
A PSIQUIATRIA ENQUANTO CIÊNCIA: SOBRE QUE BASES EPISTEMOLÓGICAS SUA PRÁTICA SE SUSTENTA?

Dimitri Marques Abramov¹

Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, Brasil

Carlos Alberto Mourão Júnior

Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

A psiquiatria e a ciência

Observar a natureza e dela extrair conclusões acerca da sua realidade é o objetivo da ciência, porém a mesma tem o status formal de pensamento sistemático, fundamentado no método cartesiano (Descartes, 1991). Dentro da visão dualista do próprio Descartes, a mente não pertence à parte da natureza que contém os elementos extensivos (*res cogitans*), ou seja, que podem ser objeto de mensuração, apesar de serem os atributos mentais, vivenciados dentro do sujeito.

A psiquiatria é a prática humana que trata dos males da mente em primeira instância. A questão discutida neste texto refere-se à possibilidade de a psiquiatria, hoje, ser ciência uma vez que não se trata a psiquiatria de um universo de elementos formalmente extensivos, considerando os problemas metodológicos, relacionados à aplicação do método empírico sobre os atributos da mente.

Desenvolveremos o raciocínio partindo do problema original da ciência empírica, relativo ao conhecer absolutamente qualquer elemento extensivo, discutindo a natureza racionalista (ideal) da medicina como uma postura arbitrária em relação à complexa realidade da física do organismo, postura que se maximiza quando tentamos introduzir a psiquiatria dentre as ciências empíricas. Terminamos nosso ensaio versando sobre as possibilidades éticas para resolver esse dilema epistemológico.

O problema original da ciência empírica

Qualquer medição ou observação da natureza está intrinsecamente suscetível a desvios de medição. A ciência experimental, aquela que estuda a natureza, sempre será uma aproximação e a verdade jamais será alcançada, mesmo lançando mão de bons modelos teóricos. Porém esses modelos teóricos, que se utilizam do método racional, não podem partir do nada, sendo que, em algum momento, são alimentados por dados empíricos que, por sua vez, são também aproximações da realidade. Logo, nem mesmo os fenômenos físicos ou químicos da natureza podem ser conhecidos, em absoluto, pela ciência (Collins & Pinch, 2010).

A medicina nasceu como uma prática humana, baseada no pensamento tanto dedutivo quanto indutivo, estabelecendo-se enquanto técnica a partir da incorporação do método científico para conhecer o normal e o patológico. Nesse contexto, dentro de um mundo ontologicamente muito mais complexo que sistemas físicos isolados, o método empírico de conhecer cientificamente mostra mais ainda suas grosseiras limitações. Vejamos.

Como diagnosticamos um diabético? O diabetes foi definida por Hipócrates como uma medida qualitativa de anormalidade, definida pela presença de açúcar na urina, o que é um evento estatisticamente anormal. Isto acontece quando os níveis de glicose no sangue, que denominamos de glicemia, ultrapassam determinado valor. Logo, a glicose, seja sua presença na urina ou os seus níveis no sangue, são um marcador biológico do diabetes. Porém níveis mais baixos de glicemia do que os

¹ E-mail: dimitri.m.abramov@gmail.com

necessários para a glicose aparecer na urina já determinam complicações típicas do diabetes, como doenças vasculares. Logo, quais os níveis de glicemia que separam a normalidade da anormalidade?

Já que o diabetes é uma entidade nosológica, definida pela anormalidade dos níveis sanguíneos da glicose, a glicemia definiria o diabético e o normal (não diabético), observando o quanto suas taxas de glicemia se desviam dos valores normais. E como sabemos os valores normais da glicemia? Estudamos a média de pessoas normais. E como sabemos que essas pessoas são, a priori, normais? Para saber se elas são normais, dependemos do próprio resultado da glicemia, ou seja, do experimento que define a anormalidade. Eis aqui um caso de inconsistência lógica de petição de princípio, manifesta dentro da medicina, porquanto só temos como definir o valor normal de um exame avaliando pessoas saudáveis, mas só podemos defini-las como saudáveis se elas apresentarem valores normais no próprio exame para o qual estamos buscando definir seus valores normais. Caímos em um raciocínio circular.

A ciência natural, em particular, a ciência natural que estuda os complexos biológicos humanos, jamais será uma desbravadora da realidade. Porque, em primeiro lugar, a realidade somente pode ser conhecida se tivermos conhecimento de suas causas ou mecanismos os quais são, tautologicamente, buscados por meio da observação da própria realidade (qual é a realidade em si, jamais saberemos). E, em segundo lugar, a ferramenta utilizada para remediar o problema do conhecimento da realidade somente nos dará uma aproximação do que haveria de ser essa tal realidade. Logo, o que a ciência empírica nos dá, sempre, é uma nova hipótese, calçada em uma hipótese anterior. A conclusão definitiva não está nas mãos do método científico (Bachelard, 1990).

O viés racionalista da medicina é algo mais que metafísica?

Apesar de a construção do conhecimento médico ser estruturalmente empirista, na prática a medicina gira em torno do paradigma racionalista, o qual trabalha com modelos teóricos para buscar as causas das coisas. No caso da medicina, esta deseja buscar os mecanismos biológicos dos processos patológicos.

O racionalismo puro trata das matemáticas. Porém, conforme já dissemos, as matemáticas são disciplinas abstratas e, portanto, irreais. O pensamento racionalista na ciência empírica é admitido para sistemas bem delimitados, não complexos, em que um número limitado de variáveis e funções pode ser satisfatoriamente conhecido (dentro, logicamente, do que arbitramos por meio da inferência estatística) para produzir modelos preditivos da realidade.

A medicina trabalha com sistemas complexos, em que são inúmeras as variáveis de interesse assim como as intervenientes, e a estimativa dessas variáveis e das funções que as relacionam é incomparavelmente pior do que de outros sistemas físicos, como os sistemas orbitais ou mesmo atômicos. Valer-se do paradigma racionalista para produzir modelos preditivos dentro da medicina alcança o absurdo lógico.

Por exemplo, para conhecermos o mecanismo de ação de uma medicação sobre determinada doença (ou seja, para produzirmos um modelo válido desse processo sob a luz do paradigma racionalista), deveríamos dominar, com aproximação absurda da realidade, todo o contexto humano enquanto organismo específico (espécie) e enquanto indivíduo, dotado de uma combinação genômica única, modulada por experiências ambientais únicas ao longo de uma vida inteira. Se não existem duas pessoas iguais na Terra, conforme o senso comum nos ensina, como os modelos racionalistas da medicina pretendem tratar todos os homens como iguais?

O resultado de se assumir esses modelos extremamente imprecisos e limitados é a absurda generalização reducionista da variabilidade humana, em que o paciente, enquanto um sistema ultracomplexo, multivariado e dinâmico, deve, por regra, se encaixar dentro dos modelos preditivos da medicina. Assim, não importam a experiência individual e constituição particular do paciente. Assumimos, a priori, que as intervenções “terapêuticas”, baseadas nesses modelos, serão eficazes. A ignorância a respeito da individualidade, inerente à complexidade constitucional e dinâmica de cada ser humano, responde pela falha terapêutica, efeitos colaterais e interações farmacológicas imprevisíveis. O indivíduo não se comportará, absolutamente, por princípio, como o modelo prevê.

Não obstante, tomando o homem enquanto espécie, a observação experimental dos mecanismos biológicos (a qual é indireta, dando-se por meio da interpretação e quantificação de reações químicas e físico-químicas analíticas) revela mais dados que os modelos abarcam. A própria análise experimental é reducionista (pois selecionamos uma parte de toda uma teia complexa de relações para analisar) e o

modelo resultante acaba sendo, ainda, discreto. Por exemplo, ao analisarmos o mecanismo de ação de determinada droga, estabelecemos, por exemplo, sua eficácia sobre a atividade de determinado receptor (um componente bioquímico da célula responsável pelo controle de processos celulares) em um órgão alvo, como o pâncreas. A partir do estabelecimento experimental da afinidade eficaz, indicamos essa droga para atuar em processos patológicos que (supostamente) envolvem dado receptor. Contudo toda droga é mais ou menos inespecífica por natureza, atuando, com menor afinidade, sobre inúmeros outros receptores em inúmeros outros órgãos. Apesar da baixa afinidade sobre esses outros receptores, é verossímil que essa droga produza efeitos a partir dessa baixa afinidade por todas as redes funcionais das quais participam esses receptores. Alguns desses efeitos são mapeados durante os estudos clínicos que antecedem o estabelecimento dessa droga como um agente terapêutico. Esses efeitos estão, muitas vezes, entre os efeitos colaterais da medicação.

Esses estudos clínicos são experimentos empíricos puros, em que deixamos o modelo biológico de lado, e mapeamos (muitas vezes qualitativamente, por meio do relato subjetivo de eventos adversos) na população experimental a eficácia e a segurança da droga em teste e são obtidas correlações estatísticas. Isso quer dizer que esses estudos, apesar de reunirem milhares de indivíduos ao longo de anos, estão sujeitos a inúmeras falhas, relativas desde a aplicação indevida dos procedimentos experimentais por algum pesquisador, até a própria complexidade inerente ao sistema paciente-ambiente. Reforçamos que esses estudos empíricos são exemplos de aproximações, de fato, da realidade. Inúmeros efeitos dessa relação droga-organismo-ambiente serão ignorados ou atribuídos, de maneira até desdenhosa, ao mero acaso.

Da mesma forma que os modelos para mecanismos biológicos são produto do racionalismo e, portanto, especulativos, os estudos clínicos também produzem modelos, agora populacionais, sobre a segurança e eficácia da droga, mais uma vez, de aplicação questionável à realidade individual. Na prática médica, observamos comumente medicamentos exercerem efeitos não previstos, como dissemos. Classificamos isso como idiossincrasias. Inúmeras outras idiossincrasias em potencial, que aconteceriam em um nível subclínico permaneceriam desconhecidas. Em longo prazo, os efeitos de muitas das novas drogas, lançadas no mercado e consumidas às toneladas, tais quais tantos psicofármacos, continuam sendo grandes incógnitas (Sayd, 2011).

Avaliando a medicina sob esse ponto de vista crítico, podemos tomá-la como uma metafísica, que é o conhecimento que vai além dos sentidos, que extrapola a experiência empírica, porém é racionalizável dentro de um sistema lógico que, necessariamente, não corresponde à realidade.

Contudo o mandado da medicina existe: remediar e promover a saúde humana, em todas as suas dimensões. A ciência tem tentado dar conta desse mandado e tem sido elevada irresponsavelmente ao status de método definitivo. Mas está longe disso (Feyerabend, 2011).

Apesar das limitações do procedimento empírico, a única saída para uma ética médica é a própria práxis empirista, em que o melhor possível é atuar no indivíduo que sofre alguma experiência patológica, baseando-se na leitura sensível da sintomatologia do próprio indivíduo, agindo de modo conservador, minimizando ao máximo a exposição à intervenção química e tratando os modelos racionalistas com grande reserva. Pois o conhecimento das causas, a revelação dos mecanismos biológicos, se possíveis fossem, deveriam se dar a partir do estudo empírico do indivíduo enquanto entidade única e irreprodutível, controlando, por observação, todas as variáveis (na maior parte, desconhecidas até hoje) possíveis. Com efeito, o racionalismo não pode dar conta da individualidade biológica, por tratar todos os sujeitos como parte de um modelo fixo.

A utopia da psiquiatria científica

A psiquiatria espelha-se no restante da medicina e pretende ser uma ciência empírica que se vale do paradigma racionalista para construção de modelos para a realidade. Não importa se em território da psique ou da neurobiologia, a psiquiatria pretende, pelo reducionismo analítico, estabelecer elementos gerais de realidade. E, conforme o restante da medicina, ela valoriza esse status de ciência de um modo, diríamos, passional (ou irracional, concretizando um paradoxo ético em relação ao próprio método científico, que prima pela impessoalidade, pela dicotomia entre sujeito e objeto).

Sabemos de antemão que um campo do conhecimento que pretenda estudar os fenômenos mentais (fenômeno enquanto sinais ou sintomas, manifestações do sujeito) deverá, obviamente, ser empírico. Se a psiquiatria pretende ser ciência, somente poderá ser uma ciência empírica, padecendo, enfim, dos

limitantes epistemológicos da ciência empírica para conhecer a realidade, observando a natureza. Então, tal qual a medicina, produzirá inferências estatísticas para estabelecer o que há de ser normal e patológico. E, numa busca praticamente desarmada, rascunhar alguns modelos biológicos que, apesar de plausíveis (dentro do atual estado de conhecimento acerca dos processos cerebrais e mentais), estão muito longe de serem sequer compreensíveis (Canguilhem, 2012).

Nesta crítica, vale à pena recorrer ao óbvio e patente: de que trata a psiquiatria senão do sofrimento da mente? A mente, por definição, é o complexo individual indissociável que reúne um sujeito em relação com todo o universo. O sofrimento mental é o desvio funcional desse complexo que, postula-se, produz anormalidade. Para estabelecimento objetivo dessa anormalidade (sem entrar em questões de ordem ontológica ou ética, por enquanto), seja de modo absoluto (impossível) ou estatístico, conforme manda a medicina enquanto ciência, é necessária a análise empírica da mente, por meio do método científico.

De início, o que há de mensurável e objetivo entre os fenômenos que a mente manifesta para constituir-se variável de análise? Existem fenômenos qualitativamente anormais que são objetivos, como a desorganização das ideias, cuja presença já se constitui uma anormalidade em si. Do ponto de vista empírico, a investigação clínica da mente termina aí, nos fenômenos qualitativamente anormais de expressão objetiva, que constituem sinais clínicos. Mesmo assim encontramos o viés do observador, que classifica tal fenomenologia conforme sua própria subjetividade, a não ser que exista parâmetro para tal (o qual cai no problema da glicemia, citado no início deste ensaio). Ainda assim não podemos refutar terminantemente a hipótese da simulação. A psiquiatria não pode ser uma ciência baseada na boa fé do objeto de estudo.

Porém existem ainda os fenômenos qualitativamente anormais e completamente subjetivos, como as alucinações, que se restringem à dimensão do sintoma, acessível apenas por meio do relato, inacessível à constatação empírica. Como provar sua existência? Como qualificar de fato a experiência subjetiva da alucinação como tal? Eles não têm validade como achados científicos, uma vez que não produzem sinais evidentes. São nada mais do que qualia.

Partimos, enfim, para discutir os fenômenos dimensionais, que são variações quantitativas de fenômenos normais ou típicos da mente normal. A exemplo, a paranoia, a tristeza, a ansiedade, a atividade psicomotora, a atenção etc. O primeiro problema é métrico: como os medir objetivamente, em duração, intensidade etc. (vale à pena lembrar que todas as escalas psicométricas são avaliações intersubjetivas, baseadas em autorrelatos, entrevistas ou conclusões clínicas). O segundo problema é paramétrico: como estabelecer os pontos de corte entre o normal e o anormal? O terceiro problema é o pior deles: da validade. Mais uma vez, a psiquiatria científica deverá contar com a boa fé do seu objeto de observação (o paciente) no sentido de este relatar com veracidade seus sintomas.

Ademais há alguma relação causal empiricamente determinável desses fenômenos mentais? Até hoje não há marcadores biológicos determinados e definitivos para qualquer fenomenologia mental, ao contrário das outras áreas da medicina. Os modelos de mecanismos biológicos para o que consideramos transtorno mental se baseiam, por incrível que pareça, exatamente no que sabemos sobre o mecanismo de ação dos psicofármacos que, de alguma forma, mitigam os sintomas psíquicos desses transtornos. De fato, a ação, por exemplo, de um inibidor seletivo da recaptação da serotonina, que transforma a fenomenologia mental da depressão, pode ser sinérgica e indireta, não estando diretamente envolvida no suposto mecanismo fisiopatológico da depressão. Contudo consideramos na cultura da saúde mental que a depressão tem como consequência um desbalanço monoaminérgico no cérebro. Da mesma forma, neurolépticos antipsicóticos (antagonistas de receptores dopaminérgicos), certos anticonvulsivantes e o carbonato de lítio, drogas essas com mecanismos de ação aparentemente diferentes, têm efeitos similares no tratamento da mania, assim como a eletroconvulsoterapia. Fato é que, para grande parte dos transtornos graves e refratários, as eletroconvulsoterapias mostram-se muito eficazes, cujo mecanismo nada tem de específico. O que concluímos, enfim, é que qualquer alusão a modelos de mecanismos biológicos para transtornos mentais não passam de grosseiras especulações (Whitaker, 2010).

Na busca dos modelos racionalistas, como podemos controlar as variáveis dentro de um contexto biopsicossocial em separado das orgânicas e endógenas? Até que ponto o que determina um transtorno mental realmente são fatores endógenos ou estes são apenas cofatores facilitadores das manifestações, determinadas por inúmeros processos dinâmicos e circunstanciais à condição de vida e biografia dos pacientes?

Além do mais, como diferenciar entre o que é efetivamente anormal e o efeito das relações (circunstâncias) sociais, culturais, políticas e históricas do sistema indivíduo-ambiente? Convenhamos que, há séculos, o diabetes continua sendo diabetes. Porém a histeria deixou de existir e a homossexualidade deixou de ser patologia mental mediante decisão judicial da Suprema Corte norte-americana. O famoso manual diagnóstico norte-americano de transtornos mentais, o DSM, está em sua quinta edição e com mudanças substanciais na natureza de diversas entidades nosológicas. Ou seja, o problema ontológico na psiquiatria é tamanho que ainda nem se chegou a uma conclusão definitiva do que é transtorno e de como é o transtorno.

De modo geral, com esses questionamentos e ponderações temos uma perspectiva do tamanho do problema da psiquiatria, enquanto uma pretendente à ciência empírica e, pior, por intermédio da aplicação de um paradigma racionalista.

A psiquiatria é um ofício especulativo, carecendo de muito embasamento e ferramental para se tornar ciência. Essa afirmação pode ofender muito, mas, afinal, qual é o problema de a psiquiatria não ser uma ciência?

Um novo paradigma para a saúde mental

A ciência revela-se extraordinariamente eficaz para colocar satélites em órbita, controlar a fissão do núcleo do urânio, otimizar processos termodinâmicos em motores à explosão. Ainda se mostra válida para a descrição e manipulação de diversos processos biológicos, falhando progressivamente quando a complexidade aumenta (Fleck, 2010).

Contudo, no território da psiquiatria, a ciência é, literalmente, uma grande utopia. E o uso da ciência pelas práticas da saúde mental é temerário. Mas é uma tentativa compreensível dentro da cultura materialista, ultrapragmática e racionalista do mundo moderno, que desde os idos da modernidade se alimenta exclusivamente do que se denomina de ciência. O ato científico, na perspectiva iluminista, se tornou imagem do sábio e por isso entronizado indevidamente na condição de oráculo definitivo de todas as questões da natureza e da humanidade. Tudo, para ter valor, deve ser cientificamente atestado.

Se há um delírio de fato que habita a humanidade, este delírio é a saúde mental científica. Ora, cada homem que vive, já viveu e viverá é como uma impressão datiloscópica: um indivíduo complexo e irreduzível. Sempre sujeito. Jamais objeto. Deveríamos considerar uma agressão moral incomensurável a pretensão de reduzir qualquer homem a um objeto inteligível pela ciência. Não obstante, o sofrimento mental desse homem é real. E, sim, muitas vezes chega a ser letal. Ao mesmo tempo em que todo sujeito é louco, e é no momento que sofre, faz sofrer e, paradoxalmente, também produz desejos e persiste na vida, constrói na sua loucura individualidade e diversidade.

A psiquiatria e a psicologia são legítimas e necessárias enquanto práticas humanas para atender ao sofrimento mental do homem. A questão são seus pressupostos teóricos e metodológicos. Há de termos a mudança de paradigma para uma experiência puramente empírica em uma abordagem pragmática e teleológica, que observa o homem através de um olhar sensível e criativo, em que a experiência se constrói conforme o referencial fenomenológico: o sentido da realidade é perceptual, é o lugar para onde nossas consciências se dirigem. Logo, cada homem manifesta sua própria perspectiva de mundo, intrínseca à sua identidade, que há de se confundir com a do terapeuta para uma percepção comum e o desenho de um caminho para fora da esfera de sofrimento mental.

A psiquiatria e a psicologia devem reemergir como uma clínica para o indivíduo, cujo objetivo é atender ao sofrimento deste por meio da experiência pura, a despeito de classificações nosológicas ou determinantes de normalidade. Deve assumir sem pudor um novo estado, o de não ciência, de uma prática criativa e afetiva de transformação de subjetividades (Peixoto, 2012). Ou seja, de arte em que as palavras e o psicofármacos (enquanto apenas drogas psicoativas) são pincéis e temperos para uma clínica-do-sujeito-em-si, trabalhando na composição de uma nova realidade existencial, em que o sofrimento é aplacado ou, então, resignificado, tragicamente afirmado e transformado em motor da evolução pessoal.

Assim, tanto a psiquiatria quanto a psicologia devem se reconhecer (o quê?) como arte, sem prescindir do ferramental que a ciência – em que pesem suas muitas limitações – possa lhes oferecer.

Referências

- Bachelard, G. (1990). O materialismo racional. Lisboa: Edições 70.
- Canguilhem, G. (2012). Estudos de história e de filosofia das ciências: concernentes aos vivos e à vida. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Collins, H. & Pinch, T. (2010). O Golem: o que você deveria saber sobre ciência (2a ed.). Belo Horizonte: Fabrefactum.
- Descartes, R. (1991). Discurso do método. Coleção Pensadores. São Paulo: Nova Cultural.
- Feyerabend, P. K. (2011). A ciência em uma sociedade livre. São Paulo: Editora Unesp.
- Fleck, L. (2010). Gênese e desenvolvimento de um fato científico. Belo Horizonte: Fabrefactum.
- Peixoto, P. T. C. (2012) Heterogênese, Saúde Mental e Transcomposições. Rio de Janeiro: Ed. Multifoco.
- Sayd, J. D. (2011). Mediar, medicar, remediar (2a ed.). Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Whitaker, R. (2010). Mad in America: bad science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally ill (2nd ed.). New York: Basic Books.

Recebido em 23/01/2016

Aceito em 07/09/2016

Dimitri Marques Abramov: Laboratório de Neurobiologia e Neurofisiologia Clínica Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz.

Carlos Alberto Mourão Júnior: MD, PhD, professor associado da Universidade Federal de Juiz de Fora, Departamento de Fisiologia/ICB.