



O conceito de saúde mental



P

retendemos neste texto introduzir uma discussão teórica sobre o conceito de saúde mental. Trata-se de uma questão de inegável oportunidade e relevância porque, em contraste com o muito que se tem investido no desenvolvimento de modelos teóricos da doença mental, pouco se tem avançado no sentido de construir conceitualmente o objeto “saúde mental”. Este viés ou lacuna teórica representa talvez uma ironia, considerando as importantes contribuições da filosofia, da psicanálise e das ciências sociais, em que a assumida centralidade da questão da saúde contrasta com o fato de que, nesses discursos, privilegia-se a doença em detrimento do trabalho teórico sobre a saúde. Não obstante, o processo de construção de teorias estritamente psicopatológicas ou de concepções individuais da saúde sem dúvida poderá ser útil como ponto de partida para este esforço, dado o caráter dialético e multidimensional da díade saúde-doença.

Na primeira parte do texto, focalizaremos algumas abordagens socioculturais da saúde mental, articuladoras de uma escola autodenominada de “nova psiquiatria transcultural”. Em segundo lugar, apresentaremos a teoria dos “sistemas de signos, significados e práticas de saúde mental”, abordagem sintética original formulada por Bibeau e Corin. Em terceiro lugar, discutiremos sucintamente alguns aspectos filosóficos que se referem explicitamente ao tema, buscando justificar a saúde enquanto objeto científico do campo da saúde mental. Finalmente, traremos à discussão uma tentativa de sistematização do conceito polissêmico de saúde, objeto-modelo multifacetado, reflexivo, transdisciplinar, com vistas à sua aplicação no campo da saúde mental.

MODELOS EXPLICATIVOS DA SAÚDE NA ANTROPOLOGIA MÉDICA CONTEMPORÂNEA

Reafirmando sua raiz durkheimiana, a etnopsiquiatria clássica admite que a normalidade pode ser equivalente ao comportamento médio dos indivíduos (Devereux, 1971). Embora existam fenômenos ajustados à cultura e por ela considerados normais, tais fenômenos não implicam, necessariamente, normalidade mental. Enquanto numa sociedade doente o ajustamento ao padrão hegemônico corresponde simultaneamente à normalidade cultural e à anor-

NAOMAR DE ALMEIDA FILHO
é psiquiatra, Ph.D em Epidemiologia, diretor do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA e pesquisador I-A do Conselho Nacional do Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq.

MARIA THEREZA ÁVILA COELHO
é psicóloga e doutoranda do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA.

MARIA FERNANDA TOURINHO PERES
é médica e doutoranda do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA.

malidade mental, numa sociedade saudável normalidade cultural e normalidade mental coincidem. Isso significa que a norma não define um padrão cultural geral, podendo também expressar os padrões das subculturas e dos seus indivíduos. Para Devereux (1971), quicá o último dos representantes da escola Cultura & Personalidade, a chave para a saúde mental será justamente a capacidade de ajustamento às transformações. Um xamã adaptado apenas à sua tribo, que não consiga se ajustar a outro grupo, necessita de ajuda psiquiátrica tanto quanto um paciente bem adaptado ao hospital no qual está internado, mas que não consegue se ajustar à vida fora dele.

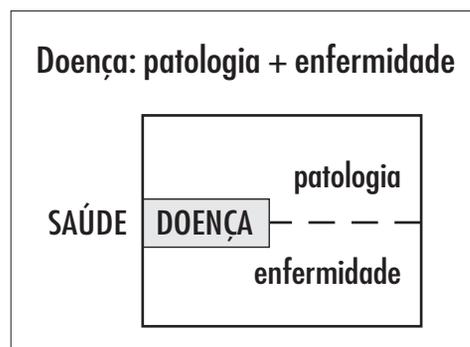
Em 1977, Arthur Kleinman, professor de Psiquiatria e Antropologia Médica da Universidade de Harvard, proclamou a chegada de uma nova psiquiatria transcultural, em contraposição à etnopsiquiatria tradicional (Kleinman, 1987; Littlewood, 1990). Ele criticou o pressuposto de que as categorias diagnósticas ocidentais são livres culturalmente e sugeriu que elas fossem consideradas como modelos explanatórios específicos para o contexto ocidental. Questionou também as abordagens convencionais que buscavam em sociedades não-ocidentais padrões idênticos aos encontrados no Ocidente. Com base nisso, advogou uma mudança paradigmática para desenvolver uma abordagem teórico-metodológica capaz de considerar, antes da comparação transcultural, os significados locais de qualquer padrão e os variados comportamentos a ele relacionados.

Kleinman (1977) defendeu uma distinção entre as dimensões biológica e cultural da doença-*sickness*, que foram agrupadas em duas categorias: patologia-*disease* e enfermidade-*illness* (*). Patologia refere-se a alterações ou disfunções de processos biológicos e/ou psicológicos, de acordo com a concepção biomédica (Massé, 1995). Nessa dimensão, o funcionamento patológico dos órgãos ou sistemas fisiológicos ocorre independente do seu reconhecimento ou percepção pelo indivíduo ou ambiente

social. A categoria enfermidade, por outro lado, incorpora a experiência e a percepção individual relativa aos problemas decorrentes da patologia, bem como à reação social à enfermidade. Ela diz respeito ao processo de significação da doença. Além dos significados culturais, há também os significados pessoais, que abrangem tanto os significados simbólicos particulares formadores da própria enfermidade, quanto os significados criados pelo paciente para poder lidar com a doença e controlá-la. As noções de *signo* e *sintoma* estão ligadas respectivamente aos conceitos de patologia e enfermidade. Os signos se referem às manifestações objetivas da patologia conforme observadas pelo médico. Os sintomas dizem respeito à experiência subjetiva da enfermidade. Este modelo encontra-se esquematizado na Figura 1.

FIGURA 1

Modelo de Kleinman/Good



Em um segundo momento, Kleinman afirma que ambas, patologia-*disease* e enfermidade-*illness*, são construções sociais (Kleinman, 1988; 1992). A enfermidade refere-se à nossa forma de perceber, pensar, expressar e lidar com o processo de adoecimento, sendo anterior à doença-*sickness*, a qual é produzida a partir de uma reconstrução técnica do profissional no encontro com o paciente, a partir de uma comunicação em torno do idioma culturalmente compartilhado da doença. A esse respeito, diz o autor:

* De fato, Kleinman sistematiza, aprofunda e enriquece a análise dos componentes do conceito de doença, porém, curiosamente, ele e seus discípulos, nessa linha de pesquisa, omitem os desenvolvimentos conceituais pré-kleinmanianos, mesmo aqueles ocorridos dentro do campo das ciências sociais em saúde (Susser, 1972). De todo modo, cabe aqui uma marcação semântica. A série significativa *sickness-disease-illness* refere-se a um glossário particular do idioma inglês que, face à sua crescente importância no discurso científico e técnico contemporâneo, merece um esforço no sentido de estabelecer uma equivalência terminológica em português. Assim, mesmo consciente do grau de arbitrariedade e incompletude de proposições dessa natureza, gostaríamos de propor a seguinte terminologia: *disease* = patologia; *illness* = enfermidade; *sickness* = doença.

“No paradigma médico ocidental, patologia significa mau funcionamento ou má adaptação de processos biológicos e psicológicos no indivíduo; enquanto enfermidade representa reações pessoais, interpessoais e culturais perante doença e desconforto. A enfermidade é conformada por fatores culturais que governam a percepção, rotulação, explicação e valorização da experiência do desconforto, processos imbuídos em complexos nexos familiares, sociais e culturais. Dado que a experiência da enfermidade é uma íntima parte do sistema social de significações e regras de conduta, ela é fortemente influenciada pela cultura: ela é, como veremos, culturalmente construída” (Kleinman, 1992, p. 252).

De acordo com Kleinman (1980; 1986), a saúde, a enfermidade e o cuidado são partes de um sistema cultural e, como tal, devem ser entendidos em suas relações mútuas. Examiná-los isoladamente distorce a compreensão da natureza dos mesmos e de como eles funcionam num dado contexto. Por esse mesmo motivo, estudos sobre a mudança das crenças com relação a um desses elementos devem examinar as mudanças ocorridas com relação aos demais. Em relação ao cuidado, Kleinman (1986) considerou que uma das razões pelas quais diferentes processos de cura persistem numa mesma sociedade é o fato de eles agirem nas diferentes dimensões da doença. Sendo assim, é preciso considerar modelos capazes de conceber a saúde e a enfermidade como resultado da interação complexa de múltiplos fatores, nos níveis biológico, psicológico e sociológico, com uma terminologia não limitada à biomedicina. Ele apontou a necessidade de novos métodos interdisciplinares, trabalhando simultaneamente com dados etnográficos, clínicos, epidemiológicos, históricos, sociais, políticos, econômicos, tecnológicos e psicológicos. Segundo o autor, os métodos preexistentes não eram capazes de descrever sistemas individuais, fazer comparações entre sistemas de diferentes culturas e analisar os impactos da cultura na enfermidade e na cura.

No entanto, apesar das suas críticas dirigidas ao etnocentrismo da antropologia médica, Kleinman permanece preso aos pressupostos que ele mesmo critica e questiona. Sua visão multidisciplinar da saúde e da enfermidade, mesmo considerando a importância concedida às crenças e aos significados culturais e pessoais dos pacientes, bem como a proposta de integração dos diversos setores do Sistema de Cuidado à Saúde e dos respectivos modelos explanatórios, não foi suficiente para deslocar o foco da abordagem médico-antropológica da enfermidade para a saúde. A abordagem kleinmaniana permaneceu limitada às práticas curativas e à perspectiva da saúde enquanto ausência de enfermidade, focalizando o retorno do enfermo ao seu funcionamento normal, sem sequer problematizar o que seria essa normalidade. Em suma, ele não seguiu o seu próprio critério de discutir as categorias da saúde, enfermidade e cuidado de forma integrada, restringindo-se a analisar a enfermidade em suas relações com a cura, sem efetivamente analisar o conceito de saúde.

Os estudos de Byron Good e Mary-Jo Good (Good e Good, 1980, 1982; Good, 1994) deram continuidade à idéia de Kleinman sobre a relatividade conceitual intra e intercultural da enfermidade. Eles postularam que a fronteira entre o normal e o patológico é estabelecida pela cultura, de certa forma imbuída em uma perspectiva moral. Para eles, a antropologia médica oferece um método que possibilita investigar a experiência da enfermidade em diferentes culturas, examinando a fenomenologia dessas experiências, os modos pelos quais elas são narradas e os rituais empregados para reconstruir o mundo que o sofrimento destrói. Nessa perspectiva, a doença (e, por extensão, a saúde) não é nem uma coisa em si, nem a reflexão sobre essa coisa, mas um objeto fruto dessa interação, que sintetiza múltiplos significados.

Partindo do pressuposto de que a cultura afeta a experiência e a expressão dos sintomas, Good e Good (1980) tecem uma série de críticas à racionalidade médica ocidental e propõem um “modelo herme-

nêutico cultural para a prática clínica”. Segundo os autores, a interpretação dos sintomas enquanto manifestação da “realidade biológica” subjacente é característica da racionalidade clínica, por ser esta fundamentada epistemologicamente em uma teoria empiricista da linguagem (Good e Good, 1980, p. 171). Nessa perspectiva, o sentido emerge da associação entre um elemento lingüístico e um objeto real existente no mundo, inserindo-se a cultura nesse modelo como um mero elemento de distorção sistemática das manifestações sintomatológicas.

Ao fundamentar sua crítica ao modelo biomédico a partir de teorias lingüísticas, os autores partem do pressuposto de que a atividade clínica é fundamentalmente interpretativa e hermenêutica. No entanto, segundo o modelo da racionalidade dominante, o trabalho interpretativo da clínica baseia-se no conhecimento de cadeias causais que operam no nível biológico, seguindo um roteiro de decodificação das queixas dos pacientes, a fim de identificar o processo patológico somático ou psicológico subjacente. Dessa forma, pretende-se atingir um duplo objetivo: estabelecer o diagnóstico da doença e propor uma terapêutica eficaz e racional (Good e Good, 1982). Segundo esses autores, a atribuição do significado do sintoma (*symptom meaning*) a um estado fisiológico alterado mostra-se insuficiente para a prática clínica, uma vez que fatores psicológicos, sociais e culturais influenciam a experiência da doença, sua manifestação e a expressão dos sintomas. É necessário conduzir uma reformulação da teoria biomédica e do raciocínio clínico na relação entre “a ordem das palavras médicas e a ordem das coisas médicas” (Good e Good, 1980, p. 171).

Um dos pontos centrais desse processo de “reformulação” consiste na distinção entre doença e enfermidade. Em concordância com Kleinman, reafirmam que a doença correlaciona-se ou é causada por alterações biológicas e/ou psicológicas, enquanto a enfermidade situa-se no domínio da linguagem e do significado e, por isso, constitui-se em uma experiência hu-

mana. A enfermidade é uma construção cultural a partir das teorias e redes de significados que compõem as diferentes subculturas médicas. Segundo esses autores, a enfermidade é fundamentalmente semântica e a transformação da doença em uma experiência humana e em objeto de atenção médica se dá através de um processo de atribuição de sentido (Good e Good, 1980, p. 167).

O significado não é produto de uma relação fechada entre significante e coisa (no sentido de uma realidade objetiva no universo físico), mas de uma rede de símbolos que se constrói na ação interpretativa, por eles denominada de “rede semântica” – ou *semantic network* (Good e Good, 1982, p. 147). Para esses autores, a enfermidade é uma experiência dotada de sentido para cada sujeito particular. Mesmo assim, é importante considerar a relação existente entre os sentidos individuais e a rede de significados inerentes a cada contexto cultural mais amplo, ao qual pertencem os indivíduos. Aí reside a idéia da enfermidade como uma “rede semântica”, realidade construída através do processo de interpretação/significação, a qual se fundamenta na rede de significados que estrutura a própria cultura e suas subculturas. Os sintomas, dotados de significados individuais, possibilitam o acesso à rede semântica da biomedicina, ou seja, aos significados culturalmente estabelecidos, posto que “uma enfermidade ou um sintoma, concebidos como síndrome de significados, condensam uma rede de símbolos e experiências significantes que o clínico deve decifrar a fim de compreender o contexto da conduta do paciente” (Good e Good, 1980, pp. 178-9).

Na mesma linha de Kleinman, Good e Good demonstram uma forte preocupação com a aplicabilidade clínica de seu modelo, apontando para a necessidade de uma reconceitualização do campo médico. Nesse sentido, o objeto da terapêutica, ou a realidade clínica, será o produto de uma construção que se dá através de um processo de tradução entre diferentes sistemas de significado que conformam os distintos modelos explanatórios de saúde-doença e

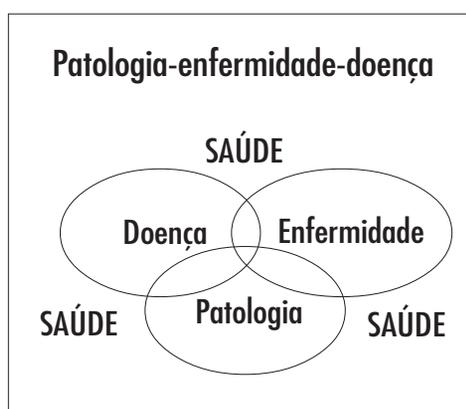
as redes semânticas utilizados pelo profissional e pelo paciente. Para esses autores, o objeto da terapêutica é a enfermidade, a experiência humana do adoecimento, a qual, como vimos, expressa-se através de sintomas dotados de sentido, os quais, por sua vez, constituem-se a partir da rede semântica/cultura. Isso implica uma mudança de atitude clínica no sentido da compreensão (*verstehen*), através da exploração da relação dialética existente entre o sintoma (texto) e a rede semântica (contexto). Ou seja, para a atividade clínica é fundamental a relação entre o indivíduo e o contexto cultural no qual se constrói a experiência do adoecimento (Good e Good, 1980, p. 179).

Em diálogo com essa tradição interpretativa/hermenêutica, porém muitas vezes a ela se opondo, surge na década de 80 uma linha de estudos na antropologia médica que busca compreender a relação entre as condições de saúde, as formas de organização dos sistemas médicos e as forças econômicas e políticas, locais e globais. Com esse objetivo, partiam do suposto de que as relações e os comportamentos sociais eram modulados pela macroestrutura social e política, gerando significados sociais e experiências coletivas, dentre os quais se incluem as representações sobre a doença e o saber médico.

Um dos principais representantes dessa linha é Allan Young, antropólogo norte-americano baseado na Universidade McGill, que desenvolve uma abordagem que privilegia as relações sociais na produção e determinação dos modos de distribuição das doenças nas sociedades. A partir dessa perspectiva, Young (1980; 1982) termina por fazer uma análise crítica da teoria dos modelos de doença proposta por Kleinman e Good, ao sublinhar a diferenciação entre a dimensão biológica da patologia (*disease*) e a sua dimensão experiencial e perceptiva (*illness*). Por um lado, reconhecendo o seu avanço em relação ao modelo biomédico, esse autor considera que a distinção entre patologia e enfermidade mostra-se insuficiente para dar conta da dimensão social do processo de adoecimento. Para superar essa limitação, propõe

a substituição do esquema doença-patologia-enfermidade por uma série tripla de categorias de mesmo nível hierárquico – patologia-enfermidade-doença – conforme a Figura 2, concedendo maior centralidade ao terceiro termo. Por outro lado, revelou que ambos os modelos consideram apenas o indivíduo como objeto e arena dos eventos significativos da enfermidade, não relatando os modos pelos quais as relações sociais a formam e a distribuem.

FIGURA 2
Modelo de Young



Segundo a proposta de Young (1980), o conceito de doença deve incorporar o processo de atribuição de significados socialmente reconhecidos a signos de comportamentos desviantes e sinais biológicos, transformando-os em sintomas e eventos (*outcomes*) socialmente significantes. Em suas próprias palavras, “*sickness is a process for socializing disease and illness*” (“a doença é um processo de socialização da patologia e da enfermidade” – Young, 1982, p. 270). Esse processo de socialização da patologia ou da enfermidade – ou, melhor ainda, de construção da doença – dá-se, em parte, no interior e através dos sistemas médicos.

Nesse sentido, Young (1982, p. 277) afirma que os sistemas médicos possuem uma dimensão ideológica que, através dos saberes e práticas de saúde, reproduz visões específicas da ordem social e atua no

sentido da sua manutenção. As representações sobre a doença constituem, em última instância, elementos de mistificação de sua origem social e das condições sociais de produção do conhecimento. Para Young (1980, p. 133), a tradução de formas de sofrimento derivadas das relações de classe em termos médicos constitui um processo de neutralização que segue os interesses das classes hegemônicas. Ou seja, através do processo de medicalização, a condição de doença é reduzida ao nível biológico individual, desconsiderando-se a sua dimensão social, política e histórica.

Em contraposição a Kleinman, Young (1982) considera que doença não é um termo neutro, mas sim que compreende um processo através do qual signos biológicos e comportamentais são significados socialmente como sintomas. Esses sintomas, por sua vez, são ligados a sintomatologias que se associam a certas etiologias e intervenções, cujos resultados legitimam tais traduções. O autor comentou ainda que, em sistemas médicos plurais, um conjunto de signos pode designar diferentes enfermidades e práticas terapêuticas que não se superpõem. As forças sociais é que determinam quais pessoas sofrem certas enfermidades, exibem certas doenças e têm acesso a determinados tratamentos. A depender da posição socioeconômica do enfermo, a mesma patologia implica diferentes enfermidades, doença e processos de cura. Como proposta geral, Young (1982) advoga uma antropologia da doença (*anthropology of sickness*) fundada nos conceitos-chave de cura, enfermidade, eficácia, modelo explanatório e rede semântica. Considera, no entanto, que tais conceitos não podem ser entendidos uns em relação aos outros já que, por si mesmos ou encadeados, não constituem um sistema. A enfermidade e a cura são práticas ideológicas que reproduzem as relações sociais e os modelos explanatórios, enquanto as redes semânticas constituem construtos, estes, sim, culturalmente determinados.

Young (1982) afirmou que, embora Kleinman tenha enfatizado os determinantes sociais dos modelos explanatórios e

Good tenha ressaltado as relações de poder nos discursos e práticas médicas, ambos não empreenderam, efetivamente, uma análise desses aspectos em seus trabalhos. As práticas médicas são práticas ideológicas e de poder, que justificam as distribuições sociais da enfermidade e do tratamento, bem como as suas conseqüências. Em síntese, a abordagem do modelo explanatório não considera as relações de poder presentes entre os diversos grupos e classes sociais.

Mais recentemente, Good (1994) retoma uma perspectiva interacionista de construção da doença, reavaliando a concepção de rede semântica, nela apontando duas limitações:

1) A primeira diz respeito à parcialidade da teoria segundo a qual um símbolo condensa múltiplos significados. Para ele, é preciso também reconhecer a heteroglossia ou multiplicidade de vozes presentes na constituição da enfermidade, a individualidade dessas vozes, o diálogo delas entre si e com o leitor, a diversidade de línguas nacionais, religiosas e escolares. A enfermidade não é só constituída pelo ponto de vista individual, mas por múltiplos caminhos freqüentemente conflitantes; ela é, nesse sentido, dialógica. Ao mesmo tempo em que a enfermidade é sintetizada nas narrativas familiares, carregadas de políticas de gênero e de parentesco, ela é também objetivada como uma forma específica de desordem fisiológica nas apresentações de caso e conversas entre os médicos. Mas essas objetivações podem ser subvertidas ou resistidas pelos pacientes, pelos advogados e pelas companhias de seguro que autorizam ou recusam pagamentos de tratamentos específicos. A doença encontra-se imersa numa teia social em que todos negociam uns com os outros a constituição do objeto médico e a direção do corpo material.

2) A segunda limitação da análise das redes semânticas refere-se à reduzida possibilidade de representar a diversidade das formas de autoridade e resistência associadas aos elementos centrais do sistema médico. As redes semânticas são produzidas e re-

produzem estruturas de poder e de autoridade. Elas podem prover os meios necessários para se entender como as formas hegemônicas são organizadas e reproduzidas, já que elas são culturalmente enraizadas e sustentam discursos e práticas. Entretanto, reconhece Good que essa relação entre as estruturas semânticas e as relações hegemônicas de poder não tem sido suficientemente desenvolvida pelos principais autores dessa linha teórica.

Good (1994) amplia então a noção de rede semântica para indicar que o significado da doença não é unívoco, mas sim um produto de interconexões. Não mais apenas síndrome de significados, mas também síndrome de experiências, palavras, sentimentos e ações dos diferentes membros de uma sociedade. Esse conjunto de elementos é condensado nos símbolos essenciais do léxico médico, o que implica que tal diversidade pode ser sintetizada e objetivada culturalmente. As redes semânticas são estruturas profundas que ligam a enfermidade a valores culturais fundamentais de uma cultura, permanecendo, ao mesmo tempo, fora do conhecimento cultural explícito e da consciência dos membros que compõem a sociedade, apresentando-se como naturais.

Essa nova análise das redes semânticas trata a enfermidade como uma narrativa, oral e corporal, marcada por uma rede de perspectivas (Good, 1994). O texto resultante de um processo concreto de doença é parcialmente indeterminado e provoca uma resposta que não é dada nem por ele mesmo, nem pela vida mental de um leitor ou de uma comunidade de leitores. Essa resposta costuma ser constituída por relações complexas de dependência e transcendência entre o texto, o leitor (técnico ou trivial) e os momentos sociais e históricos de cada um. A síntese não é um ato final do leitor, mas um processo em andamento, um ponto de vista em movimento, no qual o reconhecimento da rede de perspectivas, do movimento e das atividades de objetivação oferece valiosas oportunidades para estudos comparativos dos textos culturais da saúde e da doença-enfermidade.

A TEORIA DOS SIGNOS, SIGNIFICADOS E PRÁTICAS DE SAÚDE MENTAL

Desde 1980, Gilles Bibeau e Ellen Corin, herdeiros da escola canadense de Psiquiatria Transcultural na tradição de Murphy e Leighton, vêm propondo o desenvolvimento de uma antropologia crítica, capaz de superar a dicotomia cultura-sociedade e a correspondente clivagem no campo antropológico entre uma antropologia cultural (interpretativa e fenomenológica) e uma antropologia social (estrutural-funcionalista). Para esses autores, a antropologia cultural, em suas vertentes interpretativa e fenomenológica, mostra-se insuficiente para abordar a complexidade dos processos de saúde e doença. Isso resulta da ênfase concedida ao estudo das experiências subjetivas de adoecimento e da reificação das narrativas sobre a doença, consideradas enquanto textos autônomos, sem estabelecer, em qualquer dos casos, relação com o contexto cultural global (Bibeau, 1987; 1988; Bibeau e Corin, 1994).

Dentro dessa perspectiva de crítica, Bibeau e Corin articulam uma teoria metasintética que tem como pretensão integrar elementos semiológicos, interpretativos e pragmáticos essenciais para uma abordagem cultural da saúde mental. Trata-se de um programa de investigação (Bibeau, 1988; Corin et al., 1989; 1990; Corin e Lauzon, 1992; Bibeau, 1993; Corin, 1993; Corin, Bibeau e Uchoa, 1993; Inecom, 1993; Bibeau e Corin, 1994; 1995; Corin, 1994; 1995; Almeida Filho et al., 1998; Almeida Filho, Corin e Bibeau, 1999) que se pretende aberto a comparações e generalizações no nível do conhecimento, ao tempo em que se pretende êmico no sentido de respeitar os critérios locais de definição, identificação, reconhecimento, reação social e tratamento dos problemas de saúde mental.

Para Bibeau e Corin, as experiências subjetivas formam-se a partir de representações culturais sobre a subjetividade, o

corpo, o mundo e a vida, criadoras dos significados que se expressam através de narrativas individuais (Bibeau, 1993; Bibeau e Corin, 1994). Daí a necessidade de considerar a experiência do adoecimento e as narrativas sobre a doença em sua relação com a rede de significações culturais. Nesse sentido, os autores inicialmente recorrem à concepção de rede semântica de Good que, conforme explicita Bibeau (1993, p. 9), “permite identificar os laços que unem categorias-chave culturais tanto a sistemas de interpretação quanto a histórias pessoais de indivíduos”. Entretanto, apesar de enfatizar a importância dos valores culturais e a influência da concepção de rede semântica em seu trabalho, Bibeau reafirma a necessidade de uma abordagem macrosocial e histórica para a compreensão dos contextos locais.

Isso significa estabelecer uma conexão epistemológica, teórica e metodológica entre diferentes dimensões da realidade, adotando-se uma “perspectiva global” (Bibeau, 1988, p. 411). Resultante de um trabalho de articulação entre micro e macrocontextos sociais, tal perspectiva expressa-se em uma dupla orientação que aponta, “de um lado, para uma leitura historicizada e contextualizada da cultura [local] e, de outro lado, para uma interpretação das concepções que a população produz sobre os problemas de saúde mental” (Corin et al., 1990, p. 55). Na esfera particular da saúde-enfermidade-cuidado, trata-se de integrar sistemas semiológicos de significação e condições externas de produção (contexto econômico-político e sua determinação histórica) com a experiência do adoecimento, enquanto transformação da identidade individual e do modo de ser-no-mundo.

Ao propor a compreensão da experiência de adoecimento a partir dessa “perspectiva global”, construindo uma articulação entre trajetórias individuais, códigos culturais, contexto macrosocial e determinação histórica, Bibeau e Corin introduzem, no campo da antropologia médica, a problemática da causalidade em diferentes níveis de determinação dos fenômenos

(Bibeau, 1992; Bibeau e Corin, 1994; Corin, 1995). Nesse sentido, propõem um esquema analítico fundado em dois conceitos centrais: condições estruturantes e experiências organizadoras coletivas. Pretendem com esses conceitos representar os diferentes elementos contextuais (sociais e culturais) que se articulam para formar os “dispositivos patogênicos estruturais”. As condições estruturantes abrangem o macrocontexto, ou seja, as restrições ambientais, as redes de poder político e as bases de desenvolvimento econômico, as heranças históricas e as condições cotidianas de vida (ou modos de vida). Ou seja, trata-se de condicionantes referidos ao macrocontexto que atuam como elemento de modulação da cultura e como limitador da liberdade de ação individual. As experiências organizadoras coletivas, por sua vez, representam os elementos do universo sócio-simbólico do grupo que atuam no sentido de manter a identidade grupal, os sistemas de valores e a organização social (Bibeau, 1992; Bibeau e Corin, 1994). Desse modo, ao postular que os sistemas semiológicos e os modos de produção articulam-se para produzir a experiência do adoecimento, os autores resgatam a pretensão de Young de considerar o contexto socioeconômico, político e histórico nos processos de saúde-doença-cuidado.

Além da influência dos fatores macrosociais, Bibeau e Corin enfatizam a autonomia e a responsabilidade dos indivíduos na modificação da história e dos fatos sociais. De acordo com essa perspectiva, sendo a sociedade composta por diferentes indivíduos, ao mesmo tempo em que estes possuem experiências de vida semelhantes no plano cultural, sofrem vivências distintas no plano subjetivo, o que faz com que as versões das suas narrativas se assemelhem em certos aspectos e se distanciem noutros (Corin et al., 1989; Bibeau, 1992; Bibeau e Corin, 1995; Almeida Filho et al., 1998). O plano individual engloba, portanto, as experiências, histórias individuais e significados singulares de cada sujeito, bem como as diferentes vozes expressas pela primeira voz do autor (a da sua família, classe ou

categoria social, etc.), já que este é sempre co-autor de uma narrativa que o ultrapassa (Bibeau e Corin, 1995). A interpretação do mundo e da vida é feita por cada pessoa a partir de um marco referencial lógico, semântico, cultural e cognitivo prévio. O papel “ativo” dos sujeitos, portanto, é influenciado pelos fatores macrossociais e coletivos, a ser compreendido, segundo Bibeau (1992, p.16), através “da intrincação e do emaranhado da história social e das trajetórias pessoais, dos jogos sociais e dos projetos individuais, que os especialistas das ciências humanas devem tentar esclarecer”.

A concepção médica de nosologia, segundo a qual cada signo patológico corresponde a um significado numa rede de causalidade e a procedimentos de cura-cuidado numa rede de práticas terapêuticas, não pode deixar de ser considerada, embora de forma modificada. Além de investigar os elementos típicos dos quadros nosográficos psiquiátricos, a fim de subsidiar o planejamento e a reorientação dos serviços de saúde mental, Corin, Bibeau e colaboradores propõem tomar os comportamentos considerados anormais não apenas como sintomas de transtornos mentais mas como signos de uma experiência de reorganização da subjetividade (Corin et al., 1989; Corin e Lauzon, 1992). Para Corin e Lauzon (1992), a moderna psiquiatria se caracteriza pela busca de objetivação e universalização do processo diagnóstico, propondo estabelecer signos objetivos que sejam identificados e classificados de maneira idêntica por diferentes observadores. Tem como pretensão excluir toda subjetividade do diagnóstico, desconsiderando a influência dos fatores pessoais e culturais na psicopatologia a fim de identificar os elementos “reais” e metaculturais dos distúrbios mentais (Corin, 1993).

Na moderna psiquiatria, o sentido do sintoma é portanto dado pelo processo biofisiológico que lhe é subjacente que, dessa maneira, encontra-se bloqueado ou massificado (Corin, 1993). E é justamente essa massificação/universalização do sentido que um enfoque alternativo sobre o complexo saúde/patologia-enfermidade-

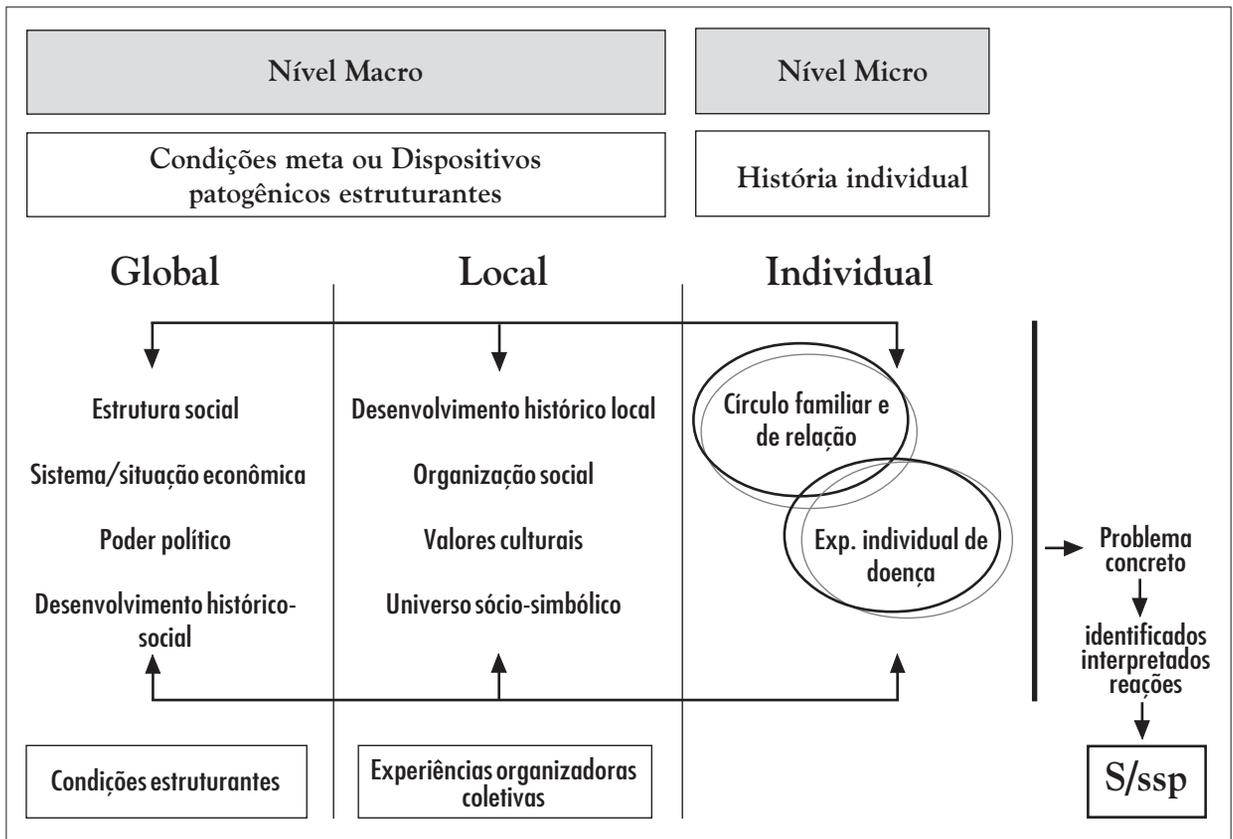
doença precisa romper. Nessa perspectiva, Bibeau e Corin apontam para um novo olhar sobre a enfermidade e uma abertura de sentido no campo da saúde mental.

Para Corin (1993), o que está em jogo, em última instância, é a questão da atribuição de sentido. Os comportamentos e discursos anormais ou não-convencionais devem ser considerados não apenas como sintomas ou mecanismos de defesa, mas enquanto sinal de uma experiência de reorganização da relação do sujeito com o mundo. A experiência básica de adoecimento deve ser compreendida a partir de sua ancoragem na matriz que se constitui a partir da articulação das forças micro e macrossociais.

Dessa forma, Bibeau e Corin propõem um quadro teórico de referencial antropológico, semiológico e fenomenológico para o estudo das semiologias populares e dos sistemas locais de significação e de ação frente aos transtornos mentais. Esses sistemas enraízam-se nas dinâmicas sociais e nos valores culturais centrais do grupo e fundamentam as construções individuais da experiência de adoecimento (Bibeau, 1992; Bibeau e Corin, 1994; Corin, 1995). Na prática metodológica, isso implica o desenvolvimento de uma “abordagem semântico-pragmática e contextual”, capaz de partir de casos concretos para compreender como a comunidade percebe, interpreta e reage com relação aos problemas de saúde mental.

Para melhor compreender o substrato antropológico do modelo proposto, primeiro será importante explicitar o conceito de cultura utilizado pelos autores. De acordo com Corin et al. (1990, p. 55), a cultura se define como “um produto coletivo que se estrutura e é a cada momento codificado de maneira relativamente original a partir dos contextos sócio-históricos particulares de cada sociedade”. O enfoque de Bibeau e Corin baseia-se em uma concepção interpretativo-comportamental de cultura, em que, “por um lado, a cultura fornece pontos de referência conceitual, emocional e expressiva que servem para dar sentido às experiências de enfermidade das

FIGURA 3
Modelo de Bibeau/Corin



pessoas. Por outro lado, é [uma definição] comportamental na medida em que a cultura provê sistemas de signos e significados nos quais condutas esperadas e formas de sentir e expressar as coisas são codificadas” (Bibeau, 1993, p. 15).

Nessa perspectiva, nas esferas de construção simbólica das comunidades, signos corporais e comportamentais são transformados em sintomas de uma dada enfermidade mental, adquirindo significados causais específicos e gerando determinadas reações sociais, configurando, enfim, o que Bibeau e Corin propõem denominar de “sistema de signos, significados e práticas de saúde mental” (*ssp/sm*). No geral, o conhecimento popular localmente construído é plural, fragmentado e até contraditório. A semiologia popular e os modelos culturais de interpretação não existem como um corpo de conhecimento ex-

plícito, mas são formados por um conjunto variado de elementos imaginários e simbólicos, ritualizados como racionais (Almeida Filho, Corin e Bibeau, 1999). Para esses autores, o conhecimento popular em torno da problemática da enfermidade mental se articula e se expressa em termos de sistemas de *ssp/sm* construídos social e historicamente. De todo modo, as semelhanças entre a semiologia popular e a semiologia clínica psiquiátrica reforçam a perspectiva metassintética da teoria dos *ssp/sm*.

Evitando entrar na polêmica aberta por Kleinman (Littlewood, 1990), esta abordagem propõe a superação da dicotomia entre o universal e o particular, na medida em que ambas as aproximações são admitidas e valorizadas. A idéia básica é que existem regularidades culturais universais que se expressam em categorias plurais locais (Inecom, 1993). Por trás dos múltiplos diag-

nósticos, nomes de enfermidade e semiologias populares haveria um mesmo quadro nosológico com algum grau de universalidade. Buscando uma nova abordagem científica dos fenômenos de saúde mental, a teoria dos *sps/sm* pretende abrir um diálogo entre a particularidade dos casos concretos (definidos, identificados e reconhecidos localmente) e a generalidade do enquadramento científico da clínica ou da pesquisa (Almeida Filho, Corin e Bibeau, 1999). Mesmo considerando que as semiologias locais são organizadas de acordo com padrões culturais específicos, elas seriam respostas a alterações básicas do afeto, pensamento e comportamento e podem ser expressas, experienciadas, construídas e interpretadas de várias formas.

Os *sps/sm* configuram, portanto, uma semiologia popular contextualizada dos problemas de saúde mental, conforme a Figura 3. Para abordá-la de modo sistemático ou “científico”, os autores propõem procurar além dos critérios diagnósticos profissionais do modelo biomédico, documentando-se os casos particulares que concretamente constituem as variações culturais. Como essas variações culturais fazem parte de um dado contexto socioeconômico-político-histórico, elas devem ser interpretadas em suas relações com o contexto (Corin et al., 1989; Bibeau, 1994; Bibeau e Corin, 1994; Almeida Filho et al., 1998).

No processo cotidiano de definição de categorias e reconhecimento dos casos dessas categorias, as pessoas “comuns” (a comunidade para Bibeau e Corin) não necessariamente funcionam identificando categorias nítidas de pensamento, mas percebendo semelhanças, analogias e estabelecendo uma continuidade entre os casos de acordo com uma rica e flutuante variedade de critérios (Almeida Filho, Corin e Bibeau, 1999). Essa categorização remete mais a modelos do tipo “protótipos de Lakoff” – resultantes de processos de *family resemblance* de Wittgenstein, por sua vez melhor compreendidos por sistemas alternativos de lógica (como a lógica *fuzzy* de Zadeh ou as lógicas paraconsistentes de

Newton da Costa) – do que a uma classificação hierárquica de categorias discretas, mutuamente exclusivas e estáveis, tipificadas através de lógicas de consistência formal. Pelo contrário, as categorizações dos sistemas *sps/sm* são fragmentadas, contraditórias, parcialmente compartilhadas e construídas localmente, organizadas em múltiplos sistemas semânticos e praxiológicos (estruturados em práticas), historicamente contextualizados e acessíveis somente através de situações concretas – eventos, comportamentos e narrativas (Almeida Filho et al., 1998).

Segundo Bibeau e Corin (1994), o substrato antropológico da abordagem teórica dos *sps/sm* pressupõe uma metodologia a um só tempo fática, narrativa e interpretativa.

A vertente fática (ou factual) expressa-se através da descrição de eventos, práticas e comportamentos relacionados a problemas de saúde mental pela população. Com relação às práticas, as expectativas, julgamentos e reações não só respondem às características objetivas dos signos e sintomas mas são também guiados pelos significados, valores e normas que definem a posição relativa dos atores no campo social e cultural, variável de acordo com os eventos e circunstâncias. Compreende as reações dos familiares, vizinhos, amigos e colegas de trabalho no que diz respeito a comportamentos e atitudes frente aos indivíduos tidos como doentes (Corin et al., 1989; Almeida Filho et al., 1998). Consideram-se tanto as reações positivas, como a normalização, quanto as reações negativas, como a estigmatização, juntamente com a sua repercussão sobre as pessoas próximas do enfermo mental.

A vertente narrativa expressa-se através da retórica popular captada individualmente ou no processo de descrição etnográfica da população (Bibeau, 1993). Nesse aspecto, Corin destaca o papel da atribuição de sentido na construção da experiência do adoecimento, enfatizando a importância das narrativas individuais enquanto via de acesso à rede de significados que constroem a visão de mundo e às estra-

tégias simbólicas e imaginárias que tecem a relação dos pacientes com o mundo e consigo mesmos (Corin, 1993). Tais narrativas e ações têm uma multiplicidade de sentidos e escondem tanto quanto revelam (Bibeau e Corin, 1995). Considera-se também que elas apresentam “lacunas”, vazios e silêncios que devem também ser interpretados. Por outro lado, o conhecimento popular localmente construído através de narrativas coletivas apresenta uma dimensão universal, um eixo organizador comum, padrões culturais básicos que são coletivamente compartilhados (Almeida Filho et al., 1998). Essa dimensão universal que constitui os sistemas de *ssp/sm* se apresenta nas narrativas individuais sob a forma de uma matriz implícita e estruturante, porém se mostra mais permeável à abordagem etnográfica competente do discurso social sobre a temática da saúde mental (Corin, Bibeau e Uchoa, 1993).

A vertente interpretativa, por sua vez, deve ser considerada em dois níveis distintos: uma interpretação de primeiro nível, ou hermenêutica popular, componente do próprio sistema de signos, significados e práticas. Ela diz respeito às formas da comunidade identificar, estruturar, interpretar e explicar as práticas reativas frente aos casos problemáticos percebidos (Almeida Filho, Corin e Bibeau, 1999). A interpretação popular permeia a descrição e o relato obtidos dos diferentes atores sociais sobre “as condições específicas de seu contexto cotidiano de vida” (Bibeau, 1994), de modo que múltiplas leituras de um mesmo problema coexistam, algumas delas enfatizando elementos econômicos, políticos, sociais e culturais, e outras elementos individuais ou familiares.

Dada a complexidade da realidade cultural, as diferentes interpretações dos sujeitos oriundos do centro ou da margem da sociedade refletem heterogeneidades sociais, econômicas, étnicas e culturais, bem como a realidade concreta dos diferentes atores sociais que participam das diversas situações. Para evidenciar a rica dimensão social ou coletiva dos discursos produzidos em torno de casos concretos, “cabe

reconhecer o conjunto dos discursos locais, penetrar nos múltiplos pontos de vista a partir dos quais são construídas as interpretações, e identificar a pluralidade dos sistemas de referência que servem de matriz interpretativa” (Bibeau, 1994).

A interpretação de segundo nível vai além das interpretações ditas “nativas”, na medida em que tem como objetivo traduzi-las para outro referencial – o da linguagem científica, explorando as correlações com o contexto sociocultural mais amplo (Almeida Filho, Corin e Bibeau, 1999). Essa interpretação tanto é influenciada quanto influencia a interpretação de primeiro nível, podendo fazer emergir sentidos que escapam aos atores sociais, através de um processo de contaminação das categorias locais pelas teorias e conceitos dos pesquisadores (Bibeau, 1994). Nessa dupla perspectiva, ao mesmo tempo em que há uma submissão aos textos locais, buscando respeitar os glossários e percepções dos membros da comunidade, uma certa violência interpretativa a eles é imposta na medida em que a produção do conhecimento científico inapelavelmente tende à universalidade (Bibeau e Corin, 1995).

Vejamos agora brevemente os componentes semiológico e hermenêutico da proposta teórica em pauta.

Com o objetivo de fundamentar conceitualmente e viabilizar metodologicamente a teoria dos *ssp/sm*, Bibeau, Corin e colaboradores buscam na lingüística pós-saussuriana elementos que permitam uma leitura polissêmica e intertextual das narrativas sobre a doença mental. Nesse sentido, partem da concepção peirciana de signo segundo a qual, conforme Corin (1993), os signos não possuem existência autônoma, ou seja, eles recebem o valor de signo a partir do sistema de referência utilizado pelo intérprete. Assim, não só o sentido atribuído a um determinado signo, mas o próprio signo deve ser contextualizado. Segundo afirma Corin (1989, p. 463), “esta pluralidade da *démarche* semiológica não concerne somente à interpretação plural do sentido do que se observa; ele implica a

referenciação mesma dos signos, que aparece sempre relativa e localizada”.

Questionando a relação direta entre signo e “realidade” – o que, para os autores, permite romper com a concepção naturalizante dos signos clínicos – Corin utiliza-se da formulação de Umberto Eco acerca da mediação entre signos – paralelos, de oposição e semelhança – que constituem o sistema de representação do intérprete. É nesse sentido que Eco traz a noção de *objeto imediato* enquanto referente do signo, aquilo a que o intérprete se refere ao utilizar-se de um signo específico. Esse objeto imediato não é a “coisa” (que Eco, seguindo Peirce, denomina de *objeto dinâmico*) mas se trata de algo constituído pelo sistema de representação do sujeito a partir dos registros de signos disponíveis (apud Corin, 1993, p. 11). Isso quer dizer que o referente do signo não é o objeto real existente no mundo enquanto uma realidade natural e concreta, mas sim resultante da interação de outros signos que este evoca e que conformam o sistema de representação. Tomando o referente do signo como produto do sistema de representação ele é, em última instância, “formado” pela co-ocorrência de signos que se encontram em inter-relação. Daí a possibilidade de uma leitura efetivamente polissêmica, através de uma abertura na tarefa interpretativa.

A teoria dos *ssp/sm* baseia-se também na semiótica de Barthes. Segundo esse autor, interpretar um texto não significa atribuir-lhe um sentido, mas apreciar o plural que o constitui, através de processos conotativos (Corin, 1993). A conotação é resultante da relação entre dois sistemas de significação, funcionando um como plano de expressão e o outro como plano de conteúdo. É pela conotação que a sociedade desenvolve sistemas de segundos sentidos, o que possibilita uma leitura plural do texto. Trata-se da via por onde o mundo penetra o sistema lingüístico. Os significados da conotação são um fragmento da ideologia, na medida em que estão em estreita relação com a cultura, o saber e a história.

Segundo Corin (1993), a proposição de Barthes de que os significados da conotação

constituem um elemento de ideologia tangencia a proposta de Kristeva de privilegiar a dimensão intertextual na análise semiótica. Kristeva (1969) aponta para a necessidade de explorar a relação entre um texto e aquilo que o envolve. Para essa autora, o texto é o produto do trabalho de um sujeito social e histórico sobre a língua, ou seja, ele deve ser considerado em sua relação com a língua, a sociedade e a história. Para Kristeva (1969), todo texto tem um contexto e constitui um mosaico de citações, absorções e transformações de outros textos, nos quais se incluem a história e a sociedade, de modo que toda leitura é intertextual.

Nessa perspectiva, a interpretação opera retroativamente e aproxima-se da realidade estudada para só apreendê-la parcialmente (Bibeau e Corin, 1995). Haverá sempre uma parcela do objeto significado impossível de ser referida e outra que permanece inconsciente ou subjacente no processo hermenêutico. O método etnográfico pode ajudar a produzir as inferências adequadas a uma interpretação de primeiro nível, porém não é suficiente para superar as dificuldades apresentadas pelos tropos, como as metonímias e as metáforas, criadores de deslocamentos e condensações que dificultam o aprofundamento dos níveis de análise dos textos culturais da saúde-doença.

Com a finalidade de reforçar a vinculação do processo interpretativo à intertextualidade, Bibeau e Corin (1995) utilizam-se da perspectiva “enciclopédica” postulada por Eco, que permite integrar semântica e pragmática ao privilegiar os *significantes situacionais*. Estes referem-se àquilo que o sujeito quer dizer ao empregar uma expressão, considerando-se a situação da enunciação. Eco define o significante situacional em oposição aos *significantes convencionais*, os quais “representam o que diz uma expressão conforme as convenções e segundo uma série de definições que se encontram catalogadas nos dicionários” (Corin, 1993, p. 13). Mais do que as informações semânticas, sintáticas e fonológicas fornecidas pelos dicionários, uma enciclopédia informa acerca dos principais códigos

gos e categorias-chave presentes em uma dada cultura, as quais estão presentes nos textos como espaços vazios que escapam à leitura superficial. Para preencher os espaços vazios e superar a ambigüidade básica do texto é necessário, para Eco, que o leitor compartilhe os pressupostos culturais que dão coerência a todos os textos produzidos em uma dada cultura, através de uma leitura remissiva ou enciclopédica (Bibeau e Corin, 1995).

CIENTIFICIDADE DO CONCEITO DE SAÚDE MENTAL: EPISTEMOLOGIA VS. HERMENÊUTICA

Cabe neste momento considerar a questão: haverá mesmo viabilidade no projeto de uma teoria geral da saúde, tomando o conceito de saúde como objeto-modelo determinado? Em síntese: constitui a saúde uma noção vulgar ou um conceito científico? De fato, esta constitui uma questão filosófica secular, quiçá do porte do paradoxo de Russell ou do problema de Hume. Descartes indicou-a e depois Kant a sistematizou como um problema de fundo (Canguilhem, 1990). Chamemo-la portanto de Problema de Kant. Para prosseguir, precisamos tomar um posicionamento frente ao debate Canguilhem *versus* Gadamer (epistemologia *versus* hermenêutica) com relação a este problema, objeto da presente seção.

Georges Canguilhem (1943 [1978]) afirmara que a medicina, cuja prática se baseia em diagnosticar, tratar e curar para reinstaurar a normalidade, não se interessa pelos conceitos de saúde e doença porque estes lhe parecem excessivamente teóricos. Por esse motivo, a definição médica de normal provém em larga medida da fisiologia, fundando uma positividade que impede considerar a doença como uma nova forma de vida. A abordagem canguilhemiana não admite a patologia como um dado objetivo, posto que os métodos da ciência positivista só podem definir variedades ou

diferenças, sem valor vital positivo ou negativo. Para o diagnóstico da patologia, a primeira e última palavra é a da clínica que, apesar de utilizar métodos endossados pela ciência, não constitui, senso estrito, uma disciplina científica. Nessa perspectiva, os pares de conceitos normal-patológico e saúde-doença não seriam simétricos ou equivalentes, na medida em que normal e patológico não configuram conceitos contrários ou contraditórios. O patológico não significa ausência de normas, mas a presença de outras normas vitalmente inferiores, que impossibilitam ao indivíduo viver o mesmo modo de vida permitido aos indivíduos sadios. Dessa forma, o patológico corresponde diretamente ao conceito de doença, implicando o contrário vital do sadio. As possibilidades do estado de saúde são superiores às capacidades normais: a saúde constitui uma certa capacidade de ultrapassar as crises determinadas pelas forças da patologia para instalar uma nova ordem fisiológica.

A abordagem foucaultiana representa uma vertente historiográfica da teoria canguilhemiana da tensão normal-patológico, indicando como, a partir da segunda metade do século XIX, surgiram novos padrões de normalidade no âmbito da medicina geral e mental, bem como no âmbito das nascentes ciências humanas – sociologia e psicologia. Nesse contexto, buscava-se intervir sobre o indivíduo humano, seu corpo, sua mente, e não apenas sobre o ambiente físico, para com isso normalizá-lo para a produção. O homem, tal como a máquina, poderia ser programado, posto a funcionar e consertado. Listar as possibilidades normais de rendimento do homem, suas capacidades, bem como os parâmetros do funcionamento social normal passou a ser tarefa da medicina mental, da psicologia e das ciências sociais aplicadas. Nessa perspectiva, os conceitos implícitos do jovem Foucault (1954 [1976]; 1963) denunciam a sua adesão a uma definição de saúde como capacidade adaptativa (ou submissa) aos poderes disciplinares de corpos e atos.

Relembra Foucault (1963) que não por acaso a palavra normal, derivada do *nomos*

grego e do *norma* latino (cujo significado é lei), surgiu no século XVIII, significando aquilo que não se inclina nem para a direita, nem para a esquerda, e que se conserva num justo meio-termo. Embora a temática da normalidade fosse tratada desde a Grécia antiga, esse termo só ressurgiu quando, com o movimento da Revolução Francesa, a burguesia funda uma nova ordem com a pretensão de funcionar como norma para toda a sociedade: a ordem econômica capitalista. Com isso, a medicina adotou uma nova postura normativa. Com a concomitante industrialização e complexificação do trabalho, tornou-se necessário o estabelecimento de novas normas e padrões de comportamento. O rendimento e a saúde individual passaram a ser indispensáveis ao bom funcionamento da nova engrenagem social.

Até o fim do século XVIII, afirma Foucault (1963), a medicina referiu-se mais à saúde do que à normalidade, apontando para as qualidades de vigor, flexibilidade e fluidez que a doença faria perder e que se deveria restaurar. A prática médica pré-Revolução Industrial destacava o regime, a dietética, enfim, toda uma regra de vida e de alimentação que o indivíduo impunha a si mesmo. Já a medicina do século XIX se apoiava na análise de um funcionamento regular, normal, para detectar onde o indivíduo teria se desviado. A partir das reformas da instituição pedagógica e da instituição sanitária, o termo *normal* passou a ser utilizado pelo povo, significando o estado de saúde orgânica e o protótipo escolar, conforme o indício de que a escola normal era aquela que ensinava a ensinar.

Especificamente no campo da saúde mental, é interessante lembrar que Foucault (1972), realizando uma retrospectiva histórica sobre as transformações operadas no conceito de loucura, constatou que, do século XV até o século XVIII, a loucura foi definida pela sua dimensão negativa, a partir de uma lógica binária, como sendo o oposto da razão: o desatino. A partir do século XIX, entretanto, sob a diversidade das formulações científicas de diferentes autores, de Esquirol e Broussais a Janet, Bleuler e

Freud, manteve-se uma estrutura antropológica de três termos – homem, loucura e verdade – que substituiu a estrutura binária do século XVIII (verdade e erro, mundo e fantasma, ser e não-ser). O louco do século XIX não era mais o insensato do século XVIII, mas o alienado, sendo ao mesmo tempo a verdade e o contrário da verdade, ele mesmo e outra coisa que não ele mesmo. Do mesmo modo que, no século XIX, a doença não era tida como a perda completa da saúde, a loucura também não era concebida como perda total da razão, mas como uma contradição na própria razão que ainda existia, daí a possibilidade de sua cura. O paradoxo da psicologia positivista do século XIX foi ter se viabilizado enquanto protociência pela negatividade, ou seja, psicologia da memória pelas amnésias, da linguagem pelas afasias, da inteligência pela debilidade mental, sendo a verdade do homem manifestada pela sua loucura.

Na sua maturidade, Canguilhem (1966; 1990) reafirma que a normalidade enquanto norma de vida é uma categoria mais ampla, que engloba a saúde e o patológico como distintas subcategorias. Nesse sentido, tanto a saúde quanto a doença são normais, na medida em que ambas implicam uma certa norma de vida, sendo a saúde uma norma de vida superior e a doença uma norma de vida inferior. A saúde deixa de se limitar à perspectiva da adaptação, não sendo mais a obediência irrestrita ao modelo estabelecido. Ela é mais do que isso, na medida em que pode se constituir justamente pela não obediência e através da transformação. De acordo com o Canguilhem (1966) da maturidade, a perda da possibilidade de testar a saúde através da doença é patológica. Saúde enquanto perfeita ausência de doença situa-se no campo da patologia. Nessa perspectiva, o limiar entre a saúde e a doença é singular, ainda que influenciado por planos que transcendem o estritamente individual, como o cultural e o socioeconômico. Em última instância, a influência desses contextos dá-se no nível individual (Canguilhem, 1966; 1990). Entretanto, tal influência não determina diretamente o resultado (saúde ou

doença) dessa interação, na medida em que seus efeitos encontram-se subordinados a processos normativos de simbolização.

Canguilhem sistematiza suas reflexões sobre a saúde numa conferência pouco divulgada, ministrada na Universidade de Estrasburgo em 1988, conforme detalhamos em outra oportunidade (Coelho e Almeida Filho, 1999). Após breve análise etimológica, remontando às idéias hipocráticas, Canguilhem (1990) observa que, ao longo da história, a saúde foi tratada como se não pudesse ser apreendida pela razão e, por isso, não pertencesse ao campo científico. Detém-se particularmente no filósofo Kant que, como vimos, teria fundamentado a posição de que a saúde é um objeto fora do campo do saber e que, por esse motivo, nunca poderia ser um conceito científico, mas sim uma noção vulgar, popular, ao alcance de todos.

A idéia de que a saúde é algo individual, privado, singular e subjetivo tem sido recentemente defendida pelo eminente filósofo Hans-Georg Gadamer (1993 [1996]), um dos principais expoentes da hermenêutica contemporânea. Segundo esse autor, o mistério da saúde reside em seu caráter elíptico, enigmático. A saúde não se apresenta às pessoas, não pode ser medida, porque implica um acordo interior e não pode ser controlada por forças externas. Gadamer chega a dizer que o mistério da saúde equivale ao mistério da vida. Para ele, a distinção entre saúde e enfermidade não pode ser claramente definida. Trata-se de uma distinção pragmática, a que só tem acesso a pessoa que está se sentindo enferma e que, por não poder mais lidar com as demandas da vida, decide ir ao médico. A conclusão de Gadamer é singela: por seu caráter privado, pessoal, radicalmente subjetivo, a saúde nunca poderá ser reduzida a um objeto da ciência.

O velho Canguilhem (1990) de certo modo concordaria em que a saúde é uma questão filosófica na medida em que, tal como a filosofia, constitui um conjunto de questões no qual ela mesma se faz questão. Na conferência acima mencionada, propõe o reconhecimento de uma “saúde filosófi-

ca” que passa longe do alcance dos instrumentos, protocolos e aparelhos da ciência, pois se define como livre e não condicionada. Essa saúde filosófica recobriria, sem com ela se confundir, a saúde individual, privada e subjetiva. Trata-se, nesse caso, de uma saúde sem conceito, que emerge na relação praxica do encontro médico-paciente, validada exclusivamente pelo sujeito doente e seu médico. O saber clínico se atribui a missão de aplicar uma tecnologia e uma prática de proteção dessa saúde subjetiva, individual. Porém a saúde filosófica não incorpora apenas a saúde individual, mas também o seu complemento, reconhecível como uma saúde pública, ou melhor, publicizada.

O conceito de saúde pública do filósofo, referido a questões de base ética e metafísica (que resultaria por exemplo nas noções de utilidade, qualidade de vida e felicidade), distancia-se do conceito de saúde pública do sanitarista, complemento do conceito epidemiológico de risco, que compreende o estado de saúde das populações e seus determinantes. Porém Canguilhem, epistemólogo de fina linhagem, reconhece a centralidade desse conceito científico e — fato digno de nota — concebe-o restrito ao campo da saúde pública ou da Higiene.

Dessa maneira, Canguilhem (1990) opõe-se à exclusão da saúde como objeto do campo científico, antecipando uma posição antagônica à de Gadamer. Ele considera que a saúde se realiza no genótipo, na história da vida do sujeito e na relação do indivíduo com o meio, daí porque a idéia de uma saúde filosófica não impossibilita tomar a saúde como objeto científico. Enquanto a saúde filosófica compreender a saúde individual, a saúde científica será a saúde pública, ou seja, uma salubridade que se constitui em oposição à idéia de morbidade. Sendo o corpo um produto de processos complexos de intercâmbio com o meio, na medida em que estes podem contribuir para determinar o fenótipo, a saúde corresponderia a uma ordem implicada tanto na esfera biológica da vida, quanto no modo de vida (Canguilhem, 1990). Como

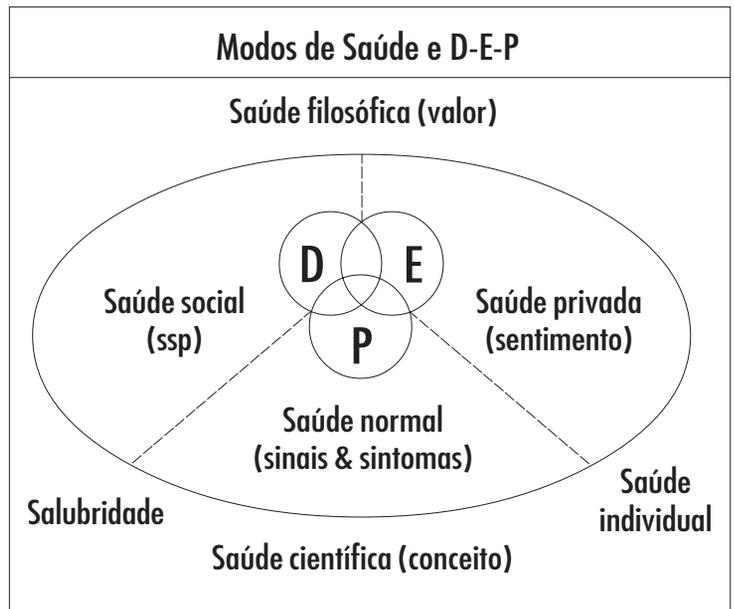
produto-efeito de um dado modo de vida, a saúde implica um sentimento de poder enfrentar a força da enfermidade, funcionando assim como um seguro social implícito contra os riscos.

Nessa altura do seu argumento, Canguilhem refere-se à Higiene, que se inicia como uma disciplina médica tradicional, feita de normas e possuindo uma ambição sociopolítico-médica de regulamentar a vida dos indivíduos. A partir dela, a saúde torna-se um objeto de cálculo e começa a perder a sua dimensão de verdade particular, privada, passando a receber uma significação empírica como conjunto e efeito de processos objetivos. Insiste Canguilhem (1990) que a saúde não é só a vida no silêncio dos órgãos, como afirmara Leriche. Ela também é a vida no silêncio das relações sociais. Nessa perspectiva podemos inserir o discurso da saúde coletiva tal como o conhecemos. Porém Canguilhem (1990) defende que a saúde científica pode enfim assimilar também alguns aspectos da saúde individual, subjetiva, filosófica, e então não apenas a doença e a salubridade (ou, numa terminologia mais atualizada, os riscos) devem ser estudadas pela ciência. A posição canguilhemiana sobre essa questão encontra-se (pobremente) esquematizada na Figura 4.

É curioso observar que Canguilhem já teria há muito uma posição firmada sobre essa questão. Por um lado, reconhece a cientificidade potencial do conceito de saúde pois, mesmo admitindo que esta não se referira a uma existência e sim a uma norma com função e valor, “isto não significa que saúde seja um conceito vazio” (Canguilhem, 1943 [1978, p. 54]). Por outro lado, o jovem Canguilhem não conseguia encontrar justificativa para o projeto de uma ciência específica da saúde. Em suas próprias palavras: “Se a saúde é a vida no silêncio dos órgãos, não há propriamente ciência da saúde. A saúde é a inocência orgânica. E deve ser perdida, como toda inocência, para que o conhecimento seja possível” (Canguilhem, 1943 [1978, p. 76]).

Na perspectiva gadameriana, radicalmente fenomenológica, a defesa da saúde

FIGURA 4
Modelo de Canguilhem (adaptado)



privada, subjetiva, inerentemente enigmática, justificaria desconsiderar a viabilidade de uma abordagem científica da saúde. Entretanto, encontramos o paradoxo de que umas das principais proposições de Gadamer (1993 [1996]) resulta crucial para o avanço de uma formulação alternativa do objeto científico da saúde. Trata-se da idéia de que a saúde é inapelavelmente totalizante. Apóia-se, como lhe é característico, em um argumento etimológico: segundo ele, o vocábulo milenar germânico *gesundheit* implica diretamente a idéia de integralidade ou totalidade (*ganzheit*). Por essa via, a abordagem gadameriana do “enigma da saúde” termina por abrir caminho para uma abordagem sintética (ou metassintética, como veremos adiante) do conceito científico de saúde.

O epistemólogo argentino Juan Samaja, autor do clássico *Epistemología y Metodología* (1994), caso raro de filósofo com formação e interesse em Saúde Pública, toma Canguilhem como ponto de partida para investigar as condições de possibilidade de uma teoria científica da saúde. Segundo Samaja (1997, p. 278), a tese canguilhemiana de que o conceito de saúde articula-se primordialmente ao mundo biológico deve ser

criticada, tanto quanto a tese foucaultiana implícita que proporia um conceito de saúde puramente social ou quicá meramente discursivo (ideológico-político).

Para Samaja (1997), o paradigma dos Sistemas Complexos Adaptativos poderá servir como base epistemológica para a superação da antinomia biológico-social, dadas as demandas conceituais já estabelecidas pelos desenvolvimentos e usos práticos da noção “saúde” nos discursos leigos e técnicos da modernidade. Em sua opinião, é preciso conceber o conceito da saúde como um objeto-sujeito, com distintas faces hierárquicas, o que “permite dialetizar la salud/enfermedad y las prácticas que la constituyen, dejando lugar al reconocimiento de varios planos de emergência, en un sistema complejo de procesos adaptativos” (Samaja, 1997, p. 272). Incorporando elementos da hermenêutica crítica contemporânea, esse autor propõe que o objeto-modelo “saúde” deve operar sob quatro determinações ontológicas essenciais:

- a) *Normatividade*. O objeto saúde é normativo porque existe e consiste nas interfaces hierárquicas dos sistemas dinâmicos sociais e biológicos, reais e ideais, que conformam o mundo humano por meio de processos de estabelecimento e avaliação das normas de existência.
- b) *Dramaticidade*. O objeto saúde é dramático em dois sentidos: primeiro, num sentido recursivo, na medida em que existe-consiste nos processos iterativos, reprodutores e transformadores das interfaces e dramáticos; segundo, num sentido conflitivo, posto que cada ordem hierárquica conserva um alto nível de autonomia e, conseqüentemente, de vulnerabilidade em relação às interfaces.
- c) *Reflexividade*. O objeto saúde é reflexivo porque existe-consiste no campo dos sentidos professados e das práticas vividas pela “conduta produtora-apropriadora (especificamente humana)”.
- d) *Historicidade*. O objeto saúde possui uma natureza onto-sócio-genética: existe-consiste na dialética dos processos estruturais que recapitulam as gêneses passadas.

Nesse percurso de construção, que assumidamente toma a saúde como um valor social (e quase como um tipo-ideal), Samaja destaca a sua natureza complexa, plural e, fundamentalmente, articuladora de múltiplas determinações: “*El objeto de las Ciencias de la Salud, en tanto objeto complejo que contiene sub-objetos de diferentes niveles de integración (células, tejidos, organismos; personas; familias; vecindarios; organizaciones; ciudades; naciones...), implica un gran número de interfaces jerárquicas y enorme cantidad de información, y en ellas cobran sentido y dimensión dramática, sus vivencias y postulaciones (verdaderas o falsas) sobre lo normal y lo patológico, lo sano y lo enfermo, lo curativo y lo preventivo*” (Samaja, 1997, p. 213).

O autor deriva destas reflexões uma série de conclusões epistemológicas, dentre as quais ressalta a de que o campo teórico da saúde emerge da produção e formulação de um conhecimento “politomorfo” sobre a dialética normal-patológico. Para isso, o campo interdisciplinar das ciências da saúde estrutura-se sobre produções cognitivas dos distintos objetos subordinados, revelando diferentes planos de emergência e interfaces hierárquicas. A questão fundamental dessa investigação epistemológica consiste justamente na identificação das interfaces estruturantes da totalidade multifacética do objeto-modelo “saúde”. Para Samaja (1997), as interfaces principais seriam: molécula // célula (categoria específica: autopoiesis); célula // organismo (categoria: ontogênese); organismo // sociedade (categoria: acoplamento estrutural). Além disso, propõe considerar ainda as interfaces na esfera da sociedade, desdobradas da seguinte maneira: biosociedade // sociedade gentflica; sociedade gentflica // sociedade política. Em síntese, a contribuição de Samaja apresenta-se como uma proposição crítica, porém intermediadora do pensamento de Canguilhem, possibilitando a sua instrumentalização como marco de referência para uma teoria geral da saúde.

O OBJETO-MODELO DA SAÚDE MENTAL

Tomando posição no debate sobre a irredutibilidade da saúde ao escrutínio da ciência, preliminarmente concordamos que não é impossível construir um conceito de saúde. Assumindo a saúde como um conceito científico, é importante ressaltar uma outra proposição de Canguilhem (1968) segundo a qual os objetos conceituais não possuem fronteiras epistemológicas e apresentam uma relativa independência do sistema teórico a que pertencem. Cada conceito tem a sua história: forma-se numa determinada época e vai sendo retificado (e reificado) ao longo do tempo. Em consequência, o conceito não necessariamente se limita ao interior de uma única ciência, mas em geral segue distintas filiações conceituais em ciências diferentes. Além disso, pode nesse percurso ampliar suas relações com saberes não-científicos e com práticas sociais, políticas e ideológicas.

A concepção da saúde enquanto ausência de doença continua a ser reafirmada pela prática da medicina contemporânea e pela antropologia médica. Ademais, como vimos, ela foi ampliada pela perspectiva da normalidade com doença defendida pela epistemologia canguilhemiana. Os modelos de doença e os modos de adoecer são relativamente pautados pela patologia e pelos processos sociais de normalização, contrastando com as inumeráveis e criativas maneiras de estar sadio. Conclusão provisória: a saúde deve ser tomada como um conceito aberto, no sentido de que os signos, significados e práticas mostram grande variação, pois não é possível um padrão unificado de normalidade para a saúde. A saúde não se reduz a um único modelo explanatório na medida em que diversas formas de viver, sejam histórica, cultural ou individualmente determinadas, apresentam-se como possibilidades distintas de normalidade.

Trazendo a discussão sobre o conceito de saúde para o campo mental, de acordo

com a etnopsiquiatria clássica, a chave para a normalidade psíquica não é a adaptação mas o ajustamento. Laplantine (1994) considerou que a capacidade de comunicação simbólica e a solidariedade da cultura com os interesses de um ego capaz de maleabilidade e sublimações criadoras são critérios epistemológicos de normalidade. Embora existam fenômenos ajustados à cultura e por ela considerados normais, tais fenômenos não implicam, necessariamente, normalidade mental. Nesse sentido, a normalidade tem pouca relação tanto com a inadaptação, quanto com a adaptação sociológica à norma, ou seja, aos comportamentos valorizados pela cultura. Isso significa que ela pode coincidir ou não com a média e que não converge, necessariamente, ao padrão cultural geral, podendo também expressar os padrões das subculturas e dos seus indivíduos.

Com a nova psiquiatria transcultural, especialmente preocupada com os efeitos culturais das heterogeneidades estruturantes das sociedades ditas desenvolvidas, aprendemos que, embora haja uma tendência para que os problemas concernentes à saúde-doença sejam resolvidos e decididos pela ciência, eles envolvem uma multiplicidade de vozes a serem consideradas. Um mesmo signo pode ter diferentes significados a depender do seu contexto; um signo de anormalidade perante a nosologia médica pode indicar normalidade no contexto do próprio indivíduo ou de seu grupo social. Além disso, anomalias e alterações no mais estrito senso biológico, signos de patologia, sintomas considerados mórbidos, possuem múltiplos sentidos e ocorrem, com frequência inusitada, em indivíduos tidos como normais.

Com relação aos signos e significados de saúde mental propriamente, estes não se reduzem a uma leitura pela negativa da psicopatologia, de fato requerendo uma ampliação de sentido somente possível pelo recurso à semiologia e à hermenêutica. Canguilhem já propunha que a saúde implica em poder desobedecer, em produzir ou acompanhar uma transformação, adiantando que a saúde estaria relacionada à forma

pela qual o indivíduo reage aos eventos de vida ou interage nos modos de vida. Entretanto, a excessiva generalidade e reduzida precisão de formulações desse tipo mais revelam limitações intrínsecas a uma racionalidade originariamente positivista do que contribuem para a construção do objeto-modelo “saúde” ou para a elucidação do enigma da saúde (parafrazeando Gadamer).

Por outro lado, o grau de sofisticação e sutileza revelado pela exploração semiológica dos conceitos de doença e correlatos (levada a cabo pela linhagem Kleinman-Good-Young) parece indicar uma frutífera via de acesso aos conceitos equivalentes de saúde. A série semântica patologia-doença-enfermidade poderá ser ampliada e tornada ainda mais específica, o que certamente permitirá um tratamento conceitual competente para a tão falada porém pouco contemplada polissemia ou multiplicidade de sentidos do conceito de saúde. Nesse sentido, consideremos o conjunto de prescrições sobre o dever-ser do objeto complexo da saúde mental, conforme desdobramos em seguida à guisa de conclusão.

Em oposição ao caráter modular e fragmentado da “doença mental”, o objeto-modelo “saúde mental” só se define em sua configuração inteira, já que tem facetas, acidentes, zonas de sombra, ângulos ocultos, sendo que a mirada de cada um desses ângulos de fato não dá acesso ao conjunto de propriedades definidoras deste objeto. Por esse motivo, devemos pensar o conceito de saúde mental como “integrais de saúde-enfermidade-cuidado” (Almeida Filho, 1997). Os integrais de saúde-enfermidade-cuidado podem ser referenciados tanto como tecidos de pontos sensíveis ou metáforas de representação social de enfermidades como estruturas epidemiológicas, cadeias de causalidade ou relações de produção de risco. A lógica que predomina nesta família de objetos possíveis é uma lógica múltipla e plural que não se expressa de maneira codificada, mas que somente se pode reconhecer por seus efeitos.

Façamos um exercício de aplicação dessas idéias no campo da saúde mental. A

depressão é mais que uma “doença” no sentido clínico, mais que um “transtorno” no sentido estrutural psicopatológico, mais que um “risco” no sentido epidemiológico, mais que uma “morbidade” no sentido da saúde pública, mais que um “processo complexo” no sentido socioecológico, mais que um “protótipo” no sentido “semiológico”, e não se reduz a uma “forma”, componente do imaginário social. A *malaise* chamada “depressão” é isso tudo, mais que tudo isso e, mais ainda, incorpora a transformação (a historicidade, não podemos esquecer) de cada uma dessas faces de um objeto-modelo totalizado. Em síntese, a depressão não pode ser compreendida através do somatório das explicações parciais com base em cada uma das suas manifestações particulares.

Começamos por ilustrar o objeto sintético “saúde mental” através de uma categoria nosológica de doença mental... Paradoxo? De modo algum, se bem compreendemos Canguilhem. Porém o problema de base permanece: como efetivar a construção deste objeto tão plural?

Uma importante tendência da filosofia da ciência contemporânea assinala a possibilidade e necessidade de uma epistemologia da figura enquanto dispositivo de construção de objetos científicos, com implicações para o projeto de construção do conceito de saúde mental enquanto objeto totalizado e complexo. Nessa perspectiva, a investigação epistemológica se constituiria como uma certa “cartografia” dos sistemas de representação de um dado objeto. Adotando essa perspectiva de base e aplicando “em abstrato” algumas das tendências de mudança paradigmática presentes no panorama científico atual, poderemos avançar na configuração de um certo objeto-modelo ontológico por referência aos fenômenos da saúde-doença mental.

O princípio fundamental dessa proposição é a busca da integralidade da “figura saúde mental” proposta, o que implica referenciar os fenômenos da saúde-doença mental por meio de um objeto-modelo totalizado. Nessa perspectiva, o objeto pode assumir a forma de um “integral”. É bem verdade que objetos-modelos parciais têm

sido abundantemente construídos no campo das ciências biológicas e das ciências sociais, dentro de uma perspectiva em geral denominada de “estruturalismo”. No que nos interessa mais de perto, essa abordagem intervém no objeto-modelo de base configurando “estruturas” resultantes de “alteração”, por sua vez resultantes de “processos subordinados estruturais”. Aqui, sim, a lógica dedutiva tem praticamente dominado tais modelos topológicos hierarquizados.

Na instância dos sistemas dinâmicos, onde se configuram os modelos heurísticos que se definem pela sensibilidade ao próprio movimento, os produtos de tais modelos são redes de processos que produzem processos. A lógica predominante nesses objetos-modelo é a lógica que podemos chamar de “dialética do tipo I”, especialmente aquela que se preocupa com as leis gerais do movimento e das transformações. A faceta do objeto integral correspondente a esta instância/domínio assume a forma geral de “sistemas de saúde-doença-cuidado”, produto de modelos sistêmicos essencialmente iterativos, interconectados, fractais (no sentido de que cada elemento configura em si uma rede de processos de nível inferior) (Krieger, 1994).

No domínio da generalização, os modelos explicativos próprios dessa instância se configuram em torno de matrizes de possibilidades, tendo como produto formas lógicas verdadeiras. O seu efeito sobre uma das faces do objeto “integrais de saúde-doença-cuidado” pode ser expresso como morbidade, noção bem mais aproximada à concepção do senso-comum de risco enquanto ameaça-perigo potencial. A potencialidade (ou virtualidade) desse risco será dada pela operação de uma lógica que chamaríamos de “quasi-dedutiva”, produtora de possibilidades de ocorrência de eventos, “deduzidas” da compilação de conhecimentos produzidos pela aplicação dos modelos de explicação determinante aparentados.

O tratamento dos modelos desta instância equivalentes ao domínio da generalização apresenta grandes dificuldades, que só recentemente têm sido abordadas através

de uma conceitualização ainda provisória mas de grande potencial. Trata-se dos sistemas que propomos denominar de “a-líneares” ou objetos mais propriamente metafóricos, figuras em que o borramento dos limites entre elementos e intercontextos dificulta qualquer tentativa de formalização (Capra, 1995). Os dispositivos heurísticos que têm sido desenvolvidos para tal, que apresentam melhor potencial de uso, são os “protótipos” de Lakoff (1993). Ainda não se estabeleceram critérios mais firmes para o tratamento desses novos objetos no campo lógico. Enquanto isso, indica-se a “lógica paraconsistente” (Costa, 1989), traduzida no esquema como “dialética do tipo II”, incorporando as possibilidades de tratamento das ambigüidades e das inconsistências. Em outra vertente, abre-se a possibilidade de desenvolvimento de uma abordagem mais abertamente metafórica para a construção dessa faceta dos objetos complexos, ou melhor, dos objetos-modelo integrais, prescindindo portanto de expressões de ordem formal.

Finalmente, chegamos à instância dos processos hermenêuticos, produtores de objetos-modelo sintéticos, imagens, figuras (em um sentido wittgensteiniano). No domínio do particular, considera-se a possibilidade da “emergência”, como engendramento do novo, do que efetivamente resulta da síntese para além das múltiplas determinações. No domínio da generalização, trata-se dos processos praxiológicos de construção do cotidiano (em um certo plano parcial). Em ambos os casos, propomos considerar uma forma elementar de determinação, até o momento mais familiar ao campo da estética, que se chama “anamorfose”, capaz de expressar de modo incipiente a transição da práxis e da emergência às imagens-figuras.

Desnecessário dizer quão insuficiente tem sido o tratamento dessa face do objeto “integrais de saúde-doença-cuidado” na prática científica contemporânea. De todo modo, é possível avançar uma definição “imaginária” da saúde mental nesta perspectiva: formas metassintéticas, condensação de instâncias, domínios, níveis, lógi-

cas, modelos, produtos, objetos. Saúde-doença mental será portanto uma imagem, uma configuração, uma dessas curiosas formas que, em conseqüência do que referem no mundo concreto, somente fazem sentido como uma *Gestalt*, como um integral. Afinal, a história etimológica do termo “saúde” revela uma intrigante linhagem, com origem no radical grego antigo *holos* (todo), através da transição *s’olos - salus - salut - salud - saúde* (Rey, 1993).

COMENTÁRIOS FINAIS

Para concluir, precisamos minimamente indicar as conseqüências dessa viagem epistemológico-teórica para as práticas concretas de saúde mental.

A proposta kleinmaniana já demonstra uma preocupação eminentemente clínica e, nesse sentido, toma como objeto privilegiado de discussão a relação médico-paciente. Modelos explicativos divergentes podem levar a problemas na condução clínica dos casos, comprometendo a adesão do paciente ao tratamento com conseqüente menor eficácia e insatisfação. Isso ocorre porque a medicina moderna diagnostica e trata a doença, enquanto os pacientes sofrem de enfermidade, o que estabelece um problema “comunicacional” no encontro entre médico e paciente. Os pacientes podem não aderir ao tratamento porque não entendem ou não concordam com as condutas médicas, o que leva a uma menor efetividade da intervenção clínica (Kleinman, 1992). Allan Young, como vimos acima, acrescentaria que a sociedade (ou a comunidade, caso se opte por um referencial mais culturalista) lidaria com a dimensão da doença/*sickness*, o que complexifica mais ainda este problema de comunicação.

Temos aí um primeiro dilema crucial para a operação dos sistemas de cuidado à saúde mental, na medida em que cada um dos *key-players* envolvidos “visualiza” distintas dimensões do complexo saúde-doença-cuidado, irredutíveis entre si. Em sociedades complexas caracterizadas por in-

tensa desigualdade social, como a sociedade brasileira contemporânea, essa problemática se reveste ainda de maior centralidade. Nesse caso, as reflexões de Good e Good, operadas teoricamente pelo conceito de *ssp/sm* de Bibeau e Corin, considerando a pluralidade de vozes oriundas da multiculturalidade e das heterogeneidades de classe, gênero e geração, contribuem para compreender o processo de constituição de um imaginário social sobre os fenômenos da saúde mental, no âmbito restrito de uma definição coletiva de doença.

Os outros componentes do modelo antropológico de saúde-doença, patologia e enfermidade, padeceriam, por razões distintas, de uma certa vulnerabilidade a processos de intervenção prática ou tecnológica. Por um lado, o conceito de transtorno mental, com base na psicopatologia biomédica, apresenta um alto grau de estabilidade como modelo explicativo e uma restrita aplicabilidade a contextos coletivos. Por outro lado, a subjetividade radical implícita na noção de enfermidade, consoante com as teorias psicodinâmicas, remete ao impasse gadameriano da irredutibilidade da experiência de doença mental, tanto a processos comunicativos característicos do agir social quanto a modelos explicativos sistemáticos possibilitadores de uma tecnologia clínica.

Pelo que aprendemos da obra-mestra de Canguilhem, os conceitos de normalidade e de patologia também teriam pouca utilidade no sentido de uma “engenharia social da saúde” (e da saúde mental em particular). Nesse aspecto, Samaja (1997) já corretamente criticava a excessiva ou quiçá exclusiva referência canguilhemiana aos âmbitos subindividual e individual e ao discurso biomédico. Não obstante, a “teoria geral da saúde” do velho Canguilhem, indicando uma certa “saúde filosófica” em oposição a um conceito restrito de “saúde pública”, certamente abre perspectivas para uma definição mais precisa dos objetos de intervenção dos chamados projetos comunitários de saúde mental.

Resta-nos avaliar algumas repercussões pragmáticas das explorações teóricas acima expostas.

Em primeiro lugar, não podemos discordar de que reduzir a “carga de doença mental”, diminuindo o volume de morbidade pela via do tratamento e reabilitação de casos, resultará em melhores índices de saúde mental no sentido da salubridade. Buscando superar o chamado modelo hospitalocêntrico, com grande potencial de iatrogenia e estigmatização social, a expansão de cobertura e organização da rede psiquiátrica e a melhor qualificação e efetividade dos serviços assistenciais têm sido as estratégias de escolha nessa perspectiva. Entretanto, esse modelo “comunitário” da medicina mental traz pelo menos dois perigos potenciais: a) uma tendência à psiquiatrização da vida social – deslocando o papel das redes de suporte social e os dispositivos simbólicos de promoção da “saúde cultural” (processo desde há muito já analisado por diversos autores, conforme Pinheiro e Almeida Filho, 1981); e b) um incremento tecnológico e uma expansão de cobertura – resultando em um comprometimento cada vez mais profundo de escassos recursos públicos, na medida em que, conforme alertado pelos economistas da saúde (Williams, 1985), trata-se de um setor social portador de uma impressionante elasticidade de demanda por serviços, verdadeiro “poço sem fundo”.

Nas sociedades multiculturais que praticamente definem o que se vem chamando de pós-modernidade, o pluralismo étnico, a exclusão social, a brecha geracional, a desigualdade de gênero, e tantos outros processos heteronômicos, indicam a necessidade de aparelhos de cuidado psiquiátrico culturalmente sensíveis, a fim de pelo menos aumentar a resolutividade da sua ação. Nesse sentido, dentro do horizonte lógico-epistemológico tentativamente explicitado no presente ensaio, não será desejável desenhar e planejar programas de assistência em saúde mental a partir de modelos baseados no conceito restrito de transtorno mental ou em referenciais de enfermidade enquanto dimensão idiossincrática do sujeito. Para aumentar a efetividade da assistência psiquiátrica, será preciso conhecer em profundidade as dimensões

da doença-*sickness* em nossa sociedade. No entanto, todos esses movimentos ainda se baseiam em uma concepção da saúde mental enquanto mera ausência de doença neuropsiquiátrica ou de transtornos comportamentais. Enfim, no que se refere ao planejamento na área da saúde mental, não se deve absolutamente confundir programas ou atividades de assistência psiquiátrica ou de prevenção de transtornos mentais com ações de promoção da saúde mental.

Situa-se aqui a importância crucial da conceituação positiva (mesmo que provisória e limitada) de “saúde mental”, em todos os seus níveis, instâncias e dimensões. Desde a normalidade no nível subindividual (subsidiando uma certa Psiquiatria Molecular) ao estado de saúde mental no nível individual (configurando uma “síndrome de bem-estar”) e daí a um conceito ampliado de saúde mental como expressão de saúde social. Este último pode ser tomado em duas vertentes: por um lado, como situação de “salubridade psicossocial”, correspondendo ao contradomínio do conceito epidemiológico de “morbidade psiquiátrica”. Por outro lado, como complexo integral e articulado de forças positivas no sentido da constante superação dos limites da normalidade.

Em suma, transitamos da compreensão da experiência da enfermidade mental à da patologia neuropsiquiátrica, daí ao tratamento da doença e à prevenção dos riscos, e finalmente apontamos para a promoção da saúde. Agora então o conceito de “saúde” se torna necessariamente objeto de uma perspectiva transdisciplinar e totalizadora, fora do âmbito dos programas de assistência. Objeto-modelo construído por meio de práticas trans-setoriais, a saúde mental significa um *socius* saudável; ela implica emprego, satisfação no trabalho, vida cotidiana significativa, participação social, lazer, qualidade das redes sociais, equidade, enfim, qualidade de vida. Por mais que se decrete o fim das utopias e a crise dos valores, não se pode escapar: o conceito de saúde mental vincula-se a uma pauta emancipatória do sujeito, de natureza inapelavelmente política.

BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA FILHO, N. "The Paradigm of Complexity: Applications in the Field of Public Health", in Advisory Committee on Health Research, *A Research Policy Agenda for Science and Technology to Support Global Health Development*. Geneva, World Health Organization, 1997a, pp.1-15.
- ALMEIDA FILHO, N.; CAROSO, C.; ALVES, P. C.; RABELO, M.; RODRIGUES, N.; BIBEAU, G.; CORIN, E. *Signs, Meanings and Practice in Mental Health: Part II. Methodological Application. The Bahia Study*. Department d'Anthropologie, Université de Montréal, IDRC Research Report, 1998.
- ALMEIDA FILHO, N.; CORIN, E.; BIBEAU, G. *Rethinking Transcultural Approaches to Mental Health Research. From Epistemology to Methodology*. Manuscrito não-publicado, 1999.
- BIBEAU, G. "Repères pour une Approche Anthropologique en Psychiatrie", in E. Corin, S. Lamarre, P. Mingneault e M. Tousignant (eds.), *Regards Anthropologiques en Psychiatrie*. Montréal, Editions du Girame, 1987.
- _____. "A Step Toward Thick Thinking: From Webs of Significance to Connections Across Dimensions", in *Medical Anthropology Quarterly*, 2, 1988, pp. 402-16.
- _____. *New and Old Trends in the Interface Between Ethnography and Psychiatry*. First National Meeting on Medical Anthropology, Salvador, Bahia, Brazil, November 3-6, 1993.
- _____. "Hay una Enfermedad en las Americas? Otro Camino de la Antropologia Médica para Nuestro Tiempo", in *Cultura y Salud en la Construcción de las Americas*. Bogotá, Instituto Colombiano de Cultura, 1994, pp. 44-70.
- BIBEAU, G. e CORIN, E. "Culturaliser l'Épidémiologie Psychiatrique. Les Systèmes de Signes, de Sens et d'Action en Santé Mentale", in P. Charest, F. Trudel e Y. Breton (dir.), *Marc-Adélar Tremblay ou la Construction de l'Anthropologie Québécoise*. Quebec, Presses de L'Université Laval, Jan./1994.
- _____. "From Submission to the Text to Interpretative Violence", in G. Bibeau e E. Corin (eds.), *Beyond Textuality. Ascetism and Violence in Anthropological Interpretation. Approaches to Semiotics Series*. Berlin, Mouton de Gruyter, 1995, pp. 3-54.
- CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1978. Primeira edição original: 1943.
- _____. "Nouvelles Réflexions sur le Normal et le Pathologique", in *Le Normal et le Pathologique*. Paris, PUF, 1966.
- _____. *Études D'Histoire et de Philosophie des Sciences*. Paris, Vrin, 1968.
- _____. *La Santé: Concept Vulgaire et Question Philosophique*. Toulouse, Sables, 1990.
- CAPRA, R. C. *Fuzzy Logic and Epidemiologic Reasoning*. I Congresso Latino-americano, II Congresso Ibero-americano e III Congresso Brasileiro de Epidemiologia, *Resumos*, Salvador, Abrasco, 1995.
- COELHO, M. T.; ALMEIDA FILHO, N. "Normal-patológico, Saúde-doença: Revisitando Canguilhem", in *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 1999 (aceito para publicação).
- CORIN, E. "Vers une Réouverture Sémiotique et Culturelle du Diagnostic Psychiatrique", in P. Beuf, *La Santé Mentale comme Observable*. Réseau GE.M.ME, Ed. Colloque INSERM, 192, 1989, pp. 455-70.
- _____. "Les Détours de la Raison. Repères Sémiologiques pour une Anthropologie de la Folie", in *Anthropologie et Sociétés*, 17(1-2), 1993, pp. 5-20.
- _____. "The Cultural Frame: Context and Meaning in the Construction of Health", in Sol Levine (ed.), *Society and Health*. New York, Oxford University Press, 1994.
- _____. "The Social and Cultural Matrix of Health and Disease", in R. G. Evans, M. L. Barer e R. Marmor (eds.), *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations*. Hawthorn, NY, Aldine de Gruyter, 1995, pp. 93-132.
- CORIN, E.; UCHÔA, E.; BIBEAU, G.; HARNOIS, G. *Les Atitudes dans le Champ de la Santé Mentale. Repères Théoriques et Méthodologiques pour une Étude Ethnographique et Comparative*. Centre Collaborateur OMS (Montreal), Centre Hospitalier Douglas, Juin/1989.
- CORIN, E.; BIBEAU, G.; LAPLANTE, R.; MARTIN, J. C. *Comprendre pour Soigner Autrement. Repères pour Régionaliser les Services de Santé Mentale*. Montréal, Presses de L'Université de Montréal, 1990.
- CORIN, E.; BIBEAU, G.; UCHOA, E. "Éléments d'une Sémiologie Anthropologique des Troubles Psychiques chez les Bambara, Soninké et Bwa du Mali", in *Anthropologie et Sociétés*, 17 (1-2), 1993, pp. 125-56.

- CORIN, E.; LAUZON, G. "Positive Withdrawal and the Quest for Meaning: the Reconstruction of Experience Among Schizophrenics", in *Psychiatry*, 55, 1992, pp. 266-81.
- COSTA, N. *Ensaio sobre os Fundamentos da Lógica*. São Paulo, Hucitec/Edusp, 1989.
- DEVEREUX, G. "Normal and Abnormal: The Key Problem of Psychiatric Anthropology", in *Some Uses of Anthropology: Theoretical and Applied*. Washington, The Anthropological Society of Washington, 1971.
- FOUCAULT, M. *Mental Illness & Psychology*. New York, Harper & Row, 1976. Primeira edição: 1954.
- _____. *Naissance de la Clinique: une Archéologie du Régard Médical*. Paris, PUF, 1963.
- _____. *História da Loucura*. São Paulo, Perspectiva, 1972.
- GADAMER, H. G. *The Enigma of Health*. California, Stanford University Press, 1996. Primeira edição: 1993.
- GOOD, B. *Medicine, Rationality, and Experience. An Anthropological Perspective*. New York, Cambridge University Press, 1994.
- GOOD, B.; GOOD, M. J. "The Meaning of Symptoms: a Cultural Hermeneutic Model for Clinical Practice", in L. Eisenberg e A. Kleinman (eds.), *The Relevance of Social Science for Medicine*. Dordrecht, Holland, D. Reidel Publishing Co, 1980, pp.165-96.
- _____. "Toward a Meaning-Centered Analysis of Popular Illness Categories: 'Fright Illness' and 'Heart Distress' in Iran", in A. J. Marsella, G. M. White (eds.), *Cultural Conceptions of Mental Health and Therapy*. Dordrecht, Holland, D. Reidel Publishing Co, 1982, pp. 141-66.
- INECOM. *The International Network for Cultural Epidemiology and Community Mental Health*. Montreal, WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health, 1993.
- KLEINMAN, A. "Depression, Somatization and the 'New Cross-cultural Psychiatry'", in *Social Science and Medicine*, 11, 1977, pp. 3-10.
- _____. *Patients and Healers in the Context of Culture*. USA, University of California Press, 1980.
- _____. "Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems", in C. Curren, M. Stacey (eds.), *Concepts of Health, Illness and Disease. A Comparative Perspective*. Oxford, Berg Publishers, 1986, pp. 29-47.
- _____. "Anthropology and Psychiatry. The Role of Culture in Cross-cultural Research on Illness", in *British Journal of Psychiatry*, 151, 1987, pp. 447-54.
- _____. *The Illness Narratives: Suffering, Healing & The Human Condition*. New York, Basic Books, 1988.
- _____. "Local Worlds of Suffering: an Interpersonal Focus for Ethnographies of Illness Experience", in *Qualitative Health Research*, 2(2), May/1992, pp. 127-34.
- KRIEGER, N. "Epidemiology and the Web of Causation: Has Anyone Seen the Spider?", in *Social Science and Medicine*, 39(7), 1994, pp. 887-903.
- KRISTEVA, J. *Introdução à Semañálise*. São Paulo, Perspectiva, 1974.
- LAKOFF, G. *Women, Fire and Dangerous Things*. Berkeley, University of California Press, 1993.
- LAPLANTINE, F. *Aprender Etnopsiquiatria*. São Paulo, Brasiliense, 1994.
- LITTLEWOOD, R. "From Categories to Context: a Decade of the New Cross-cultural Psychiatry", in *British Journal of Psychiatry*, 156, 1990, pp. 308-27.
- MASSÉ, R. *Culture et Santé Publique*. Montréal, Gaetan Morin, 1995.
- PINHEIRO, L. U.; ALMEIDA FILHO, N. "As Estratégias da Psiquiatria: do Confinamento à Penetração", in *Revista da Associação Psiquiátrica da Bahia*, 4, 1981, pp. 62-73.
- REY, A. *Dictionnaire Historique de la Langue Française*. Paris, Dictionnaires Le Robert, 1993.
- SAMAJA, J. *Epistemología y Metodología*. Buenos Aires, Eudeba, 1994.
- _____. *Fundamentos Epistemológicos de las Ciencias de la Salud*. Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, 1997.
- SUSSER, M. *Causal Thinking in the Health Sciences*. New York, Oxford University Press, 1973.
- YOUNG, A. "The Discourse on Stress and the Reproduction of Conventional Knowledge", in *Social Science and Medicine*, 148, 1980, pp. 133-46.
- _____. "The Anthropologies of Illness and Sickness", in *Ann. Rev. Anthropol.*, 11, 1982, pp. 257-85.
- WILLIAMS, A. "The Nature, Meaning and Measurement of Health and Illness: an Economic Viewpoint", in *Social Science and Medicine*, 20(10), 1985, pp. 1.023-7.