

A Saúde como Conceito Social

AUBREY LEWIS*

RESUMO

O presente artigo é a transcrição de uma conferência de Aubrey Lewis, reproduzida originalmente, em 1953, no *British Journal of Sociology*. O título encerra, na verdade, uma crítica ao conceito *social* de saúde. Sem negar a importância do *contexto* em que se constitui a enfermidade ou a saúde, Lewis recusa-se, não obstante, a conferir ao conceito um “conteúdo” social e propõe uma definição que se refere, primordialmente, às funções do corpo e da mente. Não se trata de uma discussão epistemológica. Lewis argumenta sempre a partir de questões metodológicas, questionando as definições mais correntes da medicina e da psiquiatria de seu tempo. Por exemplo, ao considerar a análise do desempenho de funções psicológicas e fisiológicas, pondera que não há como julgar objetivamente o que é um desempenho eficiente. Daí a impossibilidade de reconhecimento do corpo que é doente ou sadio, “de forma válida e confiável”. O mérito do artigo talvez esteja menos em suas propostas – apenas alinhavadas na parte final – do que num esforço rigoroso de derrubar pré-noções arraigadas.

Palavras-chave: Saúde – conceito social; psiquiatria – funções psicológicas; medicina clínica – funções fisiológicas; normal e patológico.

* Sir Aubrey Lewis, psiquiatra nascido na Austrália em 1900 e falecido em 1975, dirigiu o Instituto de Psiquiatria do Hospital Maudsley, em Londres, por quase duas décadas, até aposentar-se em 1966. Em 1945, tornou-se professor de Psiquiatria da Universidade de Londres. O presente artigo foi traduzido, sob licença, de “Health as a Social Concept”, *British Journal of Sociology*, v. 4, p. 109-124, 1953. Direitos de tradução adquiridos dos editores ingleses pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Tradução de Anna Beatriz de Castro Santos, e revisão técnica de Luiz A. de Castro Santos.

ABSTRACT

Health as a Social Concept

A direct transcript of a conference given by the renowned British psychiatrist, Sir Aubrey Lewis, this article was originally published in a 1953 issue of the *British Journal of Sociology*. The title may be slightly misleading, since the author is actually criticizing the *social* definition of health. Though rejecting a social *content* to the notion of health and disease, Lewis does not deny the importance of a social “context”, and advances a definition of health concerning, particularly, the functions of the human mind and body. This is not an epistemological question. His arguments always derive from methodological issues, challenging the most widely accepted definitions from the medicine and psychiatry of his time. For instance, in dealing with the analyses of performance of psychological and physiological functions he ponders that there is no way we can objectively assess what is “an adequate performance of functions”. Hence, we cannot recognize a health or unsound body “in a reliable and valid way”. The essay is not as important because of the conclusions the author reaches – tentative and fragmentary – as it because of the questions he raises and the interpretations he challenges.

Keywords: Health – social concept; psychiatry – mental functions; physical health – physiological functions; normal and pathological states.

RÉSUMÉ

Le Concept Social de Santé

Cet article a été transcrit d’une conférence réalisée par Aubrey Lewis, reproduite par le *British Journal of Sociology* en 1953. Son titre enferme, en vérité, pas une définition, mais plutôt une critique du concept *social* de santé. Néanmoins, même en respectant l’importance du *contexte* où s’est produit l’infirmité ou la santé, Lewis se refuse à accorder à ce concept un “contenu” social, en postulant une définition qui concerne, primordialement, les fonctions du corps et de l’esprit. Il ne s’agit ici d’une discussion épistémologique. Lewis raisonne toujours à partir de questions méthodologiques, tout en questionnant les définitions les plus courantes relatives à la médecine et à la psychiatrie de son temps. Par exemple, en même temps qu’il considère l’importance de l’analyse de l’action des fonctions psychologiques et physiologiques, il argumente qu’il n’y a pas moyen de juger ce qui signifie exactement une action efficiente. D’où l’impossibilité de reconnaître si un corps est malade ou sain, “d’une

façon valable et assurée”. Plutôt que dans ses propositions – à peine ébauchées à la partie finale du texte – le mérite de cet article réside dans son effort rigoureux dans le but de démolir les pré-notions enracinées.

Mots-clé: Santé – concept social; psychiatrie – fonctions psychologiques; médecine clinique – fonctions physiologiques; le normal et le pathologique.

As implicações sociais da saúde e da doença, apesar de amplamente conhecidas, são obscurecidas pela incerteza sobre a verdadeira aplicação desses dois termos ou, mais precisamente, sobre como identificar a presença da saúde ou da doença em um indivíduo. Embora esta dúvida surja especialmente no que se refere à saúde mental, ela também se manifesta em relação à saúde física. Assim que passamos da noção óbvia de boa saúde ou de doença e entramos na penumbra onde residem os casos duvidosos (como malformações congênitas, lesões assintomáticas, etc.), percebemos que o conceito de saúde precisa ser mais esclarecido; concluímos que ele é extremamente difícil de ser definido sem levar em consideração o ambiente social e material de cada indivíduo.

Se a minha tarefa fosse analisar as causas e conseqüências sociais da doença (ou as condições sociais mais propícias à manutenção da saúde), ela seria, embora ainda difícil, bem mais fácil do que o tema que escolhi. Há uma enorme variedade de estudos concretos sobre esses assuntos – eles se prestam a vigorosas conjeturas, podem ser ilustrados por casos clínicos e oferecem menos riscos de o expositor se perder em um emaranhamento.

Esses estudos pressupõem comumente que, já conhecendo o conceito de saúde, podemos distingui-la da doença. No entanto, não podemos operar de forma segura com palavras e conceitos ambíguos, tais como os atuais conceitos de saúde e doença. Para determinarmos as carências a serem supridas pelo National Health Service, é necessário primeiro estimarmos a prevalência da doença; no caso da doença mental, em todas as suas formas, isso é atualmente impossível, principalmente porque não temos certeza sobre o que deve ser incluído. Da mesma forma, não podemos concordar sobre a duração da doença e sobre a eficácia do tratamento porque não temos um critério reconhecido sobre sua recuperação. Embora essa afirmação possa parecer absurda, há inúmeras evidências que comprovam a sua veracidade.

Conseqüentemente, estarei lidando esta noite, em grande parte, com um problema de definição. Não vou considerar como as manifestações de saúde e doença são classificadas e definidas, ou seja, não pretendo falar sobre os princípios e critérios dos diagnósticos – vou examinar somente os critérios de saúde em geral. E, embora o assunto demande uma discussão mais teórica, sua finalidade é apenas prática – aplicar os critérios, sejam eles quais forem, na enumeração de pessoas doentes ou sãs, na seleção de pessoas saudáveis para as diversas oportunidades e encargos sociais e na análise mais aprofundada das condições sociais de doença e saúde. E, devido a esta finalidade prática, serão aceitos certos pressupostos de trabalho, tais como:

que a linguagem dualista é, aqui, inevitável; que as ficções, saúde e doença, servem a um propósito intelectual útil, embora saibamos que elas representam, por assim dizer, as terras altas e baixas de uma extensa região de terraços e desníveis.

Quando as pessoas falam, por brincadeira ou a sério, que somos todos um pouco malucos, que as pessoas neuróticas são as que mais contribuem para as artes e para o desenvolvimento do mundo ou que o crime deve ser tratado como doença e as prisões transformadas em hospitais, estão sugerindo, a meu ver, que existe um conceito social da doença, não menos importante do que o conceito tradicional utilizado até recentemente. Esse dilema moderno foi explicado a fundo por Erich Fromm:

“O termo normal ou saudável pode ser definido de duas maneiras: em primeiro lugar, do ponto de vista da sociedade funcional, uma pessoa pode ser considerada normal ou saudável quando é capaz de desempenhar o papel social que se espera dela naquela determinada sociedade – se ela está apta a colaborar na reprodução da sociedade. Em segundo lugar, do ponto de vista do indivíduo, encaramos a normalidade ou a saúde como sua condição favorável ao crescimento e à felicidade”¹.

Existe amplo consenso a respeito do pressuposto de que a saúde é parcialmente um conceito social – explícito na definição adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) há cinco anos. O parágrafo de abertura da carta internacional desse órgão afirma que “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social”.

Essa afirmação, ao mesmo tempo que é extremamente abrangente, é completamente sem sentido. Contudo, condená-la por sua falta de clareza é ignorar a história e a complexidade do conceito que a precede. Ao descrever a saúde como um estado de perfeição, tal como o supostamente experimentado pelos arcanjos e por Adão antes do Pecado Original, os autores da carta da OMS estavam retornando a uma fórmula remota e inatingível de integridade total entre o corpo, a mente e o espírito, alcançada no Século de Ouro, e perdida desde então.

¹ Esta e outras citações no texto original não fazem referência ao autor e/ou ao título do trabalho [N. do R.].

O conceito trivial de saúde pode ser mais bem examinado quando relacionado às atividades físicas do corpo. Desse modo, começarei considerando o conceito de doenças físicas e seus possíveis componentes sociais. Em seguida, passarei para o campo mais complexo da saúde mental, para examinar se a adaptação ao ambiente social é um critério de saúde mental ou se outros critérios – notavelmente distúrbios de funções psicológicas – são os únicos critérios essenciais e úteis. A partir daí, vou considerar as perversões sexuais, a personalidade psicopática e o suicídio, de modo a observar se os desvios sociais exprimem doenças mentais, e afirmarei que a doença não pode ser definida como apenas aquilo que é tratado pelos médicos. Por fim, após um rápido resumo sobre algumas conseqüências perigosas de um conceito mal definido de saúde, concluirei sugerindo que devemos diferenciar o conceito de bem-estar social do conceito de saúde, para que suas inter-relações possam ser mais bem observadas e analisadas.

Se os diversos órgãos de um indivíduo funcionarem suficientemente bem para não chamarem a atenção sobre si e ele não sentir qualquer dor ou desconforto, provavelmente suporá que está em boas condições de saúde. Nesse caso, o critério é subjetivo. No entanto, se resolver tirar uma chapa de raios X e descobrir que seus pulmões mostram uma forte evidência de tuberculose, imediatamente deixará de se considerar um sujeito saudável; o critério que ele adota agora é extrínseco, isto é, a asserção de um clínico que se baseia em dados objetivos ou patológicos. É evidente que os critérios de saúde física de um clínico não são os mesmos de um paciente e que, na prática, aquilo que se reconhece é a presença da doença, não da saúde. Não existem indicações positivas de saúde em que possamos nos basear; consideramos saudáveis todas as pessoas que não tenham evidência de doença ou enfermidade.

No entanto, a constituição da Organização Mundial de Saúde, mencionada anteriormente, afirma claramente o contrário. O parágrafo diz: “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade.” Essa afirmação idealística parece esquecer que as abstrações doença e saúde não representam estados diferentes, mas sim áreas de um espaço contínuo. O ponto onde a saúde acaba e a doença começa é puramente arbitrário, mas a saúde não pode estar restrita a uma estreita área em um extremo.

A dificuldade, quando não a impossibilidade, de se reconhecer a doença ou a saúde como absoluta está ilustrada nas pesquisas da área de saúde. A maioria dos países ocidentais percebeu que as estatísticas de mortalidade

não fornecem base suficiente para o planejamento de serviços de saúde e para a detecção de tendências na forma e na incidência da doença. Por isso, tornaram-se necessárias estatísticas de morbidade para fornecer dados sobre todas as doenças, dados até então disponíveis apenas para as doenças notificáveis. O material para essas estatísticas pode ser obtido a partir de diversas fontes: clínicos gerais, hospitais e registros de seguros de saúde. Tão logo a questão começou a ser examinada, foi constatado que seriam gerados números bastante divergentes, a partir das fontes em que fossem obtidos. Aquilo que um paciente considerasse doença nem sempre estaria dentro da visão do clínico e de seu diagnóstico. Dificuldades semelhantes surgiriam nas estatísticas derivadas de registros de pacientes hospitalizados ou derivadas de estatísticas de seguro, que focalizam apenas seções específicas da população ou grupos específicos de doenças. Desse modo, qualquer conclusão sobre a prevalência de saúde e de doença na população deve ser qualificada por uma explicação sobre a origem dos dados primários. Os critérios de saúde e de doença físicas dependem, em primeiro lugar, da descrição do paciente sobre como se sente, ou seja, de afirmações subjetivas; em segundo lugar, dos sinais visíveis de funções ou estruturas debilitadas ou satisfatórias. E, por fim, dos sinais ocultos de tal suficiência ou debilidade, detectados por procedimentos e instrumentos especiais.

Cada um desses critérios pressupõe uma norma. Mas, como as normas não são idênticas, elas devem ser consideradas em separado. O paciente reportará alguma alteração no que acredita ser o seu estado de bem-estar normal – um estado que tanto pode permitir algum grau de variação como ser um modelo fixo e restrito, em função de seu temperamento, constituição e experiência. A qualidade da alteração observada também vai determinar se ele vai ignorá-la (ou seja, considerá-la como saúde), ou interpretá-la como sintoma de doença. A dor, por exemplo, pode ser tratada de forma diferente do cansaço. A norma que rege as percepções do corpo, relacionadas aos estímulos internos e externos que supostamente as causam, é um critério criado pelo próprio homem. Não há, nem pode haver, pacto algum sobre essa norma, construída a partir de experiências passadas, incomunicáveis. Para avaliar qualquer relato de um desvio normativo, é necessário conhecer alguma coisa de seu autor; seus hábitos, as exigências que faz de seu corpo, a atenção que dispensa a ele e a linguagem que usa para descrever suas sensações. A descrição de um paciente sobre os seus sintomas e as conclusões sobre a sua saúde são, desse modo, os dados a serem usados pelo clínico que, somente após um processo de interpretação mais detalhado,

pode alterá-los e produzir uma conclusão diferente daquela fornecida pelo paciente.

Certamente o médico é treinado para estabelecer uma relação entre os sinais de alteração de estrutura e função e a norma. Para isso, ele conta com sua própria experiência e com a experiência de terceiros, sendo que, no caso de alguns órgãos, existem mais informações completas e exatas à sua disposição do que no caso de outros. Ele pode, por exemplo, julgar com muito mais segurança o estado do coração do que o estado do fígado. Mas, para cada órgão e sistema ele possui um conjunto de conhecimentos suficientes para avaliar as variações de uma função normal e as evidências de uma estrutura normal. Sendo assim, médicos igualmente bem treinados podem concordar sobre o funcionamento normal de um sistema em particular (o que neste contexto equivale a estar saudável). Mas não quero exagerar: eles podem divergir sobre casos mais complexos, ou em relação a órgãos cuja integridade funcional e estrutural seja difícil avaliar. Contudo, no conjunto, os critérios são bastante conhecidos e se tornam cada vez claros a cada avanço nas áreas de fisiologia, bioquímica, patologia e antropometria.

Até agora, falei sobre órgãos e sistemas. Mas esses são, é claro, abstrações artificiais do organismo vivo. Talvez as funções mais importantes do organismo sejam aquelas que possibilitam o funcionamento integrado e em equilíbrio dos sistemas separados, garantindo que uma mudança em um sistema seja compensada ou reforçada pela mudança apropriada em outro sistema. Quando essa função reguladora ou de integração é perturbada, a doença é inevitável. Como afirma o professor Ryle,

“o termo ‘saúde’ individual deve envolver (além das sensações de bem-estar e da integridade estrutural) idéias de equilíbrio e adaptabilidade; estas, por sua vez, refletem a atividade coordenada das partes componentes, cada qual funcionando dentro de sua faixa normal”.

O médico deve então se preocupar não apenas com as evidências de funcionamento e estrutura normais de partes do corpo, mas também com o seu funcionamento total. Se o chamado equilíbrio interno do corpo não estiver regular, o médico deve ser capaz de detectar isso. Mas para fazê-lo, ele não pode se basear em mudanças estruturais (que constituem as conseqüências finais do desequilíbrio na integração, ou suas causas locais); em vez disso, deve pautar-se nas estimativas do desempenho total do paciente e no desempenho de partes separadas, isoladas por conveniência como órgãos ou siste-

mas. Todos devem estar funcionando em perfeita harmonia. Muitos patologistas e clínicos têm procurado usar esse conceito como um padrão, definindo ou resumindo a saúde como “um estado de equilíbrio fisiológico e psicológico” e considerando a doença como uma reação do organismo a qualquer perturbação em seu equilíbrio interno.

Neste ponto, nos desviamos novamente das normas já bem estabelecidas e objetivas. Como a faixa de variabilidade na espécie humana é ampla, o conceito de desempenho adequado do corpo em funcionamento é muito individual: ele não será o mesmo em raças diferentes, em climas diferentes, em idades diferentes, nos dois sexos e sob as incontáveis condições do ambiente passado e presente. E nenhum instrumento de precisão, nenhuma descoberta recente nas áreas de química ou de física é capaz de remover essa dificuldade. Resumindo, no caso da mais importante das funções do corpo, que é a que regula seu funcionamento geral, as normas podem variar tanto ou precisar ser tão extensivamente limitadas por qualificativos que, na prática clínica, o médico deve aceitar as normas de desempenho e comportamento fornecidas pelo próprio paciente e prosseguir com sua própria avaliação sobre a existência de algum desvio em relação àquelas normas, depois de levar em conta o ambiente em que vive o paciente.

Desse modo, mesmo quando se trata de doenças do corpo, não podemos ignorar o comportamento total – que é um conceito psicológico – e o ambiente, que, por ser constituído por seres humanos e suas instituições, envolve um conceito social. Quando passamos para o campo da doença mental, somos inclinados a pensar que o ambiente humano é tudo o que importa, ou ainda, que o conceito de “doença mental” é essencialmente social, em vez de clínico ou patológico.

Nas discussões sobre o tema, é comum adotarmos um ponto de vista monístico e atribuir um aspecto físico a todos os estados de saúde e de doença mentais, da mesma forma como atribuímos um aspecto psicológico a todas as doenças físicas. Mas na prática, as limitações de nossas observações e do nosso conhecimento nos forçam a usar uma linguagem dualista. Por esse motivo, estarei aceitando distinguir tanto a doença – ou saúde – física da doença (ou saúde) mental, quanto a fisiologia da psicologia.

Idealmente, a saúde mental deve ser um estado de perfeito equilíbrio em um sistema instável. Já foi descrita como um estado no qual as capacidades potenciais de um indivíduo são plenamente realizadas. Porém, a não ser que algumas capacidades sejam caracterizadas como mórbidas e excluídas da

generalização, essa descrição será absurda. Todos temos potencialidades detestáveis e desejáveis. É quase desnecessário referir a falta de sentido dessa noção ideal de saúde mental, perfeita e inatingível. Geralmente, o critério empregado para definir a saúde mental consiste na ausência de doença mental. Isso mascara a dificuldade e ao mesmo tempo a minimiza.

O que é então doença mental? É possível reconhecê-la, como no caso da doença física, pela função qualitativamente alterada de alguma parte de um todo, como por exemplo, pelo distúrbio do pensamento ou por um distúrbio da percepção? Isso pode ser possível: freqüentemente reconhecemos um indivíduo como mentalmente doente por ter alucinações ou delírios. Mas nem sempre isso é verdade. Por exemplo, se os distúrbios de funções parciais não influenciarem em sua conduta, ou se estiverem dentro de determinadas categorias chamadas “normais”, sua presença não será considerada “doença mental”. Em *Phantasms of the living*², Myers, Podmore e Gurney dedicaram um capítulo às alucinações de pessoas sãs. O procedimento é então confuso semanticamente: temos uma classe de percepções consideradas anormais do ponto de vista estatístico, que podem ser consideradas normais por determinados julgamentos de valores. A confusão se manifesta no uso discriminatório de determinados sinais de distúrbio de pensamento: se um indivíduo expressa uma crença irracional (como, por exemplo, se ele acredita que foi enfeitado), não chamamos isso de delírio, um sinal de doença, a não ser quando estivermos convencidos de que a forma pela qual tenha chegado a isso tenha sido mórbida. Esse não seria o caso, necessariamente, se ele tivesse sido criado em um meio onde todos acreditassem em bruxaria. Contudo, se for um indivíduo comum, da Londres do Século XX, que tenha chegado a essa convicção através de um processo mental profundamente solitário, tortuoso, carregado de suspeição, chamaremos sua crença de anormal e o consideraremos insano. A partir daí, dois critérios parecem ter sido aplicados às mudanças de função: um critério psicopatológico (que considera o processo) e um critério estatístico (que considera a freqüência dessa ocorrência).

Ao analisarmos o critério psicopatológico, ele mostra sua semelhança com os critérios patológicos aplicados na avaliação das doenças físicas. A não ser que o fenômeno ao qual ele é aplicado seja flagrante, ele só poderá ser usado por especialistas. Da mesma forma como a decisão sobre a ma-

² Obra publicada em 1886 [N. do R.].

lignidade de um tumor requer um julgamento altamente especializado, a decisão sobre uma crença estranha ou uma mudança de humor ter uma origem patológica também demanda essa especialização. No entanto, o termo “patológico” muitas vezes possui referentes evasivos. Geralmente, o avaliador mais experiente costuma igualá-lo a “desequilíbrio”, ou seja, ausência de estabilidade nos ajustes interno e externo.

O corpo e a mente possuem capacidades admiráveis de ajuste interno; compensando, equilibrando e verificando. No corpo humano, esses ajustes podem resultar em alterações extraordinárias de partes da estrutura convencional – por exemplo, no caso da hipertrofia de um rim, que assume o trabalho do outro rim prejudicado ou removido. Porém, no caso da mente, onde a falta de conhecimento dos substratos anatômicos e outros fatores dificultam a delimitação exata das funções, os ajustes são mais sutis e impalpáveis, mas todo sistema de psicopatologia deve prestar muita atenção aos mecanismos internos por meio dos quais uma unidade de funcionamento é mantida. O sistema psicanalítico é, fundamentalmente, um relato metafórico elaborado de como essas verificações, compensações e oscilações devem funcionar para manter a atividade mental integrada e saudável e de como elas podem, em determinadas circunstâncias, sair do controle e derrotar seus objetos. A triste verdade é que essa integração nunca é obtida completamente. “A base das frustrações e de muitos conflitos reside nessa circunstância universal, de que nenhum homem jamais consegue fundir todas as suas reações em uma totalidade única, coerente, inequívoca.” Mas a referência a essa imperfeição pode ser exagerada. Nos indivíduos saudáveis existe uma função reguladora, que mantém o organismo ajustado internamente e pronto para reagir às condições externas mutáveis. Chegamos então ao mesmo conceito usado nas doenças físicas: no organismo, deve haver algum ajuste de funções que mantenha seu ambiente interno estável; deve haver alguma adaptação desse organismo integrado ao meio externo de modo a preservá-lo, apesar das condições mutáveis.

Os termos “ajuste” e “adaptação” são constantemente usados como se os seus significados fossem inequívocos. Eles demandam uma análise mais detida. Para muitas pessoas, a adequação da adaptação é atualmente a principal medida da saúde mental. As autoridades educacionais oferecem escolas especiais para crianças “desajustadas”. O significado de adaptação (ou ajustamento) e a detecção de sua falha são muito importantes.

Nos últimos anos, a “síndrome de adaptação geral” ajudou vigorosamente a explicar como o fenômeno da doença física é produzido em resposta ao

stress. Aqui, a adaptação é considerada como um fenômeno biológico; os indivíduos respondem às tensões com padrões de reação “adaptativos” de preservação e de proteção. Eles podem ser orientados para fornecer combustível e energia extras a partes vitais do organismo ou para defender alguma parte ameaçada:

“Eventualmente, o organismo pode sacrificar algumas funções ou capacidades em benefício de outras mais capacitadas para reagir a uma situação adversa. Embora exista um grau de especialização, onde um ou outro sistema preventivo seja dominante, a discriminação não é precisa. Em um indivíduo ameaçado, é comum encontrarmos uma variedade de reações de preservação, algumas das quais extremamente pertinentes, outras um pouco menos e outras ainda minimamente eficazes”.

Na verdade, as reações podem estar tão longe da pertinência e da eficácia que se tornam nocivas ao indivíduo. Em outras palavras, não há uma linha divisória entre os mecanismos que preservam a adaptação e os mesmos mecanismos quando se tornam prejudiciais; a noção de “adaptação” é então expandida de modo a abranger todas as respostas do organismo à tensão externa, independentemente delas serem classificadas como saudáveis ou doentias. Embora os numerosos autores sobre o assunto não sejam sempre explícitos, parece-me que têm o mesmo ponto de vista de McIver:

“O ar fresco estimula nossos pulmões e o gás venenoso os destrói; fisicamente, os dois produzem adaptação... A natureza faz demandas independentemente das condições... Se aos olhos dos homens elas são favoráveis ou desfavoráveis, boas ou más, essa adaptação física incondicional permanece com toda sua compulsão... O ajuste puramente físico está sempre em operação, nunca é ‘inadaptação’”.

Quando se trata de adaptação social, esse tipo de visão da adaptação não pode ser sustentada. Nesse caso cabe um julgamento de valor, distinguir entre desajuste e adaptação em função de uma condição particular valorizada ser (ou não) posta em risco. Desse modo, “adaptação social” é certamente mais um termo vazio: ela precisa ser qualificada por uma indicação do estado desejado. Conseqüentemente, a saúde mental não pode ser igualada à boa adaptação social, como muitos propõem, sem o risco de tautologia: considerar saúde o estado valorizado e desejado que a adaptação vai atingir e manter.

De acordo com os compêndios atuais, a psiquiatria se preocupa “em estudar o indivíduo como um organismo psicobiológico eternamente solicitado a se adaptar a um ambiente social”, mas, infelizmente, não temos um fundamento acordado no que se refere ao sucesso ou fracasso deste inevitável exercício. Além disso, o fracasso aqui não pode ser considerado como doença mental. Um indivíduo pode ser sociopata sem ser psicopata.

Embora a desaprovação social tenha tido um peso grande na decisão sobre o que deve ser considerado desajuste social (sendo o aspecto principal no uso da psiquiatria corrente), ela não pode ser aceita como um critério satisfatório, já que é passível de variação de acordo com o grupo de pessoas que expressa a desaprovação. É necessário descrever o comportamento em termos que especifiquem a situação social no tempo e lugar; no entanto, essa descrição é arriscada se precisarmos fundamentá-la em termos de sua aprovação por terceiros, antes de poder considerá-la como boa adaptação social. É verdade que um comportamento sugestivo de desajuste social será muito freqüentemente desaprovado por quase toda a sociedade, mas existirão também diversas formas de desajuste social que gozarão de algum tipo de aprovação social, em determinado momento ou por uma parcela da sociedade. Onde então podemos encontrar uma barreira menos inconstante entre sucesso e fracasso na adaptação social do indivíduo? Enquanto não a obtivermos, dificilmente estaremos em posição de examinar se a inadaptação indica doença, delinquência ou pecado (passando da medicina e do direito para a teologia).

O desajustamento social de um indivíduo, da mesma forma que o mau funcionamento de um corpo físico, nunca será total. Relações sociais distintas serão afetadas de formas diferentes. Mas, assim como a disfunção física, a inadaptação social em algum aspecto pode produzir efeito em todas as relações sociais do indivíduo. Sendo assim, é permissível, embora algumas vezes impreciso, considerar a inadaptação social segundo formas restritas, como no caso de alcoólatras ou fanáticos religiosos. Pode-se alegar que o critério mais útil para saber se um indivíduo é desajustado socialmente é a não-conformidade – não-conformidade com as instituições, práticas tradicionais, costumes verbais e outros costumes predominantes nesta sociedade. Esse tipo de desajuste social poderia, é claro, ser aceito e admirado. Atualmente, é comum expressá-lo em termos de papel social. Uma pessoa é desajustada quando sua própria versão de seu papel social não está em harmonia com a versão da sociedade. E à medida que cada pessoa possui diversos papéis sociais, é o papel dominante que importa, ou aqueles que

têm precedência na organização diária de suas atividades. O conflito pode ser inevitável. Defasagens culturais, choques, transições durante as fases de desenvolvimento (como na puberdade) e modificações involuntárias de *status* social irão claramente favorecer conflitos na concepção do indivíduo sobre seu papel social e o papel que lhe é imposto pela sociedade, levando a um comportamento de não-conformidade. Esse comportamento poderá, é claro, significar doença mental.

Edwin Lemert, um estudioso sério desse problema, acredita que a variedade psicopática de desvios sociais é caracterizada pela distorção simbólica da atitude individual em relação à sua personalidade e seu papel social (“simbólico”, aqui, se refere ao produto das atividades cognitivas e emocionais, geralmente ocultas). “O ‘eu interiorizado’ da personalidade (a parte refletiva do processo simbólico) não mais se enquadra, nos limites normais, às designações e estimativas sociais do *status* e do papel do indivíduo”. O aspecto observável disso no comportamento aparece como “variação anormal na quantidade e na forma de expressão da personalidade individual”. Embora Lemert sustente que essa fórmula abrange “praticamente todas as manifestações de comportamentos neuróticos e psicóticos”, ela me parece ser aplicável principalmente a algumas formas de insanidade e de pré-insanidade, sendo muito vaga para ser usada na diferenciação da forma psicopática de outras formas de inadaptação social. Objeções semelhantes podem ser feitas contra outras tentativas sociológicas de especificar as características indicativas de doença mental. Elas não se sustentam sobre suas próprias pernas, amparadas que são por arrimos da explicação médica.

Vamos retornar, então, aos critérios médicos tradicionais já mencionados. Eles são três: 1) o paciente se sente mal – um dado genérico, subjetivo; 2) ele apresenta um distúrbio de função em algum lugar – um dado objetivo restrito; e 3) ele apresenta sintomas que estão de acordo com um padrão clínico reconhecível – um dado tipológico. O critério social não é levado em conta a não ser que o distúrbio na capacidade de atender às demandas sociais (por exemplo, habilidade de trabalhar) gere a pergunta: este homem está doente? Casos difíceis podem ser citados, é verdade. Por exemplo, o caso de um portador do bacilo tifóide que se sente bem e não apresenta diminuição na sua capacidade, mas que pode infectar outras pessoas e que, em função dessa condição, pode ser segregado e tratado como se estivesse ele próprio doente, podendo até ser coagido a remover a vesícula biliar. Ainda assim, não penso que alguém possa considerar esse homem verdadeiramente doente, já que ele não satisfaz a nenhum dos três critérios listados acima –

não apresenta um mal-estar subjetivo, qualquer distúrbio de função ou sinais e sintomas clínicos familiares.

Esses critérios tradicionais eram aplicados muito antes do aparecimento de nossos atuais modelos explicativos da origem e da natureza da doença. Eles seguiam as noções animistas de doença que prevaleceram por muitos séculos antes do estudo sistemático das causas e da anatomia patológica. Os estudos patológicos da doença foram o resultado final dos avanços técnicos nas áreas de microscopia, fisiologia e química. Durante muito tempo, a maioria das pessoas acreditava que estar doente significava se sentir doente, com alguma dor ou incapacidade, correndo risco de morte ou mutilação. Ao decidir se um indivíduo estava doente ou saudável, não se considerava se o seu estado podia ser derivado de alterações de células do corpo. Apesar disso, quando, como no caso da insanidade, o estado incomum afetava a conduta geral do paciente e não apenas a atividade ou o bem-estar de uma parte limitada de seu corpo, de modo algum se diria que, invariavelmente, fosse uma doença; as antigas concepções animísticas da doença eram evocadas – possessão demoníaca, bruxaria, etc. No entanto, sempre houve médicos que consideravam essas formas também como má saúde. E por quê? Que princípios os levaram a considerar a insanidade e a doença física sob o mesmo tópico, enquanto deixavam o crime, por exemplo, excluído? O traço comum era, certamente, o distúrbio evidente de funções parciais bem como do desempenho geral. Na doença física, isso não precisa ser demonstrado. Nos distúrbios mentais, isso se evidencia, por exemplo, nas ocorrências de perturbações mentais (como no caso de delírios), distorções da percepção (como nas alucinações), ou alterações do estado emocional (como nos estados neuróticos de angústia ou melancolia). Comportamentos desviantes, desajustes e não-conformismo serão patológicos se estiverem acompanhados de distúrbio manifesto de algumas funções. Como já mencionei anteriormente, é verdade que as funções são uma construção artificial, e que o distúrbio de qualquer função específica será comumente acompanhado de distúrbios menos visíveis em muitas outras funções – como acontece com o corpo. Mas, para que se infira a doença, o distúrbio da função deve ser detectável em um nível destacado ou diferenciado, dificilmente concebível quando a atividade mental é considerada como um todo irreduzível. Se a não-conformidade for detectada somente no comportamento global, enquanto todas as funções psicológicas específicas parecerem inalteradas, deverá presumir-se a saúde, não a doença.

Os debates sobre os méritos relativos da psicologia estrutural e da psicologia funcional, depois dos excessos da psicologia das faculdades, justificam uma abordagem cautelosa na listagem das funções mentais. No entanto, existe no momento um consenso sobre a importância das seguintes funções: percepção, aprendizagem, pensamento, memória, sentimento, emoção e motivação. A principal objeção reside no fato de que a lista não é completa. No entanto, ela se enquadra nas divisões tradicionais do cognitivo, do afetivo e da conação; e cada uma delas pode ser subdividida em muitas variedades, de acordo com a extensão dos dados fornecidos pela psiquiatria clínica ou pela psicologia. A motivação é o dado mais insuficiente e provavelmente o mais importante: sob seu enunciado, necessidades ou pulsões, conflitos e respostas sociais não são considerados. Como definiu P.T. Young em relação à diversidade de métodos utilizados no estudo da emoção e da motivação, a dificuldade reside na enorme complexidade dos processos e em seus significados básicos para a compreensão da conduta. Uma lista de funções como esta é provisória, e a história da psicologia salienta que isso é suficiente no momento. As funções fisiológicas também estão sujeitas à revisão. Quanto mais completo for nosso conhecimento exato das funções, mais definitivas serão nossas conclusões de que a doença consiste na desordem de uma ou várias funções. É possível agora, como pode ver visto no manual de Landis e Bolles, classificar o fenômeno da doença mental em termos de função desordenada.

Existem algumas formas de desvios de comportamento social que suscitam problemas delicados – é o caso de perversões sexuais, como, por exemplo, a homossexualidade ou o exibicionismo. Definir qualquer perversão sexual como necessariamente patológica, a partir do critério sugerido como doença, exigiria uma consideração mais completa e abrangente do que é possível aqui sobre o lugar das atividades e necessidades sexuais entre as funções mentais. Nas críticas psicanalíticas às conclusões de Kinsey, constata-se uma enorme diferença entre os critérios estatísticos do que deve ser incluído dentro da norma de função sexual e o critério de valor.

A maior dificuldade surge em relação à personalidade psicopática. Toda matéria de psiquiatria discute essa anomalia, mas quase sempre de forma ambígua porque os autores não deixam claro o motivo dela ser considerada como doença. Embora ao que me conste nenhuma definição do termo tenha tido uma aceitação geral, a descrição a seguir, obtida de Norwood East, indica o tipo de pessoa à que se refere:

“Uma pessoa que, embora não insana, deficiente mental, ou psiconeurótica, é constantemente incapaz de se adaptar aos requisitos sociais devido às peculiaridades quantitativas de impulso, temperamento e caráter, que podem exigir tratamento médico especializado e reabilitação...”.

A categoria decerto envolve um grupo específico de pessoas cujo desvio de comportamento social surge a partir de desvios psicológicos não-cognitivos. Além disso, as condições podem exigir tratamento médico; mas como esse não é um requisito invariável, podemos omiti-lo aqui.

As peculiaridades de caráter e de temperamento não constituem indicações aceitáveis de doença; elas são, é claro, bastante comuns na população em geral e dificilmente justificam classificar todas as pessoas que as apresentam como psicopatas. Nesse ponto, persistem as peculiaridades quantitativas do impulso: isso é notório nas discussões médico-legais sobre o assunto, possivelmente porque, em casos de crimes de violência, o impulso é quase sempre alegado como uma explicação médica para fins de redução de responsabilidade, especialmente quando se trata de assassinato. Mas o impulso é, psicologicamente, um termo impreciso e de certa forma ultrapassado. Com o destronamento da Vontade na psicologia moderna, não é fácil especificar as anormalidades da função conativa em termos de impulso, e é certamente impossível medi-las. Parece então que, até que a categoria seja definida de forma mais aprofundada e confirme ser caracterizada por anormalidades específicas de funções psicológicas, não será possível considerar os indivíduos que se encaixam nela como doentes, mesmo que seus comportamentos sociais possam ser desviantes.

Embora a ameaça social seja um traço comum tanto à insanidade quanto à doença física (por exemplo, no caso de doenças infecciosas – varíola, doenças venéreas e similares), o mal social é uma contingência, não uma característica necessária; na sua ausência, a condição ainda é de doença, devido às mudanças no indivíduo. A verdade é que, apesar de os efeitos sociais serem importantes (bem como as causas sociais), é impossível decidir a partir deles quando uma condição é saudável ou doentia.

Desse modo, o conceito de doença e saúde possui componentes psicológicos e fisiológicos, mas não componentes sociais essenciais. Ao examiná-lo, não podemos ignorar as considerações sociais, na medida em que podem ser necessárias para a avaliação da adequação psicológica e fisiológica, mas não somos compelidos a considerar se o comportamento é um desvio social: embora a doença possa levar a esse tipo de comportamento, há muitas

formas de desvios sociais que não são doenças e muitas formas de doenças que não são desvios sociais.

É necessário neste ponto fazer uma distinção entre doença e o que é tratado pelo médico. Se todos que fossem ao médico e recebessem tratamento fossem considerados doentes, teríamos um critério operacional simples, mas cujas falhas seriam óbvias: ele flutuaria enormemente de lugar para lugar e de época para época, dependeria da atitude do paciente em relação ao médico e certamente não conseguiria incluir muitas pessoas que, pelos padrões do senso comum, seriam consideradas doentes.

Além disso, é necessário lembrar que o médico não estará necessariamente atuando fora de sua área de competência ao atender às pessoas que não estiverem doentes. As falhas congênitas de estrutura e de função do corpo (por exemplo, anomalias metabólicas benignas e malformações) não são estritamente doenças, mas são da alçada dos médicos. O mesmo acontece com a gravidez e o parto. A extensão da esfera de ação do médico avançou muito na psiquiatria. O psiquiatra tem um amplo conhecimento sobre a psicologia normal e anormal que é relevante para o tratamento ou prevenção de alguns estados não-patológicos considerados socialmente como desvios. Nos dias atuais, ele é freqüentemente solicitado a investigar e tratar distúrbios de comportamento em crianças que dificilmente se incluem em qualquer concepção fundamentada de doença (embora, é claro, esses distúrbios possam prenunciar uma doença). Da mesma forma, ele pode investigar ou tratar criminosos, dependentes de drogas, prostitutas e perversos sexuais. Parece que não há uma forma de desvio social que os psiquiatras não aleguem poder tratar ou prevenir – as pretensões de alguns psiquiatras são enormes. Felizmente, seu tempo não chegou. Não obstante, é bastante claro que tanto os psiquiatras quanto outros médicos tratam de pessoas que não estão doentes; por outro lado, muitas pessoas doentes pensam como Montaigne e acham absurdo se submeter ao arbítrio e às regras dos médicos – pelo menos em função de qualquer doença nervosa. Os psiquiatras atuais estão expostos às mesmas críticas e suspeitas expressas por Montaigne em relação aos médicos do século XVI.

O suicídio ilustra a dificuldade em decidir entre desvio social e doença. Ninguém questiona que o suicídio seja freqüentemente uma consequência ou sintoma de doença; mas, parece-me que ninguém duvida de que possa ser uma ação de uma pessoa mentalmente sã. Se ocorre em uma sociedade que permite o suicídio em determinadas circunstâncias, como é o caso da nossa, e se essas circunstâncias forem as chamadas “aceitas”, presume-se que a

ação não traduza doença mental nem desvio social. Ou seja, se o comportamento é socialmente aprovado, ele não é, de modo geral, objeto de exame que possa evidenciar doença mental; e, nesse caso, o suicídio é encarado como o casamento, ou como qualquer outro ato isolado (porém decisivo) de escolha, aceito pela sociedade. Porém, mesmo em uma sociedade que não desaprova o suicídio, o ato pode ser um sinal de doença mental, devendo ser investigado como tal por duas razões: em função das circunstâncias em que ocorre e em função do desajuste das funções psicológicas exibidas pela pessoa, independentemente de seu comportamento suicida. Quando as circunstâncias indicam que o ato não está de acordo com os papéis sociais a serem desempenhados pela pessoa, isto não é suficiente para configurar a doença, embora possa estimular pesquisas sobre o assunto. A decisão sobre a doença deve ser tomada à luz de uma pesquisa mais detalhada das funções psicológicas. Se estas estiverem desajustadas, o ato suicida pode ser presumido também como evidência de doença mental – mas isto só seria verdade se o ato suicida se encaixasse em um modelo total de função desajustada exibido pela pessoa. Uma pessoa pode estar mentalmente doente; no entanto, seu suicídio pode ser extrínseco a isso, ou representar, de certa forma, uma resposta normal e até saudável à situação em que se encontra. Pode parecer absurdo falar em suicídio em qualquer circunstância como uma resposta saudável, mas somente se nos ativermos à opinião de que a adaptação biológica é o único e verdadeiro critério de saúde. Por qualquer critério biológico, o suicídio de uma pessoa que ainda não tenha se reproduzido é decerto uma indicação máxima de inadaptção.

Os conceitos psicanalíticos de saúde e de doença mental demandam uma consideração especial. Embora não haja unanimidade sobre o assunto entre os psicanalistas, eles se concentram em critérios psicológicos internos; alguns dos termos usados para definição tornam impossível especificar quando um indivíduo está mentalmente saudável a não ser que ele tenha sido psicanalisado ou seu comportamento interpretado em linhas psicanalíticas: em resumo, os critérios são técnico-psicoanalíticos. Também é comum os psicanalistas descreverem a saúde mental em linguagem genérica imprecisa, como Karl Menninger: “Vamos definir saúde mental como o ajuste dos seres humanos ao meio externo e a seus semelhantes com o máximo de eficácia e felicidade.” Um esforço mais sério de tratar o problema foi feito por Ernest Jones. Ele lista três traços de uma mente normal ou saudável: em primeiro lugar, a “liberdade interna” de sentimentos de amizade e afeição em relação às pessoas; em segundo lugar, a eficiência mental, ou seja, “o uso completo dos

talentos e faculdades pessoais” e, por fim, a felicidade, que é “provavelmente o mais importante dos três” – uma combinação da capacidade de obter prazer com a satisfação interior. Esses critérios se aproximam daqueles que ele aplica a questões de ordem prática, ou seja, determinar “se” e “quando” um tratamento foi bem-sucedido:

“O sucesso analítico significa o grau máximo nos resultados favoráveis que acabei de descrever ao tratar dos critérios terapêuticos. A pessoa deve esperar então uma serenidade confiante, a ausência de angústia e um controle sobre todos os traços da personalidade, só obtidos por meio da análise mais completa possível”.

Esse tipo de linguagem deixa espaço para divergências de opinião genuínas, mas gritantes, entre um psicanalista e outras pessoas – como um psiquiatra, um clínico geral ou um parente do paciente – sobre a saúde mental de um paciente ou de qualquer indivíduo que tenha sido psicanalisado. Mas essa não é uma questão remota e teórica. Em parte porque não foi resolvida, não possuímos ainda informações exatas sobre os efeitos comparativos da psicanálise e outros métodos de psicoterapia, ou sobre as chances de êxito de um tratamento psicanalítico em determinado paciente. No entanto, um Serviço de Saúde que promete tratamento adequado para toda a população fica numa posição desconfortável ao recusar uma demanda por mais terapias psicanalíticas alegando os custos desse tratamento e as dúvidas sobre sua eficácia. Todo psiquiatra já viu casos em que pacientes, segundo lhe diziam já recuperados após um tratamento de distúrbio mental, ainda pareciam apresentar sinais de doença. Esse não é um problema que afeta somente a avaliação do tratamento psicanalítico; surge também, com frequência, após alguns métodos físicos de tratamentos psiquiátricos, como a leucotomia. A dificuldade inerente ao conceito de saúde mental é evidenciada quando vemos um psicanalista (apesar de tão especializado na microscopia dos eventos da mente) ser incapaz de definir seu critério de recuperação sem prescindir de termos vagos e nebulosos.

Outro psicanalista, Lawrence Kubie, observou com mais cuidado a questão das implicações sociais da saúde. Começando com a afirmação de que “a psicanálise é inflexível em seu conceito de saúde mental”, prossegue afirmando que o analista não está “satisfeito em usar o conformismo em relação aos costumes de qualquer tempo ou lugar como critério de normalidade”...

“nem a diferença entre conduta normal e neurótica deve depender do grau de contribuição de uma ação para o bem-estar ou destruição de uma sociedade, ou da definição de um comportamento como extravagante e irreal ou disciplinado e sóbrio. Certamente, do ponto de vista da sociedade, todos esses atributos de comportamento humano são importantes. No entanto, eles não são suficientemente constantes e explanatórios para servirem de base na distinção entre o processo normal e o processo neurótico. A principal diferença não reside nem na ação nem nas suas circunstâncias, e sim nos mecanismos psicológicos que a determinaram... O que é aceito como normalidade no mundo atual não é normal em nenhum sentido fundamental. Na verdade, seria antes o equilíbrio instável entre fenômenos conscientes e inconscientes... As atividades resultantes podem não ser estranhas ou peculiares em sua essência. Elas podem ser aceitas e até valorizadas socialmente, e podem atender a todas as demandas da consciência”.

No entanto, elas consistem em resíduos de problemas neuróticos mal-resolvidos da infância, “o componente neurótico universal e oculto da natureza humana ‘normal’”. Ele conclui que, em bases pragmáticas, podemos considerar “normal” qualquer ação onde predominem processos conscientes; que toda ação é um produto de forças biológicas e de forças psicológicas conscientes, pré-conscientes e inconscientes superpostas às forças biológicas, todas portando a marca impressa de muitas pressões sociais e em constante estado de equilíbrio instável. Essa é outra maneira de analisar a eficiência de determinadas funções, mas as funções são aquelas enfatizadas pelos psicanalistas na sua descrição da organização mental. São funções difíceis de serem consideradas fora de seu quadro psicanalítico de referência, e, conseqüentemente, o conceito expresso por elas, difícil de ser aplicado no reconhecimento da saúde e da doença.

Negar o conteúdo social do conceito de saúde não implica de forma alguma negar seu contexto social. Os antropólogos e psicólogos sociais reuniram evidências incontestáveis que mostram o quanto devemos nos basear no conhecimento do ambiente social e cultural ao avaliarmos a conduta e a eficiência das funções psicológicas. Nenhum psiquiatra no exercício da profissão deve negligenciar essas evidências, sendo desnecessário citar os exemplos – Kwakwaka'wakw e Shasta, Ekoi e índios Crow, Yakuts e Dobuanos – para enfatizá-las.

Porém, em nossa própria sociedade a confusão prevalente sobre a qualidade e a natureza da saúde tem gerado alguns erros perigosos. Durante

a última guerra, muitas pessoas presumiram que um indivíduo neurótico estaria menos apto a desempenhar relações sociais e de trabalho do que um homem saudável. Uma suposição similar costuma ser feita em relação aos estudantes pré-universitários e aos candidatos a diversas profissões e empregos. No entanto, essa evidência não é conclusiva, e muito do que passa por constituir evidência é contaminado pelo uso de um conceito de neurose que leva em consideração a inadequação social ou ocupacional, e um conceito de inadequação ocupacional muito influenciado por considerações de saúde. A não ser que os critérios de doença sejam independentes e claros, é difícil ou arriscado usar os dados baseados neles para fins de seleção.

Nas pesquisas do Núcleo³, às quais estive associado, esse problema surgiu de diversas formas. Em nossas tentativas de descobrir o tipo de influência que um trabalhador neurótico poderia ter sobre os outros trabalhadores, e de como a sua saúde poderia afetar o seu próprio rendimento, foi necessário obter meios para detectar esse tipo de doença nos indivíduos que não estavam sob cuidados médicos e que não apresentavam queixas: deveriam ser levadas em conta eventuais bebedeiras, ausências frequentes do trabalho ou a maneira como um indivíduo se indisponha com colegas da fábrica ou com sua esposa e família? Até então, havia sido atribuído um valor patológico a esses tipos de dados sociais, o que pode ser responsável por alguns números divergentes. Russell Fraser e, posteriormente, Morris Markowe descobriram em suas pesquisas que, entre trabalhadores de obras de engenharia, cerca de dez por cento haviam sofrido doenças neuróticas explícitas, e vinte por cento haviam sofrido formas mais brandas de neuroses, durante um período de seis meses. Já Lemkau detectou uma taxa de prevalência bastante inferior em uma população muito menos selecionada. Em 1933, a taxa de prevalência de personalidades psicopáticas em uma cidade americana (Baltimore) era de 13 em 10 mil. Porém, em 1936 ela havia caído para 5,2 em 10 mil; parece altamente provável que considerações sociais tenham interferido nesse censo “médico”. Na verdade, o principal pesquisador do estudo de Baltimore afirmou que

“em 1933, no início dos anos da depressão, as fontes que norteavam a pesquisa tendiam a interpretar como evidência de personalidade psicopática a inabilidade para ganhar um salário satisfatório. Em 1936, como a gravidade

³ Núcleo de Pesquisas do Hospital Maudsley, em Londres [N. do R.].

da depressão já havia sido reconhecida, a familiaridade com o desemprego tornou-o menos vinculado a um aspecto de deficiência de caráter e, conseqüentemente, o diagnóstico de personalidade psicopática passou a ser usado com menos freqüência”.

Esse pesquisador acrescenta que na última guerra a incidência de personalidade psicopática entre os homens examinados para o serviço militar nos Estados Unidos era de oito em mil; ela foi responsável por mais de um quarto das rejeições por doença mental. As considerações sociais tiveram um peso muito grande na decisão sobre a saúde ou doença desses homens, e a confusão entre desvio social e doença pode justificar a improvável flutuação da prevalência de um distúrbio supostamente constitucional. No trabalho mais recente do Núcleo de Pesquisa a que me referi, há um esforço no sentido de manter as estimativas de saúde mental livres de considerações sociais ou diretamente ocupacionais. Isso é especialmente necessário nas pesquisas feitas pelo Núcleo sobre a possibilidade de emprego de deficientes mentais de alto grau. A deficiência mental possui duas características – uma deficiência na inteligência e um distúrbio de personalidade. Esse último tende a ser julgado principalmente por critérios sociais, já que as conseqüências sociais são tão importantes legal quanto administrativamente. A incidência de deficientes de alto grau na comunidade geral pode então estar sujeita a flutuações, dependendo do local. Os laudos sociais devem ser mantidos o mais separado possível dos laudos patológicos e psicológicos para evitar correlações espúrias entre estados mórbidos e ajustamento social.

As implicações singulares do uso de um critério social para doença e saúde são aparentes quando uma sociedade inteira é caracterizada como enferma. Enquanto essa afirmação for um recurso apenas literário, não suscita objeção; no entanto, ela tem sido formulada com seriedade, em analogias entre uma sociedade doente e um indivíduo doente. Se a falha no desempenho de um papel social for uma condição para a doença, uma determinada sociedade só poderá preencher essa condição, a meu ver, se essa sociedade desviar-se do rumo de uma comunidade maior ou de um corpo político mundial, ou se, no outro extremo, o papel social de uma sociedade específica tiver sido atribuído por seus membros individuais agindo coletivamente. Está claro que somente por meio de uma metáfora ousada uma sociedade pode ser chamada de doente ou saudável. Existem muitos outros termos mais apropriados para louvar uma sociedade ou indicar sua desorganização.

Vou procurar agora sintetizar meu argumento. Saúde é um conceito único: não é possível definir critérios essencialmente diferentes para saúde mental e saúde física. Geralmente presumimos um intervalo entre os conceitos de saúde e enfermidade, para o qual não há contrapartida nos fenômenos, mas que não pode ainda ser substituído por uma linha contínua porque não temos meios de medir algumas de suas dimensões necessárias. Além das sensações subjetivas e do grau de eficiência total, o critério de saúde é o desempenho adequado de funções psicológicas e fisiológicas. Como não podemos designar formalmente as funções principais do organismo humano e não temos meios de julgar se estão funcionando de modo eficiente, somos incapazes de reconhecer doença e saúde de forma válida e confiável. As funções fisiológicas poderão deste modo ser designadas e julgadas de forma mais satisfatória do que as psicológicas. Sendo assim, podemos em geral afirmar que um indivíduo tem um corpo saudável, mas não podemos afirmar com a mesma segurança e com o consenso de diversos observadores se ele está mentalmente saudável. Embora nossas estimativas sobre a eficiência do desempenho funcional devam levar em conta o ambiente social que fornece o estímulo e supre as necessidades, os critérios de saúde não são, a rigor, sociais; é equivocado equiparar doença a desvio social ou desajustamento. Se evitarmos esse erro, será mais fácil estudar a relação entre saúde e bem-estar social e, conseqüentemente, assim espero, aprender como ajudar a ambos.