

Revista de Saúde Pública

JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

O conceito de saúde

The health's concept

Marco Segre e Flávio Carvalho Ferraz

Departamento de medicina Legal, Ética Médica e Medicina Social e do Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP - Brasil

SEGRE, Marco, O conceito de saúde.
Rev. Saúde Pública, 31 (5): 538-42, 1997.

O conceito de saúde

The health's concept

Marco Segre e Flávio Carvalho Ferraz

Departamento de medicina Legal, Ética Médica e Medicina Social e do Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP - Brasil

Resumo

Questiona-se a atual definição de saúde da Organização Mundial da Saúde: "situação de perfeito bem-estar físico, mental e social" da pessoa, considerada ultrapassada, primeiramente, por visar a uma perfeição inatingível, atentando-se as próprias características da personalidade. Menciona-se como principal sustentação dessa idéia, a renúncia necessária a parte da liberdade pulsional do homem, em troca da menor insegurança propiciada pelo convívio social. Discute-se a validade da distinção entre soma, psique e sociedade, esposando o conceito de homem "integrado", e registrando situações em que a interação entre os três aspectos citados é absolutamente cristalina. É revista a noção de qualidade de vida sob um vértice antipositivista. Essa priorização e proposta de resgate do subjetivismo, reverte a um questionamento da atual definição de saúde, toda ela embasada em avaliações externas, "objetivas", dessa situação.

Saúde. Qualidade de vida.

Abstract

Objections to the present WHO (World Health Organization) definition of HEALTH, as "the state of perfect physical, mental and social well-being", are expressed. It is considered to be anachronistic, first because it aims at perfection which is unattainable because of distinct personality characteristics. As the main support for this idea, the necessary renunciation of part of man's drive to liberty in exchange for the lesser insecurity provided by social life (Freud, Castoriadis and Mc Dougall), is groted. The validity of distinguishing between "soma", "psyche" and "society" is questioned and the concept of the "integrated man", alluding to Pierre Marty and to Freud himself is adapted, and situations are recalled in which the interaction of the three aspects mentioned above is actually evident. Finally, the notion of the quality of life, in accordance with an antipositivistic taken from Bion, point of view, is discussed, and the concept that reality is that of each human being, is adapted. This priority and the proposal to rescue subjectivism which was also observed by Foucault when he studied mental disease, leads to a last criticism of the present definition of health, based exclusively on external, objective evaluations.

Health. Quality of life.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define *saúde* não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. Essa definição, até avançada para a época em que foi realizada, é, no momento, *irreal, ultrapassada e unilateral*.*

Procurar-se-á, no presente artigo, fundamentar objeções à definição de Saúde da OMS. Trata-se de definição irreal por que, aludindo ao “perfeito bem-estar”, coloca uma utopia. O que é “perfeito bem-estar”? É por acaso possível caracterizar-se a “perfeição”?

Não se deseja, enfocar o subjetivismo que tanto a expressão “perfeição”, como “bem-estar” trazem em seu bojo. Mas, ainda que se recorra a conceitos “externos” de avaliação (é assim que se trabalha em Saúde Coletiva), a “perfeição” não é definível. Se se trabalhar com um referencial “objetivista”, isto é, com uma avaliação do grau de perfeição, bem-estar ou felicidade de um sujeito externa a ele próprio, estar-se-á automaticamente elevando os termos perfeição, bem-estar ou felicidade a categorias que existem por si mesmas e não estão sujeitas a uma descrição dentro de um contexto que lhes empreste sentido, a partir da linguagem e da experiência íntima do sujeito. Só poder-se-ia, assim falar de bem-estar, felicidade ou perfeição para um sujeito que, dentro de suas crenças e valores, desse sentido de tal uso semântico e, portanto, o legitimasse.

Por outro lado, a angústia (com oscilações), tendo essa angústia repercussão somática maior ou menor (por exemplo, um cólon irritativo ou uma gastrite), configura situação habitual, inerente às próprias condições do ser humano. Divergir de posturas da sociedade, e até marginalizar-se ou de ser marginalizado frente a essa mesma sociedade, não obstante o sofrimento que essas situações trazem, é comum e até desejável para o homem sintonizado com o ambiente em que vive. O filósofo Bergson¹ (1932) contrapôs duas formas de moral possíveis: a estática e a dinâmica. A primeira fixou-se nos costumes, nas idéias e nas instituições, reduzindo-se, na verdade, a hábitos coletivos de caráter conservador; já a segunda resulta de um impulso criador que se liga à vida em geral, sendo uma ética da ruptura e da criação de novos valores.

Com relação a esse aspecto, Freud^{7,8} (1908 e 1930), em mais de uma oportunidade, procurou mostrar como a perfeita felicidade de um indivíduo dentro da civilização constitui algo impossível. Para ele, a civilização passou a existir quando os homens

fizeram um pacto entre si, pelo qual trocaram uma parcela de sua liberdade pulsional por um pouco de segurança. Desta forma, a própria organização social e a condição mesma da existência do homem em grupos baseiam-se em uma renúncia que, ainda que assegure ao indivíduo certos benefícios, gera um constante sentimento de “mal-estar”. Desta condição não se pode fugir, donde resulta que entre indivíduo e civilização sempre haverá uma zona de tensão. Pode-se, inclusive, situar o mal-estar em um momento anterior ao da constituição dessa “civilização” de que se fala Freud. Afinal, o homem a construiu exatamente para escapar ao incômodo da insegurança em que vivia, decorrente de sua exposição a um estado de coisas não exatamente *sem leis*, mas ditado pela *lei do mais forte*, que não deixa de ser uma espécie de lei, ainda que selvagem e injusta. O filósofo Castoriadis (1975) apontou para esse engano de Freud, afirmando que Freud não conseguiu provar que social tinha origem na sexualidade ou no assassinato do pai primevo. Portanto, onde ele pensava que havia natureza, já havia cultura, ou seja, nessa suposta “pré-civilização” já havia o instituído (p. 203).

Nessas condições, não se poderá certamente falar em “perfeito bem-estar social”. Entende-se que, para fins de estatísticas de saúde, as formas de “avaliação externa” sejam necessárias; não seria exequível “qualitativar-se” esse tipo de mensuração. Essas reflexões e as que se seguirão são cabíveis para que o estudioso de ciências de saúde possa “pensar” melhor sua matéria.

Recentemente, médicos dos EUA criaram uma entidade nosológica e até lhe deram um C.I.D.: é a “síndrome da felicidade”, incompatível com a situação do homem, com suas dificuldades, dúvidas, medos e incertezas. Seria dessa “felicidade” que a OMS tiraria seus parâmetros para caracterizar o “perfeito bem-estar mental”?

O que se pode observar, quando aparentemente se encontra em alguém um estado de hiper-adaptação mental, é que a vida psíquica desse sujeito, por um outro lado - o lado oculto - encontra-se severamente empobrecida no plano fantasmático. Sua vida onírica e de fantasia parece amortecida, do que resulta um rebaixamento da criatividade e do potencial de intervenção sobre a realidade, no sentido de transformá-la. Esta síndrome dos “normóticos” ou “normopatas” começa a ser percebida por alguns psicanalistas mais atentos e sensíveis, como, por exemplo, por McDougall¹¹ (1978) e Bollas³ (1992).

* Sobre este tema, remete-se o leitor ao livro: Donnangelo, Cecilia. Saúde e sociedade. São Paulo, Duas Cidades, 1979.

Esses sujeitos, exatamente por não contarem com proteção de uma vida psíquica que lhes dê sustentação para enfrentar os acontecimentos traumáticos da vida, são, segundo tais psicanalistas, os mais propensos à somatização.

A definição de saúde da OMS está ultrapassada por que ainda faz destaque entre o físico, o mental e o social. Mesmo a expressão “medicina psicossomática”, encontra-se superada, eis que, graças à vivência psicanalítica, percebe-se a inexistência de uma clivagem entre mente e soma, sendo o social também inter-agente, de forma nem sempre muito clara, com os dois aspectos mencionados.

A continuidade entre o psíquico e somático tem sido objeto de uma série de investigações. Se o psíquico responde ao corporal e vice-versa, fala-se, então, de um sistema onde não se delinea uma nítida divisão entre ambos. A pesquisa em psicossomática mostra que, para um bebê, não faz sentido a divisão entre mente e soma. A psicossomática de inspiração psicanalítica tem colocado questões para a noção cartesiana da dicotomia mente-corpo. Marty¹⁰ (1980), por exemplo, viu em certas doenças, verdadeiras expressões do inconsciente manifestadas de forma primitiva, isto é, decorrentes da insuficiência fantasmática do sujeito. Assim, ao invés do sujeito produzir um sintoma psíquico e simbólico, como ocorre no caso da neurose, ele tende a responder ao excesso de excitação que não pode elaborar utilizando o corpo real.

Caberia aqui acrescentar que as injunções sociais atuam sobre este aparato complexo que é o sujeito. O estilo e o ritmo de vida impostos pela cultura, a modalidade da organização do trabalho, a vida nas metrópoles, entre tantos outros fatores, poderiam fazer pensar, até mesmo, em uma suposta unidade “socio-psicossomática”. No que diz respeito especificamente ao impacto da natureza do trabalho na sociedade contemporânea sobre o sujeito, Déjours⁵ (1980) tem nos trazido grandes contribuições, analisando as formas de organização do trabalho que impedem o trabalhador de manter seu funcionamento mental pleno, tendo assim de lançar mão de um processo de repressão da vida fantasmática que o induz a responder à excitação através da somatização.

Quando se fala em “bem-estar” já se englobam todos os fatores que sobre ele influem: ou não está já suficientemente “sentido” pessoalmente, e descrito em outras pessoas, que o infarto, a úlcera péptica, a colite irritativa, a asma brônquica, e até mesmo o câncer guardam profundos vínculos com os estados afetivos dos sujeitos? (a escolha do termo “sujeitos” e não “objetos” ou “vítimas”, dessas situações é propositada, no sentido de introduzir a idéia de ser a

“doença somática” apenas uma “via a mais” para externar a turbulência afetiva, tendo sido essa via inconscientemente buscada pelo sujeito, incapaz de harmonizar os seus conflitos interiores).

Freud⁹ (1938) já supunha que, entre as possibilidades de defesa disponíveis para o sujeito assolado pelo “mal-estar na civilização”, estava a fuga para a doença somática (junto à fuga para a neurose ou para a psicose ou, ainda, para o comportamento anti-social). Embora ele não tenha desenvolvido a abordagem dessa via, a psicanálise tomou esta tarefa para si ulteriormente. O fato é que uma série de doenças somáticas encontram sua etiologia na problemática afetiva que não pode ser vivenciada no plano propriamente psíquico. Muitas vezes, a repressão da agressividade – que não encontra uma outra via de escape – redundando na opção final de explosão no plano somático, isto é, no *corpo real*.

Suponha-se que decorra da percepção dessa “não clivagem” da pessoa a conhecida expressão “deve-se tratar o doente e não a doença”, dando margem, a inobservância dessa proposta, ao sucesso das assim chamadas “formas não tradicionais de medicina” (muitas vezes maior do que o da medicina), por visarem, essas técnicas, muito mais a afetividade do “sujeito”, do que a mera expressão somática de sua turbulência emocional.

Percebe-se a extrema dificuldade de aceitação, por muitos profissionais de saúde, do fato de ficar-se o êxito terapêutico no relacionamento afetivo com o cliente (o termo *paciente* não foi, propositalmente, usado para tornar mais distante a idéia de exclusiva aceitação, paciente, submissa, com relação ao profissional de saúde). O vínculo afetivo, embutido de confiança recíproca, na dupla que empreende uma ação de saúde (profissional-cliente), a par dos aspectos cognitivos, técnicos e científicos, é decisivo para que se possa esperar a melhora do estado do cliente.

Dir-se-á que no mundo atual, com a medicina em grande parte socializada (pré-paga), estatal ou não, com o profissional de saúde habitualmente mal resarcido (não dispondo de tempo e espaço afetivo para dedicar-se seriamente a cada um de seus pacientes), a criação e preservação dessa ligação afetiva entre o profissional de saúde e o cliente é tão irreal quanto a expectativa de “perfeito” bem-estar da OMS. Admite-se que assim seja, pelo menos em parte, cabendo a contrapartida à própria estrutura de personalidade do profissional, despreparado muitas vezes para o estabelecimento daquele tipo de vínculo. As restrições mencionadas absolutamente não desvalorizam as reflexões apresentadas.

O relacionamento profissional de saúde-paciente é, sabidamente, uma parceria entre duas pessoas, das quais uma delas detém o conhecimento técnico-científico, que põe à disposição da outra, que o aceitará, ou não, contrariamente ao que pensam muitos médicos que percebem esse relacionamento como uma subjugação, suspendendo-o diante de dúvidas, críticas ou “desobediências” do paciente; também aqui, a escolha do termo foi proposital, visando à ênfase na forma de percepção desses profissionais. É nessas condições, de pleno exercício da *autonomia* de duas pessoas, que o tratamento sói ter sucesso, a menos que uma delas - o “paciente” - renuncie à sua própria autonomia, optando pela sujeição a uma postura mais paternalista do profissional de saúde, o que é freqüente, dada a condição de “regressão” que o mal-estar habitualmente produz no cliente.

Este fenômeno, em psicanálise denominado *transferência*, pode levar o paciente a conceder ao médico um lugar de poder absoluto, em uma verdadeira substituição da figura onipotente do pai imaginário de uma criança pequena. Reconhecer-se no lugar transferencial pressupõe certa sensibilidade do profissional. *Usar* tal lugar para o exercício do poder, no entanto, já implica uma ação a ser pensada e discutida no plano da ética.

Acredita-se ter esclarecido, na óptica do presente artigo, a inadequação de ainda se fazer distinção, mormente num conceito da OMS, entre o físico, o mental e o social.

Finalmente, para tecer considerações sobre a mencionada “unilateralidade” da definição da OMS, há que se discutir o conceito de “qualidade de vida”. O que é “qualidade de vida”? Dentro da Bioética, do conceito de *autonomia*, entende-se que “qualidade de vida” seja algo intrínseco, só possível de ser avaliado pelo próprio sujeito. Prioriza-se a subjetividade, uma vez que, de acordo inclusive com o conceito de Bion² (1967), a realidade é a de cada um. Não há rótulos de “boa” ou “má” qualidade de vida, embora, conforme já se disse anteriormente, a saúde pública, para a elaboração de suas políticas, necessite de “indicadores”. Assim, por exemplo, é óbvio que são imprescindíveis, dentro de uma sociedade, as estatísticas de mortalidade pelas várias doenças. Mas, o que é doença? Não é ela, liminarmente, apenas um conceito estatístico, considerando-se doentes (físicos, mentais ou sociais) todos os que se situarem fora da assim chamada “normalidade”?

Principalmente em psiquiatria (embora isso ocorra, sem excessões, em todas as especialidades médicas), onde, na maioria das vezes nem mesmo alterações morfológicas dão chancela à diversidade dos in-

divíduos (e, ainda que dessem, não seria, o raciocínio, o mesmo? - não valerá a pena ser repensado o valor dessa diversidade (individualidade), a fim de preservá-la? Do fato de, cientificamente, serem conhecidos muitos “determinantes” genéticos, culturais e até físicos, químicos e biológicos de muitas patologias, decorrerá o direito ou não de intervir sobre essas diferenças quando o sujeito, manifestando sua vontade, não desejar essa intervenção? O que é o doente? Um ser humano diferente, que talvez tenha sua vida encurtada. O que é o sofrimento? É dor, inteiramente subjetiva, qualquer que seja a sua origem. O tratamento de uma doença, qualquer que seja, ela apenas será legítimo (e, conseqüentemente, ético), se o “doente” manifestar vontade de ser ajudado. Caso contrário, o “tratamento” poderá tratar-se de “defesa social” (situação freqüente, em psiquiatria) transvestida de benemerência. Retornando a considerar os condicionamentos, dos genéticos aos sociais, não existem todos eles, tanto nos “sãos” como nos “doentes”? A autonomia é uma condição que não se outorga a quem quer que seja: ou se reconhece, ou se nega.

Este problema com relação à psiquiatria, na verdade, já se cronificou entre nós. A própria noção da doença mental, como bem demonstrou Foucault⁶ (1972) foi constituída historicamente. Por um hábito positivista – uma exigência metodológica – procurou-se no corpo anátomo-fisiológico do “louco” o substrato último para explicar sua “doença”. Ocorre que, como denunciou o movimento antipsiquiátrico, a noção de “desvio” pendia mais para um juízo de valor que servia, na verdade, ao controle e à normalização sociais.

Logo, volta-se a enfatizar a prioridade do subjetivismo em toda reflexão sobre qualidade de vida. Poderá alguém afirmar que um portador de colostomia, conseqüente a uma cirurgia de câncer intestinal, tem qualidade de vida pior do que um seguidor obsessivo de regras religiosas, intimidado perenemente por um Deus que lhe foi inculcado, independentemente de sua vontade? Nesta óptica, vai ficando claro que “realidade” nada mais é do que uma convergência de subjetivismos. Haverá outra forma de conceituá-la, essa realidade, que só pode ser vista e pensada por pessoas?

Será que alguém, pelo simples fato de não ter recursos para se alimentar de acordo com nossos padrões, poderá aprioristicamente ser considerado com qualidade *pior* de vida do que uma pessoa bem alimentada?

Não restam dúvidas de que essas considerações, aparentemente radicalizantes, visam apenas a atenuar a tendência positivista dos conceitos de saúde que aí estão.

O presente enfoque é importante para uma visão ampliada de saúde pública. Necessariamente ela observa, descreve, avalia e administra indicadores: a política de saúde louva-se nesses elementos.

Assim sendo a abordagem “de dentro para fora” do ser humano, onde o que mais conta é o subjetivismo do indivíduo, recorrendo-se inclusive à teoria e à vivência psicanalítica para a sua fundamentação, pode parecer despropositada e fora do contexto de saúde pública.

Não é nisto que se pensa. O destaque à autonomia do ser humano, em que supostamente existe uma “vontade”, fazendo parte de uma “psyche”

(alma) que transcende ao próprio ambiente socio-cultural e mesmo à sua babagem genética, talvez dê uma condição melhor de entender a virtual ineficácia de políticas de saúde em determinados casos e circunstâncias.

Esta visão anti-positivista e mais humana das atividades dos profissionais de saúde, pode contribuir para um contato mais sintônico, mais empático e, conseqüentemente, mais ético, entre eles e a população assistida.

E, concluindo, dentro desse enfoque, não se poderá dizer que *saúde é um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade?*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BERGSON, H. *As duas fontes da religião e da moral* (1932). São Paulo, Abril Cultural, 1979. (Os Pescadores).
2. BION, W.R. *Estudos psicanalíticos revisados (Second thoughts)* 1967. Rio de Janeiro, Imago, 1988.
3. BOLLAS, C. *A Sombra do objeto*. Rio de Janeiro, Imago, 1992.
4. CASTORIADIS, C. *L'institution imaginaire de la société*. Paris, Seuil, 1975.
5. DÉJOURS, C. *A loucura do trabalho*. São Paulo, Cortez, 1980.
6. FOUCAULT, M. *História da loucura*. São Paulo, Perspectiva, 1972.
7. FREUD, S. *Moral sexual 'civilizada' e doença nervosa moderna* (1908). Rio de Janeiro, Imago, 1980. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas v. 9).
8. FREUD, S. *O mal-estar na civilização* (1930). Rio de Janeiro, Imago, 1980. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, v. 21).
9. FREUD, S. *Esboço de psicanálise* (1938). Rio de Janeiro, Imago, 1980. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, v. 23).
10. MARTY, P. *L'ordre psychosomatique*. Paris, Payot, 1980.
11. McDOUGALL, J. *Plaidoyer pour une certaine anormalité*. Paris, Galimard, 1978.