

Diagnóstico em saúde mental: aceitação e desprezo da pluralidade

¹ Eduardo Giacomini (ORCID: 0000-0003-1941-4388) (edu.giacomini@gmail.com)

² Maria Lucia Frizon Rizzotto (ORCID: 0000-0003-3152-1362) (frizon@terra.com.br)

¹ Universidade Federal do Paraná. Toledo-PR, Brasil

² Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel-PR, Brasil

Recebido em: 31/07/2021 Revisado em: 08/10/2021 Aprovado em: 12/11/2021

Resumo: Neste ensaio, discutem-se constructos ligados às concepções de saúde e doença e, em particular, a aspectos que influenciaram e influenciam a noção de adoecimento mental. Partindo de uma revisão narrativa de literatura, visitam-se diferentes tempos e ideias que, em consonância, apontam que processos produtivos, época, território, conjunturas políticas e simbólicas, assim como modelos sanitários, sugestionam a forma de se diagnosticar e intervir sobre doenças. A atitude diagnóstica diante daquilo que se considera ou não patológico revela características fundadoras das sociedades e das forças que as operam e, ao alcançar o campo da subjetividade, potencializa-se como força capaz de elevar ou anular a pluralidade contida na existência humana.

► **Palavras-chave:** Saúde mental. Diagnóstico em saúde. Processo saúde-doença.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312022320302>

Introdução

Neste ensaio, construído a partir de reflexões forjadas sobre uma revisão narrativa de literatura, discutem-se movimentos de desprezo e aceitação da pluralidade humana imiscuídos ao ato diagnóstico das doenças mentais. As notas teóricas aqui visitadas distribuem-se por extensa temporalidade e, deste modo, não se anseia coordená-las em uma perspectiva histórica aprofundada, mas apresentá-las como matrizes germinadoras, ainda que pontuais, de ponderações a respeito do tema.

Os fenômenos saúde e doença, comenta Sampaio (1998), não são dissociáveis entre si, e relacionam-se com sociedade e cultura, ainda que no campo da psiquiatria criem-se taxonomias e diagnósticos que desconsiderem os contextos de vida. Discutir aquilo que identifica o fato doença mental inclui apreciar o que é a saúde mental, mas também o que, de modo geral, significa estar saudável ou adoecido.

As tentativas de caracterização daquilo que pode ou não ser patológico ultrapassam o olhar sobre a individualidade. “O processo saúde-doença manifesta-se por meio de diferentes fenômenos cuja frequência e intensidade variam no tempo e no espaço” (FONSECA, 1997, p. 9). Tratar deste processo em sua complexidade requer, portanto, a disposição para conectar-se ao dinamismo dos cenários que o contêm.

O conceito de saúde decompõe o território e tempo em que é criado, refrata símbolos e ideais sociais, comunica determinações e aspirações econômicas, atrela-se às relações dos sujeitos consigo mesmos e com seu modo de vida. “Não podemos falar de corpos, doença e saúde sem relacioná-los ao domínio público. A história da saúde é também a história dos países e cidades, do trabalho, das guerras e das viagens” (HERZLICH, 200, p. 384). Contidas no repertório simbólico das gentes e populações, as ideias sobre saúde e doença não falam apenas de corpos individuais, de objetos orgânicos, mas reificam a alma social. Scliar (2007) atribui ao conceito de saúde a capacidade de representar sociedades quanto a suas características humanas, sociais, filosóficas, culturais, políticas. Atravessando geografias e épocas, esses conceitos refletem visões coletivas a respeito mundo.

Saúde e doença como conceitos impermanentes

O dinamismo carrega, etimologicamente, a imagem da mudança, da constante transformação. Investigar conceitos dinâmicos implica desdobrar olhares para o passado e presente, atravessar fronteiras e concatenar disciplinas e saberes.

Ao longo da história, em espaços e populações diversas, saúde e doença ganharam significados variados e influenciaram o modo como mulheres e homens trataram seus corpos, suas mentes e a natureza. Na Antiguidade, comenta Barros (2002), as atuações mágico-religiosas compunham a essência da medicina, a doença era vista como resultado de uma transgressão individual ou grupal, e passível de reversão pela interferência das divindades – foi época em que sacerdotes e xamãs conduziam atos de cura. Para o povo hebreu, segundo Scliar (2007), ainda que a doença não revelasse diretamente uma punição pelo divino, refletia sua fúria. A explicação sobrenatural para as ocorrências da vida e da morte revelava, naquelas épocas, o predomínio da tradição mística e religiosa em oposição ao incipiente desenvolvimento das ciências físicas e naturais.

Barros (2002) acrescenta que vêm do Egito os primórdios da medicina empírico-racional, inspiradora das atividades médicas ocidentais e gregas, cujas práticas tendiam a não considerar hipóteses etiológicas sobrenaturais, mas naturais, e voltavam-se à compreensão lógica dos fenômenos de adoecimento. Scliar (2007) comenta que Hipócrates de Cós (460-377 a.C.) representou importante ruptura com aquilo que a medicina mágico-religiosa representava – a concepção de que doenças eram consequência de um intento divino de amaldiçoar, expurgar pecados e punir – pressupondo causas naturais para o adoecimento. Hipócrates, diz Barros (2002), concebeu a ideia de equilíbrio de humores como sinonímia de saúde, e trouxe noções sobre a prevenção e a existência de fatores ambientais de adoecimento. Sua escola influenciou grandemente o grego Galeno, que adotou o tomismo como filosofia, considerando assim que a racionalidade levaria à verdade. À época do Renascimento, escreve Koifman (2001), a medicina sofreu uma mudança epistemológica e clínica, seu interesse se deslocou da cura de indivíduos doentes para a estruturação de disciplina das doenças, os conhecimentos de anatomia, fisiologia e o olhar mecânico sobre o mundo formaram, então, as bases originárias do modelo biomédico.

Na trajetória evolutiva das concepções e da prática sobre a saúde e a doença poderiam ser considerados alguns paradigmas que, começando com a visão mágico-religiosa, na antiguidade, termina na abordagem do modelo biomédico, predominante nos tempos de hoje. (BARROS, 2002, p. 68).

A postura biomédica de pesquisa e cuidado envolve a segmentação e criação de novas disciplinas e especialidades médicas, e a intervenção sobre estruturas específicas de corpos orgânicos e individuais. Essas atitudes fomentam relações hierarquizadas entre saberes e profissões, minando espaços de integração.

Ainda que as definições de saúde e doença se modifiquem ao longo das épocas, acepções residuais a seu respeito permanecem, porém sob outras significações, ditadas por novos tempos. A ideia hipocrática de humores, como exemplo, resta em muitos discursos que defendem que saúde – e destaca-se aqui a saúde mental – só se realiza no perfeito equilíbrio. Sob a luz de um modo de vida capitalista, esse equilíbrio torna-se uma muito vendável mercadoria que, consumida sob a forma de variados artefatos, intervenções e tecnologias, prometem levar o indivíduo – e não um grupo deles – ao seu perfeito balanço. Entretanto, o desequilíbrio parece ser condição íntima à vida humana, ainda mais quando falamos em alma, afetos, sentimentos, comportamento, psiquê. Buscá-lo como meta constitui-se, por um lado, uma tarefa de infundável frustração individual, por outro, um negócio altamente lucrativo.

O anseio do mercado pela criação de novos produtos encontra, na área da saúde, ressonância nos movimentos de especialização e fragmentação dos saberes e da atenção. “Na arena científica, mais e mais se valorizava a especialização, tanto no sentido de criação de novas disciplinas científicas quanto na direção de subdivisões internas nos próprios campos disciplinares” (ALMEIDA FILHO, 2005, p. 33). Essa cominuição sustenta a criação de especialidades, o uso de engenharias em diagnósticos e intervenções terapêuticas, a desintegração de saberes e a significação da qualidade da atenção pela utilização de bens e serviços. Assim, a complexidade do fenômeno social determinante da doença perde espaço para uma atividade de cuidado construída sob o acúmulo de tecnologias e a exclusão daqueles que não detêm meios de acesso a elas.

Almeida Filho (2004) apresenta a crítica feita à epidemiologia moderna por objetivar dados epidemiológicos tornando-os “fatores biológicos” e afastar, assim, discussões sobre o papel social na determinação das doenças. Para além da epidemiologia, a forma como o modo de produção de capital dita o fazer médico e das ciências favorece ações sobre substratos orgânicos, normalmente a partir do consumo de artigos e serviços. Souza (2020) comenta que, com o intuito de transformar a natureza em riqueza material, o modo de produção contemporâneo influenciou o fazer científico e promoveu a incorporação de preceitos dos estudos das ciências da natureza à pesquisa social, tornando os humanos objetos mais biológicos do que sociais. A instrumentalização capitalista das pesquisas médicas alargou a cartela de diagnósticos e estendeu-a para todo o mundo, ao passo em que criou mercadorias voltadas à evitação e controle da doença ou à promoção de saúde

e, dessa forma, aqueceu um mercado. As ideias de “modo de vida” e “fatores de risco” alimentam a concepção de que o indivíduo é o responsável majoritário pela sua saúde, e que é nele, em seu corpo individual e orgânico, que as ciências médicas devem encontrar o alvo de intervenção.

Em contraposição ao modelo de desenvolvimento capitalista, Bobatto, Segovia e Rosas (2020) abordam a ótica de *buen vivir*: uma cosmovisão originada de povos sul-americanos ancestrais que diz respeito a um projeto de vida e político voltado ao bem-estar e satisfação social, em equilíbrio com natureza. Os autores apreciam que a saúde, nesta cena, é encarada não sob foco antropocêntrico, mas biocêntrico, e compreendida a partir da valorização da interação harmoniosas entre as pessoas e a natureza. Acrescentam que a enfermidade não é concebida como o simples oposto da saúde, mas como um processo vital que se dá naturalmente, uma condição a ser experienciada dentro do contexto simbólico individual e comunitário. Por esta perspectiva, não se buscam construir critérios universais que fixem o que é saúde ou doença, tampouco há o imperativo de que a enfermidade deva ser combatida ao custo do uso de qualquer recurso. Apreende-se a saúde a partir da relação entre o sujeito e o espaço em que se vive, considerando-a um meio para a realização dos projetos de vida, não o objetivo final da existência humana.

A doença aplicada ao sujeito

Em vasta discussão sobre normalidade e patologia, Canguilhem (2009) comenta que Auguste Comte, filósofo do positivismo, elevou à máxima universal a ideia de que não é possível haver perturbações vitais sem a lesão de tecidos, e de que os sintomas decorrentes dessas disfunções são o que se chama doença. Canguilhem (2009) acrescenta que Claude Bernard, contemporâneo de Comte e precursor do modelo experimental, considerava a medicina como a ciência das doenças, e pressupunha que é apenas pelo conhecimento completo de um elemento fisiológico que logramos condições para avaliar as patologias e suas consequências. Essas influências, ainda hoje, determinam a maneira como as ciências médicas tratam o fato do adoecimento e o modo como investem em práticas de cuidado e pesquisas. “A noção de saúde como ‘não doença’ foi reafirmada pelas ciências médicas durante muito tempo, principalmente no período de fortalecimento do método científico” (RIOS; SOUSA; CAPUTO, 2020, p. 2).

Na década de 1970, aponta Arreaza (2012), a formulação hegemônica da teoria de saúde estabeleceu o fato patológico não apenas como objeto da intervenção médica, mas como símbolo da anormalidade, desadaptação, sofrimento e incapacidade. As definições negativas de saúde levaram à perseguição da patologia no sentido de evitá-la ou anulá-la, criando percursos interventivos com vistas a regular o mundo e aparar suas arestas, excluindo aquilo que se considerava anormal. É, contudo, pertinente refletir a respeito do que se pode considerar anormal, de que interesses influenciam a definição de anormalidade, e de quais consequências sustentam a identificação e tratamento dos supostos doentes. Para Canguilhem (2009) a saúde perfeita não passa de um conceito normativo, de um tipo ideal que não faz parte do plano concreto, mas da determinação da norma sobre a realidade. “Raciocinando com todo o rigor, uma norma não existe, apenas desempenha seu papel que é desvalorizar a existência para permitir a correção dessa mesma existência” (CANGUILHEM, 2009, p. 29). O endosso à busca por uma condição ideal de normalidade – ou mesmo de perfeita exclusão da doença – pode conter o risco de aniquilamento das subjetividades humanas, de anulação de diferenças entre coletividades, e da subserviência ao interesse de selecionar corpos, atitudes e comportamentos que caibam nos interesses de classes sociais dominantes.

Em oposição à ideia de saúde como ausência de doença, têm-se o argumento positivo, amplamente difundido na célebre frase da Organização Mundial da Saúde: *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* (OMS, 2006). Por essa perspectiva, ser saudável não significa tão só não estar adoecido, mas contar com outros atributos, como o bem-estar. Contudo, predicá-lo com a palavra “completo” gera o risco de criação de uma acepção utópica, em que o ideal a ser alcançado pode, de fato, não fazer parte de uma realidade atingível e, assim, motivar uma busca inócua. A OMS (2020) adita que o conceito de saúde é multicultural, e reconhece que ele não é capaz de alcançar a realidade dos serviços de saúde e nem compreender as particularidades de diferentes sociedades e culturas. No artigo XXV da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), publica-se que “todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar (...)” (ONU, 2009, on-line), agregando à concepção positiva, uma lógica modestamente mais comunitária de saúde e destacando sua construção como direito coletivo.

Em sentido conceitual ou prático, os modelos de saúde também influenciam a forma de concebê-la. Segundo Puttini *et al.* (2010), o modelo biomédico é sustentado pela Biologia e pelas Ciências da Vida, trata a doença como o produto de alterações em estruturas orgânicas ou como a incapacidade de adaptação ao meio, e tende a adotar posições mecanicistas e investigações etiológicas unicasais. Para o autor, o modelo de história natural da doença alinha-se à suposição de etiologias multicausais e impulsionou reflexões voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças, enquanto o modelo da determinação social da doença oferece crítica à perspectiva predominantemente biológica, reduzida ao estabelecimento de padrões típicos de doença e caracteriza-se, sobretudo, por valorizar o estudo das estruturas sociais na decifração do fenômeno. Indubitavelmente, a vigência de cada um desses modelos influencia a forma de se conceber saúde e doença. Pelo modelo positivista, reforça-se a intervenção fragmentada em um corpo orgânico; pelo modelo de evolução natural da doença, compreende-se que as patologias têm um curso pré-definido e comum aos indivíduos; já na óptica da determinação social, a doença não pode ser compreendida fora dos ângulos da sociedade. Para Langdon e Wiik (2010), por se estruturarem no mesmo espaço em que seus usuários vivem, os sistemas de atenção à saúde carregam aspectos tanto de um aparelho social, quanto cultural – abrangem conhecimentos sobre atitudes terapêuticas, enfermidades, papéis dos seus agentes, relações de poder e compõem um complexo semiótico.

O modelo biomédico vigente, carregado de inspirações positivistas e de constructos capitalistas e liberais, determina visões e ações em saúde. Explica Queiroz (1986) que a medicina ocidental muito se expandiu após a Segunda Guerra Mundial, incorporando atitudes e aparatos altamente tecnológicos e sofisticados, sintonizados com o modelo produtivo, calcados em grande investimento de capital e direcionados a intervir em corpos biológicos, com vistas a mantê-los em plena capacidade de produção. Donnangelo (1979) sustenta que a questão da produtividade nas sociedades capitalistas é tema central na conceituação de saúde, traçando íntima relação entre o fazer médico e a força de trabalho. Desse modo, os significados ligados à funcionalidade – e entenda-se por funcionalidade a capacidade de trabalhar e gerar lucros para um empregador e de consumir mercadorias – se alinham muito aos de saúde, nos tempos de hoje. Ser saudável é estar plenamente produtivo.

Aceitação e desprezo da subjetividade

As questões relativas à psique, mesmo que frequentemente impenetráveis, não se afastam da natureza concreta da vida. Se por um lado expressam o mais íntimo da existência humana, por outro se relacionam com características sociais, inclusive globais. Mente e comportamento, enquanto objetos de estudo e intervenção, carregam particular complexidade e, por mais que conhecimentos e disciplinas sejam articulados na tarefa de compreendê-los e caracterizá-los, costuma ser arriscado e difícil definir o que é ou não patológico nesse campo.

Se é verdade que em todos os campos da medicina há uma coexistência do saber médico com outros saberes que subsidiariam definições algo diversas do que é e do que não é doença, em nenhum outro domínio essa discordância é tão significativa como no âmbito do mental. (BASTOS; CASTIEL, 2014, s/p).

Definir aquilo que indica saúde mental perpassa a avaliação de critérios altamente individuais e subjetivos até a exploração de modelos políticos, sociais e econômicos, além da visitação a diversos teóricos e teorias. Ademais, envolve a superação da dicotomia corpo-mente: “se o psíquico responde ao corporal e vice-versa, fala-se, então, de um sistema no qual não se delinea uma nítida divisão entre ambos” (SEGRE; FERRAZ, 1997, p. 540).

Não obstante a aproximação dos conceitos de saúde e produtividade, as ideias modernas de boa saúde mental se ligam às de máxima atividade, função, desempenho, e popularizam-se como normas universais. Segundo Casto e Leão (2020) existe, na comunidade científica, um conjunto de linhas e teorias que se ocupam de estudar como as demandas do trabalho podem afetar os sujeitos psicologicamente. Não é despercebida a relação entre trabalho e psique, tampouco entre o premeditado esgotamento laboral que garante a atividade produtiva e a inércia reflexiva dos sujeitos.

A erosão da vida mental individual dos trabalhadores é útil para a implantação de um comportamento condicionado favorável à produção. O sofrimento mental aparece como intermediário necessário à submissão do corpo (DEJOURS, 2012, p. 96).

Para Han (2015), a estrutura contemporânea do trabalho não responde mais aos padrões *foucaultianos* disciplinares, consolida-se sob o imperativo do desempenho. O filósofo sugere que, no modelo atual de exploração do trabalhador, o indivíduo está compelido a desempenhar sua atividade com maior eficiência e rapidez sendo o patrão de si mesmo, fazendo coincidir em si a liberdade e a coação simultaneamente, protagonizando intensa autoexploração. A precarização

do trabalho, a informalidade, o fenômeno da “uberização” que, segundo Uchôa-de-Oliveira (2020), fundamenta-se na receita neoliberal de flexibilização, regularização e privatização, certamente impactam sentimentos e comportamentos dos trabalhadores, e trazem sensações de desadaptação e sofrimento. Manter indivíduos produtivos e assim chamá-los saudáveis, ainda que sob a névoa da opressão, dor e exaustão pode constituir-se em estratégia eficaz para afastá-los do protagonismo de suas vidas e impedi-los de refletir e decidir sobre aquilo que, para eles, representa gozar de boa saúde. A saúde é ditada por normas que reivindicam a autoridade técnica – a partir de manuais, tratados, tecnologias, disciplinas – de fazê-lo e, assim, os sujeitos e as comunidades perdem a autonomia de decidir o que ela significa dentro de seus próprios conjuntos de vida.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2001) estimou que no ano de 2000, no mundo, as perturbações mentais e neurológicas representariam 12% das causas de total de anos de vida ajustados por incapacitação perdidos (AVAI), previu também que em 2020 esta cifra alcançaria 15% e acrescentou que as patologias mentais e do comportamento tendem a atingir entre 20 e 25% das pessoas ao longo de suas vidas. A despeito de poderem acometer qualquer sujeito do planeta, a World Health Organization (WHO, 2010) expressa que cerca de três quartos da carga dos transtornos mentais mundiais ocorrem em países de baixa e média renda, com ônus para indivíduos, família, economia e sociedade, e que, para que se atinjam melhorias nesses apontadores, são fundamentais ações de integração.

Para Martinhago e Caponi (2019), o expressivo aumento, nos últimos anos, dos diagnósticos psiquiátricos levanta a questão: estamos mesmo tomados pelas doenças mentais? As autoras comentam que a racionalidade na concepção diagnóstica coloca em xeque a psiquiatria e destitui o ser da participação no seu próprio processo de adoecimento, desconsiderando seu movimento de subjetivação e individualização, à medida em que confere ao cérebro o protagonismo do fenômeno. O papel diagnóstico da psiquiatria moderna faz prevalecer a etiologia orgânica, o tratamento psicofarmacológico e a codificação objetiva de experiências individuais sobre os determinantes sociais da doença mental. Para Cardoso (2000), no século XIX, a formulação de um diagnóstico ocorria quando sintomas podiam ser compreendidos a partir de sinais, tal representação se expressa na atitude médica que, atualmente, muito se vale do uso de tecnologias e de representações textuais objetivas para representar questões subjetivas.

Em consonância com o papel normatizador da medicina, a psiquiatria pode também prestar-se à regulação social. Essa crítica é feita a alguns manuais diagnósticos internacionais como o *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) que, atualmente, está em sua quinta edição: “Então, para o DSM, transtorno seria uma disfunção pessoal que se caracteriza basicamente pelo desvio de uma norma social, uma alteração da ordem que deve ser restituída” (RESENDE; PONTES; CALAZANS, 2016, p. 544). Em vista da garantia de que indivíduos se mantenham produtivos e consumidores, valoriza-se, nas formulações diagnósticas, o imperativo da funcionalidade, e diagnosticar passa a envolver, quase que invariavelmente, a obrigação imediata de restituição do sujeito ao seu formato funcional o mais breve possível, com uso dos mecanismos que se fizerem necessários. Em relação à psiquiatria, Guarido (2007) comenta que a própria medicação dá significado ao transtorno, o apelo bioquímico na caracterização das doenças exclui a dimensão histórica do sujeito e considera-o como uma máquina biológica que pode ser alterada por intervenções bioquímicas.

Para Frances (2013), há controvérsias históricas no diagnóstico em psiquiatria, em parte explicadas pela dificuldade que há no estudo do cérebro e na transposição de saberes das ciências básicas para a prática clínica. O autor defende que por mais excitantes que as pesquisas de base biológica possam parecer, elas são limitadas e podem favorecer a criação de novos diagnósticos, falsos positivos e tratamentos inadequados, enquanto a indústria farmacêutica se aproveita da possibilidade de explorar novos mercados. Para Murguía, Ordorika e Lendo (2016), a partir da segunda metade do século XX, a medicina penetrou tanto no campo político quanto no das macroeconomias, e à medida em que participava da luta para que as populações tivessem acesso a tratamentos e medicações, também propagava o consumo de novos medicamentos que, produzidos por indústrias transnacionais, voltavam-se a atender o interesse privado. Segundo esses autores, a participação crescente do capital financeiro na indústria visava a alcançar serviços de saúde públicos e particulares, fomentar o *marketing* e influenciar Estado e agências reguladoras para que reconhecessem novos riscos, doenças e tratamentos suscetíveis à intervenção farmacológica.

Considerações finais

Assimilar o processo saúde-doença envolve avaliá-lo dentro de campos reais e simbólicos, argumenta Samaja (1998). As noções de saúde, para Albuquerque e

Silva (2014), são criadas ao longo da história e se atrelam aos meios e tecnologias utilizados no exercício de domínio do mundo, nas intervenções sobre a natureza e na expressão das classes dominantes a respeito do corpo e seu uso. Os autores assumem que os seres humanos compartilham similitudes biológicas e corporais, contudo tais aproximações não logram explicar universalmente o adoecimento, já que diferentes conjuntos sociais concebem as próprias ideias a respeito do que é adoecer ou estar saudável. Fleury-Teixeira (2009) confirma essa impressão ao alegar que é consensual no pensamento social o entendimento de que mulheres e homens sofrem forte determinação social, presente nas formas mais gerais e nas mais individuais, permeando toda a dimensão social da vida, das relações materiais, históricas, espirituais, éticas, culturais e econômicas.

De Hipócrates ao DSM 5, é possível identificar que, intrínseco ao debate sobre a patologia, está o intento de suprir uma necessidade humana: curar a ferida, aliviar a dor, aplacar a angústia, resgatar a alegria, tornar o corpo novamente funcional. O conhecimento científico relativo a esta necessidade, indica Breilh (2015), não surge de esquemas abstratos, ele rebenta da observação concreta do plano histórico e material, compreende faltas individuais que se alçam para a coletividade e são modificadas a partir das transformações que as relações históricas trazem aos fenótipos e ao psiquismo. À vista disso, o ato diagnóstico de uma doença mental representa muito mais do que a conferência de um conjunto de sinais e sintomas, ele espelha tensões, necessidades, desejos e oposições que nascem e se modificam no âmago do corpo social e que não deixam, de outro modo, de serem também vividas no mais íntimo da experiência humana. As representações a respeito de saúde e doença impactam juízos específicos no campo da saúde mental. Contemporaneamente, o apelo neoliberal capitalista tem suscetibilizado populações ao excesso de rótulos diagnósticos e intervenções que se aplicam mais ao cumprimento de agendas econômicas de classes dominantes do que ao favorecimento da qualidade de vida. Há o esforço em reduzir a subjetividade humana a funções bioquímicas e genéticas, em retirar dela o componente histórico, social e antropológico e considerar que as ações curativas não carecem impactar o corpo social e simbólico, mas o individual e orgânico, preferencialmente de modo tecnológico, com vistas a garantir funcionalidade. Desse modo, a doença mental passa a ser possível diante de qualquer manifestação subjetiva que não se adegue ao exercício da função produtiva. Importa mais o diagnóstico sobre o sujeito e a proposta tecnológica para a cura, do que o indivíduo e sua complexa expressão de vida.

Em dissonância à formulação de que o limite entre saudável e patológico deve ser demarcado por um diagnóstico preciso sobre um organismo individual e biológico, o conceito de *buen vivir*, mencionam Blanco e Aguiar (2020), examina a saúde como o processo que integra sujeitos entre si, à natureza e às suas comunidades, o que expande o arraçoamento e aceitação de outras subjetividades para além daquelas comunicadas nos modelos eurocêntricos. Nessa perspectiva, saúde e doença são estados interpenetráveis que compõem apenas parcialmente a existência, datados, integrados ao ambiente e às coletividades e variados em suas expressões subjetivas. Diante desta imensa variedade, a tarefa de encontrar padrões universais para o adoecimento pode configurar-se em uma prática excludente e minar aquilo que deveria ser o fundamento das ações em saúde – permitir meios para que sujeitos e comunidades se realizem em seu percurso de vida e potencialidades, para que se desenvolvam sob e em suas diferenças.

Foi no livro *Grande sertão: Veredas* que João Guimarães Rosa escreveu: “qualquer amor já é um pouquinho de saúde, um descanso na loucura” (ROSA, 2006, p. 311). Do romancista brasileiro, empresta-se o vislumbre de saúde como dimensão parcial da existência, fora da dicotomia totalizante estabelecida com a doença; de loucura como aquilo de que se descansa, e não do que se deve, definitivamente, suprimir; de amor como alegoria para a matéria humana, social e íntima que determina, em amplo aspecto, a vida.¹

Referências

- ALBUQUERQUE, G. S. C. de; SILVA, M. J. de S. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. *Saúde em Debate*, [S.L.], v. 38, n. 103, p. 953-965, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140082>. Acesso em: 01 out. 2020.
- ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. *Saúde e Sociedade*, [s.l.], v. 14, n. 3, p. 30-50, dez. 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902005000300004>. Acesso em: 8 jul. 2020. Acesso em: 07 jul. 2020
- ALMEIDA FILHO, N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. *Ciência & Saúde Coletiva*. Salvador, v. 4, n. 9, p. 865-884, maio 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a09v9n4.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2021.
- ARREAZA, A. L. V. Epidemiologia crítica: por uma práxis teórica do saber agir. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 17, n. 4, p. 1001-1013, abr. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232012000400022>. Acesso em: 28 nov. 2020.

- BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-84, jul. 2002. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902002000100008>. Acesso em: 01 ago. 2020.
- BASTOS, F. I. P.; CASTIEL, L. D. Epidemiologia e saúde mental no campo científico contemporâneo: labirintos que se entrecruzam? In: AMARANTE, Paulo (org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. 5. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. Cap. 5. Paginação irregular. Edição Kindle.
- BLANCO, J. P.; AGUIAR, E. P. El Buen Vivir como discurso contrahegemónico. Postdesarrollo, indigenismo y naturaleza desde la visión andina. *Mana*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 1-31, jun. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1678-49442020v26n1a205>. Acesso em: 31 jul. 2021.
- BOBATTO, M. B.; SEGOVIA, G.; ROSAS, S. M. El Buen Vivir, camino del Movimiento Mundial de Salud de los Pueblos Latinoamérica hacia otra alternativa al desarrollo. *Saúde em Debate*, [S.L.], v. 44, n. 1, p. 24-36, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042020s102>. Acesso em: 07 mar. 2021.
- BREILH, J. Bases para uma epidemiologia Contra-Hegemônica. In: BREILH, J. *Epidemiologia Crítica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. p. 165-189.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009. 154 p.
- CARDOSO, M. H. C. de A. História e medicina: a herança arcaica de um paradigma. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, [S.L.], v. 6, n. 3, p. 551-575, fev. 2000. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-59702000000400004>. Acesso em: 13 mar. 2021
- DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2012. 168 p.
- DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. *Saúde e Sociedade*. 2. ed. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1979. 124p.
- FLEURY-TEIXEIRA, P. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 380-389, set. 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406345800005.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020.
- FONSECA, R. M. G. S. da. Espaço e gênero na compreensão do processo saúde-doença da mulher brasileira. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, [S.L.], v. 5, n. 1, p. 5-13, jan. 1997. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11691997000100002>. Acesso em: 10 set. 2020.
- FRANCES, A. *The New Crisis in Confidence in Psychiatric Diagnosis*. 2013. Disponível em: <https://www.medpagetoday.com/upload/2013/5/17/0000605-201308060-00655-1.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2020.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na educação. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 151-161, jan./abr. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ep/v33n1/a10v33n1.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2020.

HAN, B.-C. *Sociedade do Cansaço*. Petrópolis: Vozes, 2015. 136 p.

HERZLICH, C. Saúde e doença no Início do século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 383-394, jul. 2004. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/physis/2004.v14n2/383-394/pt>. Acesso em: 21 ago. 2020.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, [S.L.], v. 8, n. 1, p. 49-69, jun. 2001. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-59702001000200003>. Acesso em: 02 dez. 2020.

LANGDON, E. J.; WIIK, F. B. Anthropology, health and illness: an introduction to the concept of culture applied to the health sciences. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, [S.L.], v. 18, n. 3, p. 459-466, jun. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692010000300023>. Acesso em: 09 jul. 2020.

MARTINHAGO, F.; CAPONI, S. Controvérsias sobre o uso do DSM para diagnósticos de transtornos mentais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 29, n. 2, p. 1-19, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312019290213>. Acesso em: 01 dez. 2020.

MURGUÍA, A.; ORDORIK, T.; LENDO, L. F. El estudio de los procesos de medicalización en América Latina. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, [S.L.], v. 23, n. 3, p. 635-651, 6 maio 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-59702016005000009>. Acesso em: 01 dez. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. 2009. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. 2006. Disponível em: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf?ua=1. Acesso em: 05 ago. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Indicadores de saúde: elementos conceituais e práticos. Elementos Conceituais e Práticos*. Cap. 1. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14401:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-1&Itemid=0&limitstart=1&lang=pt. Acesso em: 09 jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra, 2001. Disponível em: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf?ua=1. Acesso em: 25 ago. 2020.

- PUTTINI, R. F. *et al.* Modelos explicativos em saúde coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 20, n. 3, p. 753-767, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312010000300004>. Acesso em: 10 out. 2020.
- QUEIROZ, M. de S.; DELAMUTA, L. A. Saúde mental e trabalho interdisciplinar: a experiência do "Cândido Ferreira" em campinas. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Campinas, v. 16, n. 8, p. 3603-3612, ago. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2011.v16n8/3603-3612/pt>. Acesso em: 05 nov. 2020.
- RESENDE, M. S. de; PONTES, S. P.; CALAZANS, R. O DSM-V e suas implicações no processo de medicalização da existência. *Psicologia em Revista*, [S.L.], v. 21, n. 3, p. 534-546, 13 jul. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5752/p.1678-9523.2015v21n3p534>. Acesso em: 10 jul. 2020.
- RIOS, D. R. da S.; SOUSA, D. A. B. de; CAPUTO, M. C. Diálogos interprofissionais e interdisciplinares na prática extensionista: o caminho para a inserção do conceito ampliado de saúde na formação acadêmica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 23, p. 1-20, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/interface.180080>. Acesso em: 16 jul. 2020.
- ROSA, J. G. *Grande Sertão: veredas*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2006. 608 p.
- SAMAJA, J. A. Epistemologia e epidemiologia. In: ALMEIDA FILHO, N. *et al.* (Orgs.). *Teoria epidemiológica hoje: fundamentos, interfaces, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, 1998. p. 23-36.
- SAMPAIO, J. J. C. O processo saúde/doença mental. In: SAMPAIO, J. J. C. *Epidemiologia da imprecisão: processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 85-105. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/3vxf/pdf/sampaio-9788575412602-07.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2021.
- SCLIAR, M. História do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 17, n. 1, p. 29-41, abr. 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312007000100003>. Acesso em: 21 ago. 2020.
- SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, out. 1997. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rsp/1997.v31n5/538-542/pt>. Acesso em: 20 ago. 2020.
- SOUZA, D. de O. O caráter ontológico da determinação social da saúde. *Serviço Social & Sociedade*, [S.L.], n. 137, p. 174-191, abr. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.207>. Acesso em: 06 mar. 2021.
- UCHÔA-DE-OLIVEIRA, F. M. Saúde do trabalhador e o aprofundamento da uberização do trabalho em tempos de pandemia. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, [S.L.], v. 45, p. 1-8, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369000012520>. Acesso em: 01 dez. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mental Health and Development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. Targeting People with Mental Health Conditions as a Vulnerable Group*. Geneva, 2010. Elaborada por: Margaret Chan. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/policy/development/mh_devel_targeting_summary_2010_en.pdf?ua=1. Acesso em: 26 ago. 2020.

Nota

¹ E. Giacomini: sistematização da revisão, discussão de temas, construção textual e teórica. M. L. F. Rizzotto: instrução da pesquisa, orientação de escopo teórico, discussão conjunta dos temas, construção literária, revisão.

Abstract

Mental health diagnosis: acceptance and contempt of plurality

This essay discusses constructs linked to the conceptions of health and illness and, in particular, ideas that influenced and still influence the notion of mental illness. Starting from a narrative literature review, different times and ideas are visited, which, in consonance, point out that productive processes, time, territory, political and symbolic situations, as well as health models, suggest the way to diagnose and intervene in diseases. The diagnostic attitude towards what is considered pathological or not reveals fundamental characteristics of societies and the forces that operate them and, by reaching the field of subjectivity, it is potentialized as a force capable of elevating or canceling the diversity contained in human existence.

► **Keywords:** Mental health. Health diagnosis. Health-illness process.

