de valor negativos sobre fenómenos biológicos se traduzem por doença (*e.g.*, gravidez indesejada), apesar de todas as doenças terem essa determinação. Significa isto que, de acordo com a posição normativista, é impossível apresentar uma definição tautológica de saúde e doença, pois o conceito de função é totalmente construído culturalmente e ignorado na natureza, da qual se desconhece qualquer desígnio teleológico (Murphy, 2009). Alguns dos seus proponentes maiores são George Agich, Rachel Cooper, Tristram Engelhardt, William Fulford, Lennart Nordenfelt, Lawrie Reznek e Caroline Whitbeck.

Normativismo forte vs. fraco

A relação entre o naturalismo e o normativismo tem sido dialética, ao longo de um contínuo por vezes confuso de teorias. “Doença e saúde, tal como muitos outros conceitos, não são nem puramente científicos nem exclusivamente uma parte do senso comum” (Murphy, 2009). Nesse sentido, fez-se uma divisão entre

normativismo forte e normativismo fraco: o normativismo forte considera os conceitos de saúde e doença como puramente valorativos, enquanto o normativismo fraco reconhece também uma dimensão descritiva (Boorse, 1975a).

Normativismo Forte: (saúde \vee doença) \rightarrow juízo de valor

Normativismo Fraco: (saúde \vee doença) \rightarrow (juízo de valor \wedge descrição bioestatística)

Naturalismo: (saúde \vee doença) \rightarrow descrição bioestatística

É argumentável que nenhuma tese atual com relevo prescinde de considerações descritivas. A diferença reside na admissão da possibilidade de separar ambas as dimensões. Para o normativismo forte as determinações valorativas e descritivas estão intrinsecamente interligadas, ao passo que para o normativismo fraco elas podem ser estudadas individualmente (Khushf, 2003). Todo o espectro teórico reconhece as classificações nosológicas como sendo artificiais e culturalmente influenciadas, mas o naturalismo defende que tal tem como propósito possibilitar a investigação científica de fenómenos em si mesmo naturais pela via do abstracionismo concetual e da experimentação reducionista dos seus vários elementos, subordinados à hierarquia taxonómica (Murphy, 2009).

Dado existirem mais variantes dentro do normativismo do que do naturalismo, revêem-se de seguida várias propostas. K. W. M. Fulford e Lennart Nordenfelt são os proponentes maiores da corrente e tem concetualizações semelhantes em vários pontos. De igual relevo no âmbito deste trabalho são as considerações de Lawrie Reznek, o qual faz uma tímida incursão no método pragmático de aferição da verdade, amplamente desenvolvido por George Agich.

Fulford: Medicina Baseada em Valores (VBM)²⁷

K.W.M. (Bill) Fullford, psiquiatra e filósofo, tem a sua obra maior em *Moral Theory and Medical Practice*, de 1989, onde apresentou originalmente a tese da VBM, posteriormente revista em 2007. É sobre este dois trabalhos que se assenta a análise *infra*.

²⁷ *Values-Based Medicine*.

Modelo dos factos empíricos vs. modelo dos juízos de valor

A VBM surgiu objetivamente como oposição à *Medicina Baseada em Evidências* (EBM)²⁸, o único método instituído de validação do conhecimento médico-científico, ao propor uma estrutura de atuação da prática clínica balanceada tanto por factos como por valores, influenciada por considerações das teorias do valor (*e.g.*, Max Scheler) e da filosofia da ação (*e.g.*, J. L. Austin). A preocupação de Fulford (1989; 2004) dirige-se sobretudo às questões éticas da prática clínica e da prestação de cuidados de saúde, em oposição às questões epistemológicas da biologia e do diagnóstico médico.

Juízo de valor

A avaliação de saúde é sempre positiva, feita em função da intencionalidade do organismo. O conceito de doença, enquanto oposição de saúde, consiste numa avaliação negativa, associado à incapacidade de agir intencionalmente. Como tal, toda a nosologia tem no seu fundamento um juízo de valor, aplicável apenas a conceitos médicos e não a categorias morais, intelectuais ou estéticas (Fulford, 1989).

Também o conceito de função e disfunção são juízos de valor, com conteúdo descritivo e valorativo. Uma função pode ser encontrada tanto num organismo como num artefacto. Em ambos os casos, refere sempre um “fazer funcional” (Fulford, 1989, p. 92) de acordo com um desígnio particular, através dos meios que lhe foram conferidos pelo designador.

Teoria reversa

A VBM é uma teoria reversa em relação à BST, no sentido em que entende o conceito de *illness* como o antecedente que possibilita a posterior descrição fisiológica de *disease*. Ou seja, *disease*, tal como *disfunção*, são subcategorias de *illness*, justificação causal determinada *ad hoc* do mal-estar subjetivo (*illness*). Parte do geral (*illness*) para o particular (*disease*): as pessoas ficam *ill*, os corpos *diseased* ou disfuncionais. Como tal, a linguagem da doença nunca poderá ser totalmente objetiva, estando sempre marcada por juízos de valor, pois *disease* está dependente de *illness* (Fulford, 1989; 2004).

²⁸ *Evidence-Based Medicine*.

Disease vs. illness

Uma *illness* define-se como uma falha (*inability*) do organismo em desempenhar ações intencionais “ordinárias” por razões internas do próprio indivíduo, fisiológicas ou psicológicas. Ou seja, uma disfunção relaciona-se com a falha no agir.

$$Illness \leftrightarrow [(inabilidade \wedge fisiológico) \vee (inabilidade \wedge psicológico)]$$

Uma *disease* é a explicação fisiológica dada a uma *illness*, a partir da qual se redige um guião representacional, orientador da ação adequada para os vários intervenientes (Fulford, 1989).

Avanços científicos = mais juízos de valor

Contrariamente à forma natural de pensar, os avanços das ciências médicas aumentam a influência de critérios valorativos em vez de os limitarem, sobretudo ao nível da prática. Isso deve-se a motivos de cariz interno e externo: ao nível externo da investigação teórica, a subjetividade aumenta devido: i) à diversidade crescente dos intervenientes na prestação de serviços de saúde, oriundos cada vez mais de áreas profissionais adjacentes, mas com valores próprios; ii) à globalização comunicacional e consequente partilha de saberes e valores culturais; iii) ao individualismo crescente por oposição à autoridade prescritora de valores. Ao nível interno, o progresso da medicina científica oferece cada vez mais opções de cuidados terapêuticos e não-terapêuticos, facultando aos utentes novas possibilidades de escolha, anteriormente inexistentes, de acordo com os seus próprios interesses e valores (Fulford, 2004).

Centração no paciente vs. técnico

Como tal, a terapia deve ser centrada no utente do serviço, devidamente informado para que possa escolher o rumo a seguir. Nesse processo, é espectável que ocorram divergências entre utente e técnicos, a ser resolvido num *dissenso*: “um processo que suporta ação efetiva através de um equilíbrio entre perspectivas legítimas de valores diferentes” (Fulford, 2004, p. 216). O balanceamento é feito em referência a regras e normas numa prática *bioética quasi-legal*, em que a regulação é pré-estabelecida por consenso comunitário, em particular dentro das próprias guildas profissionais. Esse conceito é central da prática da VBM. O que o diferencia da EBM é o facto de as regras terem, como base, princípios éticos, humanistas, valorativos, que

têm em conta a subjetividade do utente, e não mecanizações, quantificações, desumanizações da experiência do estado patológico. A semelhança está na sujeição das normas à interpretação dos reguladores, com autoridade executiva para as aplicar em concordância (idem).

Espaço aberto de valores

O que importa é compreender as diferenças de valores entre utente e técnicos e não estabelecer princípios dados como sendo certos, abrindo um espaço onde haja partilha, exploração e tolerância de valores (*space of values*), de acordo com uma argumentação clara, sobre a qual se constroem normas reguladoras da interação. Ao nível teórico, os métodos e princípios mais recorrentes são o *consequencialismo utilitarista* (o bem maior para o maior número de pessoas – apesar de ser uma contradição, é a base do sistema de saúde contemporâneo) e a *deontologia* (consenso entre os membros do grupo profissional). Ao nível da prática, recorre-se a metodologia *apodítica*, aplicando princípios gerais a casos particulares, e o seu contrário: a *casuística*, negociando caso a caso a relação entre interlocutores (Fulford, 1989).

Capacidade comunicativa

Nesse sentido, uma das características mais importantes de um prestador de cuidados de saúde é a capacidade de compreender a perspectiva do utente. Segue-se-lhe a capacidade de gerir múltiplas perspectivas, onde se inclui a própria, passando do dissenso para o consenso materializado na prática terapêutica.

Valores explícitos vs. implícitos

Fulford (1989) critica a BST por falhar em reconhecer a dimensão avaliativa intrínseca às descrições de saúde e doença. Explica esse erro pela dificuldade em reconhecer que os juízos apresentam-se numa escala de valor que vai do *implícito* ao *explícito*, do invisível para o visível. Tal dificuldade originou a dicotomia típica que divide as decisões em medicina, entre científica e ética.

A escala de valores é uma função de *diversidade*. Por valores implícitos, entendem-se aqueles homologados pela maioria, numa uniformidade normativa dada como adquirida, absoluta e cujo caráter valorativo é invisível aos que os partilham. Por valores explícitos, entendem aqueles que são colocados em evidência quando

conflituam subjetividades diferentes, tornando visível o caráter de pontos-de-vista dos argumentos apresentados.

No caso da psiquiatria, os valores explícitos estão mais claramente expostos. Nas restantes áreas da medicina, este enquadramento concetual de *facto + valor* é sobretudo implícito, pois é invisível à maioria a qualidade valorativa de eventos fisiológicos que produzem sofrimento, incapacidade ou aceleram o término da vida. Como tal, a questão não se apresenta como evidente na prática clínica da medicina somática como na psiquiatria, embora esteja presente em ambas (Fulford, 1989).

Cegueira aos valores (value blindness / values myopia)

As dificuldades da prática médica resultam sobretudo da dificuldade de reconhecer a essência valorativa de todos os atos clínicos. Esta miopia aos juízos é o fator fundamental que dificulta as decisões colaborativas (Fulford, 1989). O motivo tem três proveniências:

- i. A invisibilidade dos valores partilhados e a tendência para julgarmos que a partilha é abrangente;
- ii. A identidade profissional dos vários intervenientes (os quais partilham valores diferentes);
- iii. “O sucesso da medicina [interventiva] (com tendência a eclipsar os valores e outros aspetos da medicina relacionados com as humanidades)” (Fulford, 2004).

Para minimizar este fenómeno, Fulford (2004) sugere o recurso à metodologia de outras disciplinas, sobretudo humanistas, que possam iluminar o processo de aquisição de narrativas clínicas. A literatura, a poesia, a etnografia, a psicanálise, a fenomenologia e a hermenêutica. São acolhidas metodologias empíricas, literárias e filosóficas de qualquer proveniência, desde que facilitem a tomada de consciência dos valores presentes na relação clínica particular e concreta. Com algum otimismo, Fulford afirma que “compreender tudo é perdoar tudo” (p. 221).

Síntese da VBM

A VBM chama a atenção para a dimensão valorativa presente em todos os atos médicos: primeiro vem o juízo de valor sobre o estado ou evento (*illness*) e só depois a sua racionalização por via da fisiologia (*disease*). O projeto é ao mesmo tempo

destrutivo e construtivo. Parte da observação que “o conceito científico-biológico de disfunção não pode ser definido /.../ como ausente de juízos de valor” (Fulford, 2004, p. 262). Daqui segue-se que doença é sempre um produto valorativo de teor negativo, relacionado com manifestações de disfunção fisiológica, também este um conceito valorativo.

Quanto mais avanços científicos, mais valorativa se torna a prática médica, pois mais opções são apresentadas aos utentes. Como tal, a intervenção clínica deve ter em conta os valores do utente, os quais podem diferir dos encontrados nos prestadores de cuidados de saúde. A terapia deve ser centrada na pessoa que a recebe e servir os seus interesses. Os técnicos devem por isso ter capacidades comunicacionais e relacionais que possibilitem a abertura de um espaço dialógico, em que o caminho a percorrer é decidido por todos os intervenientes.

Acima de tudo, a VBM procura reintroduzir a dimensão humana que tanto se diz estar perdida na generalidade dos atos médicos (Fulford, 2004).

Nordenfelt: Teoria do Bem-Estar (WT)

Lennart Nordenfelt é um filósofo dedicado às especialidades da Medicina e Cuidados de Saúde, cuja obra principal é *On the Nature of Health*, de 1987. O seu interesse principal é apresentar, em primeiro lugar, um conceito coerente e claro de saúde, e só depois de doença, bem como caracterizar a relação entre teoria e prática clínica, enfatizando a segunda, que, historicamente e quotidianamente, tem prioridade sobre as ciências médicas (Nordenfelt, 1987, 1997; 2003).

Prática clínica vs. teoria médica

A prática clínica e todo o conjunto de prestação de serviços de saúde é relacional na sua essência, envolvendo os prestadores de serviços e o utente. Por isso, Nordenfelt (2003) considera que o jargão médico deve fundamentar-se na linguagem quotidiana. Nesse sentido, afirma que “um homem é saudável se sente-se bem e pode desempenhar as suas funções sociais” (Nordenfelt, 1987, p. 13). Nesse sentido, “o ambiente, na forma de natureza ou de sociedade, não só influencia causalmente a saúde de uma pessoa; ele também entra na própria definição de saúde” (Nordenfelt, 2003, p. 64).

Como tal, o objetivo da medicina teórica é descrever os vários tipos de habilidade que constituem a saúde. O que importa é a saúde absoluta, ou seja, a total ausência de doença.

Saúde holística vs. Saúde parcial

Saúde e doença são termos holísticos, que dizem respeito à totalidade do indivíduo e não a partes funcionais ou disfuncionais. O bem-estar e o mal-estar são sentidos como influenciando o todo e, como tal, não se deixam circunscrever às partes. O critério discriminatório de doença é a existência de incapacidade (*disability*), presente, potencial ou determinada. Contrariamente, saúde é a “habilidade de alcançar objetivos vitais” (Nordenfelt, 2003, p. 67)

Por *habilidade*, entende o conjunto de fatores internos necessários para fazer algo, integrado num determinado meio ambiente. A saúde seria a habilidade em desempenhar funções normais num ambiente com circunstâncias padrão (*standard*), relacionada com um tempo e espaço social particular (Nordenfelt, 1987).

Por *objetivos vitais*, não entende o proposto pelas correntes dominantes, que os entendem como o provisionamento de necessidades biológicas básicas. Também rejeita a Teoria dos Objetivos Escolhidos de Whitbeck (cit. in Nordenfelt, 1987) e Porn (idem), colocando três objeções: uma pessoa com; i) expectativas baixas ou; ii) com comportamentos para-suicidários seria sempre saudável e; iii) só seres com intencionalidade e livre-arbítrio poderiam ser saudáveis, o que excluiria a generalidade do reino animal, a totalidade do reino vegetal, e os bebês humanos (idem).

Teoria do bem-estar

A solução apresentada é que “objetivos vitais são estados de coisas que são necessários e conjuntamente suficientes para a felicidade a longo-prazo mínima” (Nordenfelt, 2003, p. 78), com determinações objetivas e subjetivas, no sentido em que variam consoante os indivíduos, ao mesmo tempo que mantêm como ambição o *bem-estar humano mínimo*, comum entre todos.

Claro que o termo “felicidade” é de tal forma subjetivo e culturalmente determinado que se tornaria vazio de conteúdo semântico, mas Nordenfelt define-o de forma diferente do tradicional, como “o equilíbrio entre os querer de um sujeito e o

mundo tal como ele ou ela o encontram” (p. 68), numa relação a longo prazo. Também diferencia a capacidade de se tornar minimamente feliz do estado em si mesmo. Ou seja, saúde relaciona-se de perto com noções de capacidade e felicidade. Mas saúde não é suficiente nem necessária para a felicidade mínima, pois ter saúde ou a capacidade de realizar os objetivos vitais não significa que, de facto, sejam realizados, e a felicidade pode ser alcançada por vias independentes da saúde.

Primeira ordem vs. segunda ordem

As habilidades podem ser de primeira ou segunda ordem. As de primeira ordem são as que possibilitam a adaptação ao ambiente; as de segunda ordem são as que possibilitam a aquisição das de primeira ordem. Uma *illness* ocorre de inabilidades de segunda ordem.

Illness médica (malady) vs. illness não-médica

Como tal uma *illness* pode ser uma condição médica, quando associada a processos corporais a que chama *malady* ou uma condição não-médica, quando a dificuldade adaptacional é de outra ordem, por exemplo, social. Um emigrante africano na Suécia que não sabe sueco (habilidade de segunda ordem) tem dificuldade em sustentar-se a si e à sua família (habilidade de primeira ordem). Como tal, pode ser considerado *ill* (Nordenfelt, 1987).

Uma *disease* é um tipo de processo interno que, num dado ambiente, causa *illness* com elevada probabilidade. A essência da saúde é não tanto a habilidade, mas sim a *adaptabilidade*. Admite a inclusão de fatores não corporais e está sempre dependente do meio em que se encontra. Saúde é a ausência de *illness*, não de *disease*.

Médico como técnico

“O médico pode e devia permanecer um técnico. A formulação dos objetivos vitais devia estar nas mãos dos próprios indivíduos, e – em relação a certos objetivos vitais básicos – eles deviam estar nas mãos de políticos e autoridades legisladoras de saúde” (Nordenfelt, 1987, p. 129).

Saúde humana vs. saúde animal e botânica

Apesar dos conceitos de saúde e doença serem aplicados aos restantes animais e plantas, “o enquadramento humano é primário. Outros usos do conceito devem ser vistos como derivativos” (Nordenfelt, 2003, p. 70). Não há universalidade de aplicação dos critérios, sendo necessária a formulação de termos intermédios para outros seres vivos.

Resumo da WT

A WT pode ser mais facilmente resumida comparando com a BST, com a qual partilha um conjunto de semelhanças que, com alguma simplicidade, podem ser expostas da seguinte maneira:

- i. Saúde é um tipo de capacidade de ação intencional ordinária; *illness* é o contrário;
- ii. Saúde e doença são termos aplicáveis à medicina somática e à mental;
- iii. Saúde e *illness* são conceitos holísticos;
- iv. Saúde e *illness* são os conceitos centrais: *disease*, *sickness* e outros são derivativos, entendidos como as causas de *illness*;
- v. O objetivo das teorias visa sobretudo a prática clínica.

Quanto às diferenças:

- i. A BST foca-se na *illness*; a WT na saúde;
- ii. A BST dirige-se sobretudo à doença mental; a WT à saúde em geral;
- iii. A BST vê a *disease* como o substrato de *illness*; a WT como a causa;
- iv. A BST interessa-se pela análise da linguagem da doença popular; a WT interessa-se pela análise da linguagem da doença concetual;
- v. A BST considera “saúde” a capacidade de “fazer o ordinário”; a WT de realizar objetivos vitais e almejar a felicidade.

Decorre de ambas as teorias o carácter normativo dos conceitos de saúde e doença, a importância primordial da experiência de doença, tal como vivida pelo doente, e a primazia da prática sobre a teoria.

Reznek: Relativismo Ambiental

Lawrie Reznek, filósofo e psiquiatra, escreveu dois trabalhos de relevância maior para o tema em análise: *The Nature of Disease*, de 1987²⁹, e *The Philosophical Defense of Psychiatry*, de 1991. Neles, focou-se no conceito de doença, definindo “saúde” sobretudo pelo seu correlato negativo. Opõe-se à conceptualização puramente naturalista da BST ao afirmar que “toda a medicina é valorativa e a psiquiatria não é diferente” (Reznek, 1991, p. 233).

Não obstante, Reznek (1991) é um firme proponente do paradigma médico-científico e crente na sua capacidade para determinar corretamente o que é doença – inclusive doença mental –, após ter sido julgado culturalmente o que se considera prejudicial para o indivíduo e para a comunidade. Como tal, a metodologia científica não é suficiente para identificar doenças. Suficiente, mas não necessário, é a observação de uma consequência indesejável ou prejudicial numa qualquer ação ou fenómeno fisiológico.

$$[(\text{juízo cultural} \rightarrow \text{prejudicial}) \wedge \text{fenómeno biológico}] \rightarrow \text{Doença}$$

O processo é inverso ao do entendimento comum: primeiro, decide-se o que é qualitativamente prejudicial; de seguida, esse fenómeno é caracterizado em linguagem médico-científica, de preferência quantificável. A partir desta formulação qualitativa-quantitativa é proposta uma resposta interventivo-terapêutica (Reznek, 1991).

Disease vs. illness vs. condição patológica

Reznek (cit. in Nordenfelt, 2003; 1991) não faz distinção epistemológica entre *disease* e *illness*. Define *disease/illness* como “um processo involuntário e anormal que provoca prejuízo (*harm*) e que deve ser tratado por meios médicos” (Reznek, 1991, p. 163).

$$\text{Disease/illness} \leftrightarrow \{[(\text{condição física/mental} \wedge \text{anormal} \wedge \text{involuntária}) \rightarrow \rightarrow \text{prejuízo}] \wedge (\text{intervenção médica} \wedge \text{adequada})\}$$

²⁹ O acesso aos conteúdos apresentados na primeira obra foi feito por via indireta, através do resumo detalhado de Nordenfelt (2003).

Considera *condição patológica* como a expressão mais generalista de “condição médica negativa” (cit. in Boorse, 2011, p. 47), onde se incluem vários termos: *disease, illness, injury, defect, hadicap*. A doença (*disease* ou *illness*) é vista como um *processo* e não como um estado, característica que a distingue das restantes condições patológicas.

Condição patológica ↔ {*disease/illness* ∧ [*prejuízo* ∧ (*membro padrão da espécie* ∧ *circunstância normal*)]}

Ambos os esquemas proposicionais são reconduzíveis entre si. A determinação “involuntariedade” na definição de *illness* encontra-se subentendida na definição de condição patológica, caracterizada pela sua *irreversibilidade* por via meramente decisional do agente doente.

A inclusão do termo “prejuízo” implica um juízo de valor relativamente ao fenómeno patológico, pelo que “anormalidade” não tem referencial estatístico, ou seja, não existe ligação necessária entre anormalidade estatística e doença. Uma função biológica é selecionada naturalmente, o que não significa que seja desenvolvida eficazmente pela maioria dos indivíduos. De igual forma, alguns desvios à norma têm consequências desejáveis, não consideradas como negativas. O termo “prejuízo é antes uma idealização construída sobre expetativas individuais e grupais, a partir da qual são escolhidas normas de saúde, segundo as suas consequências práticas” (Reznek, 1991).

Uma condição patológica ocorre de acordo com a seguinte definição:

“A tem uma condição patológica C se e apenas se C é uma condição corporal/mental anormal que requer intervenção médica e para a qual a intervenção médica é apropriada, e que prejudica [*harms*] membros padrão [*standard*] da espécie de A em circunstâncias padrão [*standard*]” (cit. in Boorse, 2011, p. 47).

Intervenção médica adequada

A inclusão da cláusula “intervenção médica adequada” implica a possibilidade de tratamento clínico, fator importante na diferenciação entre estados disfuncionais patológicos e não-patológicos, sejam eles físicos ou mentais. Só estados ou eventos que consideramos tratáveis pela medicina é que constituem doenças. É por isso que, por

exemplo, o envelhecimento e a criminalidade não são considerados doença. No dia em que se encontre cura para qualquer um deles, é provável que passem a sê-lo.

Disfunção vs. prejuízo (harm)

Uma função ou disfunção é tradicionalmente definida em termos de seleção natural, algo que Reznick (1991) objeta. Disfunção não é nem necessária nem suficiente para haver patologia: não é necessária porque um fenómeno sem função biológica evidente – *e.g.*, orgasmo feminino – pode ser considerado patológico; não é suficiente porque funções biológicas podem ser prejudiciais para o indivíduo e, como tal, a sua ausência não deve ser considerada patológica – *e.g.*, canibalismo sexual do louva-a-deus (cit. in Boorse, 2011).

O que torna patológica uma anormalidade não é a disfunção, mas o *prejuízo (harm)* que provoca. Por prejuízo entende-se que “X prejudica A se e apenas se X torna A menos capaz de conduzir uma vida boa ou que valha a pena” (cit. in Boorse, 2011, p. 48).

Vida boa, que valha a pena

O conceito de “vida boa” aplica-se a todos os seres vivos, definindo-se por alguma forma particular de prosperidade. No caso humano, uma vida que “valha a pena” consiste na possibilidade de satisfazer desejos e alcançar prazeres.

Relativismo ambiental

Uma doença deve ser entendida em termos de *relativismo ambiental*: “a adaptação ambiental de um é a doença de outro” (cit. Boorse, in 2001, p. 61), dado que “não existem fronteiras naturais a serem descobertas entre condições normais e patológicas” (idem, P. 48). O fenómeno também se verifica ao nível social. Comportamentos ou fenómenos corporais podem ser considerados doenças por uma cultura e sinais de excelência por outra. O que está em causa são as consequências do comportamento, enquadradas num determinado ambiente, de acordo com expectativas de desempenho.

Ciência idealizada

Um ponto importante salientado por Reznek (1991) é a visão profundamente idealizada sobre vários fenômenos clínicos: a relação entre razão e causa; a relação entre mente e corpo; a natureza de doença mental; o reducionismo; os usos semânticos; enfim, a potência do conhecimento científico biomédico. Considera que a maioria dos detratores da cientificidade médica – sobretudo da psiquiatria – têm dificuldade em caracterizar corretamente o paradigma científico geral, tendo expectativas demasiado elevadas, próximas do positivismo dogmatizante e, diria mesmo, deificador das ciências biomédicas.

O paradigma médico

No sentido de clarificar o que entende ser a justa adequação do discurso ao conjunto de propriedades reais das ciências *grosso modo*, comparado com o qual a medicina teria clamor de pertença e conseqüente uso legítimo do epíteto prestigiante, Reznek (1991) apresentou um conjunto de teses descritoras do paradigma médico, na tentativa de ordenar a confusão epistemológica reinante no seio da filosofia da saúde. Eis

O paradigma médico, segundo Reznek

- “T1: A *Tese Causal*: Uma subclasse de comportamento anormal é causada por doença.
- T2: A *Tese Conceitual*: Uma doença é um processo que causa disfunção biológica.
- T3: A *Tese da Demarcação*: Uma doença mental é um processo que causa disfunção predominantemente de uma função mental superior. Todas as outras doenças ou enfermidades são físicas.
- T4: A *Tese da Universalidade*: Doenças não estão vinculadas à cultura ou ao tempo.
- T5: A *Tese da Identificação*: A metodologia científica permite-nos identificar doenças.

- T6: A *Tese Epistemológica*: A metodologia científica permite-nos descobrir as causas e curas destas doenças.
- T7: A *Tese Teleológica*: O objetivo da medicina é prevenir e tratar a doença (*disease*) e a enfermidade (*illness*).
- T8: A *Tese do Direito (entitlement)*: Ter uma doença autoriza o paciente a adotar o papel de doente (*sick role*).
- T9: A *Tese da Neutralidade*: À parte os valores implícitos no objetivo de prevenir e tratar a doença, a medicina é neutra em relação a posições éticas e políticas.
- T10: A *Tese da Responsabilidade*: Ter um comportamento causado por uma *illness*, de alguma forma escusa responsabilidades.
- T11: A *Tese da Tutela*: Ter uma doença mental séria autoriza o psiquiatra a agir contra a vontade do paciente” (1991, p. 11-12).

Algumas das teses não são verdadeiras, como o próprio Reznek (1991) reconheceu. É o caso da T2, T7 e T9:

T2. Não existe disfuncionalidade universalizável (T2), dado que tal é contingente ao ambiente;

T7. É incompleto definir a medicina apenas pelo seu objetivo ideal. Ela é também um jogo de poder entre a autoridade médica e os que a ela devem submeter o corpo. Se para a Medicina o enfermo é o seu cliente preferencial, o médico, enquanto seu representante, tem com certeza os seus próprios interesses em mente, sem com este juízo se encontrar cinismo acima dos valores normais.

T9. Do mesmo modo, é pouco crível que a Medicina seja neutra. A sua história leva a concluir precisamente o contrário (e.g., Porter, 2002).

Resumo de Reznek

Reznek (1991) elimina o conceito de anormalidade estatística da definição de doença, dado que toda a doença é considerada em relação a um ambiente específico. Por um lado, um fenómeno orgânico negativo pode ser típico num ecossistema, o que o torna normal, ao passo que um fenómeno extraordinário, se for positivo, não é considerado doença. Normalidade é uma cláusula redundante.

Doença também depende da adequação da intervenção médica. Só é doença o que deva recair sob a atenção preferencial da medicina. Entra aqui a dimensão política do conceito. A forma como se define doença determina o tipo de pessoa que devemos ser e “o tipo de sociedade que devemos criar” (Reznek, 1991, p. 169). O patológico depende sempre de valores sociais. É a sua dimensão ética.

O que está em causa são as consequências de chamar doença a um fenómeno, estado ou evento fisiológico, conferindo uma dimensão pragmática ao conceito. O doente cai imediatamente sob a alçada da medicina, a qual tem direitos sob o seu corpo – em particular na psiquiatria – e poder para rescrever os guiões da representação social, com benefícios ou prejuízos para o visado e para a sociedade em geral.

Agich: Teoria Pragmática de Doença (TPD)

Em “O Normal e o Patológico”, Canguilhem (1943/2009) considerou que “é, sem dúvida, à necessidade terapêutica que se deve atribuir a iniciativa de qualquer teoria ontológica da doença” (p. 12). Neste seguimento, Agich (1997), filósofo especializado em Bioética, argumenta que “doença [*disease*] é melhor compreendida em termos de objetivos e resultados práticos, do que em termos de conceitos ou teorias” (p. 221), o que justifica uma compreensão pragmática das teorias de doença, focada nas consequências concretas e resultados práticos das teorias aplicadas, em acordo com a filosofia de James (1907) e Pierce (1878).

Illness vs. sickness vs. disease

Tal como a BST, também a TPD apresenta a sua própria definição de *disease*, *illness* e *sickness* (Agich, 1997).

“*illness* é um sentimento ou experiência subjetiva de um indivíduo. /.../ Envolve distorções na experiência fenomenológica do *self*, do mundo e da ação intencional” (Agich, 1997, p. 225). Estas *distorções* podem verificar-se em três ordens da experiência:

- i. *Algésica* (relacionadas com a dor);
- ii. *Teleológica* (relacionadas com a ação);
- iii. *Estética* (relacionadas com um ideal).

Sickness engloba a queixa subjetiva do doente, associada à dos que o rodeiam. Comporta quatro características complementares:

- i. O doente (*sick*) não consegue melhorar só por força da vontade;
- ii. O doente é escusado de alguns tipos de responsabilidade social;
- iii. O doente quer recuperar, porque a condição é indesejada;
- iv. O doente deve procurar ajuda e cooperar com os expertos sanadores.

Por esse motivo, estar *sick* tem intrinsecamente implicações ético-morais, dado que alguma forma de autoridade social – *e.g.*, médica, jurídica, familiar – sanciona a alteração do guião representacional até então atribuído ao indivíduo. A partir de um discurso de si-mesmo que tem como base a experiência subjetiva, o doente é escusado de responsabilidades até então esperadas de si, ao mesmo tempo que lhe é oferecido tratamento diferenciado (Agich, 1997).

Disease é o recurso argumentativo central usado pelos expertos de saúde contemporâneos para validar a atribuição representacional do papel de doente (*sick*), em que o legítimo estado doente (*sick*) é aquele correlacionado com algum fenómeno bio-fisiológico, por via causal (Agich, 1997).

Consequências do diagnóstico

O diagnóstico promove quatro consequências centrais, associadas “com as necessidades práticas das pessoas doentes: cuidado (*care*), cura, controlo e comunicação” (Agich, 1997, p. 223).

Cuidado. O *cuidado* está associado à necessidade de sancionar o estatuto de doente por via de processos biológicos que escapam ao controlo do próprio, eliminando suspeitas de se tratar de falha moral ou um ato de vontade ilícito;

Cura. A *cura* é o corolário da abordagem aplicada do cuidado ao doente, diretiva acional para corrigir o estado apresentado, resultante da crença que os aspetos negativos da doença podem ser reduzidos ou erradicados, mesmo que a doença não o possa;

Controlo. O *controlo* promove a necessidade de compreensão e domínio sobre o estado doente, através do desvelar da sua etiologia, processos patológicos, sintomas e desenvolvimento da doença. A partir dele, estabelecem-se políticas de saúde e medidas

educativas, por via de alterações ambientais ou escrutínios populacionais, entre outros métodos;

Comunicação. A *comunicação* refere a linguagem da doença, tanto a popular como a técnica, a qual tem propósitos relacionais, sejam eles a facilitação da transmissão e manutenção dos saberes entre profissionais ou a sua partilha com os utilizadores dos serviços.

Em todos os casos, citando Engelhardt (Agich, 1997),

“chamar um conjunto de fenómenos de doença envolve o compromisso da intervenção médica, a atribuição do papel de doente e o recrutamento da ação dos profissionais de saúde. /.../ Têm de resultar de leis fisiológicas ou psicológicas; ou seja têm de estar abertas a argumentos na forma de leis, não de regras morais. A medicina é a aplicação de generalizações científicas, não morais” (p. 227).

Como tal, está desde logo presente um conjunto vasto de interesses explícitos e implícitos dos profissionais de saúde e de atividades periféricas, associado ao advento das técnicas de controlo da Saúde Pública e do Estado Social, o que dificulta a análise objetiva e ausente de considerações de natureza político-social do que se entende por saúde e doença (Agich, 1997).

Resumo da TPD

Em acordo com a filosofia pragmática, a TPD defende que a validade de um argumento deve ser aferida a partir das suas consequências e não das suas causas. A procura de etiologias deve ser secundária, pois uma doença é entendida como tal devido aos seus efeitos. Defender o contrário é partir de um ponto-de-vista idealista, presenteador de uma antropologia de molde vitruviano para todo o ser humano.

Em conta, devem ser tidos os interesses dos vários intervenientes, salientando considerações éticas. Na sua origem, a *linguagem de doença* reflete preocupações acionais relativamente ao cuidado do indivíduo doente, sobretudo em contexto de resposta social. Como tal, deve ser entendida primariamente enquanto *praxis* apoiada por um *logos*, e não o contrário.

Perspetiva Fenomenológica

Carel (2012) defende uma compreensão fenomenológica de saúde e de doença, enquanto experiência vivida na primeira pessoa. Opõe-se dessa forma à compreensão mecanicista do orgânico, na terceira pessoa. A sua definição de doença assemelha-se à de *illness* apresentada por Boorse (1975a), mas não reconhece legitimidade ao conceito de *disease*, desnecessário na prática clínica. O termo *disease* pode ter valor heurístico, como programa de investigação dentro das ciências biológicas, mas, na prática médica, é o termo *illness* que se apresenta relevante, por ser dado fenomenologicamente e não artificialmente. O utente do cuidado médico não está preocupado com funções ou desordens, mas com a dificuldade em desenvolver as suas ações habituais quando em estado doente. A *disease*, enquanto falha de função, tem pouca aplicabilidade clínica quando comparada com *illness*, enquanto falha de ação (Agich, 1997). A tese negligencia propositadamente as doenças silenciosas, procurando privilegiar a perspetiva fenomenológica em detrimento da biológica, a dimensão holística sobre a reducionista.

Em oposição, Gadamer (1996) considera que é um absurdo depender da narrativa da pessoa para determinar o seu estado de saúde, o qual “não é uma condição que se possa sentir em si mesmo. Pelo contrário, é uma condição de ser envolvido, de ser no mundo, ou de ser com os seus companheiros seres humanos, de envolvimento ativo e nas suas atividades diárias” (p. 113). Ser saudável é ser em harmonia com o mundo natural e social. A doença é a perturbação desse estado de ser e “saúde” é sinónimo de bem-estar, sempre subjetivo.

A parte que se segue, Discussão, encontra-se no corpo do texto, p.20.

ANEXO 2

Revisão Teórica do Termo “Mental”

1. Pluralismo

O pluralismo, como o nome indica, é a perspectiva que admite a existência de múltiplas regiões ontológicas e, como tal, é nela que se salienta o problema da relação entre substâncias. O *dualismo* é de longe a vertente mais conhecida do pluralismo, embora seja justo fazer uma breve menção ao *Trialismo Cartesiano de Cottingham*.

1.1 Trialismo Cartesiano (e.g., Cottingham)

Ao rever a obra de Descartes, Cottingham (1985) colocou em evidência dois problemas da teoria dualista: o “dogma da não-corporalidade” (p. 218) e o dilema tradicional da ligação mente-corpo. Apoiado nos avanços das neurociências, rejeitou o dogma da não-corporalidade, o qual afirma que a substância pensante, “para existir, não precisa de nenhum lugar nem depende de nenhuma coisa material” (Descartes, 1637/1993, p. 61). O dilema mente-corpo, resolve-o introduzindo as *sensações* dos sentidos como variável mediadora. Já dizia Descartes que, “no caso dos humanos, ter uma sensação é um tipo de pensamento, ao passo que no caso dos animais não existem propriamente sensações mas meros movimentos de matéria” (idem). Cottingham promoveu as sensações a uma terceira categoria de fenómenos, mediadora da relação mente-corpo nos humanos e, nos animais, justificadora do motivo pelo qual não se comportaram como meros autómatos.³⁰

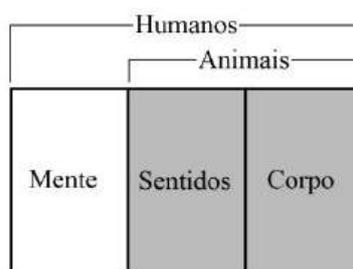


Figura i: Diagrama do Trialismo Cartesiano.

A objeção principal ao Trialismo Cartesiano de Cottingham (1985) é semelhante à colocada às várias versões dualistas: o essencialismo e espiritualismo implícito no postulado sobre a existência real de uma entidade metafísica a que se chama “mente” e que não tem determinações físicas.

³⁰ Descartes já teria formulado tal possibilidade em correspondência pessoal, o que levanta a dúvida sobre a rigidez dicotômica tradicionalmente atribuída ao seu pensamento (Cottingham, 1985).

1.2 Dualismo

A corrente dualista está amplamente divulgada na sociedade ocidental devido sobretudo à presença constante da tradição cristã, herança robusta que se tem perpetuado ao longo dos últimos séculos, não obstante os sucessos técnicos da ciência e o otimismo próprio da nova crença positivista. Mesmo em 2013, 62% dos americanos acreditavam que depois da morte a sua alma iria para o Céu (Tobin & Young, 2013) e na transcendência desse além atmosférico encontrar-se-ia na companhia de Deus, descrito por Haeckel (1900/1934) como um vertebrado gasoso³¹. É assim uma concepção prevalente da realidade, com relevância estatística. As formas de religiosidade típicas do ocidente constituem-se como idealistas, invocando substâncias metafísicas etéreo-gasosas integrantes de uma realidade pluralista, quando não mesmo caem no monismo idealista ao afirmarem ser a realidade total.

Dentro da filosofia da mente, o pensamento dualista divide-se em duas categorias principais: o *Dualismo de Substâncias* e o de *Propriedades*.

1.2.1 Dualismo de Substâncias (e.g., Descartes, Popper & Eccles)

O Dualismo de Substâncias, como é por vezes chamado o Dualismo Cartesiano, defende que o mundo está dividido em dois tipos de substâncias ou entidades ontologicamente distintas: as espirituais/mentais e as físicas. A partir do *Princípio de Individuação*, Descartes (1637/1993) estipulou algumas diferenças fundamentais entre elas.

A alma/mente: i) é independente da matéria, dado só ter dimensão temporal; ii) confunde-se com o *self*; iii) tem livre-arbítrio como determinação e; iv) tem imortalidade por centelha divina. A sua essência é pensar, produzir consciência, controlar o corpo material. Dá-se a conhecer na intuição imediata, a qual produz a crença incontestável, anunciada na célebre expressão “*cogito ergo sum*”, *primum principium* da nova filosofia: “não posso estar enganado em relação à minha consciência, pelo que sou obrigado a concluir que existo” (Descartes, 1637/1993, p. 55).

³¹ “This immaterial spirit is not conceived to be incorporeal, but merely invisible, gaseous. We thus arrive at the paradoxical conception of God as a gaseous vertebrate” (p. 288).

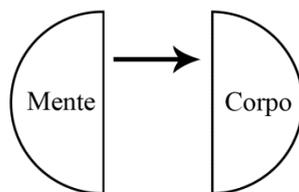


Figura ii: Diagrama do Dualismo Cartesiano, com a mente soberana.

Inversamente, também o corpo é independente da alma, mas ao contrário dela, tem extensão espacial e, como tal, é corrompível e divisível *ad infinitum*, redistribuindo-se a matéria submetida às leis da física num universo de quantidades constantes. Sem livre-arbítrio, é controlado pela razão encarnada. O seu reconhecimento é feito pelas ideias que se formam na mente a partir dos órgãos dos sentidos (Descartes, 1637/1993).

Tabela i: Propriedades das substâncias cartesianas.

	Realidade	
Substância	Mente (<i>res cogito</i>)	Corpo (<i>res extensa</i>)
Essência	Dimensão temporal	Dimensão espacial
Propriedades	i) Diretamente conhecida ii) Livre-arbítrio iii) Indivisível iv) Imortal	i) Indiretamente conhecida ii) Determinada iii) Reduzível <i>ad infinitum</i> iv) Corrompível

As substâncias caracterizam-se por se confundirem com as suas propriedades: a mente não tem pensamentos; ela é a coisa pensante, tal como o corpo não é a matéria; ele é meio atuante. O problema que se levanta é saber como se relacionam as substâncias em dimensões diferentes, de modo a que uma possa ser causa da outra.

Causação. No século XVII, o conceito de *causação* estava ligado ao de *contacto*. Uma coisa para ter efeito causal sobre outra tinha de se relacionar corporeamente com ela, o que, por definição, só ocorre no espaço; ou seja, contacto implicava copresença fenoménica. Por isso Descartes (1637/1993) escolheu um corpo físico, a epífise, como ponto de contacto entre a mente e a *res extensa*, porque, em todo o cérebro, era a única parte que não estava dividida em dois. Recorde-se que para os seus contemporâneos e para ele próprio era impensável a ideia de matéria pensante – *e.g.*, o cérebro –, pelo que a existência de uma substância imaterial responsável pelos estados mentais e pelos

movimentos corporais era uma evidência racional em si mesma. Mas se o que existe num plano sem espacialidade não pode tocar o mundo físico, como pode a mente – substância apenas temporal – ser causa de qualquer coisa com que não contacta?

Da tentativa de resolver o problema da causação, surgiu uma divisão do dualismo de substâncias entre as vertentes *Interacionista* e *Paralelista*.

1.2.1.1 Interacionismo (*e.g.*, Popper e Eccles). O Dualismo de Substâncias Interacionista de Descartes (1637/1993) tem proponentes contemporâneos³². Os autores mais proeminentes são Popper e Eccles (1977/2003) com o *Interacionismo Psicofísico*, que defende a possibilidade de trânsito causal bidirecional entre uma substância material, o corpo, e outra imaterial, a mente: há eventos de causa mental que são eventos de causa física e vice-versa (*e.g.*, a dor mental provoca o grito físico e a agressão física provoca a dor mental). O objetivo principal é apresentar uma teoria que englobe a consciência e a intencionalidade e que respeite a *Lei da Conservação de Energia*, a qual determina que o mundo físico é causalmente fechado. Um estado sucede-se a outro estado, e não há livre-arbítrio ou causalidade intencional que consiga alterar essa dinâmica.

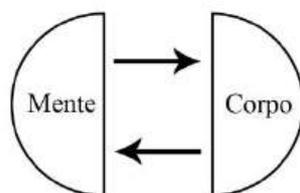


Figura iii: Diagrama da Teoria Interacionista.

A proposta que a mente é um produto da história evolutiva do ser humano capaz de afetar o corpo ao nível da probabilidade quântica, sem haver dispêndio de energia, não decifra a modalidade de interação entre as substâncias. Como isso acontece, fica por explicar. Uma advertência logo no prefácio da obra pode servir como indício: pelo menos um dos autores, Eccles, “é um crente em Deus e no sobrenatural” (p. viii).

1.2.1.2 Paralelismo Ocasionalista (*e.g.*, Malebranche, Geulincx). O *Paralelismo Ocasionalista* de Malebranche (1688/2005) procurou resolver o problema da causação,

³² O Dualismo de Substâncias Paralelista também tem expressão atual, mas tratando-se de uma vertente marcadamente teológica, deixá-lo-emos de lado.

mantendo a impossibilidade de imaginar contacto entre uma substância material e uma imaterial. “O meu sentido interno de mim mesmo ensina-me que sou, que penso /.../ mas não me revela o que eu sou, a natureza do meu pensamento” (p. 22). As duas substâncias existem em paralelo, sem trânsito entre si. A relação causal entre conexões de aparência psicofísicas seria na verdade o resultado do facto de que em cada ocasião haveria uma intervenção divina a estabelecer a ligação entre ambas. Deus é o único agente causal e as criaturas apenas providenciam a ocasião para a intervenção divina.

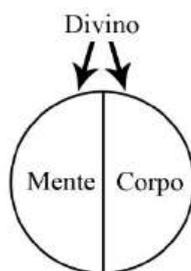


Figura iv: Diagrama da Teoria Ocasionalista.

Nesta proposta, Malebranche (1688/2005) procurava conciliar três princípios teóricos aceites pelos seus contemporâneos:

- i. Conexões causais são necessárias;
- ii. Nada na Natureza pode assegurar a necessidade de quaisquer conexões entre eventos;
- iii. Entre a vontade de um ser onipotente e a sua realização existe uma relação de necessidade.

O paralelismo admite que haja apenas contacto unidirecional entre substâncias, seja do plano mental/espiritual para o corpo, como no Ocasionalismo de Malebranche (1688/2005) (se bem que este se reporta a contacto divino), ou do corpo para a mente, como no *Epifenomenismo* de Huxley (Schmaltz, 2013).

1.2.1.3. Epifenomenismo (*e.g.*, Huxley, Broad). O Epifenomenismo defende que todos os eventos mentais são causados por eventos físicos, em particular do cérebro, mas não são causa de coisa alguma, ou seja, não têm *eficácia causal* (Robinson, 2012). Influenciado pelo *zeitgeist* mecanicista do século XIX, Huxley (1874/2013), afirmou que

“nos homens, tal como nos brutos, não há prova que algum estado da consciência seja a causa de mudança no movimento da matéria do organismo. /.../ Condições mentais são simplesmente símbolos na consciência das mudanças que tomam lugar automaticamente no organismo. /.../ Nós somos autómatos conscientes” (p. 244).

Um epifenómeno mental é assim o resultado colateral de um qualquer efeito corporal, que por sua vez não é causa de coisa alguma. “A vontade consciente é um sintoma, não uma causa; as suas raízes tal como as suas consequências são-lhe invisíveis, materiais, e com frequência incongruentes e surpreendentes” (Santayana, 1930, p. 121). Desta forma, preservam-se os factos da consciência e reconhece-se a integridade do mundo físico (Robinson, 2011).

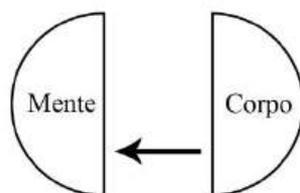


Figura v: Diagrama da Teoria Epifenomenista.

A preocupação dos Epifenomenistas, no final do século XIX, era não infringir o *Princípio da Completude Física* ou *Princípio do Fechamento do Mundo Físico*, algo violado pelos Interacionistas. A tese visava integrar o estudo da mente na ciência física moderna, a única completa e fechada, ao encontrar em si mesma as respostas para os fenómenos que estuda: ao contrário do verificado em muitas outras disciplinas, para todo o fenómeno estudado pela física, obtém-se sempre uma resposta dentro da física (Robinson, 2011).

Contra a teoria huxleriana da consciência automática, James (1879) contrapôs afirmando que há diferenças significativas entre considerar o funcionamento do cérebro como independente da consciência ou carente dela para organizar as experiências sensoriais. Quanto mais complexo o organismo, maior a necessidade de uma unidade organizadora da ação intencional, a qual pressupõe sempre o livre-arbítrio. A todo o momento, existe possibilidade de escolha. “Mantenho que não incorremos no mais pequeno erro ao considerarmos as nossas consciências como combatendo ativamente

pelos seus interesses na arena e não como impotentes espetadores paralíticos do jogo” (p. 22).

Também Broad (1925) afirmou que uma teoria de “Ação Unilateral do Corpo sobre a Mente é logicamente possível; *i.e.*, uma teoria que aceita a ação do corpo na mente mas nega a ação da mente no corpo” (p. 117). O Epifenomenismo, entende-o a partir de quatro proposições:

1. “Certos eventos corporais causam certos eventos mentais;
2. Nenhum evento mental participa da causa de nenhum evento corporal;
3. Nenhum evento mental participa na causa de nenhum outro evento mental;

Consequentemente,

4. Todos os eventos são causados por eventos corporais e apenas por eles” (p. 118).

Neste esquema, os fenómenos mentais tornam-se becos sem saída, inertes e sem eficácia ou potência causal. A ilusão de causalidade mental pode resultar de alguns fatores, como:

- i. Ignorância total de como o cérebro funciona;
- ii. *Argumentum post hoc ergo propter hoc* (“depois disso, portanto, causa disso”): o que parece vir em sequência seria necessariamente consequente do que lhe antecede, ignorando a possibilidade de a causalidade de ambos os eventos ser a mesma, apenas desfasada no tempo.

O principal dilema que surge é a afirmação contraintuitiva que o comportamento realizado após estimulação sensorial não é mediado ou determinado pela mente. qualquer possibilidade de livre-arbítrio é rejeitada.

1.2.2 Dualismo de Propriedade (*e.g.*, Hume, Chalmers)

Hume (1739) rejeitou o Dualismo Cartesiano, afirmando que o conceito de substância não apresenta conteúdo empírico. O Dualismo de Propriedades afirma que não existem dois tipos de substâncias na realidade, mas sim de propriedades físicas ou mentais, que não podem ser reduzidas entre si. É uma forma fraca de dualismo, mas

mais forte que o de predicados, entre o Dualismo de Substâncias e o Fisicalismo reducionista. O problema levantado centra-se na relação entre propriedades e não entre substâncias:

Como é a relação entre propriedades mentais e propriedades físicas?

A procura de uma unidade na substância detentora das suas propriedades conduz apenas à descoberta de mais propriedades. Como tal, a mente não é mais do que um “conjunto (*bundle*) ou coleção de perceções diferentes” (Hume, 1739, p. 252), sem pertença nenhuma, as quais “aparecem como impressões e ideias” (p. 3). Os seres humanos possuem ambas.

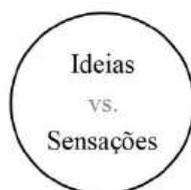


Figura vi: Diagrama do Dualismo de Propriedades.

De alguma forma, as propriedades mentais não se enquadram no esquema biológico, o que contradiz o *Princípio do Fechamento do Mundo Físico*. Smart (1959), na sua crítica ao dualismo, fala de *nomological danglers*, o que fica de fora da explicação, como a *consciência*: “Para uma descrição completa do que se passa num homem, ter-se-ia de mencionar não apenas os processos físicos /.../, mas também os seus estados de consciência. /.../Parece-me francamente não-credível” (p. 142).

Também é afirmado que o Dualismo de Propriedades de Chalmers (1995) é na verdade um Monismo Materialista: há discursos que são simultaneamente diferentes e que não são redutíveis uns aos outros, mas isso trata-se de semiótica, não de ontologia.

O Dualismo de Propriedades foi particularmente popular até ao início do século XX, quando se pensava que por detrás de todo o fenómeno biológico, como a vida, existia uma força vital irreduzível. Atualmente, considera-se que todas as ciências físicas, com exceção da psicologia, envolvem apenas dualismo de predicados. Quem defende o Dualismo de Propriedades recorre ao aparente *emergentismo* dos fenómenos mentais, ausentes de causalidade conhecível (Robinson, 2012).

1.2.3 Dualismo de Predicados (e.g., Davidson, Fodor)

O Dualismo de Predicados afirma que predicados psicológicos ou mentais são essencialmente descrições do mundo que não são reduzíveis a predicados físicos. Tal implicaria que houvesse regras de transformação lógica entre termos mentais e físicos, de tal modo que nada se perdesse de cada um deles na conversão entre si, mas não é o caso que os conteúdos mentais se deixem reconduzir dessa maneira, dado que muitos são definidos mais em termos funcionais (de natureza ôntica) do que em termos composicionais (de natureza ontológica). Como tal, têm *Realizabilidade Múltipla*: podem ser constituídos por diferentes tipos de estruturas físicas, consoante as circunstâncias e o contexto. Implica isso que se perderia sempre algo da sua informação, pois não existe nenhuma descrição particular para eles na linguagem fisicalista (Robinson, 2012).

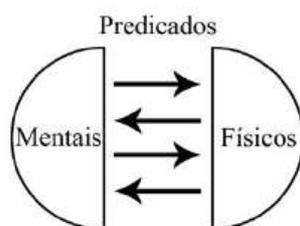


Figura vii: Diagrama do Dualismo de Predicados, com Múltipla Realizabilidade.

Das várias categorias de dualismo, a de predicados aparenta ser a mais fraca, no sentido em que relega ter implicações ontológicas, preocupado apenas com a conversão de predicados entre linguagens. No entanto, a admissão de predicados mentais pressupõe a existência do mental que os cria, mantendo presente a dúvida sobre a sua natureza.

2. Monismo

A falência das concepções dualistas em meio académico e os progressivos sucessos das ciências naturais levaram à emancipação do monismo, em particular do materialista, dada a crença positivista de que toda a realidade parece ser explicável em termos físicos. A existência de fenómenos mentais irreduzíveis não se enquadrava no *zeitgeist* emergente. De acordo com as leis da física newtoniana, a natureza passa a ser vista como materialmente fechada, una, totalitária, monista, com uma só substância. À primeira vista, o problema mente-corpo parece eliminar-se da discussão paradigmática,

mas o monismo divide-se em vários discursos não reconduzíveis entre si para descrever a substância totalizante: o *Materialista* e as suas várias vertentes, o *Idealista* (ou *Mentalista*) e o *Neutro*, oferecem perspectivas do mundo muito diferente, cujas implicações releva considerar.

2.1 Monismo Idealista (e.g., Leibniz, Berkeley, Hegel)

Resumidamente, o monismo idealista determina que o universo é formado por ideias.

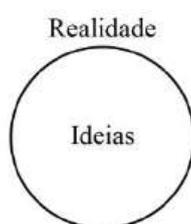


Figura viii: Diagrama do Monismo Idealista.

Em 1670, Leibniz apresentou a *Hypothesis Physica Nova*, onde corrigiu Descartes por deixar de fora a noção de *força*, sendo a matéria mera aparição e o espaço uma relação entre forças. Para Leibniz, essa força ou energia constitui a verdadeira realidade. Segue-se a *espiritualização do real*, em que a matéria é abolida: tudo tem a estrutura da mente. A substância única, a *entitas tota*, constitui-se *per quod est* (“pelo que é”), ou seja, pelo sujeito, não extensível ou divisível, de acordo com o *Princípio da Indiscernibilidade da Identidade*. A mente é a realidade *prima*, que numa segunda tese constituinte, fragmenta-se num conjunto de unidades indivisíveis, as *mónadas*, constituintes do mundo físico. Dado que a matéria é exterior à essência (o sujeito), é inessencial em relação à realidade. As substâncias imateriais são entidades totais, uma exceção à teoria da individuação material. Sendo o corpo recetáculo passivo, torna-se difícil considerá-lo com poder individualizador. O indivíduo é reintegrado na essência da coisa, equivalendo *ser com indivíduo*. Nasceu o *individualismo ontológico* (Renaut, 1989/1997).

Também o idealismo subjetivo de Berkeley (1710/2012), se bem que formulado de forma diferente, aponta no mesmo sentido. Toda a realidade é construção subjetiva do sujeito. É absurda a ideia de uma realidade sem entidade que a pense: “*esse est*

percipi. Nem é possível terem existência fora dos espíritos ou coisas pensantes que os percebem” (p.37).

Em ambos os casos, como no da maioria dos autores idealistas (*e.g.*, Bradley, Royce), é uma defesa do divino que está a ser feita. Tudo seria Deus; a mente/espírito humano sua centelha; e toda a matéria, o que dela quiséssemos fazer.³³

2.2 Monismo Neutro (*e.g.*, James, Russell)

Para o Monismo Neutro de William James, pensamento e coisa, espírito e matéria, corpo e mente, são pares de substâncias equipolentes:

“Existe apenas uma coisa [*stuff*] primordial ou material no mundo, uma coisa de que tudo é composto, e se chamarmos essa coisa ‘existência pura’, então conhecer pode facilmente ser explicado como uma forma particular de relação dirigida de um para outro na qual porções da experiência pura pode entrar” (1912, p. 4).

James (1912) rejeitou a noção de consciência: “Durante os últimos vinte anos desconfiei da ‘consciência’ enquanto entidade; nos últimos sete ou oito anos eu sugeri a sua não existência” (p. 3). Tal não se traduz numa negação do pensamento, dado ser uma evidência em si mesmo. Simplesmente “consciência” não é uma entidade, mas sim uma função: “existe uma função na experiência que os pensamentos executam, /.../ conhecer” (idem).

As teorias representacionistas cindem o objeto em dois, dizendo que é o mesmo, apenas em planos diferentes. Portanto, teríamos dois planos, P_1 e P_2 , e dois tempos, T_1 e T_2 , numa combinação de $Y = (P_1 + T_1)$ e $Z = (P_2 + T_2)$, mas o mesmo ponto (x) em ambos.

³³ Hegel e o Idealismo Absoluto é a exceção mais evidente, dado o seu ateísmo. Se usou o termo Espírito para descrever a totalidade da realidade, foi com o intuito de evitar a crítica da Igreja e o possível ostracismo da Academia. Também o Idealismo Transcendental de Kant tem natureza diferente.

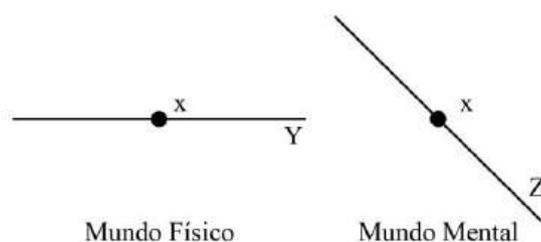


Figura xix: Diagrama das Teorias Representacionais.

Tal proposta tem de ser rejeitada, porque um mesmo objeto não pode estar ao mesmo tempo em dois locais, a realidade física e a mental, e manter a sua unidade. A resposta lógica é que o objeto encontra-se na interseção dos planos. Ou seja, o objeto está ao mesmo tempo no mundo físico e no mundo mental, os quais são um e o mesmo, apenas se dirigindo de forma diferente ao objeto.

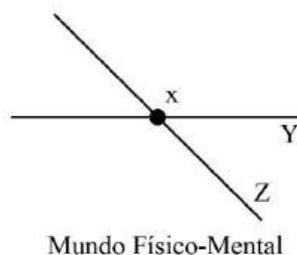


Figura x: Diagrama do Monismo Neutro.

Deste modo, o mesmo objeto pode ser referenciado duas vezes, em função da perspectiva que se tenha dele ser física ou mental, *como se* ocorresse em dois lugares diferentes, e manter a identidade numérica singular. Segue-se que a mesma coisa pode ter múltiplas relações com o resto da experiência e, consoante o sistema de associações que se estabelece, assumir diferentes significados – enquanto conteúdo ou enquanto consciência, enquanto coisa ou enquanto o apercebido – ou integrar contextos diferentes a partir da classe de referência: física ou mental.

A analogia pode ser feita a partir da tinta num balde ou num quadro: a matéria é a mesma, mas o significado diferente. No primeiro caso, a tinta é um conteúdo objetivo, conhecido: uma *coisa*; no segundo, é um estado de consciência, uma significação: um *pensamento*. No entanto, em ambos os casos, a tinta continua a ser tinta, com determinações objetivas e subjetivas ao mesmo tempo (James, 1912).

Tal aplica-se tanto à consciência de objetos presentes como à memória de objetos passados: “ambos podem determinar a minha conduta presente, ambos são partes da realidade que eu vou conhecendo” (James, 1912, p. 19).

Também Russell (1914) defendeu o Monismo Neutro, o qual definiu como “a teoria que as coisas comumente consideradas como mentais e as coisas comumente consideradas como físicas não diferem em relação de alguma propriedade intrínseca possuída por um conjunto e não pelo outro, mas diferem apenas em relação ao arranjo e ao contexto”. Nem o mental nem o físico têm precedente um sobre o outro pois ambos têm a mesma fonte: “a ‘coisa’ do mundo não é nem mental nem material, mas uma ‘coisa neutra’, da qual ambos são construídos /.../ o que é ouvido e visto pertence igualmente à psicologia e à física” (Russell B. , 1921, pp. 6, 26). É sobretudo no “arranjo” que o mental e o físico se distinguem, por submissão a leis diferentes:

“Existem, parece-me, *prima facie* [dois] tipos diferentes de leis causais, um pertencendo à física e o outro à psicologia. A lei da gravidade, por exemplo, é uma lei física, enquanto a lei da associação [de ideias] é uma lei psicológica. Sensações são sujeitas a ambos os tipos de leis, e como tal são verdadeiramente ‘neutras’ (Russell, 1921, pp. 25-26).

Tal não significa Dualismo de Substâncias: “o dualismo da mente e da matéria, de acordo com esta teoria, é um erro; só existe um tipo de coisa a partir do qual o mundo é feito, e essa coisa é chamada mental num arranjo, física no outro” (1914). Está-se nos primórdios da Filosofia Analítica.

2.3 Monismo Materialista

Para o Monismo Materialista, toda a realidade é física, pelo que os estados mentais são reduzíveis a alguma forma de manifestação física. Esta ideia está de tal forma difundida que se torna difícil o seu questionamento: o “materialismo é a religião do nosso tempo. /.../ Tal como as religiões mais tradicionais, é aceite sem questionamento e providencia o enquadramento dentro do qual outras questões podem ser colocada, abordadas e respondidas” (Searle, 2004, p. 48).



Figura xi: Diagrama do Monismo Materialista.

Tem como ponto de partida dois princípios:

i. *Princípio da Sobreveniência:*

“se uma dada coisa possui algum tipo de valor intrínseco num certo grau, então não só essa mesma coisa o possui, sob todas as circunstâncias, mas também qualquer coisa exatamente como ela, precisa, sob todas as circunstâncias, o possuir exatamente no mesmo grau” (Moore, 1922, p. 261).

Todos aqueles sistemas de entidades, propriedades e eventos que são não-físicos estão numa relação de sobreveniência com sistemas de entidades, propriedades e eventos que são físicos (por físico, entenda-se sistemas estudados especificamente pela Física. Por exemplo, o sistema biológico é não-físico).

ii. *Princípio da Congruência:* todos os exemplares de eventos não-físicos estão numa dada relação de congruência com exemplares de eventos físicos.

Verifica-se uma *relação de sobreveniência* do não-físico no físico se e somente se for o caso que, se dois sistemas (A, B) diferirem nalgum aspecto não-físico (y), então eles diferem também em algum aspecto físico (x), e se dois sistemas coincidem nos seus aspectos físicos, então eles coincidem também nos seus aspectos não-físicos (McLaughlin & Bennett, 2011). Ou seja, se temos dois sistemas cujas propriedades mentais são diferentes, então os sistemas físicos em que repousam também têm de ser diferentes. Conversamente, dois objetos fisicamente indistinguíveis também são esteticamente indistinguíveis. No entanto, a semelhança no aspecto não-físico não implica a semelhança no aspecto físico. De igual forma, a diferença no aspecto físico não implica a diferença no aspecto não-físico.

Verifica-se uma *relação de congruência* entre um exemplar de um evento não-físico e um exemplar de um evento físico se e somente se, num certo sentido a ser

determinado, os dois exemplares forem o mesmo. O que difere são apenas os sistemas conceituais para descrever o mesmo evento.

O Materialismo em geral apresenta argumentos fortes para a sua aceitação, mas esgrime-os sempre deixando de fora pelo menos um de dois conteúdos centrais: a *consciência* e a *intencionalidade*. Sem abordar estas questões, é incompleto para capturar a totalidade da experiência mental. Assim se mantém nas versões mais atuais, herdeiras do *Behaviorismo*.

2.3.1 Behaviorismo

A primeira grande corrente do Monismo Materialista contemporâneo foi o Behaviorismo de Watson (1913) e Skinner (1938; 1948/1873), dominante até meados dos anos sessenta do século XX. Postulava que qualquer fenómeno mental, a existir, só é analisável por via da observação externa, rejeitando a introspeção como técnica válida de aquisição de conhecimento. Divide-se em duas vertentes: a *metodológica* e a *lógica* (Graham, 2010).

2.3.1.1 Behaviorismo Metodológico (e.g., Watson, Skinner)

O principal objetivo do Behaviorismo Metodológico foi conferir cientificidade à Psicologia e integrá-la no seio das ciências naturais. A partir das ideias de Watson e Skinner³⁴, propôs-se que a Psicologia só estudasse os comportamentos observáveis, de acordo com técnicas de estímulo-resposta, e rejeitasse pretensões de aceder a uma qualquer entidade misteriosa, interna ou espiritual. A Psicologia deixaria de ser a ciência da mente e passaria a ser a ciência do comportamento humano individual.

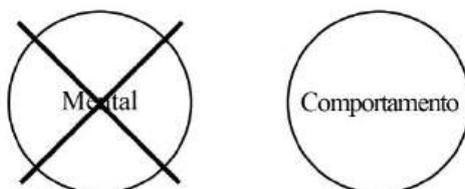


Figura xi: Diagrama do Behaviorismo Metodológico.

³⁴ Skinner opunha-se a esta designação. Ele designava-se *Behaviorista Radical*. No entanto, as suas ideias enquadram-se na corrente que ficou conhecida como Behaviorismo Metodológico, pelo que, num trabalho de resumo, faz sentido mencioná-lo como tal, salvaguardado o facto por esta nota.

Em coerência, a crítica fundamental formulada pelo Behaviorismo contra o Dualismo tem sobretudo a ver com a irrelevância científica da existência de uma mente ou alma imaterial, dado que ela é inacessível ao estudo objetivo.

2.3.1.2 Behaviorismo Analítico (*e.g.*, Ryle, Dennett)

Com origem na filosofia, o Behaviorismo Analítico foi mais longe que o seu congénere na Psicologia, ao apontar um erro de lógica a Descartes. Em teoria, as afirmações sobre o estado mental de uma pessoa podem ser traduzidos para linguagem lógica do tipo condicional (“se p, então q”), referentes a comportamentos presentes ou hipoteticamente futuros por via disposicional.

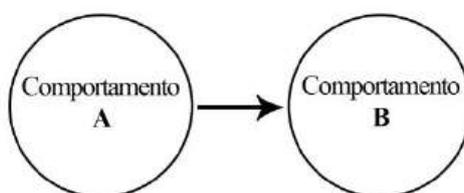


Figura xii: Diagrama do Behaviorismo Analítico.

No entanto, há enorme dificuldade ao nível da especificação dos antecedentes das hipóteses (*e.g.*, dizer que (A) é católico não é suficiente para hipotetizar que não usará preservativos em relações sexuais). Como tal, a ideia de estados mentais refere hipóteses de disposições comportamentais em contextos específicos, tal como observados pela terceira pessoa (Graham, 2010).

2.3.2 Teorias da Identidade

Em meados do século XX, a autoridade do Behaviorismo começou a declinar e foi gradualmente substituída por variantes fisicalistas. Considerava-se que a evidência de um fenómeno não deve ser confundida com o próprio fenómeno. Chomsky (cit. in Searle, 2004) julgava mesmo que “a ideia de que quando estudamos psicologia estamos a estudar comportamento é tão ininteligente como a ideia que quando estudamos física estamos a estudar dados métricos” (p. 52).

Os Fisicalistas não consideram que o Dualismo de Descartes tenha um erro lógico. Apontam antes o erro de facto, como salientado pelas várias teorias da Identidade da Mente. A Teoria da Identidade da Mente, na sua formulação

contemporânea, tem sede inaugural no pensamento de U. T. Place (1956) e Feigl (cit. in Searl, 2004), tendo o termo sido usado pela primeira vez por E.G. Boring (1933). Divide-se na *Teoria da Identidade Tipo-Tipo* e *Token-Token*.

Para clarificar a exposição, releva definir os termos *tipo* e *token*:

- Um *tipo* é uma categoria geral abstrata;
- Um *token* é um instante particular, simples, concreto de um tipo.

Por exemplo, a frase “uma rosa é uma rosa é uma rosa é uma rosa” contém um tipo (rosa) e quatro *tokens* (repetições do tipo) (Wetzel, 2011).

2.3.2.1 Teoria da Identidade Tipo-Tipo (e.g., Boring, Feigl)

Apoiada no *Princípio da Identidade*, a Teoria da Identidade Tipo-Tipo afirma que os estados e processos mentais são idênticos aos estados e processos neurológicos e não apenas correlacionados entre si (Smart J. C., 2012). Trata-se de *fisicismo ontológico* ($A \leftrightarrow B$), e não translacional ($A \rightarrow B$), em que a forma que a relação de congruência assume é a de identidade: tal como um relâmpago é idêntico a uma descarga elétrica e a água é idêntica a H_2O , também os estados mentais são idênticos a estados neurológicos.

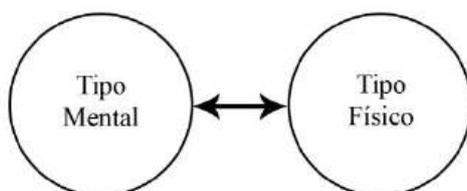


Figura xiii: Diagrama da Teoria da Identidade Tipo-Tipo.

Smart (2012) apresenta o seguinte exemplo: “se a sensação X é idêntica ao processo neurológico Y, e se Y está entre as orelhas (O) e é direta (D) ou circular (C), então X está entre (O) e é (D) ou (C).

$$(X \leftrightarrow Y) \wedge \{ \{ Y \wedge [O \wedge (D \vee C)] \} \} \rightarrow \{ X \wedge [O \wedge (D \vee C)] \}$$

Algumas objeções têm sido levantadas.

Contrastando com o *Princípio da Identidade dos Indiscerníveis* ou *Lei de Leibnitz* – se duas coisas são iguais, então as suas propriedades também têm de ser iguais

(Forrest, 2010) –, verifica-se que: *i*) dizer que um pensamento está localizado numa determinada zona encefálica não diz nada sobre a experiência do pensamento e; *ii*) dizer que uma dor ocorre numa zona localizada do corpo é falso, pois toda a dor ocorre no cérebro (sendo a defesa contra esta última objeção que o sistema nervoso está distendido pelo corpo todo).

Outro argumento comum contra a Teoria da Identidade Tipo-Tipo é a acusação de uma espécie de “chauvinismo neuronal” (Searle, 2004): se fosse verdade que todos os estados mentais são iguais a estados neurológicos, então um ente sem neurónios não poderia ter estados mentais. Ficariam excluídos seres vivos com estruturas neuronais muito diferentes da humana e entes artificiais com potencial capacidade mental, como supercomputadores. Este argumento estimulou o câmbio da Teoria da Identidade de “Tipo-Tipo” para “*Token-Token*”.

2.3.2.2 Teoria da Identidade *Token-Token* (e.g., Place)

Enquanto a Teoria da Identidade Tipo-Tipo afirma que “todo o tipo de estado mental é idêntico a um tipo de estado físico” ou “para todo o tipo de estado mental há um tipo de estado neurológico de tal forma que todo o *token* do tipo mental é um *token* do tipo neurológico” (Searl, 2004, p. 60), a Teoria da Identidade *Token-Token* afirma que para todo o *token* de um tipo de estado mental existe algum *token* de algum tipo de estado neurológico. A diferença entre ambas é que para a segunda nem todos os *tokens* têm de corresponder sempre ao mesmo tipo de estado neurológico. Ou seja, duas pessoas podem ter a mesma crença sobre um fenómeno ou evento e ter diferentes tipos de estados neurológicos.

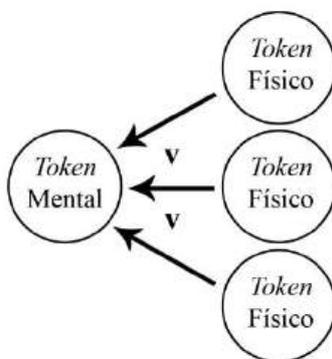


Figura xiv: Diagrama da Teoria da Identidade *Token-Token*.

Fica por responder o que têm todos esses *tokens* em comum que os façam ser de um mesmo tipo de estado mental.

2.3.3 Funcionalismo

A resposta a esta questão foi dada pelo *Materialismo Funcionalista*: o que os *tokens* de estados mentais têm em comum é um determinado tipo de *função* no comportamento geral do organismo, sendo o conceito de função explicado em termos de relações causais com i) estímulos exteriores; ii) outros estados mentais e; iii) comportamento manifesto.

Um estado ou *processo mental* deixa-se modificar ou esclarecer por via de um estado ou processo funcional. Por sua vez, um *estado funcional* é um estado que se deixa especificar à custa do lugar que ocupa numa descrição funcional da estrutura de que faz parte. Ou seja, o estado mental é passível de descrição funcional.

$$\text{Estado Mental} \rightarrow \text{Estado Funcional} \rightarrow \text{Estrutura Funcional}$$

Descrição funcional de uma estrutura é uma descrição da mesma que é feita por meio da apresentação das relações que se verificam entre as partes ou estados que a compõem, independentemente do modo por meio do qual essas partes ou estados são materialmente realizáveis. Por exemplo, a percepção de chuva causa a crença que está a chover, o que, conjugado com o desejo de evitar ser molhado, conduz ao comportamento de levar um chapéu-de-chuva para a rua.

$$[(\text{percepção} \rightarrow \text{crença}) \wedge (\text{crença} \wedge \text{desejo})] \rightarrow \text{comportamento}$$

Artefactos como um relógio, um carburador, um termostato definem-se pela função que desempenham e não pela estrutura física que apresentam. De igual forma, um estado mental define-se pela função que exerce, pela relação causal que constitui a sua função, e não pelas suas determinações intrínsecas. Por exemplo, as crenças são causadas por percepções que, juntamente com desejos, causam ações. Da crença, não há nada mais a dizer para além dessa relação causal.

2.3.3.1 Computacionalismo (e.g., Putnam [inicial], Fodor)

O primeiro trabalho contemporâneo que se entende como tendo apresentado o Funcionalismo Computacional ou Computacionalismo foi desenvolvido por McCulloch e Pitts, em 1943, sem no entanto o terem batizado como tal (Russell & Norvig, 2010). A teoria postula que o cérebro é um sistema de processamento de informação e que o pensamento é uma forma de computação. Por *computador*, entende-se um dispositivo manipulador de símbolos que opera algoritmos e implementa programas. Os estados mentais seriam como *software* dentro do cérebro, entendido como *hardware*.

(manipulação de símbolos ↔ inteligência) ↔ [mente (humana ∨ artificial)]

“Em psicologia, o computador serve como um modelo da mente tal como concebido por empiristas como Hume (os *bits* como impressões atômicas) e idealistas como Kant (com o programa a providenciar as regras)” (Dreyfus, 1963, p. 68). Para compreender a mente, seria apenas necessário descobrir os programas ativados quando se invoca a percepção, a memória, etc., mas não o funcionamento do cérebro, dado que a mente pode funcionar num suporte físico de outro tipo ou através da combinação de sistemas diferentes: ela tem *Realizabilidade Múltipla*.

A tese sustenta-se em duas teorias: a *Teoria Representacional da Mente*, segundo a qual “estados intencionais como crenças e desejos são relações entre um pensador e representações simbólicas do conteúdo dos estados” (Horst, 2011); a *Teoria da Razão Computacional*, segundo a qual as “representações têm propriedades sintáticas e semânticas, e processos de raciocínio são realizados de forma responsiva apenas à sintaxe dos símbolos – um tipo de processo que corresponde uma definição técnica de computação e é conhecido como manipulação formal de símbolos” (idem).

A conjugação destas teorias permitiu que Turing (1936) sugerisse que todas as operações sensíveis apenas à sintaxe podem ser duplicadas ou simuladas mecanicamente. Tal como um ser humano, uma máquina seria capaz de avaliar funções formalizadas.

Putnam (1961) elevou estas considerações à dimensão filosófica e introduziu a hipótese de *Realizabilidade Múltipla*: um estado mental específico não tem relação necessária com um estado físico específico. Mais tarde, falaria em *isomorfismo*

funcional: “dois sistemas são isomórficos funcionalmente se existe uma correspondência entre os estados de um e os estados do outro que preservam relações funcionais. /.../ Podem ter constituições bastante diferentes e serem isomórficos funcionalmente” (1975, p. 291-292), ou seja, são modelos que se submetem à mesma teoria psicológica. Como tal, não há motivo para que um artefacto não possa manifestar estados mentais, tal como o cérebro o faz. No entanto, alerta desde longo para uma dificuldade: O isomorfismo funcional “pressupõe a noção de uma coisa ser uma descrição funcional ou psicológica” (idem).

Em seguimento, Fodor (1975) apresentou a hipótese da linguagem do pensamento, o *mentals*, ao considerar que as propriedades sintáticas dos símbolos na linguagem do pensamento são os determinantes causais do pensamento.

Este conjunto de teses tem servido como programa de investigação na área das ciências computacionais, chamado de *Inteligência Artificial (AI)*.

2.3.3.1.1 AI: Inteligência Artificial

A expressão “Inteligência Artificial” foi usada pela primeira vez em 1957 por McCarthy. Um ano antes, Newell e Simon (cit. in Russell & Norvig, 2010) desenvolveram o *Logic Theory Machine*, considerado o primeiro programa de inteligência artificial. A ideia da AI é que “o computador pode ser programado para executar processamento de informação elementar tal como os executados pelo cérebro” (p. 16) A crença é que tanto o cérebro como o computador são um “dispositivo de manipulação de símbolos para fins gerais” (idem). O otimismo foi tal que Newell e Simon fizeram a seguinte afirmação: “inventámos um programa de computador capaz de pensar não-numericamente, e como tal resolvemos o venerável problema mente-corpo” (p. 17). Simon chegou a afirmar em 1957 que, até ao ano 1967, um computador seria campeão mundial de xadrez e que resolveria um teorema matemático significativo, algo que na verdade levou quarenta anos a acontecer (idem).

Uma distinção importante foi elaborada por Searle (1980):

“A asserção que as máquinas podem agir *como se* fossem inteligentes é chamada de hipóteses de *Weak AI* pelos filósofos, e a asserção que as máquinas que o

fazem estão realmente a pensar (não apenas a simular pensamento) é chamada de hipótese *Strong AI*” (Russell & Norvig, 2010, p. 1020).

Weak AI. Uma forma de compreender a tese da *Weak AI* é apresentando a *Máquina de Turing*, um “jogo de imitação” desenvolvido por Turing (1950). Necessitava de três participantes: um ser humano coloca questões a outro ser humano e a um computador, sem saber qual é qual. O objetivo para o interrogador é descobrir quem é quem, e para os interrogados é responderem da forma mais inteligente possível. Caso o interrogador não consiga distinguir o ser humano do computador a partir das respostas dadas, então o computador teria demonstrado inteligência operacional. Tal implicaria que possuía as seguintes qualidades: i) processamento de linguagem natural; ii) representação de conhecimentos; iii) raciocínio automatizado; iv) capacidade de aprendizagem (Russell & Norvig, 2010). Este computador digital seria equivalente ao cérebro, com elevada probabilidade de ser uma *Máquina de Turing Universal*, não significa isso que tenha outros atributos da inteligência humana. Ou seja, não se confundido verdadeiramente com ela, mas antes simulando-a.

Strong AI. Putnam (1967/1992) foi um dos primeiros proponentes da ideia de associar uma disposição funcional à descrição de um fluxograma, a qual teve grande influência no surgimento da computação.

Um *fluxograma* é uma descrição funcional típica de um programa, que descreve os elementos necessários para que a partir de um *input* se produza um *output*, sem precisar apelar ao substrato material. Cada elemento do fluxograma descreve um estado no qual podemos subdividir o programa. O substrato material de um mesmo programa pode ser diferente e produzir o mesmo resultado (*e.g.*, um computador digital e outro mecânico). Um programa é descrito, definido, apresentado sem qualquer referência ao mecanismo físico que o suporta e pelo qual pode ser implementado, produzindo uma descrição funcional sem relação causal.

O discurso mental tem lugar no mesmo nível em relação ao corpo que o discurso *software* tem em relação ao *hardware*. Pode-se interpretar o discurso psicológico como uma linguagem que descreve um nível intermédio na relação, um nível funcional de programa, em que o *hardware* é controlado pelo *software* na produção de comportamento. Dessa forma, pode-se falar do *software* sem falar do *hardware*. As

descrições mentais seriam não acerca do órgão, o *hardware*, mas acerca dos programas que ele implementaria (o que não significa necessariamente que o *hardware* não influencie o *software*, sem mudar o resultado do programa).

Para um funcionalista, há uma cadeia de causa-efeito, sendo que existe algures um fenómeno mental que não se caracteriza pelo modo como surge à consciência, mas sim de acordo com o papel causal que desempenha nas sequências de eventos mentais, físicos e comportamentais em que tipicamente ocorreria. A identidade do estado não é dada pela sua sensação, mas sim pela relação que mantém com os antecedentes e consequentes na sequência causal. Um dos instrumentos fundamentais usados pelos filósofos funcionalistas para desenvolver este modo de interpretar o modo psicológico é o processo da *ramseyficação*.

Frase de Ramsey. Como fazer referência objetiva a fenómenos não-observáveis, como os mentais? Os termos teóricos associados ao mental foram introduzidos por motivos práticos, tendo-se esquecido essa finalidade. Eventualmente, questionou-se a sua natureza, por vezes produzindo estatutos metafísicos peculiares para lhes dar sentido. A ideia de Ramsey e Carnap, apresentada inicialmente em contexto de Filosofia da Ciência, é que seria sempre possível substituir termos teóricos referentes a inobserváveis com determinações semânticas por frases de lógica formal, cujas relações são apenas sintáticas. Basta substituir os termos teóricos por variáveis (*e.g.*, x , y , z) e associar-lhes quantificadores existenciais (\forall ; \exists). Uma interpretação funcionalista da psicologia é uma interpretação que reconstrói essas teorias, reconduzindo-as a frases de Ramsey. A teoria é a mesma, com a quantificação existencial de variáveis que indica que existe alguma coisa que, em vez de ter um nome que não se sabe caracterizar, é determinado pelas relações causais que estabelece. A referência explícita é substituída por uma referência implícita. O facto de ser o mesmo estado não implica que a sequência causal entre estados semelhantes seja idêntica. Basta que ela seja relativamente idêntica. Por exemplo, ao nível somático, todos temos um fígado, mas o funcionamento desse fígado é diferente entre indivíduos. O que se procura são as condições de atribuição de identidade a um fenómeno, nunca se esgotando essa definição, dado que tudo é sempre diferente na natureza. Trata-se de identidade qualitativa e não numérica. O poder causal que leva ao comportamento não é detetável por via neurofisiológica. As relações relevantes para o caso são as de sequência causal.

Os estados mentais – que não são observáveis materialmente – deixam-se definir pelo lugar que ocupam na sequência causal, no contexto do qual eles ocorrem.

2.3.4 Materialismo Eliminativo (*e.g.*, Churchland)

O Materialismo Eliminativo sugere que estados mentais como crenças e desejos são postulados teóricos motivados pelo desejo de explicar os comportamentos humanos. São ilusões, tal como o pôr-do-sol. Ou seja, os estados mentais não existem.

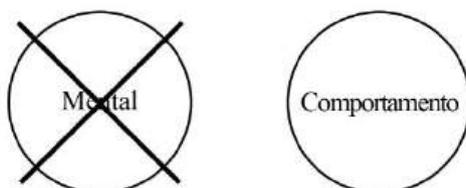


Figura xv: Diagrama do Materialismo Eliminativo.

Eventualmente, a neurociência abandonará conceitos como crença e desejo, pois não se enquadram em nenhuma categoria da neurobiologia. Sem uma redução tipo-tipo, tudo indica que tais entidades não existem (Searle, 2004).

2.3.5 Monismo Anômalo (*e.g.*, Davidson)

O raciocínio do monismo anômalo segue os seguintes passos lógicos na construção do seu argumento: em primeiro lugar, postula que existem relações causais entre fenômenos mentais e fenômenos físicos; segue-se que, onde há eventos relacionados do tipo causa-efeito, eles devem estar dominados por leis causais deterministas e restritivas; no entanto, não se conhecem leis causais deterministas entre o mental e o físico, ou seja, não existem leis psicofísicas. Como tal, é-se levado a concluir que os eventos mentais são eventos físicos.

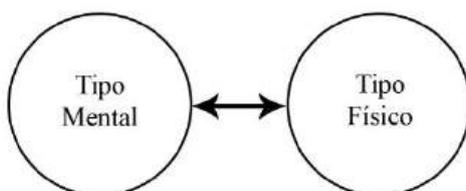


Figura xvi: Diagrama Do Monismo Anômalo.

A invocação de conceitos associados ao mental é apenas um recurso linguístico que facilita a comunicação e compreensão desses fenômenos. Dentro dessa categoria descritiva, fala-se de eventos mentais; noutras categorias, fala-se de eventos físicos. Estas categorias de linguagens não são reconduzíveis entre si. O objeto de estudo das ciências psicológicas nunca será descrito em termos de leis físicas, não por ausência de relação com o mundo físico que elas descrevem, mas porque não se adequam à constituição de leis. O problema é *semântico* e o resultado é um Monismo Materialista Anômalo, semelhante à Teoria de Identidade Tipo-Tipo.

2.4 Fenomenologia da Mente

Da revisão *supra*, verifica-se uma mudança radical na compreensão do mental ao longo da modernidade, de substância ou propriedades com realidade paralela à matéria até à sua redução ao corpo, transformando-se, por fim, num sistema decodificador de signos linguísticos. O debate contemporâneo é liderado pela Filosofia Analítica, mais interessada em responder a problemas semântico-lógicos do que em alcançar a compreensão fenomenológica da experiência vivida, deixando de fora propriedades centrais como a consciência e a intencionalidade. Essa tem sido a crítica fundamental da Filosofia Continental, de inspiração fenomenológica. A fenomenologia, enquanto disciplina filosófica, define-se como o estudo do modo de apresentação dos fenômenos à consciência e de como ela se intenciona sobre eles. Como tal, o seu método de investigação centra-se no ponto-de-vista da primeira pessoa. A defesa desta perspectiva em Filosofia da Mente tem sido feita sobretudo por via da objeção ao Funcionalismo e em particular ao programa da *AI*, aqui representada pelas observações de Hubert Dreyfus e John Searle.

2.4.1 Heideggerianismo (e.g., Heidegger, Dreyfus)

Para Heidegger (1926/1996), a mente não é algo que se tem. “Eu não apreendo um objeto particular ‘cuja posição, como Kant menciona casualmente ‘tenho na mente’” (p. 101). A consciência é uma estrutura existencial do ser-no-mundo, a subjetividade que permite a orientação ôntica no mundo. Ela é *abertura* ao entendimento de algo e apresenta-se como “voz da consciência” (p. 248), um *chamamento* em modo de *discurso* para a “autêntica potencialidade do Dasein” (p. 249) sob a forma de *cuidado*.

A consciência é um fenómeno do ser-aí (*Dasein*), que se “faz conhecer como um facto apenas na própria existência fáctica. A procura por uma ‘prova empírica, indutiva’ para a ‘factualidade’ da consciência e para a legitimidade da sua ‘voz’ é baseada numa distorção ontológica do fenómeno” (Heidegger, 1926/1996, p. 249). O estudo científico da consciência está assim condenado ao fracasso. “A pessoa nunca pode ser pensada como coisa ou substância /.../ a unidade da pessoa [requer] uma constituição essencialmente diferente daquela das coisas da natureza” (p. 44).

De igual forma, a agência humana não se submete a psicologismos. “Atos são não-físicos. Essencialmente, a pessoa existe apenas ao cumprir atos intencionais, e como tal essencialmente *não* é um objeto. Qualquer objetificação psicológica /.../ é idêntica a despersonalização” (Heidegger, 1926/1996, pp. 44-45).

No seguimento da filosofia de Heidegger (1926/1996), Dreyfus (1963; 1972) defende uma abordagem fenomenológica e hermenêutica ao conceito de “mente”, sobretudo enquanto argumentação contra o funcionalismo computacional que, tal como as demais perspetivas materialistas, deixa de fora a consciência e a intencionalidade. Encontra quatro axiomas fundamentais na AI, os quais considera falsos:

- i. A *assunção biológica*: “Em algum nível de operação – usualmente suposto ser o dos neurónios – o cérebro processa informação em operações discretas de forma biologicamente equivalente a interruptores ligado/desligado” (1963, p. 68);
- ii. A *assunção psicológica*: “A mente pode ser vista como um aparelho que opera a partir de pedaços [*bits*] de informação de acordo com regras formais” (idem);
- iii. A *assunção epistemológica*: “Todo o conhecimento pode ser formalizado /.../ em termos de relações lógicas” (idem).
- iv. A *assunção ontológica*: “o que é, é um conjunto de factos cada um logicamente independente de todos os outros” (idem).

A refutação segue as seguintes linhas:

Ao nível biológico, mesmo que o cérebro funcione em concordância com a Álgebra de Boole, existe pelo menos uma diferença fundamental entre sistemas digitais (computadores) e analógicos (*e.g.*, humanos): os segundos são afetados pelo contexto. “No processamento digital um elemento singular representa um símbolo /.../ contém um pedaço específico de informação; enquanto num aparelho funcionando como um

computador analógico, variáveis físicas contínuas representam a informação a ser processada” (Dreyfus, 1963, p. 73).

Ao nível psicológico, a doação fenoménica ocorre dentro de um campo da experiência previamente organizado, que torna “impossível processar um ‘input’ indiferente sem distinguir entre informação relevante e irrelevante, significativa e insignificante” (Dreyfus, 1963, p. 99).

Ao nível epistemológico, é hipotética a afirmação que todo o conhecimento pode ser formalizado.

Ao nível ontológico, está generalizada a crença que toda a realidade pode ser objetivada e explicada por via linguística, lógica e matemática, embora persista a dúvida em saber se todas as coisas têm implicação existencial.

Para Dreyfus (1963), a mente humana é mais que mera manipulação de símbolos através de regras formais; a inteligência humana depende mais de instintos inconscientes do que da manipulação consciente de símbolos. É por intuição que se resolvem a maior parte dos problemas, não por tentativa e erro. Este tipo de intuição não é passível de ser expresso em linguagem formal, pelo nunca será possível a construção de um algoritmo de tal forma complexo que descortine a inteligência humana.

2.4.2 Naturalismo Biológico (e.g., Searle)

O Naturalismo Biológico de Searle (2004) é composto por quatro teses:

1. “Estados conscientes, com a sua *ontologia subjetiva da primeira-pessoa*, são fenómenos reais no mundo real. Nós não podemos fazer uma redução eliminativa da consciência, mostrando que é apenas uma ilusão. Também não podemos reduzir a consciência às suas bases neurológicas, porque tal redução na terceira-pessoa deixaria de fora a ontologia na primeira-pessoa da consciência;
2. Os estados conscientes são inteiramente causados por processos neurobiológicos de baixo nível no cérebro. Os estados conscientes são assim redutíveis causalmente a processos neurobiológicos. /.../;

3. Estados conscientes realizam-se no cérebro enquanto aspetos do sistema cerebral, e como tal existem num nível superior ao dos neurónios e das sinapses;
4. Porque os estados conscientes são aspetos reais do mundo real, eles funcionam causalmente” (pp. 113-114).

A apresentação das teses deve ser feita sem recurso ao vocabulário cartesiano para evitar qualquer qualidade misteriosa na formulação. A consciência é um nível do sistema biológico, tal como a digestão, o crescimento ou a secreção da bÍlis. Não existe separação metafísica entre o mental e o físico.

Todos os estados conscientes só existem enquanto ontologia na primeira-pessoa, enquanto experiências de um “eu”, não sendo reduzÍveis a ontologias da terceira-pessoa. Eles acontecem no cérebro, no sentido em que são aspetos (*features*) do cérebro, que ocorrem a um nível superior a partir do nível inferior dos neurónios e sinapses. Dado que são aspetos reais do mundo real, funcionam causalmente, mesmo que desconheçamos as causas neurobiológicas.

A confusão instalou-se ao ser eliminada a possibilidade de existirem *processos biológicos qualitativos, subjetivos e na primeira-pessoa*, cindidos e atribuídos a uma entidade exterior a que se chamou “mente”. A compreensão da fisicalidade deve admitir que ela possa ser subjetiva, qualitativa, intencional, tal como a consciente é espacialmente localizada, com causalidade física e capacidade de ação sobre o corpo: “Não há nenhuma razão para que um sistema físico como um organismo animal ou humano não devam ter estados que são qualitativos, subjetivos, e intencionais” (Searle, 2004, p. 118). Searle afirma mesmo que “não há nenhuma razão metafísica para que não possamos medir os graus de dor ou de consciência da consciência (*conscious awareness*)” (idem).

2.4.3 Experiências Mentais

A argumentação dos proponentes de uma fenomenologia da mente serve-se com frequência de *experiências mentais*, em que cenários hipotéticos de fácil compreensão são formulados para denunciar as fragilidades analíticas. A maioria invoca que a experiência consciente tem um aspeto qualitativo, caracterizado por propriedades psÍquicas, não-físicas, a que alguns chamam “qualia” (*quale* no singular). Todo o estado

consciente é composto de *qualia*, algo não tido em consideração pelo funcionalismo (Smart, 2012). Apresentam-se sucintamente alguns desses experimentos mais populares.

2.4.3.1 Locke: Inversão de Espectro / *Qualia* Invertido

Locke (1689/1825) chamou a atenção para o facto que a experiência interna de uma pessoa relativamente a um mesmo objeto pode ser muito diferente, mesmo inversa, da de outra pessoa relativamente ao mesmo objeto, apesar de o comportamento de ambas para com ele poder ser igual. “A ideia de azul de um homem pode ser diferente da de outro. Nenhuma acarretaria a imputação de falsidade” (II, xxxii, 15). Por exemplo, a experiência interna de uma pessoa ao que chama “ver violetas” pode ser igual ao que outra experimenta ao que chama “ver malmequeres”, mesmo que ambas considerem estar a ver o mesmo objeto. Esta inversão intrasubjetiva do espectro corresponde a uma experiência subjetiva, útil apenas ao sujeito que a vivencia. Se assim for, o funcionalismo não consegue aceder à experiência interna, por ausência de experiência perceptiva conducente a uma consciência com significado universal (Byrne, 2010).

2.4.3.2 Jackson: *What Mary Didn't Know* / Argumento do Conhecimento

Imagine-se num futuro distante uma pessoa cega desde a nascença. Mesmo que essa pessoa se torne especialista teórica na cor vermelho e conheça todas as suas propriedades científicas, ela não terá a experiência da vermelhidão. Caso um dia passasse a ver, ele iria encontrar na cor vermelha algo que desconhecia, expressa pela experiência traduzível por “como é ver a cor vermelha”, ou seja, a qualidade fenomenológica da visão. Ao aprender algo novo, isso significaria que ela anteriormente não sabia tudo o que havia para saber. Apenas conhecia os factos teóricos e físicos, ao passo que a experiência fenomenológica é não-física. Se não lhe fosse indicado que a cor que estava a ver era vermelho, ele poderia achar que na verdade era verde. Assim é porque uma informação obtida na terceira-pessoa não é idêntica a uma informação obtida na primeira-pessoa (Jackson, 1986). Dito de outra forma, mesmo que se saiba tudo sobre a perceção de cor, uma pessoa que tenha apenas visto a preto e branco e tons de cinzento nunca teve a experiência de cor.

Duas objeções ao argumento do conhecimento. i) Resposta da habilidade: a pessoa não adquiriu novo conhecimento factual, apenas conhecimento da efetivação do conhecimento factual; ii) o conhecimento novo não se traduz no conhecimento de um

novo facto. É apenas uma nova forma de compreender o que já sabia. Por outras palavras, a experiência qualitativa não apresenta novas propriedades do objeto, conhecível na íntegra a partir de descrições abstratas e objetivas.

Também a irredutibilidade dos conteúdos de disciplinas científicas especiais, como a Psicologia, torna-as não objetiváveis ao modo da física. Elas dependem sempre de um ponto de vista nunca indiferente e sempre subjetivo. Essas determinações só se encontram na lucidez consciente, o que sugere a existência da mente. Dado que a Psicologia não é uma disciplina nomicamente reduzível ao mundo físico, ela depende da solidariedade entre semelhanças objetivas no mundo e perspetivas e interesses daqueles que constroem a ciência. As ciências especiais irredutíveis caracterizam-se pela propriedade da saliência, que envolve uma determinação subjetiva. “Uma seleção dos fenómenos com uma certa teologia em mente é necessária antes que as suas estruturas ou padrões sejam reificados” (Robinson, 2011).

A existência da mente, pressuposta pela existência da consciência, não implica necessariamente que seja uma realidade ontológica, podendo ser parte da realidade física como determinação de expressividade orgânica. Estaríamos no monismo fisicalista. Mas se o mental não é reduzível ao físico, e parece paradigmático que as ciências psicológicas assim funcionam, então isso implica que existe uma mente necessária para ver a matéria como psicológica.

2.4.3.3 Nagel: *What Is It Like To Be a Bat?*

Nagel (1974) afirmou que o conhecimento completo do funcionamento neurobiológico de um morcego não é suficiente para que se saiba o que é ser um morcego, cuja essência é o seu aspeto como-é-que-é-ser (*what is it like*), uma determinação subjetiva e determinante, não alcançável por via objetiva. Mesmo que tivéssemos uma explicação satisfatória para todos os estados mentais, a consciência ficaria sempre de fora.

2.4.3.4 Block: *The Chinese Nation*

Se conseguíssemos fazer com que toda a população da China desempenhasse um conjunto de funções sequenciais, tal como o cérebro faz, nem por isso a população

chinesa teria um estado mental coletivo, ao contrário dos estados mentais que o cérebro tem (Block, 1978).

2.4.3.5 Putnam: *Twin Earth*

Imagine-se uma Terra Gémea em tudo idêntica à nossa, com uma exceção: a “água não é H₂O, mas um outro líquido cuja fórmula química chama-se XYZ. Caso um viajante da Terra visita-se a Terra Gémea, ele saberia que o que ele chama de “água” ali chama-se XYZ. Caso fosse um viajante da Terra Gémea a visitar a Terra, ele saberia que o que chama de “água” ali chama-se H₂O. Não há, neste cenário, qualquer conflito.

Imagine-se agora que visitas semelhantes ocorriam em 1750, antes das fórmulas H₂O e XYZ terem sido inventadas. Os viajantes iriam referir-se à “água” como se fosse a mesma substância química, quando na verdade não o seria. Significa isto que “a extensão do termo ‘água’ /.../ não é função de um estado psicológico do narrador por si mesma” (Putnam, 1973, p. 702). Um argumento semelhante é feito com panelas de alumínio ou de molibdénio, cuja diferença é detetável apenas por um especialista. Uma vez mais, o estado psicológico do narrador não determina o significado da palavra. “meanings’ just ain’t in the *head!* (p. 704).

2.4.3.6 Kripke: *Designadores Rígidos vs. Não-Rígidos*

Kripke (1972/1980) opõe-se a todas as versões da teoria da identidade a partir do conceito de *designador rígido*: uma expressão que refere sempre o mesmo objeto em qualquer estado de coisas (*e.g.*, nomes próprios). Por exemplo, a expressão “Benjamin Franklin” refere uma pessoa concreta e única (outros usos possíveis, como dar esse nome a um cão, conferem um significado diferente à expressão, pelo que estão excluídos). Um designador não-rígido seria, por exemplo, a expressão “o inventor da eletricidade”, pois este poderia ter sido outra pessoa que não aquela designada por Benjamin Franklin.

Assim, uma asserção de identidade em que um termo é rígido e o outro não-rígido não é condicional, mas contingente. Quando ambos os termos são rígidos, a asserção é verdadeira, como afirmar que “a água é igual a H₂O”. Aplicado ao problema mente-problema, se, por exemplo, a dor fosse idêntica à estimulação da fibra-C, então dor ↔ fibra-C seria necessariamente verdadeiro. Tal não é o caso, pois é fácil imaginar outras

correspondências neurológicas para a dor. Não sendo necessariamente verdade, não é verdade de todo. Como tal, é falso. Assim é com todos os eventos neurobiológicos identificados com estados mentais. O mental tem uma ontologia de primeira-pessoa, no sentido em que só existe testemunhado por um “eu” que experimenta, não sendo dessa forma acessível pela ciência ou ontologia de terceira-pessoa. Esta é a grande fragilidade do reducionismo científico (1972/1980).

2.4.3.7 Nagel: *Zombie World*

Em filosofia, um *zombie* é um corpo que se comporta de forma igual a um ser humano, mas sem estados mentais, como consciência e intencionalidade. Em termos lógicos, tal concetualização é formalmente válida. Se as premissas forem verdadeiras, então o funcionalismo é falso porque não apresenta condições suficientes para existir uma mente (Searle, 2004).

2.4.3.8 Searle: *The Chinese Room*

Searle (1980) apresentou um cenário para testar a teoria da AI forte. Consistia num jogo em que uma pessoa, fechada sozinha dentro de um quarto, sem quaisquer conhecimentos de chinês, teria de responder a uma série de perguntas formuladas em chinês. Como ferramenta, teria apenas um programa de computador que lhe ensina a manipular os *tokens* chineses, de acordo com os que lhe eram apresentados nas perguntas, e assim responder com sequências adequadas de tipos significativos. Assumindo que seguia as regras corretamente, a pessoa passaria o Teste de Turing e causaria a impressão de compreender chinês. Em verdade, nem a pessoa nem nenhum programa de computador compreende chinês apenas porque usa os símbolos linguísticos de acordo com as regras. Caso as perguntas fossem feitas numa língua dominada pela pessoa – digamos, português –, ela compreenderia o que lhe era perguntado e as respostas dadas, ao passo que, em chinês, ela era apenas como um computador a dar respostas pré-programadas a estímulos específicos.

O motivo pelo qual a pessoa no quarto não compreendia as respostas que dava em chinês deve-se ao facto de ela ter apenas acesso à sintaxe dos símbolos e não ao seu conteúdo semântico (Searle, 2004). Tal como com a escrita hieroglífica do Antigo Egipto, que durante séculos permaneceu enigmática até ser encontrada a Pedra de Roseta que permitiu a sua decifração.

O argumento do Quarto Chinês admite a possibilidade de simular artificialmente a cognição humana e construir um computador que passe no Teste de Turing. No entanto, tal é irrelevante de um ponto de vista cognitivo, pois o computador opera símbolos a nível puramente sintático, sem evidenciar compreensão do significado semântico alcançável pela mente humana. O próprio desempenho sintático é extrínseco ao computador: “Nada é intrinsecamente um computador digital exceto para agentes conscientes a pensar através de computações” (Searle, 2004, p. 92). A informação computacional depende sempre da sua invocação por um observador externo. Como tal, o cérebro não pode ser comparado a um computador, pois não existe computação original na natureza, Ela é sempre atribuída, ao passo que no cérebro é intrínseca. Nesse sentido, “podemos atribuir uma interpretação computacional a qualquer coisa” (idem), pois, em última análise, é ao agente que a invoca que pertence a sua significação e compreensão.

A parte que se segue, Discussão, encontra-se no corpo do texto, p.32.