



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

ELTON ROGERIO CORBANEZI

# **Saúde mental e depressão: a função política de concepções científicas contemporâneas**

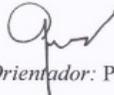
CAMPINAS

2015

Elton Rogério Corbanezi

**SAÚDE MENTAL E DEPRESSÃO: A FUNÇÃO POLÍTICA DE CONCEPÇÕES CIENTÍFICAS  
CONTEMPORÂNEAS**

Tese apresentada ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Doutor em Sociologia.



*Supervisor/Orientador:* Prof. Dr. Laymert Garcia dos Santos

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA TESE DEFENDIDA PELO ALUNO ELTON ROGERIO CORBANEZI, E ORIENTADA PELO PROF. DR. LAYMERT GARCIA DOS SANTOS.

---

CAMPINAS

2015

**Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s):** CNPq, 141224/2011-8

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas  
Cecília Maria Jorge Nicolau - CRB 8/3387

C81s Corbanezi, Elton Rogerio, 1984-  
Saúde mental e depressão : a função política de concepções científicas contemporâneas / Elton Rogerio Corbanezi. – Campinas, SP : [s.n.], 2015.

Orientador: Laymert Garcia dos Santos.  
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

1. Saúde mental. 2. Depressão. 3. Psiquiatria. 4. Sociedades. 5. Biopolítica.  
I. Santos, Laymert Garcia dos, 1948-. II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** Mental health and depression : the political function of contemporary scientific conceptions

**Palavras-chave em inglês:**

Mental health

Depression

Psychiatry

Societies

Biopolitics

**Área de concentração:** Sociologia

**Titulação:** Doutor em Sociologia

**Banca examinadora:**

Laymert Garcia dos Santos [Orientador]

Pedro Peixoto Ferreira

José Carlos Bruni

Peter Pál Pelbart

Sandra Caponi

**Data de defesa:** 18-12-2015

**Programa de Pós-Graduação:** Sociologia



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**

A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Tese de Doutorado, composta pelos Professores Doutores a seguir descritos, em sessão pública realizada em 18 de Dezembro de 2015, considerou o candidato Elton Rogerio Corbanezi aprovado.

Prof. Dr. Laymert Garcia dos Santos

Prof. Dr. Pedro Peixoto Ferreira

Prof. Dr. José Carlos Bruni

Prof. Dr. Peter Pál Pelbart

Profa. Dra. Sandra Caponi

***A Ata de Defesa, assinada pelos membros da Comissão Examinadora, consta no processo de vida acadêmica do aluno.***

*Aos meus pais, naturalmente.*

*Ao meu irmão Eder, inestimável companheiro.*

*À Maíra, por todo amor, força e inspiração.*

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar, agradeço profundamente a orientação e a amizade de Laymert Garcia dos Santos – a vitalidade e a sofisticação de seu pensamento contagiam a nós, orientandos, de maneira indelével.

Aos professores Vladimir Safatle e José Carlos Bruni, pela colaboração precisa e valiosa no exame de qualificação. Ao Bruni, meu agradecimento especial por contribuir – com a qualidade rara de quem cultiva a arte de pensar – para a minha formação desde a graduação. Ao professor Luís Antônio Francisco de Souza, por sua orientação rigorosa durante a iniciação científica. Ao professor Marcelo Ridenti, pela leitura do projeto de pesquisa junto aos colegas da turma de doutorado, que também o debateram. Aos professores que gentilmente aceitaram examinar a tese: Bruni, Pedro Peixoto Ferreira, Peter Pál Pelbart e Sandra Caponi.

A todos os integrantes do Grupo de Pesquisa Conhecimento, Tecnologia e Mercado (CTeMe). Não obstante a distância aparente do tema, as discussões sempre instigantes do grupo influenciaram diretamente as reflexões que permeiam a tese.

A todos os professores do IFCH e da Unesp/Marília que participaram da minha formação, assim como a todos os funcionários do IFCH, pela eficiência, presteza e cooperação.

Agradeço muito especialmente os meus pais, Silvio e Regina, pelo apoio irrestrito conferido às escolhas dos filhos, incentivando-nos sempre e de todas as formas. Minha absoluta gratidão ao meu irmão Eder, inestimável companheiro com quem compartilho toda sorte de ideias e experiências: suas leituras rigorosas contribuíram decisivamente com a versão final ora apresentada.

Com todo carinho, à Maíra, que acompanhou – com a virtude de uma preciosíssima companheira – na intimidade cada alegria e sofrimento que atravessaram a realização desta empreitada, animando-me com ideias que encorajavam cotidianamente meu contato com um tema cuja essência é dolorosa. Maíra e Eder sabem o quanto este trabalho é constituído por nossas conversas, desde as encruzilhadas temáticas e conceituais até o cuidado com a língua portuguesa. Aos meus sogros, Ari e Alice, por todo apoio e carinho com que me acolheram.

A todos os amigos de Rio Claro, Marília, Campinas e São Paulo que, direta ou indiretamente, contribuíram com a realização da pesquisa. Em especial, àqueles que mais se avizinharam dos dilemas existenciais ou metodológicos circunscritos à execução da tese: Marcelo Campos, Gustavo Favaron e Léo Cruz.

Por fim, agradeço ao CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) por financiar a pesquisa.

*A solidão de um é a fuga do doente; a solidão do outro, a fuga ante os doentes. Friedrich Nietzsche, **Assim falou Zaratustra.***

## RESUMO

O objetivo desta pesquisa é investigar a função política que se depreende da articulação de duas noções científicas contemporâneas: saúde mental e depressão. Primeiro, abordamos o nascimento da psiquiatria associado à “doença mental”, já que é mediante o processo sistemático de sua desinstitucionalização que emerge o conceito de “saúde mental”. Não mais restrito ao domínio do patológico, tal conceito contemporâneo divulgado pela OMS desde os anos 1950 incita, ao menos tacitamente, os indivíduos à autorrealização constante, sobretudo após a tendência à neoliberalização das sociedades ocidentais. No contexto de produção do bem-estar, em que a própria normalidade se constitui gradativamente como problema médico, investigamos a evolução da nosologia psiquiátrica da depressão nos sucessivos *Manuais diagnósticos e estatísticos de transtornos mentais* (DSM), concentrando-nos principalmente nas três últimas edições. Descrevendo e analisando a progressiva ramificação e flexibilização dos transtornos depressivos nos manuais psiquiátricos, pretendemos sustentar que o estabelecimento da depressão como patologia, sobretudo em suas formas mais tênues, corresponde à lógica de desempenho que fundamenta a biopolítica da saúde mental, cuja estratégia consiste, entre outros objetivos, em otimizar e potencializar capacidades específicas dos indivíduos. Veremos assim que a ideia de epidemia de depressão adquire relevância para a cultura ocidental especialmente quando relacionada a discursos médicos, científicos, institucionais e econômicos que estimulam permanentemente o indivíduo a produzir bem-estar, a otimizar determinadas capacidades e a realizar-se em todas as dimensões da sociabilidade.

**Palavras-chave:** Saúde mental; Depressão; Psiquiatria; Sociedade; Biopolítica.

## ABSTRACT

This research aims to investigate the political function that is comprehended about the connection between two contemporary scientific ideas: mental health and depression. First of all, we discuss the beginning of psychiatry associated to “mental illness”, since is through the systematic process of deinstitutionalization that emerges the concept of “mental health”. Once it is no longer limited to the pathological domain, the contemporary concept of “mental health” released by WHO since the 1950s induces individuals, even implicitly, to a constant self-accomplishment, especially after the Western societies’ tendency for neoliberalization. In the context of well-being’s production, where the own normality gradually constitutes as a medical problem, we explore the evolution of psychiatric nosology of depression in successive *Diagnostic and statistical manuals of mental disorders* (DSM), focusing especially on the last three editions. Through the description and analysis of the progressive ramification and flexibility of depressive disorders in the psychiatric manuals, we intend to maintain that the definition of depression as a pathology, mainly its subtle forms, matches the logic of performance that is the basis for the biopolitics of mental health, whose strategy is to optimize and to leverage specific capacities of individuals. Therefore, we will notice that the idea of depression epidemic acquires relevance to the Western culture, especially when it’s associated to medical, scientific, institutional and economics discourses that permanently stimulate the individual to produce well-being, to optimize certain capacities and to accomplish itself in all dimensions of sociability.

**Keywords:** Mental Health; Depression; Psychiatry; Society; Biopolitics.

## SUMÁRIO

<b>Introdução</b> .....	12
<b>1. Da loucura à doença mental: uma construção histórica</b> .....	20
1.1 - O Renascimento e a loucura.....	23
1.2 - A época clássica e a desrazão.....	28
1.3 - A modernidade e a doença mental.....	36
<b>2. A emergência da saúde mental</b> .....	53
2.1 - O conceito de anormalidade: um estado de transição.....	53
2.2 - A multiplicidade crítica e a desconstrução relativa do paradigma tradicional da psiquiatria: sobre a proveniência da saúde mental.....	64
2.3 - Saúde mental: uma estratégia biopolítica.....	83
<b>3. A epidemia de depressão como problema da biopolítica da saúde mental</b> .....	105
3.1 - Sofrimento depressivo.....	105
3.2 - Os <i>Manuais Diagnósticos e Estatísticos de Transtornos Mentais</i> e seus conceitos de depressão.....	111
3.3 - Capital humano e transtornos depressivos: duas verdades científicas associadas à função biopolítica da saúde mental.....	136
<b>Considerações finais</b> .....	150
<b>Referências bibliográficas</b> .....	155

# Introdução

---

O objetivo desta tese é investigar a função política que se depreende de duas noções científicas contemporâneas: saúde mental e depressão. De modo específico, a partir de uma perspectiva histórico-conceitual, trata-se de analisar criticamente a proveniência e a consolidação do discurso da saúde mental e, assim, de oferecer elementos para compreender de forma sociológica a ideia corrente de epidemia depressiva.

Sabe-se que Foucault pensou o presente a partir da história. Em *Vigiar e Punir*, o filósofo denominou tal tarefa como “história do presente” (Foucault, 1987, p. 29). Se, por um lado, nossa intenção consiste em apreender o conceito contemporâneo de saúde mental a partir de uma perspectiva histórica, por outro, uma noção diversa do autor de *História da Loucura* nos estimula a refletir sobre a depressão enquanto problema sociológico atual. Por não sabermos se a divulgada proporção epidêmica de depressão corresponde, ou não, ao término – ou ao início – de um tempo histórico, a pergunta sobre o que estamos fazendo de nós mesmos hoje se torna premente. “Ontologia do presente” é a maneira como Foucault (1994, v.4, pp. 687-688) conceituou essa arriscada e necessária experiência de apreensão do contemporâneo, a qual fora inaugurada por Kant através de suas perguntas a propósito do Esclarecimento (*Aufklärung*) e da Revolução Francesa. Movidos por esse desafio, perguntamos: o que a depressão, enquanto problema destacado pelo discurso positivo da saúde mental, pode dizer a respeito de nós e do que estamos fazendo de nós mesmos hoje?

É verdade que os sintomas que atualmente fazem da depressão uma doença nos remetem a uma história de longa duração. Na apresentação ao *Problema XXX,1* – texto em que Aristóteles explora as relações entre a inconstância e a excepcionalidade características da genialidade do melancólico –, o filólogo e historiador da medicina Jackie Pigeaud sustenta que a tradição ocidental conferiu a Hipócrates o estabelecimento da melancolia como doença. Conforme Pigeaud (Aristóteles, 1998, p. 55), no 23º aforismo do livro VI dos *Aforismos*, atribuídos a Hipócrates, encontra-se o seguinte pensamento: “Se tristeza (distímia) e medo duram muito, um tal estado é melancólico”. Apesar da origem longínqua, bem como

das diferentes concepções de melancolia que se estabeleceram ao longo da história da medicina ocidental, a depressão, enquanto possível atualização desse estado de espírito, pode ser considerada um *fenômeno social* relativamente novo: sua elevação expressiva nos índices epidemiológicos mundiais ocorre, sobretudo, a partir de 1970, quando passa então a ser divulgada como a “doença da moda”, o “mal do século” ou ainda o atual “mal-estar da civilização”. É o que afirma o sociólogo francês Alain Ehrenberg (2004, p. 34) na entrevista *La dépression. Naissance d'une maladie*:

Na primeira metade do século XX, a depressão é apenas uma síndrome reconhecível na maior parte das doenças mentais (psicoses e neuroses), e não é objeto de nenhuma atenção particular em nossas sociedades. Tudo se transforma nos anos 1970. A epidemiologia psiquiátrica mostra então que ela é a perturbação mental mais corrente no mundo, enquanto os psicanalistas percebem um nítido crescimento de deprimidos entre seus clientes. É o seu êxito médico. Por outro lado, a depressão é propagada pela mídia como uma “doença da moda”, ou mesmo o “mal do século”. Ou seja, a depressão é menos nova do que sua amplitude. Ela acabou por designar a maior parte dos males psicológicos ou comportamentais que cada um é suscetível de encontrar no decurso de sua vida. Assim, a depressão se torna um êxito sociológico.<sup>1</sup>

Como se vê, desde as últimas três décadas do século XX, esse transtorno psiquiátrico se tornou um problema médico e também sociológico de primeira ordem. Segundo o *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança* – documento da Organização Mundial da Saúde (OMS) destinado exclusivamente aos problemas de saúde mental –, cerca de 450 milhões de pessoas no planeta sofriam, por volta de 2001, de transtornos mentais ou neurobiológicos. No interior desse quadro, a depressão grave aparece no *Relatório* como “a principal causa de incapacitação em todo o mundo e situa-se em quarto lugar entre as dez principais causas da carga patológica mundial” (OMS, 2001, p. 14). Diante de tal cenário, a publicação da OMS destaca o relevante e conhecido prognóstico de que a depressão deve se tornar, até 2020, um problema mundial de ordem epidêmica, subindo para a segunda posição no *ranking* das principais causas da carga patológica mundial, que é avaliada conforme os anos de vida ajustados por incapacitação (AVAI); sendo assim, se as projeções estiverem corretas, a depressão

---

<sup>1</sup> Todas as traduções para o português de citações em francês, inglês e espanhol são de minha responsabilidade.

estará atrás apenas da doença isquêmica cardíaca (OMS, 2001, pp. 57-58)<sup>2</sup>. Na iminência de semelhante horizonte, formulamos nossa questão: em relação a quê e de que modo a depressão pode vir a ser um problema de ordem epidêmica?

Toda uma tradição do pensamento filosófico ocidental – notadamente Nietzsche, Canguilhem, Simondon, Foucault, Deleuze e Guattari – já evidenciou o quanto o patológico é um problema passível de reflexão apenas segundo uma multiplicidade relacional, mais especificamente um problema que se estabelece a partir da relação com a normatividade, seja da linguagem, da fisiologia, do indivíduo, do meio ou do tecido social. A radicalidade desse ponto de vista se faz notar, por exemplo, na filosofia da normatividade biológica do organismo concebida por Canguilhem (2002), conforme a qual não existe fato biológico – tampouco individual ou social, portanto – que seja normal ou patológico em si. Inspirados nessa tradição de pensamento, é de maneira relacional que pretendemos investigar i) a constituição da saúde mental – enquanto conceito e campo de atividade – e ii) a ideia de epidemia depressiva. Considerando seriamente a proposição de que a depressão não pode ser pensada como um dado natural, a-histórico ou em si, mas apenas em *relação*, percebe-se que ela pode vir a ser uma doença de altíssima incidência na medida em que se constitui como um problema a um determinado modo de vida e a todas as exigências que dele se sucedem, tais como felicidade, gozo, energia, criatividade, velocidade, projeção, motivação, comunicação, mobilidade e assim por diante. Enquanto o avesso de determinados ideais normativos contemporâneos, a experiência depressiva parece apresentar-se como uma manifestação significativa de obstáculo e de recusa ao imperativo biopolítico que caracteriza o modo operatório da saúde mental.

Daí então a necessidade de cartografar e de compreender a emergência e a consolidação do conceito de “saúde mental” na segunda metade do século XX. Resultado de um amplo processo de desinstitucionalização da doença mental em diferentes países ocidentais, assim como da institucionalização dos direitos humanos, do desenvolvimento da psicofarmacologia e da incorporação do elemento mental no conceito de saúde da OMS, o discurso da saúde mental estabelece objetivos centrais como substituir o modelo hospitalocêntrico, humanizar e priorizar o tratamento em atenção primária, prevenir e desestigmatizar os transtornos mentais e

---

<sup>2</sup> Atualmente, a OMS estima que 350 milhões de pessoas sofram especificamente de transtornos depressivos (Marcus et al., 2012).

promover a saúde mental. Porém, diferentemente de conceitos como “doença mental” e “anormalidade”, que se referem, respectivamente, à patologia propriamente dita e à sua virtualidade, o conceito de “saúde mental” abrange desde a psicose e os diversos sofrimentos psíquicos até a produção do bem-estar. Veremos assim que a extensão do conceito de saúde mental proporciona e fundamenta uma significativa intervenção psiquiátrica no tecido social, tornando possível estimular e potencializar a performance e a eficácia de condutas em uma sociedade que “descoletiviza” cada vez mais o indivíduo e lhe atribui a responsabilidade por seu sucesso ou fracasso social. Desde a década de 1970, aproximadamente, assistimos à emergência e à intensificação de acontecimentos que ainda nos são contemporâneos e que solicitam uma abordagem relacional: é ao lado da “neoliberalização” das sociedades ocidentais que o discurso da saúde mental começa a tomar consistência e a sugerir um sentido diverso do pretendido inicialmente, ao mesmo tempo em que se modifica o paradigma a partir do qual os transtornos mentais são concebidos e banaliza-se a depressão mediante a divulgação de sua epidemia.

Ao problematizar noções científicas em termos políticos, queremos dizer que a configuração e a definição dos conceitos de saúde mental e de depressão podem articular-se de maneira a modular existências e a governar condutas. Como afirmou Deleuze (1992, p. 203) a respeito de Espinosa, o conceito, qualquer que seja ele, não se move apenas em si, mas também nas coisas e em nós mesmos. Ou seja, ao contrário de isolado e inocente, o conceito sempre implica a vida. É nesse sentido que adotamos a proposição de que os conceitos de saúde mental e de depressão podem ter uma função política sobre a existência.

\* \* \*

Antes de problematizar diretamente a noção de saúde mental, procuramos, no primeiro capítulo, reconstituir historicamente a emergência do conceito de doença mental, que condicionou o nascimento da psiquiatria. Em concordância com a tese de Robert Castel (1978) sobre a função modelar que o alienismo francês exerceu nos diferentes países ocidentais<sup>3</sup>, nossa exposição a

---

<sup>3</sup> Ao evocar a pesquisa de G. Rothman sobre a implantação do sistema asilar nos Estados Unidos, bem como o estudo de A. Schull sobre o princípio da psiquiatria inglesa, Castel sustenta que a

respeito da constituição da psiquiatria se reporta ao protótipo francês a partir, sobretudo, das pesquisas de Foucault e do próprio Castel. Contudo, o objetivo do capítulo não é explorar minuciosamente a história do nascimento e da constituição da psiquiatria, como as pesquisas mencionadas já fizeram de maneira notável, mas sim destacar e analisar os diferentes conceitos relativos à desordem psíquica e comportamental. Desse modo, percorremos uma história cujo início antecede a própria constituição da psiquiatria, com a finalidade de sublinhar a transitoriedade dos conceitos “loucura” e “desrazão” até a construção da “doença mental”. Procedendo assim, trata-se não apenas de mostrar a formação do paradigma de internação vigente até a segunda metade do século XX – dado que é mediante a relativa desconstrução de tal paradigma que decorre a emergência do campo denominado saúde mental – como também de evidenciar, a partir de uma perspectiva genealógica, o quanto as transformações conceituais correspondem a verdadeiras modificações de problemas. Nesse sentido, ressaltaremos como os conceitos de loucura, de desrazão e de doença mental operam deslocamentos significativos, tal como o fazem posteriormente os conceitos de anormalidade e de saúde mental.

É com o mesmo procedimento que examinamos, no segundo capítulo, a proveniência, a emergência e a consolidação do conceito contemporâneo de saúde mental. Para tanto, analisamos as implicações do conceito de anormal em psiquiatria, bem como as críticas e os movimentos contestatórios e antipsiquiátricos direcionados ao paradigma tradicional da psiquiatria baseado na internação. Em seguida, recorreremos tanto a pesquisas sociológicas, filosóficas e médicas sobre o conceito de saúde mental quanto a documentos da OMS que o definem e o

---

formação dos dois modelos – utilizados a título de exemplo – é semelhante à constituição da psiquiatria francesa. Na condição de francês, o sociólogo justifica sua opção pela análise acurada do fenômeno em seu país: “De fato, além de nos ser mais fácil nos familiarizarmos com a situação histórica francesa, a sobrecarga que resultaria do exame simultâneo das outras situações nacionais no século XIX não seria compensada por um acréscimo substancial em dados novos” (Castel, 1978, p. 272). Na mesma direção, Joel Birman (1978, p. 39) também sustenta que o dispositivo psiquiátrico clássico, enquanto normatizador moral, foi fundamentalmente criado na França, servindo depois como modelo para outros países europeus, assim como para os Estados Unidos e também para países menos desenvolvidos. Paulo Amarante (2007, pp. 35-36) afirma, por sua vez, a mundialização do alienismo pineliano em função do alcance de suas questões diretamente relacionadas com a Revolução Francesa. Podemos ratificar tal propagação lembrando, por exemplo, a influência exercida pela psiquiatria francesa na formação da própria psiquiatria brasileira, como mostra *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*, de Roberto Machado (1978) e seus colaboradores, assim como, de maneira mais pontual, *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*, de Jurandir Freire Costa (2007, p. 41).

divulgam oficial e mundialmente, de modo a compreender sua função política latente e atual.

Por último, o terceiro capítulo pretende examinar a ideia de epidemia depressiva<sup>4</sup>. Parte-se de um testemunho literário para chamar a atenção sobre a seriedade e a gravidade do sofrimento depressivo severo. Em seguida, para mostrar que o sofrimento não é sempre de tamanha intensidade, pesquisamos a evolução das concepções dos transtornos depressivos nos sucessivos *Manuais Diagnósticos e Estatísticos de Transtornos Mentais* (DSM), sobretudo a partir da terceira edição, que modificou o paradigma da racionalidade psiquiátrica. Mais detidamente, analisamos as diversas categorias diagnósticas de depressão nas duas últimas edições do manual da *American Psychiatric Association* (APA): o DSM-IV-TR [2000] e o DSM-5 [2013], que são, ao lado da *Classificação Internacional de Doenças* (CID) da OMS, os principais sistemas classificatórios de psiquiatria no mundo. Por fim, apresentamos a teoria do capital humano enquanto característica essencial do *ethos* contemporâneo das sociedades capitalistas ocidentais, de modo a identificar então como a evolução científica da nosologia psiquiátrica da depressão pode relacionar-se com as demandas do capitalismo atual.

Veremos assim que a ideia de epidemia depressiva pode ter como condição de possibilidade o contexto contemporâneo da biopolítica da saúde mental. Nesse sentido, a história da depressão enquanto categoria clínica nos interessa menos do que sua relação com o discurso positivo da saúde mental – daí examinar as concepções psiquiátricas do transtorno a partir da segunda metade do século XX. Descrevendo e analisando a sistemática ramificação e flexibilização dos transtornos depressivos nos manuais psiquiátricos, a hipótese central é que o estabelecimento da depressão como patologia, sobretudo em sua forma mais tênue, corresponde à lógica de desempenho que fundamenta uma forma de governo voltada ao desenvolvimento, à otimização e à potencialização das capacidades dos indivíduos. Pretendemos sustentar, portanto, que a ideia de epidemia de depressão adquire sentido quando relacionada a um discurso exterior que estimula permanentemente o indivíduo a produzir bem-estar, a otimizar suas capacidades e a autorrealizar-se em todas as dimensões da sociabilidade. Ou seja, a depressão, segundo a concepção

---

<sup>4</sup> Vale dizer desde já que, com o emprego do termo “ideia”, tal como desenvolvido por Hacking (2001), pretendemos chamar a atenção ceticamente para a diferença que pode haver entre a efetividade da epidemia depressiva e a ideia médica e social que se constrói dela.

psiquiátrica atual, parece constituir-se como um problema relevante para a cultura ocidental especialmente em relação a uma forma de governar a vida que constitui o programa positivo da saúde mental. Como se vê, argumentamos que há uma *articulação* fundamental entre a ideia de epidemia da depressão e a emergência da saúde mental<sup>5</sup>, que resulta, diferentemente do que pretendia a crítica ao dispositivo psiquiátrico clássico, na ampliação da intervenção médica com o objetivo tácito de incitar e promover as potências dos indivíduos em todas as esferas da vida social (relações interpessoais, família e trabalho). Assim, no contexto em que se pretende produzir uma determinada saúde a todo custo, a proporção supostamente epidêmica de depressão pode evidenciar – e colocar em questão – o aspecto político de um programa que circula em nome da saúde.

Estabelecendo o contexto neoliberal da biopolítica da saúde mental como condição de possibilidade para a epidemia depressiva, não se trata de realizar um mero reducionismo sociológico, como se a concepção de depressão se constituísse exclusivamente a partir de normas sociais contemporâneas. Se, por um lado, reduzir tal fenômeno médico à dimensão biológica consiste em naturalizar algo que é também social, cultural e historicamente produzido, por outro, limitá-lo igualmente à explicação sociológica implica negligenciar o aspecto de acontecimento que envolve a depressão. Enquanto tal, como adverte Pignarre (2003, pp. 125-126), trata-se menos de subordinação do que de mobilização dos saberes: é que a depressão mobiliza irrecusável e simultaneamente elementos biológicos, psicológicos e sociais. Apesar do aspecto incontestável dessa observação, cabe à sociologia – entre diversos caminhos possíveis e junto a outras ciências humanas – pesquisar em documentos que orientam a prática médica e social a função política de discursos institucionais e de classificações científicas. Em tempo, é preciso advertir que o leitor não encontrará aqui, portanto, uma investigação sobre o funcionamento fisiológico ou psíquico da depressão, tampouco a propósito das práticas que incidem sobre ela ou a respeito dos interesses financeiros da indústria farmacêutica.

A nosso ver, problematizar a “saúde mental” e a “depressão” a partir de uma perspectiva histórico-conceitual implica subtrair-lhes a área de verdade científica desinteressada e desnaturalizá-las, o que constitui tarefa fundamental da

---

<sup>5</sup> Cabe explicitar que a expressão “emergência da saúde mental”, que intitula o segundo capítulo da tese, compreende um duplo sentido: tanto aparição do conceito e campo da “saúde mental” como também necessidade premente de desenvolver tal saúde.

sociologia. Daí por que ocupar-se da questão: é que o discurso da saúde mental e o estabelecimento da depressão como doença podem operar como sintoma social, fazendo ver o que a sociedade projeta em termos de saúde e o que ela persegue enquanto patológico.

## Da loucura à doença mental: uma construção histórica

---

O objetivo deste capítulo é compreender historicamente a construção da doença mental e, assim, a constituição do paradigma de internação psiquiátrica vigente até a segunda metade do século XX, já que é a partir da crítica e da relativa desconstrução de tal paradigma que decorre a emergência do campo denominado saúde mental. Para realizar nosso objetivo, procuraremos examinar o caráter transitório dos conceitos de “loucura” e de “desrazão”, conforme o ponto de vista histórico-filosófico de Foucault, para depois analisarmos a noção de “doença mental” à luz da interpretação do filósofo francês e de outras pesquisas sobre o tema.

\* \* \*

Ao combinar formação filosófica com uma reflexão sobre a medicina, Foucault percebe, desde o início de sua trajetória intelectual e sob manifesta influência de Georges Canguilhem, que a oposição entre o normal e o patológico consiste em um profícuo campo de investigação. Porém, como é de se esperar de um filósofo engajado em questões históricas, políticas e sociais, essa relação não deveria permanecer restrita à problematização do domínio médico, devendo também, por causa de suas implicações, ultrapassá-lo. É que tal oposição estabelece formas de subjetivação dos indivíduos em toda a sociedade, entendendo o termo subjetivação tanto como forma de sujeição quanto modo de produção de existência. Para além de seus escritos da década de 1950 sobre a psicologia científica<sup>1</sup>, assim como seu pequeno livro *Maladie mentale et personnalité*, de 1954, o primeiro resultado de maior projeção desse modo de pensar de Foucault será sua tese principal: *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*, defendida em 1961. *História da Loucura na Idade Clássica*, como foi publicada posteriormente, tem como delimitação histórica a época clássica, que abrange fundamentalmente os séculos XVII e XVIII, e procura compreender, através de rupturas e continuidades

---

<sup>1</sup> Tais como: *Introduction* (in Binswanger), *La Psychologie de 1850 à 1950* e *La recherche scientifique et la psychologie* (Foucault, 1994, v.1).

em relação a outros períodos históricos, as condições de possibilidade da psiquiatria moderna e suas funções no corpo social.

Como arquivista meticoloso, que confronta documentos com práticas institucionais e discursos filosóficos, teológicos, literários, dramáticos e iconográficos, Foucault mostra que a experiência da loucura é, antes de tudo, uma experiência antropológica da diferenciação, visto que o imaginário social ocidental sempre percebeu o louco como o “outro”, no sentido da exceção, da sujeição, do silêncio. Uma passagem do prefácio de *As Palavras e as Coisas* esclarece tal ideia retrospectivamente: “A história da loucura seria a história do Outro – daquilo que, para uma cultura, é ao mesmo tempo interior e estranho, a ser portanto excluído (para conjurar-lhe o perigo interior), encerrando-o porém (para reduzir-lhe a alteridade)” (Foucault, 2000, p. XXII). A partir de experiências-limite que têm muitas vezes o estatuto de “outro” na cultura ocidental, interrogar os sistemas de normalização: eis um procedimento original da trajetória intelectual de Foucault. Isto é, da mesma maneira que o crime permite questionar a lei, o sistema prisional e a difusão disciplinar no tecido social (cf. Foucault, 1987), e a experiência da morte se apresenta como uma forma de apreender o nascimento da clínica (cf. Foucault, 2008), assim também a loucura possibilita interrogar tanto a racionalidade psiquiátrica, em particular, quanto o sistema da racionalidade ocidental como um todo<sup>2</sup>. Assim, através de diferentes experiências da loucura, *História da Loucura* descreve e analisa as modificações históricas de uma estrutura de exclusão<sup>3</sup> a partir de um fio condutor evidente: a crescente subordinação da loucura à razão, mediante a qual se tornou possível a emergência da doença mental e do correlativo estatuto médico de controle social.

Para realizar tal empreendimento, Foucault confere um lugar privilegiado à história, como se depreende desde o título de sua tese. Contudo, como o autor procede em toda sua obra, não se trata de tomar a história como objeto único ou de fazer dela uma perspectiva isolada, mas sim de problematizar historicamente as diferentes relações entre sujeito e verdade. Trata-se de uma maneira filosófica de interrogar a história, o que atribui à própria história um novo impulso, conforme

---

<sup>2</sup> Nesse sentido, veremos que a depressão, apesar de banalizada atualmente, permite problematizar a produção normativa do modo de vida contemporâneo.

<sup>3</sup> Em entrevista concedida no ano de defesa de sua tese, Foucault (1999, pp. 149-150) atribui essa intenção de perseguir uma estrutura de exclusão relativa à loucura a uma significativa influência da noção de estrutura de Georges Dumézil, que a empregou em seus estudos sobre os mitos.

sustenta Deleuze (1986, p. 56). Em *O que é a crítica? (Crítica e Aufklärung)*, Foucault (2000a, pp. 180-181) explicita o sentido crítico e não convencional que essa perspectiva histórico-filosófica exerce em suas pesquisas:

[...] coloca-se a questão: quem sou eu, que pertença a esta humanidade, talvez a esta parte, a este momento, a este instante de humanidade que está sujeitada ao poder da verdade em geral e das verdades em particular? Dessubjetivar a questão filosófica pelo recurso ao conteúdo histórico, libertar os conteúdos históricos pela interrogação sobre os efeitos de poder, onde esta verdade – na qual eles estão censurados de aparecer – os afeta. Essa é, se vocês quiserem, a primeira característica dessa prática histórico-filosófica.

Percebe-se que tal método – ou prática, se entendida como “atitude crítica” – contém em si uma forma de resistência: seu fundamento consiste na arte de não ser governado pela verdade, seja ela particular ou geral, em sentido a-histórico. No caso da loucura, isso significa suspeitar, de antemão, da concepção de nascimento da psiquiatria segundo a perspectiva da hagiografia médica, que confere à doença mental o estatuto de um objeto naturalmente médico que a estaria esperando no tempo para ser “descoberta”. Sendo assim, esse procedimento histórico de investigação só interessa na medida em que são as atuais relações do sujeito com o poder da verdade que estão no horizonte – seja a relação do sujeito com a verdade particular da psiquiatria, seja sua relação com a verdade geral do “progresso” da racionalidade proveniente da *Aufklärung*. Compreende-se então a noção de arqueologia que orienta *História da Loucura*: escavar estratos históricos para compreender o solo no qual ainda nos encontramos – a modernidade. A esse respeito, Deleuze (1986, p. 58) afirma: “É por isso que os estratos são a questão da arqueologia, precisamente porque a arqueologia não remete necessariamente ao passado. Há uma arqueologia do presente”<sup>4</sup>.

Vejamos como essas noções operam na “arqueologia do silêncio” que constitui a *História da Loucura*. Não se trata de fazê-lo, porém, com a intenção de comentar o conjunto da tese de Foucault – tarefa que o próprio autor repetidamente

---

<sup>4</sup> Em entrevista concedida em 1986, ano de publicação de seu livro *Foucault*, Deleuze (1992, p. 131) assegura: “Há algo essencial de um extremo a outro da obra de Foucault: ele sempre tratou de formações históricas (de curta duração, ou, no final, de longa duração), mas sempre em relação a nós, hoje”. Contudo, importa sublinhar que Deleuze (2003, pp. 324-325) defende a ideia de que os livros de Foucault dizem mais respeito à análise histórica (linhas de sedimentação) – sem, contudo, deixarem de tratar do presente –, ao passo que suas entrevistas versam mais especificamente sobre a atualidade do diagnóstico (linhas de atualização). Sobre os diferentes momentos da trajetória arqueológica de Foucault, ver também Roberto Machado (1981).

criticou<sup>5</sup> –, mas de abordar com precisão o que nos interessa: os conceitos que designaram a loucura em determinadas formações históricas e a ordem de problemas a qual eles se reportam.

### 1.1. O Renascimento e a loucura

Antes de examinar a experiência renascentista da loucura, Foucault menciona rapidamente a Idade Média, a fim de evidenciar a relação de segregação que se estabeleceu com a lepra nesse período. As poucas páginas dedicadas a essa figura socialmente temida na época medieval adquirem absoluta relevância na medida em que delas já se depreende um conjunto de valores e estruturas que permanecerão ao longo da experiência ocidental da loucura. Enquanto poder ainda negativo de exclusão, Foucault (2003, p. 06) afirma que a experiência medieval com a lepra – e posteriormente com as doenças venéreas, concebidas como a “nova lepra” – fundamenta uma estrutura de recusa incontornável<sup>6</sup>:

Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais, os jogos da exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e “cabeças alienadas” assumirão o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que salvação se espera dessa exclusão, para eles e para aqueles que os excluem.

Mas antes de avançar para a mencionada época clássica, que é afinal a principal formação histórica de sua investigação e aquela que de alguma forma reativa o sentido dos antigos leprosários medievais, Foucault discorre a respeito da experiência renascentista da loucura. Embora este período seja objeto secundário da obra, sua relevância também ressoa ao longo da tese de Foucault, já que as

---

<sup>5</sup> Cf. Foucault (2001, p. 74; 2003, p. VIII; 2005a, p.144; 2008, pp. XIII-XIV). Visto que nosso objetivo não consiste em fazer uma exegese da tese foucaultiana, mas sim tomá-la como um acontecimento na própria história da psiquiatria, como veremos adiante, cabe explicitar que nossa presente leitura não pretende estabelecer um diálogo com a ampla fortuna crítica existente a propósito da obra e do autor, salvo nos casos em que julgamos ser isso fundamentalmente esclarecedor. Tal projeto foi modestamente empreendido em: Corbanezi (2009).

<sup>6</sup> Segundo Maurice Blanchot (s.d., pp.18-19), a riqueza da tese de Foucault consiste justamente na maneira histórica e sociológica com a qual o filósofo investiga o poder de exclusão relativo à loucura, que fora inaugurado com os leprosários medievais. Sobre o poder negativo de exclusão da lepra contraposto ao poder positivo concernente à peste, que recebe essa qualificação por já constituir um poder de aproximação, de observação e de fabricação de saber próprio à época clássica, ver Foucault (1979, pp. 88-89; 2002, pp. 59-60).

consequências *críticas* da loucura condicionaram a maneira pela qual as formações históricas sucessoras perceberam-na.

Contudo, próximo a esse novo gesto de cisão, que é designado como “elemento crítico” da loucura, há um acontecimento de outra ordem. A *Nau dos Loucos*, como a experiência renascentista da loucura é simbolizada, não é apenas o título do quadro de Hieronymus Bosch (*La nef des fous*, c.1490-1500) e do poema de Sebastian Brant (*Narrenschiff*, 1497), entre outras obras da época que a representam<sup>7</sup>. Para além da iconografia e da literatura, de toda “frota onírica” que a compõe, a *Nau dos Loucos* tem também uma existência real, como Foucault mostra em poucas mas inspiradoras páginas que versam sobre os valores das embarcações e das águas que conduzem os loucos errantes de uma cidade para outra. Mesmo que não seja a única forma de capturar o insano – já que leitos hospitalares, prisões e peregrinações também constituem os exílios que lhe foram impostos nesse período –, é significativa a dimensão histórica dessas embarcações em toda a Europa, sobretudo na Alemanha. Sobre a função que essas partidas cumprem, escreve o autor:

Por um lado, não se deve reduzir a parte de uma eficácia prática incontestável: confiar o louco aos marinheiros é com certeza evitar que ele ficasse vagando indefinidamente entre os muros da cidade, é ter a certeza de que ele irá para longe, é torná-lo prisioneiro de sua própria partida. Mas a isso a água acrescenta a massa obscura de seus próprios valores: ela leva embora, mas faz mais que isso, ela purifica. Além do mais, a navegação entrega o homem à incerteza da sorte: nela, cada um é confiado a seu próprio destino, todo embarque é, potencialmente, o último. É para o outro mundo que parte o louco em sua barca; é do outro mundo que ele chega quando desembarca. [...] Num certo sentido, ela [a navegação do louco] não faz mais que desenvolver, ao longo de uma geografia semi-real, semi-imaginária, a situação *liminar* do louco no horizonte das preocupações do homem medieval – situação simbólica e realizada ao mesmo tempo pelo privilégio que se dá ao louco de ser *fechado* às *portas* da cidade: sua exclusão deve encerrá-lo; se ele não pode e não deve ter outra *prisão* que o próprio *limiar*, seguram-no no lugar da passagem [grifos do autor] (Foucault, 2003, pp. 11-12).

---

<sup>7</sup> É curioso notar que, em crônica publicada no Jornal *A semana* em 31 de maio de 1896, Machado de Assis (2006, v. 3, p. 709) faz referência ao poema de Brant – sem, contudo, mencionar a autoria –, de modo a indicar a inteligência e a esperteza dos loucos numa fuga que se sucedeu no Hospital Nacional de Alienados, no Rio de Janeiro. Sobre a inspiração que esse espírito próprio à *Nau dos Loucos* exerceu no escritor brasileiro, ver Almeida (1998), que explora mais especificamente a influência do *Elogio da Loucura*, de Erasmo de Roterdã, na elaboração do conto *O Alienista*.

Como se vê, há também nesse acontecimento uma prática de exclusão, visto que a navegação comporta um paradoxo: ao mesmo tempo em que o louco é lançado à calmaria dos rios ou sujeitado à incerteza dos mares, sendo esta a mais livre e aberta de todas as rotas, ele o é na condição de prisioneiro. Assim, nesse ritual manifestam-se alguns valores fundamentais que a percepção ocidental teve da loucura ao longo da história – afinal, a despeito das mudanças metodológicas que as pesquisas posteriores de Foucault apresentam, lembremos: são as modificações de uma estrutura de exclusão que o autor persegue na obra em questão.

Porém, em absoluta relação com essa dimensão real das embarcações de loucos, é principalmente através da literatura e da iconografia que se formula mais claramente a concepção de loucura renascentista. Seja fazendo uso do verbo ou da imagem, as obras tratam de representar essa “grande viagem simbólica que lhes traz [aos insanos que nessas navegações embarcam], senão a fortuna, pelo menos a figura de seus destinos ou suas verdades” (Foucault, 2003, p. 09). Daí já se compreende uma diferente percepção da loucura: em vez de ser objeto restrito a um puro jogo de exclusão, a loucura aparece nessas obras que exploram a dimensão real e histórica das navegações como interna à própria razão, tendo como consequência inevitável o alcance não *da* verdade propriamente dita, mas de *uma* verdade a que a razão isoladamente não tem acesso.

Entretanto, nesse jogo de fundamentação recíproca entre loucura e razão, a radicalidade do acesso a uma verdade cosmológica e sombria sobre o mundo ocorre mais fortemente no domínio das imagens do que no da escrita. Portanto, não obstante certa coerência inicial entre essas duas formas de expressão, Foucault logo as diferencia sutilmente. No que diz respeito às imagens, afirma o autor: “a loucura fascina porque é um saber” (Foucault, 2003, p. 20). Mas trata-se de um saber escatológico temível – visto que é das profundezas da noite que se anuncia o fim do mundo – e ao mesmo tempo inacessível devido à alquimia que realiza na ordem dos saberes. Assim, com força primitiva de revelação, os rostos insanos que se encontram nas imagens das embarcações portam também um saber invisível e proibido, do reino de Satã, já que subverte um símbolo cristão – o mastro que se vê na gravura que ilustra a *Stultiferae naviculae*, de Josse Bade, assim como o que balança *La nef des fous*, de Bosch, é possivelmente a árvore do pecado, símbolo do conhecimento que fora arrancada do Paraíso e colocada a serviço das

embarcações<sup>8</sup>. Esse saber invisível, proibido, temido e inacessível constitui o *elemento trágico* da loucura renascentista: “Toda esta trama do visível e do secreto, da imagem imediata e do enigma reservado desenvolve-se, na pintura do século XV, como sendo *a trágica loucura do mundo*” [grifo do autor] (Foucault, 2003, pp.27-28).

Apesar da proximidade com esse saber expresso nas pinturas, o domínio literário inaugura, conforme Foucault, o *elemento crítico* cuja importância será fundamental na percepção ocidental da loucura. Na literatura renascentista, a loucura atrai, mas já não fascina. Não se trata mais de ligação com forças cosmológicas, mas da relação que o homem mantém consigo mesmo, com suas fraquezas, ilusões e sonhos. Foucault (2003, p. 24) exemplifica essa ideia comparando as diferentes significações da pintura de Bosch com o livro *Elogio da Loucura*, escrito pelo humanista Erasmo de Roterdã:

Tudo o que havia de manifestação cósmica obscura na loucura, tal como a via Bosch, desapareceu em Erasmo; a loucura não está mais à espreita do homem pelos quatro cantos do mundo. Ela se insinua nele, ou melhor, é ela um sutil relacionamento que o homem mantém consigo mesmo.

Ou seja, a loucura não expressa mais uma verdade sobre o mundo, mas a verdade que o homem *acredita* ter de si mesmo – daí a aceitação do erro como verdade, da mentira como realidade, da feiura como beleza e assim por diante: tal seria a lição de Erasmo. Em que pese o fato de o humanista conceber a loucura como forma de crítica à racionalidade científica, isto é, mesmo que a considere mais sábia que toda ciência, ela é objeto de riso, já que deve inclinar-se à sabedoria para a qual ela não deixa de ser loucura (cf. Foucault, 2003, p. 28). Percebe-se então, a partir dessa transfiguração que se dá na experiência literária, como a loucura deságua num universo inteiramente moral – os cantos do poema de Brant assim designam os passageiros insanos das embarcações: avaros, delatores, bêbados, devassos, ímpios etc.; desse modo, encontra-se caracterizado o problema que se tornará, séculos mais tarde, exclusivamente médico: a questão da irregularidade da conduta<sup>9</sup>. Foucault denomina o que se passa inicialmente na experiência literária renascentista *consciência crítica* da loucura, que se separa cada vez mais da

<sup>8</sup> Sobre a força das imagens que figuram essa concepção de loucura própria à Renascença, escreve Foucault (2003, p. 22): “A vitória não cabe nem a Deus, nem ao Diabo, mas à Loucura”.

<sup>9</sup> A partir da depressão, enquanto caso contemporâneo emblemático, pretendemos mostrar que a questão de gestão da conduta permanece na história da psiquiatria.

*experiência trágica* das pinturas e determina, ao mesmo tempo, o imaginário moral no qual a loucura permanecerá circunscrita sob diferentes concepções na época clássica e na modernidade.

As figuras da visão cósmica e os movimentos da reflexão moral, o elemento *trágico* e o elemento *crítico* irão doravante separar-se cada vez mais, abrindo, na unidade profunda da loucura, um vazio que não mais será preenchido. De um lado, haverá uma Nau dos Loucos cheia de rostos furiosos que aos poucos mergulha na noite do mundo, entre paisagens que falam da estranha alquimia dos saberes, das surdas ameaças da bestialidade e do fim dos tempos. Do outro lado, haverá uma Nau dos Loucos que constitui, para os prudentes, a Odisséia exemplar e didática dos defeitos humanos [grifos do autor] (Foucault, 2003, p. 27)<sup>10</sup>.

De todo modo, apesar de comportarem nuances significativas, o próprio Foucault (2003, p. 26) reconhece que as diferenças entre imagem e palavra talvez nem fossem perceptíveis à época: “Sem dúvida, em sua vida real, esta oposição não foi assim tão nítida, nem tão visível”. Portanto, a despeito de tais diferenças, sobressai da análise do filósofo certa unidade a respeito da concepção de loucura renascentista: além de ser interna à própria razão, a loucura se relaciona e se comunica com ela numa dialética de reciprocidade cuja consequência é o acesso à sabedoria<sup>11</sup>. Isso significa dizer que a loucura não só existe em relação à razão como lhe é também interior, sendo um de seus recursos. Leiamos um trecho que evidencia tal concepção:

---

<sup>10</sup> Contudo, apesar da dimensão trágica e cósmica da loucura ser levada cada vez mais à sombra, por causa da força e do privilégio da luz com que a consciência crítica se apodera dela, Foucault (2003) argumenta que seu desaparecimento jamais será absoluto. Na época clássica, algumas poucas páginas de Sade, assim como a obra de Goya, oferecem prova disso; com força maior, as obras de Nietzsche, Van Gogh, Hölderlin, Nerval, Artaud etc. manifestam sua existência na modernidade. Importa sublinhar que, em sua tese, Foucault parece conceber a experiência trágica como uma forma de experiência original e fundamental da loucura. Com relação a isso, além do próprio Foucault, tanto Deleuze (1986, pp. 22 e 58) quanto Blanchot (s.d, p. 23) evidenciam certa recusa que o autor de *História da Loucura* manifestou posteriormente a respeito do uso que fez dessa noção de experiência de cunho essencialmente fenomenológico. Conforme Pelbart (1989, p. 62-67), contra a ideia de que sempre haveria por trás ou por debaixo da história tal experiência originária e fundamental da loucura, Foucault insistiu depois que sua tese não equivale à história de uma experiência vivida (história do “referente”), mas a uma “arqueologia da percepção”. Vale dizer que o termo “percepção”, utilizado sistematicamente em *História da Loucura* para diferenciar a *percepção* clássica da desrazão do *conhecimento* moderno da doença mental, pode também ser indicativo da influência fenomenológica. Sobre a distinção entre percepção e conhecimento na tese de Foucault, ver Machado (1981, pp. 57-95); a propósito das relações entre *História da Loucura* e a fenomenologia, ver Nalli (2006, pp. 79-187).

<sup>11</sup> Como mencionamos na introdução, a concepção aristotélica de melancolia também esteve relacionada à sabedoria na Antiguidade Clássica, diferentemente do atual significado dado à depressão.

A loucura é um momento difícil, porém essencial, na obra da razão; através dela, e mesmo em suas aparentes vitórias, a razão se manifesta e triunfa. A loucura é, para a razão, sua força viva e secreta. [...] a verdade da loucura é ser interior à razão, ser uma de suas figuras, uma força e como que uma necessidade momentânea a fim de melhor certificar-se de si mesma (Foucault, 2003, pp. 35-36).

## 1.2. A época clássica e a desrazão

A época clássica é, como já dissemos, o momento histórico privilegiado da pesquisa de Foucault. Isso se explica, entre outras razões, pelo movimento próprio de *História da Loucura*, que consiste em procurar o “*a priori* histórico” ou as “condições de possibilidade” da psiquiatria moderna<sup>12</sup>. Para investigar essa formação histórica, o autor faz uso de um conceito central em sua tese: a desrazão. Essa “noção-chave” – como a considera Deleuze (1986, p. 56) – deve ser notada desde o binômio que compõe o título original da tese (*Folie et Déraison*), já que *História da Loucura* não trata apenas da separação entre razão e loucura, mas também da separação de uma experiência da loucura, cuja dimensão trágica comporta o acesso à razão, com a experiência da desrazão, caracterizada fundamentalmente como o negativo da razão<sup>13</sup>.

<sup>12</sup> Com razão, Éribon (1996, p. 95) sustenta que a tese de Foucault é marcada por influências filosóficas diversas e heterogêneas. A noção de “*a priori* histórico”, por exemplo, pode ser interpretada à luz da fenomenologia de Husserl (cf. Nalli, 2006, pp. 93-106), ao passo que a expressão “condições de possibilidade” remete certamente a Kant. Sabe-se, aliás, que a tese complementar de Foucault consiste numa longa *Introdução à Antropologia* de Kant, que o autor escreveu para acompanhar sua tradução da *Antropologia do ponto de vista pragmático* do filósofo alemão. A propósito da mencionada heterogeneidade filosófica, cabe notar que Foucault (2011a) conclui sua *Introdução* desarmando a questão kantiana “o que é o homem?” com o além-do-homem de Nietzsche – filósofo que, por sua vez, inspira a dimensão trágica da loucura explorada na tese principal. Nesta última, observa-se ainda a proximidade com a epistemologia francesa, sobretudo a de Canguilhem, mas também a de Bachelard, como Deleuze (1986, p. 58) indica a partir da noção de “imaginário”, muito presente em *História da Loucura*. Além disso, o estruturalismo também compõe, de alguma forma, a diversidade filosófica da tese, visto a declarada intenção do autor em perseguir as mutações estruturais sob influência de Dumézil (cf. nota 03).

<sup>13</sup> Em função do que apresentamos, importa dizer que substituiremos sempre o termo “desatino”, escolhido pelo tradutor da versão que consultamos de *História da Loucura*, pelo termo “desrazão” (*déraison*), como consta rigorosamente na versão original em língua francesa. Em nota de rodapé, Roberto Machado (1981, p. 94) observa que o termo desrazão adquire duas acepções na obra de Foucault: a desrazão clássica, construída historicamente pelo grande internamento, e a desrazão positiva, que serve de princípio de julgamento da psiquiatria e da racionalidade clássica. A instigante e perigosa relação da desrazão (sujeito de si) com a loucura (objeto médico) e com o pensamento (“do fora”) constitui o objeto de pesquisa e de reflexão de Pelbart (1989), que a persegue a partir da seguinte questão de Foucault: “o que condenaria à loucura aqueles que uma vez tentaram a experiência da desrazão?”.

Porém, como se sabe, um conceito jamais é construído isoladamente: ele corresponde a verdadeiras práticas que se estabeleceram em relação a um determinado objeto. Em seu notável ensaio sobre essa questão, Paul Veyne (1998, p. 257) afirma que a tese principal do pensamento de Foucault é a seguinte: “o que é *feito*, o objeto, se explica pelo que foi o *fazer* em cada momento da história; enganamo-nos quando pensamos que o *fazer*, a prática, se explica a partir do que foi feito” [grifos do autor]. Portanto, seguindo a lógica de que a prática *produz* o objeto<sup>14</sup>, que por sua vez toma a forma de conceito, Foucault faz ver como a prática da época clássica sobre a loucura produziu a uniformidade conceitual da desrazão, mesmo que esta comporte existencialmente uma diversidade de figuras. Com esse espírito, mostrando como a prática do homem sobre o homem determina seus objetos, Foucault tem como finalidade última, em *História da Loucura*, a desconstrução de um “falso objeto” (cf. Lebrun, 1983, p. 79), que é a doença mental, tal como a prática psiquiátrica formulou conceitualmente seu objeto tomado então como “dado natural”. Mas, antes desse passo seguinte, é importante compreender como o conceito de desrazão é o efeito de uma prática fundamentada em torno de três acontecimentos relativamente simultâneos, que pareciam, até então, ter lógicas independentes.

O primeiro acontecimento explorado por Foucault é de ordem filosófica. Trata-se de uma interpretação singular que o autor empreende sobre a *Meditação Primeira* [1641] de Descartes. Segundo Foucault (2003, pp. 45-48), esse texto fundador da modernidade filosófica apresenta um postulado incontestável: a certeza de não ser louco como a condição necessária do pensamento<sup>15</sup>. Ou seja, enquanto

---

<sup>14</sup> Um interessante exemplo de tal procedimento pode ser observado em *A vida de laboratório*, de Latour e Woolgar (1997). Desmistificando a noção científica de “descoberta”, que pressupõe, por sua vez, a ideia de “dado natural”, os autores evidenciam a produção e a construção de um determinado fato científico segundo reiteradas práticas em um laboratório de neuroendocrinologia. Daí a tese dos autores de que a realidade científica é consequência e não causa, ou seja, ela é produzida e não descoberta, embora os cientistas insistam em fazer do *fato* um *dado*. A propósito disso, Nietzsche é ainda mais radical: questionando a veracidade do próprio fato científico já produzido, o filósofo lhe atribui o estatuto de interpretação que, enquanto invenção, *introduz* arbitrariamente sentido, mas jamais o *extrai* do “texto da natureza”. Sobre isso, ver, por exemplo: Nietzsche (1992, §12, pp. 19-20 e § 22, pp. 28-29).

<sup>15</sup> Eis o trecho do texto de Descartes (1979, p. 86) que é fundamental para a hipótese de Foucault: “Mas, ainda que os sentidos nos enganem às vezes, no que se refere às coisas pouco sensíveis e muito distantes, encontramos talvez muitas outras das quais não se pode razoavelmente duvidar, embora as conhecêssemos por intermédio deles: por exemplo, que eu esteja aqui, sentado junto ao fogo, vestido com um chambre tendo este papel entre as mãos e outras coisas desta natureza. E como poderia eu negar que estas mãos e este corpo sejam meus? A não ser, talvez, que eu me compare a esses insensatos, cujo cérebro está de tal modo perturbado e ofuscado pelos negros vapores da bile que constantemente asseguram que são reis quando são muito pobres; que estão

o sonho e o erro não excluem a possibilidade do pensamento, a loucura o faz, pois se trata de uma extravagância, de uma possibilidade tão impossível que deve logo ser rigorosamente recusada pelo sujeito que duvida. Seguindo a lógica do *cogito* cartesiano, se o pensamento se constitui de fato como um procedimento impossível ao louco – visto que a loucura é a condição de impossibilidade do pensamento –, logo o reconhecimento de sua própria existência também lhe é inacessível. Tal modo de raciocinar implica, segundo Foucault, uma primeira e significativa redução da loucura ao silêncio, como, aliás, o autor de *História da Loucura* continuará a sustentar posteriormente na célebre polêmica com Derrida<sup>16</sup>. Conforme Foucault, a partir de Descartes haveria então o surgimento de uma razão que faz desaparecer a força da loucura, marcando uma divisão que a torna o negativo da razão e a exclui, a um só tempo, de qualquer possibilidade enunciativa e, assim, do acesso a qualquer verdade sobre o mundo ou sobre o próprio homem. Nota-se então um primeiro contorno filosófico da *desrazão*, conceito cujo prefixo sublinha a partilha, a negação, a exclusão.

Outro acontecimento problematizado por Foucault é de ordem religiosa. Trata-se de uma significativa inversão moral da miséria operada primeiro pelo protestantismo de Lutero e principalmente de Calvino, que, logo após, em meados do século XVII, contamina também todo o mundo católico. Conforme Foucault (2003, pp. 56-63), depois da sacralização da miséria no período medieval, o protestantismo, bem como o catolicismo contemporâneo do texto cartesiano, condenaram-na moralmente. Desse modo, esconjurar a miséria se tornou um dever não apenas social em vista da emergente sociedade burguesa, mas também cristão, já que Deus, desde que foram criadas as casas de internação, não se deixaria mais confundir com os farrapos da miséria, como a mitologia cristã medieval fez crer estabelecendo uma dialética entre a humilhação e a glória salvacionista. Ao contrário disso, são o trabalho e a acumulação da riqueza que permitem doravante a salvação da alma<sup>17</sup>; a miséria passa a ser então concebida apenas como obstáculo à ordem. Não cabe aqui descrever a estratégia religiosa de tal operação, mas

---

vestidos de ouro e de púrpura quando estão inteiramente nus; ou imaginam ser cântaros ou ter um corpo de vidro. Mas quê? São loucos, e eu não seria menos extravagante se me guiasse por seus exemplos”.

<sup>16</sup> Sobre a polêmica provocada por Derrida a propósito da leitura foucaultiana de Descartes, assim como a respeito da impossibilidade lógica de se fazer uma história da loucura, dada sua ausência de linguagem, ver Derrida (2001), Foucault (2001), Corbanezi (2009, pp. 27-29 e 41-43).

<sup>17</sup> Como se sabe, Weber (2004) demonstra como o modo de vida protestante constituiu, de fato, uma das principais gênese da cultura capitalista moderna.

indicar, assim como fizemos no caso da interpretação do texto cartesiano, a consequência que Foucault extrai disso, a saber: a certificação moral da internação dos miseráveis, pobres e ociosos com os loucos, na medida em que o conjunto dessas personagens perturba a ordem do espaço social. No interior dessa condenação moral e também social da miséria, há ainda uma valoração ética que a divide em pobreza submissa e pobreza insubmissa: à primeira, que expressa o bem, o internamento cumpre a função de benefício, e à outra, enquanto figura do mal que recusa a divindade, o internamento deve ser infligido a título de punição. Para além da pobreza, tal valoração ética é uma das características centrais do internamento clássico, que, antes de qualquer conhecimento “objetivo” da loucura, a julga moralmente:

O internamento se justifica assim duas vezes, num indissociável equívoco, a título de benefício e a título de punição. É ao mesmo tempo recompensa e castigo, conforme o valor moral daqueles sobre quem é imposto. Até o final da era clássica, a prática do internamento será considerada nesse equívoco: ela terá essa estranha convertibilidade que a faz mudar de sentido conforme o mérito daqueles a quem se aplica (Foucault, 2003, p. 61).

Com a palavra “internamento”, já se introduz outra ordem de acontecimento. Com efeito, a condenação moral da miséria corrobora a prática social de internação; os eventos se interpenetram de tal modo que, mostra Foucault, nem mesmo um texto filosófico, inicialmente sem finalidade histórica e social, encontra-se isolado – pelo contrário: ele próprio é um acontecimento fundamental para a prática que produz a desrazão.

O terceiro acontecimento é central na tese de Foucault, dado seu estatuto histórico-social que de certa forma atribui sentido e materialidade à ordem filosófica e moral dos outros dois. Trata-se da fundação, quinze anos depois da publicação das *Meditações Metafísicas*, do Hospital Geral em Paris, cuja finalidade é instaurar uma nova prática de isolamento, voltada não apenas à loucura, mas a todos aqueles que subvertem o imaginário social da época<sup>18</sup>. De partida, Foucault (2003, p. 50) adverte: tal instituição não tem ainda caráter médico, mas semijurídico, na medida em que lhe compete decidir, julgar e condenar as condutas.

---

<sup>18</sup> Pintado também em 1656, o quadro *Las meninas*, de Diego Velásquez, é interpretado como outro marco inaugural da época clássica, conforme se lê no primeiro capítulo de *As Palavras e as Coisas* (Foucault, 2000).

De fato, o termo “hospital” nem sempre designou um estabelecimento médico. Como sua etimologia já indica, a palavra se refere antes de tudo a “casa para hóspedes” – tendo sido tal função caritativa desempenhada especialmente na Idade Média. Criado pelo poder real francês, o Hospital Geral, por sua vez, deixa de ser uma instituição de caridade para tornar-se um estabelecimento de controle e de ordem social e política. E apenas na segunda metade do século XVIII, sobretudo após a Revolução Francesa, é que os médicos ocupam inteiramente essas instituições a fim de humanizá-las, conforme o espírito da época, mediante a introdução de tratamento. Somente assim o hospital foi medicalizado, ou seja, tornado uma instituição exclusivamente médica, cuja função não seria mais nem abrigar, nem controlar, mas tratar – daí o modelo médico ocidental ser basicamente “hospitalocêntrico”, como se convencionou designá-lo (cf. Foucault, 1979, pp. 99-111; Amarante, 2007, pp. 21-27). Por ora, voltemos a atenção para o Hospital Geral, acontecimento cuja centralidade se justifica na tese de Foucault em função de sua relevância para a própria história da psiquiatria, tornando-se assim, como veremos em seguida, determinante também para o novo campo denominado “saúde mental”.

Em primeiro lugar, cabe observar que, do mesmo modo que procede com relação à doença mental, à clínica, ao homem enquanto objeto das ciências humanas, à prisão e a outros casos, Foucault (2003, p. 53) também atribui à internação, que justifica a fundação do Hospital Geral, o estatuto de invenção<sup>19</sup>: “O Classicismo inventou o internamento, um pouco como a Idade Média a segregação dos leprosos; o vazio deixado por estes foi ocupado por novas personagens no mundo europeu: são os ‘internos’”. Efetivada por um “simples decreto administrativo” que faz a história oscilar mais do que quaisquer grandes batalhas, como bem observa Blanchot (s.d, pp. 18-19), tal invenção marca socialmente o caminho “progressivo” de uma cultura assentada nos privilégios da razão: todo seu *outro* será, doravante, depositado e esquecido nessas instituições. Foucault (2003, p. 55) oferece uma definição basilar disso que logo se espalhou por toda a Europa: “Em

---

<sup>19</sup> Deve-se observar nisso uma nítida influência de Nietzsche, já que o procedimento genealógico do filósofo alemão sustenta insistentemente o caráter inventivo não apenas do conhecimento, dos valores e da linguagem, mas também das finalidades institucionais: trata-se sempre de apoderar-se de algo e introduzir-lhe um novo sentido. Cf. em especial Nietzsche (1998, § 12, pp. 65-68). Questionado, a propósito, se seu projeto consistiria em uma “nova genealogia da moral”, o próprio Foucault (1994, v.4, p. 731) responde com olhar retrospectivo sobre *História da Loucura*: “sem a solenidade do título e a grandeza que Nietzsche lhe impôs, eu diria que sim”. Sobre a influência exercida pela noção nietzscheana de “invenção” na pesquisa do filósofo francês, ver Foucault (1999a, pp. 13-27).

cinquenta anos, o internamento tornou-se um amálgama abusivo de elementos heterogêneos”. Mas quais são esses diferentes rostos e o que lhes dá esse destino?

Os homens da desrazão são variados tipos que a percepção social reconhece e isola (Foucault (2003, p. 187) diz mesmo que a época clássica *percebe* o louco em sua irregularidade, e apenas daí uma nosologia médica ainda embrionária<sup>20</sup> tenta *deduzir* a loucura, que se caracteriza primordialmente pelo afastamento da razão); têm eles diferentes proveniências, cuja extravagância, no espaço comum do internamento, compõe, porém, a unidade conceitual da desrazão. Do ponto de vista religioso, são os que praticam o ateísmo, a feitiçaria, a magia, a profanação, a blasfêmia, o suicídio mal sucedido; segundo uma determinada ética sexual, são os homossexuais, os libertinos, os sodomitas, os doentes venéreos, as prostitutas, os que transgridem ou recusam a obrigação contratual do matrimônio; conforme a ordem político-econômica emergente, são os improdutivos de toda sorte (miseráveis, ociosos, bêbados, desempregados, vagabundos etc.). Todos então se misturam com os “cabeças-de-vento”: extravagantes, lunáticos, furiosos, estranhos diversos que se assemelham à animalidade ou à infância, símbolos maiores da ausência de razão a serem brutalmente domesticados, já que são irresponsáveis e incapazes, na qualidade de sujeitos jurídicos, e perturbadores e escandalosos, enquanto seres sociais. A partir do que nomeou poética e eufemisticamente no prefácio de 1961 como “arquivos um pouco empoeirados da dor” (Foucault, 1999, p. 148), o filósofo francês evidencia ao longo de sua tese como esses variados rostos marcados pela imoralidade foram sistematicamente reduzidos à categoria comum da insanidade e, assim, silenciados nesta invenção da época clássica destinada à condenação ética e moral do erro: o internamento, que condiciona, por sua vez, a emergência da doença mental moderna<sup>21</sup>.

O internamento surge, portanto, como reformador moral: deve-se administrar a moral assim como se administra a economia. Como se lê em *História da Loucura*, a questão econômica relativa à administração é de fato fundante para a nova sensibilidade social que justifica a distribuição das casas de internamento em

---

<sup>20</sup> Sobre a nosologia médica da época clássica, ver o capítulo “O louco no jardim das espécies” (Foucault, 2003, pp. 177-208). Como o título do capítulo indica, o filósofo mostra como as tentativas de classificação das doenças do espírito se inspiravam no modelo da classificação racional da botânica.

<sup>21</sup> Um exemplo emblemático da continuidade dessa condenação moral do “erro” que fundamenta a concepção psiquiátrica – e, portanto, “científica” – de doença mental consiste na homossexualidade. Tal categoria deixa de ser inteiramente considerada patologia psiquiátrica apenas com a publicação da terceira edição revisada do DSM em 1987 (cf. Russo e Venâncio, 2006, pp. 470-472).

toda a Europa, pois se trata, antes de tudo, de condenar a ociosidade e outras formas improdutivas de desordens, entre as quais se encontra, evidentemente, a própria loucura.

O gesto que, ao traçar o espaço de internamento, conferiu-lhe um poder de segregação e atribuiu à loucura uma nova pátria, por mais coerente e ordenado que seja esse gesto, não é simples. Ele organiza numa unidade complexa uma nova sensibilidade à miséria e aos deveres da assistência, novas formas de reação diante dos problemas económicos do desemprego e da ociosidade, uma nova ética do trabalho e também o sonho de uma cidade onde a obrigação moral se uniria à lei civil, sob as formas autoritárias da coação. Obscuramente, esses temas estão presentes na construção das cidades de internamento e em sua organização. São eles que dão sentido a esse ritual e explicam em parte o modo pelo qual a loucura é percebida e vivida pela era clássica (Foucault, 2003, pp. 55-56).

Nota-se que o internamento corresponde, grosso modo, a uma valorização ética do trabalho, que é percebido pela era clássica como panaceia para todos os males sociais<sup>22</sup>. Assim sendo, o internamento não só recolhe uma população improdutiva, como também lhe oferece trabalho em seu interior, segundo diferentes estratégias que mais tarde tornar-se-ão até mesmo técnicas “terapêuticas”<sup>23</sup>. Porém, na época clássica, o internamento ainda não pretende ser uma solução médica para doentes; consiste, antes, em uma questão de polícia –

---

<sup>22</sup> Afirma Foucault (2003, p. 71): “Nesse primeiro impulso do mundo industrial, o trabalho não parece ligado a problemas que ele mesmo suscitaria; é percebido, pelo contrário, como solução geral, panacéia infalível, remédio para todas as formas da miséria. [...] Quanto a este poder, que de fato lhe pertence, de fazer desaparecer a miséria, o trabalho (para o pensamento clássico) não o retira tanto de seu poder produtor quanto de uma certa força de encantamento moral. A eficácia do trabalho é reconhecida porque é baseada em sua transcendência ética”.

<sup>23</sup> Sobre a atribuição de trabalho aos internos da época clássica, ver Foucault (2003, pp. 67-70, 319) e Castel (1978, pp. 66-67). Veremos que a função terapêutica exercida pelo trabalho é uma importante parte constitutiva do “tratamento moral”, fundado posteriormente pela psiquiatria positiva de Pinel. Na época clássica, além do tema da panaceia representado em grande medida também pelo uso do ópio e de outros medicamentos de ordem vegetal e mineral, foram utilizadas outras técnicas terapêuticas que não se restringiram à prática médica e se desenvolveram essencialmente fora dos muros do internamento. Do ponto de vista mais “fisiológico”, destacam-se a consolidação (absorção da força do ferro, por exemplo, de modo a consolidar os elementos frágeis do organismo que desencadeiam a loucura), a purificação com técnicas de detersão e de derivação (transfusões sanguíneas, produção de sangramentos, purgação, ingestão de produtos saponáceos, aplicação de vinagre etc.), a imersão (usufruto dos benefícios da água enquanto regulador fisiológico universal, entre os quais se destaca a prática de duchas quentes e/ou frias, conforme a qualidade das doenças) e a regulação do movimento (atribuição de movimentos como passeios ou viagens, a fim de introduzir ao doente as regras do movimento real e regular do mundo exterior). Ao lado dessas, somam-se ainda outras técnicas de caráter mais “psicológico” (apesar da inexistência da psicologia enquanto disciplina científica), como o uso da música, da paixão, do medo, da representação teatral etc., que cumprem a função de um despertar para a verdade real do mundo exterior (cf. Foucault, 2003, pp. 297-338).

medida sociojurídica que é reforçada e solicitada também tanto pela moral religiosa quanto pelas exigências familiares.

Vimos, em linhas gerais, a condenação da miséria efetivada sob influência da moral religiosa. Diante de uma nova sensibilidade social que valoriza o trabalho, o internamento é tratado por Foucault como problema de polícia, visto que sua concepção primordial se assentava na ideia de saneamento, cuja finalidade seria fazer desaparecer todos aqueles que comprometiam a manutenção da ordem social, econômica, política e cultural. O internamento, diz o autor, “não tem nenhuma unidade institucional além daquela que lhe pode conferir seu caráter de ‘polícia” (Foucault, 2003, p. 103). Imersa nesse imaginário, a família coopera com tal problema de polícia, na medida em que a ordem da estrutura familiar deveria ser concebida como regra social e norma para a razão – daí decorre a prioridade atribuída à família para a solicitação e obtenção de internamento, colocado então já à disposição da nova ordem familiar burguesa. Delineia-se assim o sentido dessa invenção que tem o caráter de resposta institucional à percepção da vida em sociedade:

A partir da era clássica e pela primeira vez, a loucura é percebida através de uma condenação ética da ociosidade e numa imanência social garantida pela comunidade do trabalho. Esta comunidade adquire um poder ético de divisão que lhe permite rejeitar, como num outro mundo, todas as formas de inutilidade social. É nesse *outro mundo*, delimitado pelos poderes sagrados do labor, que a loucura vai adquirir o estatuto que lhe reconhecemos. Se existe na loucura clássica alguma coisa que fala de *outro lugar* e de *outra coisa*, não é porque o louco vem de um outro céu, o do insano, ostentando seus signos. É porque ele atravessa por conta própria as fronteiras da ordem burguesa, alienando-se fora dos limites sacros de sua ética [grifos do autor] (Foucault, 2003, p. 73).

Os grifos do autor na palavra *outro* sublinham o sentido do internamento em uma cultura que privilegia essencialmente a razão e o encantamento moral do trabalho. Todo *outro* em relação a isso se torna, portanto, seu negativo. Por isso, conforme a formulação do filósofo e matemático Michel Serres (1969, p. 183), a linguagem que traduziria o espaço destinado ao *outro* pela percepção clássica seria um “geometral de negatividades”, já que comporta em si todos os negativos possíveis. Certamente, a expressão mais evidente a esse respeito é o próprio conceito negativo de desrazão, que captura uma multiplicidade existencial e toma

forma institucional com a prática de internação de toda inutilidade social: “Na era clássica, indigência, preguiça, vícios e loucura se misturam numa mesma culpabilidade no interior da desrazão” (Foucault, 2003, p. 489).

Deleuze (1986, pp. 55-75; 1992, pp. 120-121) sustenta que o princípio histórico de Foucault se traduz na ideia de que toda formação histórica enuncia e vê tudo aquilo que lhe diz respeito. Com efeito, percebe-se como o conceito de desrazão corresponde aos acontecimentos filosóficos, morais, histórico-sociais e mesmo nosológicos da época clássica. Com exceção de um significativo desvio que confere a uma determinada experiência artística e filosófica o sentido positivo da desrazão<sup>24</sup>, encontram-se, ao longo da tese de Foucault, diferentes passagens que a caracterizam como o avesso imediato da razão, uma “forma vazia, sem conteúdo nem valor, puramente negativa” (Foucault, 2003, p. 176). E no interior dessa multiplicidade existencial que a desrazão expressa, a loucura, enquanto “diferença imediata, negatividade pura, aquilo que se denuncia como não-ser” (Foucault, 2003, p. 184), tem lugar de destaque.

### 1.3. A modernidade e a doença mental

Foucault sustenta em sua tese que o advento da psiquiatria não se deve ao desenvolvimento de técnicas médicas – nosologia, etiologia e terapia<sup>25</sup> – da época clássica, mas, antes, à sua prática sociojurídica de internação. Dessa perspectiva, portanto, a doença mental, enquanto conceito constitutivo da psiquiatria moderna, tem sua proveniência em práticas que produziram a desrazão clássica. O recurso ao termo “proveniência” não é despropositado: procedendo assim, procura-se inviabilizar a leitura que tende a atribuir uma “origem” sublime à psiquiatria na medida em que “encontra” a doença mental, como se tal especialidade médica

---

<sup>24</sup> Como indicamos na nota 10 a partir da obra de Sade e de Goya. A propósito desse sentido subversivo da desrazão na época clássica, vale conferir também as belas páginas que Foucault (2003, pp. 341-350) dedica ao *Le Neveu de Rameau*, de Diderot. Segundo Foucault, essa obra do século XVIII representa um acontecimento singular da época: devido à sua força isolada, o autor a caracteriza como um relâmpago entre os poderes trágicos da loucura renascentista e sua face moderna, que aparece nos últimos textos de Nietzsche, assim como nas vociferações de Artaud.

<sup>25</sup> Mencionamos circunstancialmente o estudo das classificações das doenças, assim como as técnicas utilizadas com finalidade terapêutica na época clássica. Junto a essas, apresentam-se sempre as hipóteses etiológicas, que, bastante diversas, são consideradas do ponto de vista tanto fisiológico (origem cerebral ou na fisiologia do sistema nervoso, por exemplo) quanto psíquico-social (desenvolvimento da civilização, excessos passionais, distanciamento do presente imediato através de atividades intelectuais abstratas e complexas etc.).

tivesse realizado, em nome da ciência, da cura e da filantropia, um salto inicial essencialmente nobre com a conversão de determinadas condutas desviantes em fato médico<sup>26</sup>. Em vez de natural e a-histórico, o “fato” de a loucura constituir uma patologia – como o conceito de doença mental dá a ver – deveria ser considerado antes como um confisco preparado longamente pela cultura ocidental, mas jamais determinado pela própria essência da loucura, como o novo espírito positivo desejava fazer crer. Sendo assim, é a captura que condiciona a novidade das luzes: não se trata em momento algum de “descoberta” de uma entidade ou de uma estrutura patológica, mas sim de produção de sentido de uma determinada experiência. Atribuindo então a proveniência da doença mental, enquanto objeto “científico” da psiquiatria, a uma prática produtora da desrazão, Foucault (2003, p. 107) afirma:

É a partir dela [da desrazão] que se torna necessário compreender a personagem do louco tal como ele surge na época clássica e a maneira pela qual se constitui aquilo que o século XIX acreditará reconhecer, entre as verdades imemorais de seu positivismo, como a alienação mental. [...] Anexando ao domínio da desrazão, ao lado da loucura, as proibições sexuais, os interditos religiosos, as liberdades do pensamento e do coração, o Classicismo formava uma experiência moral da desrazão que serve, no fundo, de solo para nosso conhecimento “científico” da doença mental.

Torna-se claro então, conforme essa perspectiva, como a transformação da casa de internamento em asilo destinado à cura não se efetuou mediante a introdução progressiva da medicina, que se desenvolvia no exterior da internação, “mas através de uma reestruturação interna desse espaço ao qual a era clássica não havia dado outras funções além das de exclusão e correção” (Foucault, 2003, p. 433).

Partindo do momento histórico alcançado na tese de Foucault, Robert Castel (1978) também sustenta que o advento da psiquiatria se deve ao deslocamento de uma experiência essencialmente política, jurídica e administrativa para uma experiência médica que pretende então definir seu objeto tecnicamente.

---

<sup>26</sup> Vale ressaltar uma vez mais a influência da genealogia nietzscheana na pesquisa de Foucault, já que, questionando o valor dos valores, Nietzsche (1998) demonstra a desprezível proveniência de valores tidos como nobres e bons. Para uma leitura precisa a respeito da distinção entre os termos origem (*Ursprung*), proveniência (*Herkunft*) e emergência (*Entstehung*) na obra de Nietzsche e sua influência nas pesquisas do filósofo francês, ver Foucault (1979, pp. 15-37). Enquanto *Ursprung* designa uma origem primordial e essencial (metafísica), *Herkunft* e *Entstehung* marcam o objeto e o procedimento próprios da genealogia.

Uma expressão legal dessa “conquista” médica, argumenta o sociólogo, consiste na implementação da lei francesa de 1838 que impede o judiciário de ser o operador ativo de internação, conferindo, assim, autoridade absoluta ao poder médico<sup>27</sup>.

A tentativa de redução à objetividade não é, contudo, exclusividade apenas da psiquiatria nascente: a loucura adquire o estatuto de objeto no momento em que o homem pretende tornar-se sujeito e objeto de si mesmo. Mais ao final de *História da Loucura*, Foucault (2003, pp. 456-457) escreve ao menos duas páginas que pressagiam esta forte questão desenvolvida posteriormente em sua arqueologia das ciências humanas: a configuração epistêmica que tornou possível a suposta objetividade científica relativa à existência humana. A respeito dessa dobra do homem sobre ele mesmo, dessa consciência epistemológica de si como condição de possibilidade de um saber que se pretende positivo – problema posto em *As palavras e as coisas*, mas que é determinante também para a experiência positivista da doença mental –, escreve o filósofo já em sua tese:

No grande tema de um conhecimento positivo do ser humano, a loucura, portanto, está sempre em falso: ao mesmo tempo objetivada e objetivante, oferecida e recuada, conteúdo e condição. Para o pensamento do século XIX, para nós ainda, ela tem a condição de uma coisa enigmática: inacessível, de fato e no momento, em sua verdade total, não se duvida, contudo, que ela um dia se abra para um conhecimento que poderá esgotá-la. [...] A eventualidade de estar louco, para o homem, e a possibilidade de ser objeto se encontram ao final do século XVIII, e este encontro deu nascimento ao mesmo tempo (neste particular não há um acaso nas datas) aos postulados da psiquiatria positiva e aos temas de uma ciência objetiva do homem (Foucault, 2003, p. 457).

Não se duvida que a loucura “um dia se abra para um conhecimento que poderá esgotá-la”; mas poder-se-ia perguntar como, já que a loucura “está sempre em falso”. Com efeito, diferentemente da anatomia patológica, que a partir da abertura dos cadáveres encontra a estrutura patológica subjacente, a psiquiatria não

---

<sup>27</sup> Implementada na França, a lei de 30 de junho de 1838 tinha como objetivo, pela primeira vez na história, regulamentar o regime de alienados. Tal lei é considerada por Castel (1978) como um marco legislativo que representa a “idade de ouro” do alienismo francês, período este que se estende do nascimento da tecnologia psiquiátrica com Pinel nos anos 1790 até 1860, quando se apresentam então críticas sistemáticas, advindas sobretudo do poder judiciário, à “síntese alienista” e ao poder médico conferido pela lei. Em sua pesquisa, o sociólogo circunscreve as controvérsias antecedentes e procedentes dessa lei, que ainda continuava a ser revisada no momento de publicação de seu trabalho em 1977 (cf. Castel, 1978, p. 251). Em 1973, Foucault (2006, pp. 118) também afirma ser essa uma lei da qual “ainda não saímos porque é ela que, em linhas gerais, continua regendo, com certo número de modificações, o internamento asilar”.

localiza o corpo patológico que definiria tecnicamente seu objeto e a tornaria então uma ciência verdadeiramente médica<sup>28</sup>. Ou seja, se com a anatomia patológica de Morgagni a Bichat a noção de *sede* substitui a de *classe* – ainda que com Bichat a *sede* não deva mais ser considerada a causa da doença, mas apenas seu foco primitivo (cf. Foucault, 2008, p. 155) –, o mesmo não se passa com a psiquiatria da época. Apesar das diversas autópsias realizadas a fim de identificar lesões nos cérebros de alienados (cf. Foucault, 2006, pp. 319 e 340-341; Birman, 1978, pp. 51-59; Castel, 1978, pp. 107-108), as *figuras de localização* da doença carecem de prova, não podendo assim substituir o caráter fenomenológico e descritivo das patologias distribuídas segundo uma *ordem classificatória*<sup>29</sup> – para o que, inclusive, a disposição espacial do asilo foi fundamental. Por essa razão, Castel (1978, p.102) pode afirmar que a psiquiatria de Pinel se manteve no quadro da classificação das espécies, assim como a medicina da época clássica se inspirou no paradigma botânico: “A constituição de uma ciência da alienação mental é pura e simplesmente o decalque desse método classificatório da medicina geral do século XVIII, ele próprio herdado das ciências naturais”. Percebe-se então como a psiquiatria se encontrava em absoluta discordância com o axioma da medicina moderna:

Se existe um axioma em medicina, é a proposição de que não há doença sem sede. Caso se admita a opinião contrária, seria preciso admitir, também, que existem funções sem órgãos, o que é um evidente absurdo. A determinação da sede das doenças, ou sua localização, é uma das mais belas conquistas da medicina moderna (Bouillaud *apud* Foucault, 2008, p. 154-155).

---

<sup>28</sup> Sobre o nascimento da clínica a partir da anatomia patológica, ou seja, como da experiência obscura da morte provieram as luzes de um saber científico sobre a vida, ver Foucault (2008).

<sup>29</sup> Não sem polêmica, uma exceção a respeito da localização do substrato orgânico da doença mental a partir da anatomia patológica é a paralisia geral, descoberta por Bayle em 1822 (cf. Foucault, 2006, pp. 165, 175, 347, 375-376, 398). De qualquer forma, porém, da predominante ausência do corpo anatomoclínico decorre, conforme Birman (1978, p. 346), a “mania classificatória” da psiquiatria do século XIX. Importa dizer que esse paradigma fundador da psiquiatria permanece essencialmente inalterado, já que a racionalidade classificatória da psiquiatria contemporânea, tal como expressa sobretudo a partir do DSM-III, pretende ser fundamentalmente “a-teórica” e “descritiva”. Um notável acontecimento a respeito da permanência do paradigma baseado na descrição de sintomas consiste na polêmica produzida pelo *National Institute of Mental Health* (NIMH), situado também nos EUA, em torno da recente publicação do DSM-5 (APA, 2013). A polêmica se deve fundamentalmente ao fato de a *American Psychiatric Association* (APA) ter mantido a sintomatologia como critério diagnóstico, em vez de ter incorporado em seu manual dados neurobiológicos que pretendem mostrar o funcionamento biológico de transtornos mentais, o que poderia corresponder ao esforço existente ainda hoje de tornar a psiquiatria mais científica e objetiva. Nessa polêmica, tudo se passa como se a psiquiatria tivesse mantido a noção de *classe* a contragosto da neurociência e da neurobiologia, que mobilizam suas técnicas à procura da *sede* dos transtornos mentais. Sobre essa oposição ao manual da APA, conferir o artigo do então diretor do NIMH, Thomas Insel (2013); ver também Pereira (2013, pp. 41-42).

É importante dizer que o problema da não localização do corpo patológico foi colocado não apenas por todos os críticos da psiquiatria, como reconhecido até mesmo pelo próprio Pinel, a quem se atribui o título de fundador dessa especialidade médica. Combatendo a hipótese da escola organicista da época, Pinel (1809, pp. 154-155) afirma:

Um preconceito dos mais funestos à humanidade, e que é, talvez, a causa deplorável do estado de abandono no qual se deixa em quase todo lugar os alienados, é de considerar seu mal como incurável e de atribuir-lhe uma lesão orgânica no cérebro ou em qualquer outra parte da cabeça. Posso assegurar que nos numerosos casos que reuni sobre a mania delirante tornada incurável ou terminada com uma outra doença funesta, todos os resultados da abertura dos corpos, comparados aos sintomas que se manifestaram, provam que esta alienação tem em geral um caráter puramente nervoso e que não é o produto de nenhum vício orgânico da substância do cérebro [...].<sup>30</sup>

Relacionado ao problema da localização, encontra-se a ampla e irresolúvel – irresoluta, ao menos – questão da causalidade da patologia mental<sup>31</sup>. Grosso modo, a disputa se circunscreve em torno da escola organicista ou somaticista (e.g.: Broussais, Bayle, Rostan, Georget) e da escola psicológica (e.g.: Pinel, Esquirol, Leuret), havendo ainda o “ecletismo” da escola interacionista de Falret e Fodéré, que expressa uma combinação das outras duas<sup>32</sup>. Embora priorizasse mais a prática que o estudo da causa produtora da patologia, a escola psicológica apresenta à época maior força com sua hipótese moral (social e psíquica) da patologia em diferentes sentidos médicos (causa, sintoma e terapia), como mostra de maneira exemplar o título da tese de Esquirol, proeminente discípulo de Pinel: *Des passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale* [1805]<sup>33</sup>. Sobre a preponderância do excesso de

---

<sup>30</sup> Por essa razão, por não encontrar a sede da patologia, Pinel sugere, em discussões com Bichat, o conceito de “alienação mental” enquanto categoria única que comporta subespécies, em vez de doença mental, como seus sucessores designaram posteriormente a multiplicidade de patologias mentais (cf. Castel, 1978, pp. 155-156, 257-258; 1987, p. 69; Amarante, 2007, p. 30). Contudo, a partir de Pinel, dever-se-ia conferir aos loucos internados não mais o estatuto de excluídos, mas de enfermos, configurando-os, portanto, como objeto médico.

<sup>31</sup> Veremos que a solução dada pelo campo da saúde mental a essa questão consiste na unidade biopsicossocial.

<sup>32</sup> O termo “escola interacionista” é sugerido por Birman (1978, p. 46). Sobre a questão da causalidade física e moral da alienação mental na psiquiatria nascente, pode-se consultar, por exemplo: Birman (1978, pp. 41-89, 173-248) e Castel (1978, pp. 102-110, 113).

<sup>33</sup> Tal trabalho foi publicado apenas quatro anos após a primeira versão do *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* [1801], de Pinel. Cabe observar que posteriormente, em *Des*

paixões, que alude à concepção moral da alienação mental, afirma Castel (1978, p. 108):

Quando se lê os textos da escola, percebe-se que ela oscilou entre dois modelos da doença mental: um esquema organicista supondo uma lesão localizada na origem da doença; uma nosografia moral e social dos sintomas da desordem remetendo a uma psicopatologia das paixões e a um terreno social patogênico. Certos escritos, dentre os mais “teóricos”, afirmam a supremacia do primeiro modelo. Mas, em última análise, a escola alienista sempre se inclinou para o lado do segundo. Ainda em 1874, o relatório dos inspetores gerais dos asilos defende, nas categorias de Pinel e de Esquirol, a grande síntese prática do alienismo (Castel, 1978, p. 108).

Como se nota, já nesse momento, que é designado usualmente como alienismo, a questão prática é anterior à teórica, contrariamente à proposição de que toda ciência prática não pode vir senão após a ciência teórica (cf. Bastide, 1967, p. 04).

Sabe-se que o gesto considerado fundador da psiquiatria foi a célebre “libertação” dos loucos acorrentados promovida por Pinel em 1793 em Bicêtre<sup>34</sup>. Ao lado do Retiro (*Retreat*), espécie de “fazenda rústica” criada filantropicamente na Inglaterra por Samuel Tuke para curar os alienados, Foucault (2003, pp. 459-460) descreve também o ato de Pinel, cujas imagens “levarão longe – até nossos dias – sua importância lendária”<sup>35</sup>. A partir dessa afirmação já é possível justificar o uso das aspas no termo “libertação”: problematizando tal gesto, Foucault argumenta sê-lo

---

*maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal* [1838], Esquirol se aproxima da concepção orgânica da loucura (cf. Pessotti, 1994, pp. 171-172; 1999, p. 63; Birman, 1978, pp. 57-59). Como observa Castel (1978, p. 98), a notoriedade de Pinel era ainda como “médico-enciclopédico”; o primeiro especialista de fato é Esquirol, pois é a partir dele que se abre “toda uma carreira consagrada à alienação mental”.

<sup>34</sup> Embora o gesto pineliano tenha se sobressaído no registro de nascimento da psiquiatria, importa sublinhar que não se tratava de um acontecimento absolutamente isolado. No contexto de reforma em vista do tratamento da loucura, destacam-se ainda Colombier e Tenon também na França, Chiarugi na Itália, Samuel Tuke e Haslam na Inglaterra e Cullen nos Estados Unidos. De todo modo, é consensual a afirmação de que foi Pinel quem reuniu com clareza os princípios constitutivos do alienismo (cf. Castel, 1978, pp. 80-81; Birman, 1978, pp. 01-13).

<sup>35</sup> Sobre Tuke, que não era médico, e a sociedade beneficente a que pertencia (Quacre), ver Foucault (2003, pp. 460-463); e a respeito do Retiro, ver Foucault (2003, pp. 467-471, 476-485). Sobre Pinel, sua nomeação em Bicêtre – o que já dá provas de como a loucura se tornava um problema médico – e alguns exemplos relativos a seu gesto, pode-se consultar Foucault (2003 pp. 463-467, 471-474, 485-496). Relacionando o homem e a obra tanto de Pinel quanto de Tuke, o mencionado capítulo de *História da Loucura* é dedicado ao nascimento do asilo, a partir do qual a psiquiatria positiva reconheceu sua origem. Da vasta bibliografia produzida a respeito da importância inegável de Philippe Pinel, limitamo-nos a indicar ainda Foucault (2006), Castel (1978, pp. 79-95), Birman (1978), Amarante (2007, pp. 21-36); de uma perspectiva declaradamente menos crítica, ver Pessotti (1994, pp. 145-170; 1996, pp.67-117).

essencialmente mítico. Primeiro porque a libertação e a separação dos loucos nas casas de internação não seriam novidades, pois isso já havia sido projetado e executado anteriormente (cf. Foucault, 2003, pp. 395, 417, 474). Depois – e mais importante na tese do autor –, em razão de tal operação ter como efeito um novo aprisionamento, que deveria grassar doravante nas profundezas da consciência. Trata-se da introdução da culpa no doente através da “angústia fechada da responsabilidade” que ele deveria ter diante de seu estado e da perturbação moral que provoca à sociedade. Ironicamente, Foucault (2003, pp. 476-496) afirma como a obra “filantrópica” e “libertadora” de Pinel, assim como a de Tuke, funcionaria como um “microcosmo judiciário”: interiorizando a instância judiciária por meio da culpa, nasceria o remorso punitivo a ser prolongado “indefinidamente na consciência”. Portanto, ao contrário da efetiva dimensão jurídica da internação clássica, tal processo seria a partir de então mais psicológico que judiciário<sup>36</sup>.

O louco “libertado” por Pinel e, depois dele, o louco do internamento moderno, são personagens sob processo. Se têm o privilégio de não mais serem misturados ou assimilados a condenados, são condenados a estar, a todo momento, sujeitos a um ato de acusação cujo texto nunca é revelado, pois é toda vida no asilo que o formula. O asilo da era positivista, por cuja fundação se glorifica a Pinel, não é um livre domínio de observação, de diagnóstico e de terapêutica; é um espaço judiciário onde se é acusado, julgado e condenado e do qual só se consegue a libertação pela versão desse processo nas profundezas psicológicas, isto é, pelo arrependimento. A loucura será punida no asilo, mesmo que seja inocentada fora dele. Por muito tempo, e pelo menos até nossos dias, permanecerá aprisionada no mundo moral (Foucault, 2003, p. 496).

Desse modo, a introdução da culpa deveria funcionar como estratégia terapêutica – seria esse um dos sentidos mitológicos de um gesto cuja glorificação justificar-se-ia como sendo a aurora de uma verdade científica destinada à cura. Em vez de ciência, Foucault sustenta que isso seria um novo aprisionamento moral: não à toa, a cura será reconhecida por Pinel a partir da reconversão do doente em tipos sociais cristalizados. Não sendo mais concebido como um animal absolutamente estranho ao homem, tal como o era na desrazão clássica, o louco é reconhecido como curado a partir do momento em que pode desempenhar uma determinada

---

<sup>36</sup> Em outra dimensão – vale dizer: em espaço aberto e “livre” –, Kafka (1997) evidencia as consequências perturbadoras causadas ao homem em função da internalização psicológica de uma instância judiciária e sua correlativa força de punição.

função social moralmente reconhecida e aprovada<sup>37</sup>. As lendas de Pinel e Tuke, afirma Foucault (2003, p. 476), “transmitem valores míticos que a psiquiatria do século XIX aceitará como evidências naturais”.

Em conformidade com essa leitura, Robert Castel (1978, pp. 82-85) sustenta que a fundação da psiquiatria atribuída à Pinel não se deve à célebre libertação dos acorrentados, mas à distribuição dos internos que o médico-humanista promoveu no espaço asilar, determinando assim a produção da verdade da doença segundo uma lógica classificatória. É a distribuição sistemática dos insanos, primeiro em Bicêtre e depois em Salpêtrière, que teria produzido a nova racionalidade classificatória sobre a doença<sup>38</sup>, em consonância, de alguma forma, com a “faculdade de discernir” que define etimologicamente o termo “diagnóstico”. Classificando a população interna, funda-se uma ciência. Daí o duradouro programa de base da medicina alienista, que vê no hospital um dispositivo central e indispensável à cura, desde que seja operado pelo médico esclarecido. É conhecido o importante axioma formulado por Esquirol, alienista que, conforme Foucault (2006, p. 444), projetou o asilo ideal: “Uma casa de alienados é um instrumento de cura; nas mãos de um médico hábil é o agente terapêutico mais potente contra as doenças mentais” (Esquirol, 1838, p. 398).

Compondo o dispositivo asilar, concebido então como máquina de cura<sup>39</sup>, a tecnologia pineliana comporta ainda os seguintes elementos inter-relacionados: um código teórico (nosografia), uma tecnologia de intervenção (tratamento moral) e o doente, cujo estatuto implica uma posição de menoridade em sua relação com o novo poder médico. Vimos rapidamente que a nosografia introduzida por Pinel mantém o *corpus* e o paradigma da medicina do século XVIII, diferentemente da medicina moderna que a partir da anatomia patológica localizava a individualidade e a especificidade da doença. A novidade consiste, contudo, no fato de que é a mais recente disposição dos internos no asilo que fundamenta a classificação nosográfica da doença. Focada no aspecto descritivo dos sintomas – sintomatologia vigente

---

<sup>37</sup> Ver Foucault (2003, pp. 473-475).

<sup>38</sup> É no *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, de Pinel, que aparece a primeira classificação verdadeiramente nosográfica da loucura (cf. Pessotti, 1996, p. 70; Ribeiro, 1999, p. 55; Amarante, 2007, p. 30).

<sup>39</sup> Sobre o asilo alienista como máquina de cura, afirma Foucault (2006, p. 127) em seu curso *O poder psiquiátrico*: “[...] o que cura no hospital é o hospital. Ou seja, é a própria disposição arquitetônica, a organização do espaço, a maneira como os indivíduos são distribuídos nesse espaço, a maneira como se circula por ele, a maneira como se olha ou como se é olhado nele, tudo isso é que tem em si valor terapêutico. A máquina de cura, na psiquiatria daquela época, é o hospital”.

ainda hoje –, a nosografia da medicina mental se baseia sobretudo nos excessos e faltas aferidos segundo critérios que avaliam a normalidade da conduta<sup>40</sup>. Daí serem considerados como sintomas, por exemplo, excitação nervosa ou grave agitação, instinto furioso, abatimento, impulsividade, desregramento, imprevisibilidade, ideia fixa, periculosidade, imoderação, orgulho desmedido etc.<sup>41</sup>

De maior primazia, porém, é a intervenção prática designada tratamento moral, em torno da qual se circunscreve todo dispositivo asilar. Inicialmente elaborada por Haslam, na Inglaterra, essa “técnica médica” logo foi adotada na França por Pinel e levada a cabo com Leuret, autor de *Du traitement moral de la folie* [1840]. Convivendo e ao mesmo tempo convergindo com outras intervenções de caráter físico e medicamentoso, o tratamento moral consiste na resposta mais adequada à percepção moral da loucura. A justificativa disso é seu próprio princípio: combater a desordem moral que assola o alienado e produz a alienação por meio da ordem e de um sistema rígido de objeções, de modo a controlar e regular todas as atividades cotidianas. Dessa maneira, ao contrário da resignação a respeito da incurabilidade de algumas alienações, sustentada posteriormente pelo organicismo, notadamente pela teoria da degenerescência de Morel<sup>42</sup>, o “humanismo” do tratamento moral se traduz na insistência de sempre tratar o doente.

Nesse ponto, vale um rápido – porém não menos importante – parênteses. A despeito das recorrentes críticas direcionadas à filantropia e ao

---

<sup>40</sup> “O *corpus* teórico da medicina mental – as classificações nosográficas – nada mais é do que a disposição dos sinais, distinguindo o comportamento patológico das condutas socialmente reguladas” (Castel, 1978, p. 111). Visto que os critérios de normalidade são as “condutas socialmente reguladas”, é ilustrativo recorrer à definição de normal apresentada por Canguilhem (2002, p. 95), de modo a perceber a fecundidade da instauração do patológico na psiquiatria. Fazendo uso do *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, de Lalande, o autor explicita que “é normal, etimologicamente – já que *norma* significa esquadro – aquilo que não se inclina nem para a esquerda nem para a direita, portanto o que se conserva num justo meio-termo [...]”.

<sup>41</sup> Reunindo alguns desses sintomas – notadamente o orgulho desmedido e a imoderação, como se depreende desde os títulos conferidos aos capítulos de *Ecce Homo*, seu escrito autobiográfico –, Nietzsche constituiu, no final do século XIX, um caso psiquiátrico emblemático, “corroborado” posteriormente pelo colapso mental do filósofo. A propósito disso, ver Andrade (2007).

<sup>42</sup> Embasada na hereditariedade, a teoria da degenerescência sustentada por Morel [1857] pretende, grosso modo, superar o paradigma da nosografia pineliana, substituindo a descrição dos sintomas pela causalidade orgânica e oculta da patologia mental. Tendo como objeto os degenerados (loucos, criminosos, prostitutas, bêbados, neurastênicos, violentos e, inclusive, a genialidade excepcional do artista criador), o objetivo dessa teoria seria encontrar a biogênese da patologia social. A passagem da semiologia para a etiologia da patologia mental, segundo a concepção fiscalista de Morel, consistiu numa importante estratégia de inserção da psiquiatria na medicina. Sobre a crítica de Morel à concepção moral da loucura e a prática que dela decorre, isto é, o dispositivo asilar, ver Castel (1978, pp. 255-266). A respeito da teoria da degenerescência, em específico, pode-se conferir também Foucault (2002; pp. 371-405; 2006, p. 282), Caponi (2012, pp. 81-98), Serpa Júnior (1997, pp. 10-117) e Pessotti (1999, pp. 82-87).

humanismo dos alienistas – críticas empregadas sobretudo por causa do caráter coercitivo desse sistema “científico” de tratamento, assentado no paradigma de internação, que perdurou irrefreavelmente, no ocidente, até pelo menos a segunda metade do século XX –, é preciso reconhecer a intencionalidade efetivamente terapêutica desses médicos nessa primeira revolução psiquiátrica<sup>43</sup>. Ademais, embora seja óbvio, é necessário dizer ainda: há que se reconhecer também a complexidade biológica, psíquica, social e moral do objeto psiquiátrico – o “material humano”, nas palavras de Goffman (2007). Daí, aliás, a psiquiatria ser efetivamente uma “medicina especial”, com estabelecimentos, leis e médicos “especiais”. Em todo caso, isso não dispensa a crítica, pois é justamente tal complexidade que parece impedir a tentativa de redução de seu objeto à categoria científica e positiva. Disso provêm, portanto, as diversas qualificações críticas dirigidas à cientificidade psiquiátrica: na medida em que seu objeto seria fundamentalmente uma “invenção”<sup>44</sup> (Szasz, 1979; Foucault, 2003), sua suposta cientificidade não passaria, desde o princípio, de um “falso problema” (Castel, 1978); entre tantas outras designações críticas, vale também sublinhar a ideia – formulada por Goffman (2007) a partir da expressão “generalização sociológica sentimental” e insistentemente colocada pela crítica – de que tanto esforço da psiquiatria em provar-se ciência seria *eo ipso*

---

<sup>43</sup> Sobre esse assunto, vale consultar Castel (1978, pp. 17-18, 95). Recusando o aspecto de uma injusta e redutora condenação moral dos alienistas – com a qual concordamos, já que é apenas o confortável distanciamento histórico que nos permite avaliar hoje os acertos e erros de tal empreendimento –, o sociólogo traz à luz o quanto eles estavam efetivamente dispostos a oferecer um novo destino aos loucos internos. Já o psiquiatra Thomas Szasz (1976, p. 18), por outro lado, é implacável em sua crítica. Valendo-se do escritor Samuel Johnson, o autor afirma severa e ironicamente a respeito da finalidade filantrópica da psiquiatria moderna: “o inferno está calçado com boas intenções”. Depois de ressaltar a autêntica boa intenção de certos psiquiatras, David Cooper (1973, p. 35) também sustenta, no mesmo sentido: “[...] devemos também lembrar que as boas intenções e todas as pompas da respeitabilidade profissional muito freqüentemente encobrem uma realidade humana verdadeiramente cruel”. Importa ressaltar que o esforço filantrópico da psiquiatria dita “positiva” corresponde, de fato, ao postulado altruísta do positivismo de Auguste Comte, que consiste na proposição *viver para outrem* (cf. Corbanezi, 2015, p. 17).

<sup>44</sup> Em seu livro *O mito da doença mental*, Szasz defende a tese de que a psiquiatria não é um empreendimento médico, mas sim moral e político, de maneira que, “se na medicina moderna novas doenças foram *descobertas*, na psiquiatria moderna elas foram *inventadas* [grifos do autor]” (Szasz, 1979, p. 25). Publicado em 1960, tal livro desencadeia e embasa – junto com a obra de Foucault, Goffman, Laing, Cooper e Basaglia – o movimento antipsiquiátrico (cf. *infra*, capítulo 2). Cabe notar que a argumentação de Szasz a respeito da ideia de “invenção” da doença mental lhe rendeu, como consequência pessoal, a exoneração de suas funções universitárias pelo Diretor do Departamento de Higiene Mental do Estado de Nova York, com a justificativa de que o psiquiatra não “*acreditava*” em doença mental. Extrapolando a dimensão pessoal do acontecimento, Szasz (1979, p. 07) afirma no prefácio de 1973 à segunda edição do livro: “É suficiente dizer que desde então muitas coisas aconteceram comigo. E muitas coisas, talvez em parte por causa deste livro, também aconteceram à psiquiatria”.

indicativo do contrário<sup>45</sup>. Não obstante essa carga crítica, sabe-se que a psiquiatria *produz* a verdade, sendo o próprio dispositivo asilar, enquanto instituição psiquiátrica por excelência, condição de possibilidade para tal<sup>46</sup>. Além do mais, a tecnologia psiquiátrica é uma invenção que funciona – e eis aí um postulado científico<sup>47</sup>. Isto é, apesar do desconhecimento etiológico, da imprecisão diagnóstica e, por extensão, da ausência de fundamento científico da patologia, “cura-se”, já que a prática psiquiátrica consiste antes de tudo num dispositivo de retificação e de normalização da conduta.

Grosso modo, a “base científica” do tratamento moral se resumia então na implantação de um regulamento disciplinar rigoroso destinado a controlar o tempo, a alimentação, o exercício, a diversão, o repouso, o trabalho etc. Incorporadas à nova tecnologia médica, essas técnicas disciplinares – necessárias para a constituição do próprio saber psiquiátrico, na medida em que é a ordem, a distribuição do tempo, do espaço e dos indivíduos que o fundam – recebem, portanto, estatuto terapêutico<sup>48</sup>. Um exemplo paradigmático disso é a função de cura exercida pelo trabalho, a qual originou, por sua vez, a antiga ergoterapia ou laborterapia, atualmente designada “terapia ocupacional” (cf. Castel, 1978, pp. 238-239). Despojado de todo valor de produção, o trabalho é imposto no asilo “a título de regra moral pura; limitação da liberdade, submissão à ordem, engajamento da responsabilidade com o fim único de

---

<sup>45</sup> Afirma Goffman (2007, p. 312): “Algo a respeito da fraqueza dessa pretensão [da psiquiatria tornar-se efetivamente uma ciência com serviço médico] é sugerido pelo trabalho necessário para confirmá-la. (Talvez isso sugira uma generalização sociológica sentimental: quanto mais distantes estejam nossas pretensões dos fatos, mais esforço precisamos fazer e mais ajuda precisamos ter para acentuar nossa posição.)”.

<sup>46</sup> Sobre o asilo como condição de possibilidade da verdade psiquiátrica, conferir, por exemplo: Foucault (2003, p. 432). A questão da produção da verdade é perseguida por Foucault (2006) de maneira contumaz em *O poder psiquiátrico*, visto que o curso se insere na perspectiva circular das relações entre saber e poder psiquiátricos. A fim de desfazer qualquer ambiguidade naturalmente sugerida pelos termos “invenção” e “produção de verdade”, importa ter em vista que, para uma proposição ser válida, não é preciso ser necessariamente verdadeira, mas sim *estar no verdadeiro*, como argumenta Foucault (1996, pp. 34-35) em sua aula inaugural no Collège de France a partir da polêmica entre Naudin e Mendel a respeito dos traços hereditários em biologia.

<sup>47</sup> Tal afirmação se fundamenta na noção deleuzeana de que, assim como à filosofia e à estética devem corresponder, respectivamente, conceitos e perceptos, à ciência deve relacionar-se a ideia de “função”.

<sup>48</sup> Sobre o poder disciplinar, ver Foucault (1987, pp. 117-187). A respeito do efeito terapêutico do poder médico e disciplinar no caso específico da psiquiatria, ver Foucault (2006). Em pesquisa de campo durante os anos 1955-1956, nos EUA, Goffman (2007) também explora, de maneira notável, o funcionamento interno e, portanto, “terapêutico” de um hospital psiquiátrico, compreendido – ao lado de prisões, conventos, campos de concentração, navios de guerra, exércitos etc. – como “instituição total”. Vale dizer que o sociólogo privilegia em seu estudo o mundo, a situação e a perspectiva do interno.

desalienar o espírito perdido nos excessos de uma liberdade que a coação física só limita aparentemente” (Foucault, 2003, p. 480) <sup>49</sup>.

Com o tratamento moral, sobressai, portanto, a noção de asilo como pedagogia da ordem: sobre o ser-da-desordem, que é o alienado, deve impor-se a ordem absoluta deste modelo miniaturizado de sociedade que é o asilo<sup>50</sup>. Assim, o asilo se justifica não apenas medicamente, visto que sua finalidade primeira seria a cura, mas também socialmente, pois funciona enquanto modelo da ordem, ao mesmo tempo em que encerra aqueles que a perturbam. Não à toa, a “prevenção moral” encontra lugar anteriormente em instituições pedagógicas por excelência, tais como a família e a escola, que deveriam regular preventivamente os afetos das crianças. De maior destaque e anterior à outra, a família deve exercer a função primária de disciplinarização e moldagem<sup>51</sup> de afetos e condutas, o que lhe autoriza, por conseguinte, a ser um importante agente de internação nos casos em que tal domesticação lhe escapa. Todavia, é importante mencionar igualmente a tese alienista segundo a qual a família também seria produtora e/ou intensificadora da alienação, razão por que o “isolamento terapêutico”<sup>52</sup>, tratando o alienado como criança ou aluno, pressupunha o distanciamento de familiares, contrariamente ao que se sucede em casos de internação relativos a outras especialidades médicas<sup>53</sup>.

---

<sup>49</sup> Contudo, Goffman (2007, p. 82) adverte em sua etnografia sociológica que seria um equívoco avaliar tais técnicas com excessivo ceticismo. Depois de apresentar o argumento oficial de uma instituição total como o asilo – a saber, a suposição de que as atividades desenvolvidas pelo paciente o ajudarão a reaprender o modo de se viver em sociedade, assim como a ideia de que a voluntariedade e a capacidade constituirão prova diagnóstica de melhora –, o sociólogo sustenta em nota: “[...] muito frequentemente, o tempo gasto nessas tarefas é muito mais agradável do que aquele passado numa enfermaria quieta e escura”. Em *O poder psiquiátrico*, Foucault (2006, p. 194) apresenta, por sua vez, um raciocínio ilustrativo a propósito da função que o trabalho deveria exercer no reatamento do doente com a sociedade. Segundo o tratamento moral de Leuret, assim diria o poder psiquiátrico ao doente: “Quando você houver compreendido que precisa trabalhar para se alimentar, para ganhar dinheiro e até para defecar, nesse momento você poderá chegar ao mundo exterior”. Sobre o trabalho como uma importante parte constitutiva do tratamento moral, ver ainda: Foucault (2003, pp. 459-503), Castel (1978, pp. 238-239), Birman (1978, pp. 361, 407-420).

<sup>50</sup> Castel (1978, p. 227) observa como a filosofia do tratamento moral corresponde, nesse sentido, ao otimismo pedagógico do Esclarecimento.

<sup>51</sup> Utilizamos o termo “moldagem” pois, como bem mostra Deleuze (1992, pp. 219-226), as sociedades disciplinares tinham como função “moldar” os indivíduos, enquanto as sociedades de controle contemporâneas funcionam por “modulação”.

<sup>52</sup> Eis uma idiossincrática expressão do humanismo alienista. Se antes o isolamento era considerado essencialmente repressivo e, portanto, negativo, ele se torna, doravante, um bem, já que a sequestração, convertida em tratamento, “aparece agora como uma medida quase que natural, em todo caso humana, porque a necessidade de isolamento se fundamenta na natureza da doença” (Castel, 1978, p. 91).

<sup>53</sup> Sobre a família como instituição disciplinar fundamental a ser sucedida pela escola, ver Foucault (2006, pp. 100-108). A respeito da vasta questão das relações entre alienação e família, passando, evidentemente, pelo dispositivo asilar, limitamo-nos a indicar: Foucault (2003, pp. 484-485, 487), Foucault (2006, pp. 117-144), Machado (et al., 1978, pp. 430-431, 481) e Birman (1978, pp. 96, 273-

Se essas instituições, somadas à caserna e/ou à fábrica, não cumprem suas funções disciplinares, prisão e asilo constituem o último recurso para tornar a disciplina uma segunda natureza.

É enquanto ortopedia moral que o asilo exerce sua função médica de cura, uma vez que esta consiste fundamentalmente na regulação das condutas; ou seja, como instrumento de “uniformização moral” e de “denúncia social”, o hospital psiquiátrico deve domar as paixões, reduzir as diferenças, reprimir vícios e extinguir as irregularidades (cf. Foucault, 2003, p. 488). Entretanto, tal moldagem da conduta não se passa mediante o conhecimento positivo da doença mental; trata-se antes de uma relação de força, de oposição e de dominação, na qual a vontade reta do médico deve impor-se sobre a vontade perturbada do doente. Sendo assim, em vez de uma “verdade-descoberta”, pretensamente constatada e demonstrada a partir de uma rígida relação metodológica entre sujeito e objeto, a psiquiatria produz sua verdade segundo a lógica do acontecimento, uma “verdade-acontecimento” que deriva estrategicamente de relações de poder<sup>54</sup>. Por isso, Foucault (2006, p. 444) afirma que o hospital psiquiátrico, mais que um lugar de desvendamento da verdade, “é um lugar de enfrentamento; a loucura, vontade perturbada, paixão pervertida, deve encontrar nele uma vontade reta e paixões ortodoxas”. Segundo a perspectiva foucaultiana, pode-se dizer de maneira esquemática que é esse poder que funda o saber psiquiátrico, o qual então legitima e sustenta “cientificamente” o exercício de tal poder: essa circularidade caracterizaria a psiquiatria moderna.

Percebe-se, desse modo, que o “conhecimento” da doença mental se tornou possível com a introdução e apoteose do poder médico no asilo, afinal são suas ações que determinam a realidade da doença – à pergunta “*o que é a doença mental?*”, Szasz (1979, p. 13) afirma que a resposta deve ser depreendida do que os psiquiatras *fazem*, na medida em que têm o poder de transformar o julgamento em realidade<sup>55</sup>. O poder de enunciação que transforma o julgamento em realidade científica e, assim, instaura o patológico foi explorado por Machado de Assis (2006)

---

285). Sobre a função normativa da ação médica na família moderna, ver Foucault (2002) e Costa (2004). Em virtude da reivindicação psiquiátrica para se tornar “positiva”, cabe lembrar que, para Comte, a família equivale a um protótipo social cujo objetivo seria a domesticação dos afetos egoístas. Desse modo, além de unidade fisiológica da espécie, a família também seria, de maneira menos complexa, a primeira unidade política dos homens (cf. Benoit, 1999, pp. 339-347).

<sup>54</sup> Sobre isso, ver Foucault (2006, pp. 304-325).

<sup>55</sup> Nesse sentido, Szasz (1979, p. 17) sustenta igualmente a tese conforme a qual o objeto é produto da prática (cf. *supra*, nota 14), o que, contudo, não se restringiria à psiquiatria, como se vê a partir da alusão à física teórica realizada pelo autor para embasar seu argumento.

de maneira notável e irônica em *O Alienista*. Como se sabe, o protagonista do conto machadiano corresponde efetivamente ao poder médico psiquiátrico que desta forma enuncia a realidade da doença<sup>56</sup>:

[...] a questão da verdade nunca será posta entre mim e a loucura, pela simples razão de que eu, a psiquiatria, já sou uma ciência. E se tenho o direito, como ciência, de me interrogar sobre o que digo, se é verdade que posso cometer erros, como quer que seja, cabe a mim, e somente a mim, como ciência, decidir se o que digo é verdade ou corrigir o erro cometido. Sou detentora, senão da verdade em seu conteúdo, pelo menos de todos os critérios de verdade. E é nisso aliás, é porque, como saber científico, detenho assim os critérios de verificação e de verdade, que posso me associar à realidade e a seu poder e impor a todos esses corpos dementes e agitados o sobrepoder que vou dar à realidade. Sou o sobrepoder da realidade na medida em que detenho por mim mesmo e de maneira definitiva algo que é a verdade em relação à loucura (Foucault, 2006, p. 166).

Vimos que, com os alienistas, o sequestro não equivalia mais a uma forma negativa de repressão, mas sim positiva de tratamento, o qual, contudo, deveria realizar-se mediante o uso de uma autoridade médica que domina e enuncia, ao mesmo tempo, a realidade da loucura. A fim de fazer funcionar tal mecanismo de poder, o dispositivo asilar apresenta, a partir de uma arquitetura específica, uma rígida hierarquia entre médicos, enfermeiros, vigilantes, serventes e doentes<sup>57</sup>. Mas não apenas isso: o próprio médico deve exibir características físicas, intelectuais e morais que lhe proporcionem o exercício do poder. Em 1817, Fodéré recomendava, por exemplo, que assim fosse o alienista para ter sucesso em sua função de cura:

Um belo físico, isto é, um físico nobre e másculo, talvez seja, em geral, uma das primeiras condições para ter sucesso na nossa profissão; ele é indispensável em contato com os loucos, para se impor. Cabelos castanhos ou branqueados pela idade, olhos vivos, um porte altivo, membros e um peito que anunciam força e saúde, traços salientes, uma voz forte e expressiva: são essas as formas que produzem em geral um grande efeito sobre indivíduos que se crêem acima de todos os outros. Sem dúvida, o espírito é o regulador do corpo; mas não se o vê logo de início, ele necessita de formas exteriores para arrastar a multidão (Fodéré *apud* Foucault, 2006, p. 06).

<sup>56</sup> Uma interpretação do conto machadiano à luz da formação do alienismo brasileiro e do funcionamento da psiquiatria constituiu nossa pesquisa de mestrado (cf. Corbanezi, 2009).

<sup>57</sup> Ver, por exemplo, Foucault (2006, pp. 07-10) e Birman (1978, pp. 377-401). A propósito da arquitetura asilar inspirada no panóptico de Bentham, ver Foucault (2006, pp. 127-133).

Antes, o próprio Pinel já havia afirmado que a terapia da loucura consistia, de fato, na “arte de subjugar e de domar, por assim dizer, o alienado, pondo-o na estreita dependência de um homem que, por suas qualidades físicas e morais, seja capaz de exercer sobre ele um império irresistível e de mudar a corrente viciosa das suas idéias” (Pinel *apud* Foucault, 2006, pp. 11-12). Nessa relação de força que faz do asilo um verdadeiro campo de batalha, o médico representa evidentemente o bem – assim como todos aqueles que participam do dispositivo de cura –, ao passo que o doente, aquele sobre o qual a força médica deve incidir, seria logicamente seu oposto. Trata-se de um extensivo jogo de oposição, no qual estão implicadas e representadas antinomias como médico e doente, bem e mal, superior e inferior, normal e patológico. Segundo Szasz (1976, p. 28), a psiquiatria atenderia assim a uma necessidade humana básica: “validar o Eu como bom (normal), mas invalidar o Outro como mau (mentalmente doente)”.

No entanto, o poder médico não decorria do corpo de um conhecimento comprovado objetiva e cientificamente: a autoridade do *homo medicus* no asilo se devia antes à sua qualidade de sábio esotérico destinado a cumprir uma tarefa moral. Por isso, Foucault (2003, pp. 499-503) associa o poder médico de cura à magia, o que, evidentemente, produz um paradoxo no momento em que o “positivismo impunha seus mitos de objetividade científica”.

Basta que ele [o médico] olhe e fale, para que as faltas secretas apareçam, para que as presunções insensatas se esfumem e a loucura finalmente se ordene pela razão. Sua presença e sua fala são dotadas desse poder de desalienação que de repente descobre a falta e restaura a ordem moral. É um curioso paradoxo ver a prática médica entrar nesse domínio incerto de quase-milagre no momento em que o conhecimento da doença mental tenta assumir um sentido de positividade (Foucault, 2003, p. 499)<sup>58</sup>.

---

<sup>58</sup> Segundo Foucault (2003, pp. 501-503), o mesmo processo seria característico da psicanálise freudiana. Isto é, embora a psicanálise tenha novamente concedido ao louco o estatuto de sujeito através do direito à linguagem – diferentemente da psiquiatria, que se consolidou por meio do monólogo sobre seu objeto –, ela teria conservado o poder médico de desalienação. Por isso, Derrida afirma (2001a, p. 119): “O que permanece, através das diferenças, de Pinel a Freud é a figura do médico que não é um cientista mas antes de tudo um homem da ordem. Nessa figura se reúnem todos os poderes *secretos, mágicos, esotéricos, taumatúrgicos* [grifos do autor]”. A respeito do caráter ambíguo dado à psicanálise em *História da Loucura*, ver Derrida (2001a).

Diante da conversão dessa taumaturgia em cientificidade, o autor argumenta que tal operação nada mais foi senão a consequência incontornável da dominação:

Acredita-se que Tuke e Pinel abriram o asilo ao conhecimento médico. Não introduziram uma ciência, mas uma personagem, cujos poderes atribuíam a esse saber apenas um disfarce ou, no máximo, sua justificativa. Esses poderes, por natureza, são de ordem moral e social; estão enraizados na minoridade do louco, na alienação de sua pessoa, e não de seu espírito. Se a personagem do médico pode delimitar a loucura, não é porque a conhece, é porque a domina; e aquilo que para o positivismo assumirá a figura da objetividade é apenas o outro lado, o nascimento desse domínio (Foucault, 2003, p. 498).

Desse modo, a doença mental se tornou possível como objeto médico, e o que contribuiu decisivamente nessa direção foi o fato de ter sido considerada tratável. Para tanto, não se concebe mais a loucura como negatividade pura da razão, tal como ocorria na percepção clássica, que lhe atribuíra o estatuto de animalidade. Doravante, o conhecimento da doença mental repousa na “constatação” de que a loucura coexiste com a razão; ou seja, a loucura não é mais o fora absoluto da razão, é inerente ao homem, é sua “idade menor”: eis o motivo para se acreditar na cura mediante procedimentos pedagógicos. E se trata de um acontecimento médico ratificado filosoficamente, tal como se pode notar nesta passagem em que Hegel, por volta de 1817, refere-se elogiosamente a Pinel<sup>59</sup>:

O verdadeiro tratamento psíquico apega-se à concepção de que a loucura não é uma perda abstrata da razão, nem do lado da inteligência, nem do lado da vontade e da sua responsabilidade, mas um simples desarranjo do espírito, uma contradição na razão que ainda existe, assim como a doença física não é uma perda abstrata, isto é, completa da saúde (de fato, isso seria a morte), mas uma contradição dentro desta. Esse tratamento humano, isto é, tão benevolente quanto razoável da loucura (...) pressupõe que o doente é razoável e encontra aí um sólido ponto para abordá-lo desse lado (Hegel *apud* Foucault, 2003, p. 476).

---

<sup>59</sup> Sem entender a motivação, Derrida (2001a, p. 125) observa que Foucault substituiu por reticências a menção ao nome de Pinel na citação original. Com efeito, fazendo uso de travessão na lacuna referida, Hegel (1995, p. 150) complementa: “Pinel é digno do máximo reconhecimento pelos méritos que adquiriu a esse respeito”. Sobre a anexação da loucura à razão em Hegel, ver Pelbart (1989, pp. 45-55).

Retomando, de alguma forma, a concepção renascentista de loucura, a modernidade da psiquiatria lhe dá um novo sentido, que é essencialmente médico<sup>60</sup>. Apesar das inúmeras modificações teóricas relativas à concepção das patologias mentais ao longo da história da psiquiatria<sup>61</sup>, é preciso ter em vista que o paradigma de internação perdurou irrefreavelmente até pelo menos a segunda metade do século XX, tragando – sob a rubrica da ciência e do humanismo filantrópico – “milhões de existências desesperadas” (Castel, 1978, p. 247)<sup>62</sup>. No entanto, não obstante a arbitrariedade e suas nefastas consequências, o dispositivo psiquiátrico moderno pretendia estabelecer, ao menos teoricamente, a distinção entre “loucos” e “não loucos”<sup>63</sup>. Dissolvendo a fronteira materializada nos muros, a transformação do paradigma será o resultado enfim alcançado pelas críticas que o perseguiram desde seu nascimento. É o momento de construção da saúde mental, que, contudo, coloca um novo problema ao mesmo tempo em que mantém o fundamento originário da psiquiatria, já que a “sofisticação” e a difusão técnica e científica no espaço aberto da sociedade não dissolvem a questão política de gestão das condutas.

---

<sup>60</sup> Embora a loucura seja novamente incorporada à razão, é importante observar que, doravante, ao contrário do que se passava na experiência renascentista, a loucura não porta mais nenhuma verdade sobre o mundo, visto que a constituição de objeto lhe subtrai o direito fundamental à linguagem. Por isso, Foucault (1999, p. 141) nomeou o projeto de sua tese como uma “arqueologia do silêncio”: “[...] a constituição da loucura como doença mental, no final do século XVIII, estabelece a constatação de um diálogo rompido, dá a separação como já adquirida, e enterra no esquecimento todas essas palavras imperfeitas, sem sintaxe fixa, um tanto balbuciantes, nas quais se fazia a troca entre a loucura e a razão. A linguagem da psiquiatria, que é monólogo da razão sobre a loucura, só pode estabelecer-se sobre um tal silêncio. Não quis fazer a história dessa linguagem; antes, a arqueologia desse silêncio”. Com perspicácia, Bruni (1989, pp. 201, 203) afirma a esse respeito: o silêncio “é o primeiro e mais forte componente da situação de exclusão, a marca mais forte da impossibilidade de se considerar sujeito àquele a quem a fala é de antemão desfigurada ou negada. [...] É assim que o discurso de Foucault tem a admirável qualidade de nos arrastar para baixo, para o fundo, para fora do mundo da razão, da moralidade e do poder constituídos, conferindo ao mesmo tempo a esse mundo uma visibilidade insuportável”.

<sup>61</sup> Não sendo nosso objetivo abordá-las, essas modificações podem ser pesquisadas sumariamente em Pessotti (1999, pp. 57-186), que percorre desde Pinel até o DSM-IV.

<sup>62</sup> Sobre o extermínio dessas existências desesperadas, vale conferir *Holocausto brasileiro*, livro-reportagem em que Daniela Arbex (2013) mostra com detalhes as condições degradantes – tanto “terapêuticas” quanto habitacionais – que provocaram a morte, entre 1930 e 1980, de aproximadamente 60 mil internos do maior hospício brasileiro, o Hospital Colônia de Barbacena. Embora a intenção original do “hospital” fosse a internação de supostos doentes mentais, a jornalista assegura que 70% das internações prescindiam de diagnóstico psiquiátrico. Entre as causas do enclausuramento, destacam-se o abandono, a epilepsia, o alcoolismo, a prostituição, o abuso sexual (algozes e vítimas), a tristeza, o confinamento de esposas por maridos que pretendiam viver com a amante, assim como o de filhas de fazendeiros que perderam a virgindade antes do casamento.

<sup>63</sup> A nota acima elucida, porém, o quanto a prática destoava de tal propósito.

# A emergência da saúde mental

---

A partir das implicações advindas da constituição do anormal em psiquiatria, bem como das críticas ao paradigma tradicional da psiquiatria fundamentado na internação, este capítulo tem por objetivo investigar a proveniência da noção de “saúde mental” para, em seguida, cartografar sua emergência e então problematizá-la politicamente.

\* \* \*

## 2.1. O conceito de anormalidade: um estado de transição

Uma das consequências da consolidação do conceito de saúde mental será, como pretendemos mostrar, o obscurecimento ainda maior da fronteira entre o normal e o patológico. Para tentar fundamentar essa hipótese, começaremos por examinar como o conceito de “anormal” se constrói na tecnologia psiquiátrica da segunda metade do século XIX: com efeito, desde então, e até os dias atuais, a intervenção médica não se restringirá mais à patologia. Nesse sentido, veremos como tal conceito pode ser compreendido como uma proveniência mais longínqua da extensão psiquiátrica forjada a pretexto da promoção da saúde mental.

Se no curso *O poder psiquiátrico* (1973-1974) Foucault se dedicou à análise sobretudo do poder médico intramanicomial, em *Os anormais* (1974-1975), curso subsequente, o filósofo investiga a prática psiquiátrica extramanicomial, evidenciando, assim, de maneira mais intensa, o aspecto político de tal poder na sociedade. A fim de compreender “a lenta formação de um saber e de um poder de normalização”, Foucault (2002, p. 419) explora um longo e complexo percurso mediante a investigação de diferentes noções e casos psiquiátricos. Em vez de reconstituir a totalidade do percurso, ressaltaremos uma importantíssima implicação do curso do filósofo cujo interesse nos é fundamental: trata-se de compreender como o saber psiquiátrico alcançou a noção do que designaremos como “virtualidade da patologia”, que constitui um outro e novo domínio do patológico, não mais baseado na evidência da doença.

Por definição, anormal é o que se desvia claramente de uma norma. Referindo-se ao clássico *O normal e o patológico*, em que Canguilhem (2002) define a norma como conceito dinâmico, polêmico e até mesmo singular do ponto de vista fisiológico, Foucault (2002, pp. 61-62) acrescenta que se deveria considerá-la também como conceito político e positivo para a formulação de um saber de tipo médico, qualificador e correccional. Sua positividade política decorre da ideia de que sua função não seria excluir nem rejeitar, mas antes constituir uma técnica positiva de intervenção e de transformação cuja finalidade seria a normalização própria das sociedades disciplinares<sup>1</sup>. Embasado em Canguilhem, Foucault concebe então como um equívoco histórico e metodológico a consideração da norma como mecanismo essencialmente negativo de repressão, dado seu caráter inventivo, de fabricação e de produção. É dessa perspectiva, portanto, que o curso *Os anormais* se volta inteiramente à problematização de exames psiquiátricos em matéria penal, os quais, enquanto tecnologia de saber e de poder, possibilitam compreender a produção e a emergência da categoria psiquiatrizável dos anormais.

Partindo de exames médico-legais, que interseccionam o domínio médico e jurídico, Foucault (2002) mostra como a figura do anormal infrator inaugura, na segunda metade do século XIX, a concepção conforme a qual não se trata mais de tomar o *ato* como objeto de intervenção ou mesmo de punição, como ocorre em matéria penal, mas sim a *conduta*. Ou seja, mediante a observação minuciosa da trajetória biográfica, o ato deveria ser detectado antecipadamente apenas em potência, na medida em que a conduta já anuncia um desejo fundamentalmente nocivo, disposto a transgredir a norma e a lei, a um só tempo. Assim, trazendo à luz, entre outros, casos de parricídio, infanticídio, violação sexual e antropofagia, o trabalho genealógico do filósofo faz ver como os exames médico-legais constituíram a psiquiatria criminal na primeira metade do século XIX – como indica o conceito esquiroliano de “monomania homicida” – e instauraram, logo em seguida, a concepção de que a conduta poderia sempre prenunciar o crime ou uma infração qualquer.

---

<sup>1</sup> Assim afirma Foucault (2002, pp. 64-65): “O que o século XVIII instaurou mediante o sistema de ‘disciplina para a normalização’, mediante o sistema ‘disciplina-normalização’, parece-me ser um poder que, na verdade, não é repressivo, mas produtivo – a repressão só figura a título de efeito colateral e secundário, em relação a mecanismos que, por sua vez, são centrais relativamente a esse poder, mecanismos que fabricam, mecanismos que criam, mecanismos que produzem. [...] Parece-me que o século XVIII instituiu também um poder que não é conservador, mas um poder que é inventivo, um poder que detém em si os princípios de transformação e de inovação”.

De saída, cabe notar a relevância da trajetória biográfica mesmo na medicina alienista, representada na figura de Esquirol. Para o alienismo, contudo, o criminoso seria desresponsabilizado de sua infração desde que percebida a descontinuidade entre sua infância e a maturidade contemporânea do ato. Isto é, sendo exclusivamente sintoma de monomania, o crime seria inimputável, devendo ser interpretado assim como efeito de uma mecânica instintiva excessiva e patológica que subtrairia naturalmente o interesse ou a razão do crime, visto que uma das definições elementares de crime consiste na sobreposição do interesse particular em detrimento do interesse geral<sup>2</sup>. Nesse sentido, por exemplo, Henriette Cornier não pôde ser incriminada em função do infanticídio cometido em 1826<sup>3</sup>.

Na segunda metade do século, porém, a maneira de considerar a trajetória biográfica do infrator se transforma. Em vez da descontinuidade entre a infância e a idade adulta, que desculpava criminalmente o infrator (“você não é o que você era”), para haver doravante o mesmo efeito de conversão do problema jurídico em médico, é preciso estabelecer a continuidade de um estado permanente (“você é o que você já era”). Para demonstrar essa mudança, Foucault (2002, pp. 371-390) explora o caso de Charles Jouy, um camponês francês de aproximadamente 40 anos acusado de ter violentado sexualmente uma menina em 1867<sup>4</sup>. Considerada relativamente “banal” e “cotidiana”, se inserida em seu contexto aldeão e se comparada com a monstruosidade de casos decorrentes da assim chamada monomania, a suposta infração de Jouy exemplifica a nova concepção psiquiátrica

---

<sup>2</sup> De acordo com Robert Castel (1978, pp. 162-170), a monomania, na qualidade de loucura sem delírio, constitui a solução médica de uma aporia colocada pela justiça, na medida em que o poder judiciário se deparava, já na época do alienismo, com crimes isentos de delírio e também de interesse, o que os tornava inimputáveis. Diante disso, escreve Esquirol em 1827: há monomaniacos “que matam por impulso instintivo [...], [que] agem sem consciência, sem paixão, sem delírio, sem motivo; eles matam por arrebatamento cego, instantâneo, independente de sua vontade; encontram-se num acesso de monomania sem delírio” (*apud* Castel, 1978, p. 166). Sendo assim, importa observar que a monomania apresenta uma primeira extensão do patológico, uma vez que abarca o comportamento e transborda, desse modo, a concepção clássica da alienação mental fundada no delírio e/ou na perturbação do entendimento.

<sup>3</sup> O caso de Henriette Cornier, uma criada que decapitou friamente e sem nenhuma razão a filha de uma vizinha, é explorado por Foucault (2002, p. 137 et seq.) como exemplo privilegiado de monomania a partir da aula de 05 de fevereiro de 1975. Além deste, o pesquisador apresenta e menciona no decorrer do curso ainda outros casos considerados monstruosos, tais como “a mulher de Sélestat” [1817], Papavoine [1824], Léger [1825] e Pierre Rivière [1835]. A propósito do último, ver o dossiê apresentado por Foucault (1991) cujo título é extraído do memorial do parricida: *Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão*.

<sup>4</sup> Charles Jouy foi acusado primeiro de ter feito Sophie Adam, uma ardilosa menina da aldeia de Lapcourt, masturbá-lo na mata e, dias depois, em uma festa, de tê-la violentado num “quase estupro, talvez”, como Foucault (2002, p. 372) depreende do relatório médico-legal do caso e dos costumes próprios do povoado. O referido caso também é abordado em *História da sexualidade 1: a vontade de saber* (Foucault, 2010, pp. 37-39).

cujos objetos serão a conduta anormal. Nesse caso, ao contrário do de Cornier, é a continuidade da conduta de Jouy ao longo de toda sua vida que o tornará inimputável, constituindo-o desde sua infância não evoluída como um caso psiquiátrico. A marca da infração do camponês não residiria mais no excesso, como no caso da loucura instintiva que caracteriza a monomania, mas sim na falta, no déficit, no descontrole funcional, na insuficiência e na interrupção do desenvolvimento que caracterizariam certa infantilização da conduta, por isso psiquiatrizável; a partir disso, aliás, a psiquiatria pôde ancorar-se cientificamente nas noções de desenvolvimento e de evolução próprias da neurologia e da biologia geral (cf. Foucault, 2002, pp. 390-391). Ora, a partir da suposta banalidade do caso de Jouy – se considerado seu contexto, é preciso reafirmar<sup>5</sup> –, Foucault introduz a maneira pela qual a psiquiatria se tornaria autorizada a avaliar diversas condutas como portadoras de perigo.

Como se vê, extrapolando a atenção intra-asilar, a psiquiatria dessa época inaugura um novo registro: o de detecção antecipadora relativa à periculosidade do indivíduo. Ou seja, preocupada com a conduta que pode prenunciar uma infração mais ou menos significativa, a psiquiatria sofre uma importante transformação: não se trata mais de procurar exclusivamente a doença e sua verdade, como os alienistas insistiam no caso da doença mental; doravante, é preciso antecipar e detectar o perigo social, fazendo-lhe oposição. Dessa maneira, no entanto, para além da preocupação especificamente criminal, a conduta tornar-se-ia, logo em seguida, o núcleo da observação psiquiátrica. Assim, a partir da grotesca figura do “monstro” que pratica um crime hediondo às figuras mais cotidianas e banais como o são o “indivíduo a ser corrigido” e o “onanista” – vale notar a presença das três figuras em Jouy (cf. Foucault, 2002, p. 389) –, a psiquiatria constituiu a personagem do anormal, sobre a qual seria necessário intervir medicamente na segunda metade do século XIX<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> Todo o acontecimento, sustenta Foucault (2002, pp. 373-376), “se inscrevia manifestamente numa paisagem e em práticas muito familiares”; por isso, o autor assim caracteriza Jouy em relação ao fato e à tradição local: “um acusado bem banal de um atentado bem cotidiano aos costumes corriqueiros”. Temos aí, continua Foucault, “uma sexualidade infantil aldeã, uma sexualidade ao ar livre, de beira de estrada, uma sexualidade do meio do mato, que a medicina legal está psiquiatizando despreocupadamente. E com uma despreocupação que, temos de dizer, é problemática, se pensarmos com que dificuldade, alguns anos antes, havia sido psiquiatrizada uma coisa tão enigmática e monstruosa como o crime de Henriette Cornier ou o de Pierre Rivière”.

<sup>6</sup> A partir do grande monstro, da criança indócil (ou do inassimilável ao sistema normativo da educação) e do pequeno masturbador, o problema do curso de Foucault (2002) consiste em determinar o aparecimento do anormal como objeto privilegiado da psiquiatria. Em linhas gerais, pode-se dizer que o

Retenhamos então a implicação dessa nova tecnologia psiquiátrica: a substituição da procura da verdade da alienação pela detecção da virtualidade da patologia. Tal seria o fim do alienismo (ou protopsiquiatria)<sup>7</sup> e o nascimento de uma segunda psiquiatria, que nada mais é senão a psiquiatria propriamente dita, cujo objeto se torna o comportamento e suas síndromes.

Fazendo da anomalia uma patologia da conduta, a psiquiatria não deve mais se voltar apenas aos estigmas da incapacidade no nível da consciência. Isto é, constituída também nos desvios localizados no comportamento, a doença não será mais definida tão somente pela forma lógica do pensamento perturbado. É assim que o dispositivo psiquiátrico se desloca “do que pensa o doente para o que ele faz, do que ele é capaz de compreender para o que ele é capaz de cometer, do que ele pode conscientemente querer para o que poderia acontecer de involuntário em seu comportamento” (Foucault, 2002, p. 179). Daí a ideia de que o doente sofreria uma perturbação nas faculdades do voluntário e do involuntário. Segundo Foucault, a formulação mais clara de tal ideia se encontra em Baillarger [1845, 1847], que caracteriza a loucura como um estado de sonho, porém não porque o louco seria enganado a respeito da verdade, como pretendia o paradigma alienista, mas sim por ser um estado em que não se detém a vontade e no qual o sujeito “é atravessado por processos involuntários” (Foucault, 2002, p. 198). Desse modo, desde 1850, os psiquiatras assumem o lugar dos alienistas e dão início a um “grande afrouxamento epistemológico”, mediante uma ingerência psiquiátrica capaz de patologizar – ou seja, de *tornar patológicas* – “as condutas mais ínfimas, mais comuns, mais cotidianas” (Foucault, 2002, pp. 200, 205) que fogem à prescrição da normatividade.

---

*monstro*, como ancestral mais longínquo, é aquele que se define pelo interdito da sociedade e pela impossibilidade da natureza; constitui-se, portanto, como uma unidade jurídico-biológica que tem por referência a lei: é simultaneamente o interdito e o impossível, pois viola as leis da sociedade e da natureza. Já o *indivíduo a ser corrigido* ou inassimilável aos sistemas normativos de educação apareceu mais recentemente, na Idade Clássica. Ao contrário do monstro, que era a exceção, tal indivíduo é uma figura mais corrente, ou regular na sua irregularidade – daí uma maior dificuldade em determiná-lo. Ele é aquele que deve ser corrigido na medida em que fracassaram todas as técnicas e procedimentos disciplinares, todos os investimentos familiares e corriqueiros de educação. Em poucas palavras, o que define o indivíduo a ser corrigido é o fato de ele mostrar-se incorrigível às instâncias disciplinares preliminares. Por fim, o *onanista* constitui a figura mais recente dos anormais. Como personagem do século XIX, seu campo de aparecimento está circunscrito à família, não como no caso do indivíduo a ser corrigido, mas da família como microcélula que atua sobre o corpo da criança. Por meio de um corpo-a-corpo rigoroso, os pais devem descobrir o que seus filhos fazem no espaço íntimo da família (o quarto, a cama, o corpo) simplesmente porque a prática da masturbação foi colocada entre os males reais e possíveis, vinculados pelos médicos à causalidade das doenças nervosas, psíquicas e corporais. É porque a masturbação se torna a etiologia universal de todas as doenças que a figura cotidiana do onanista deve ser combatida.

<sup>7</sup> Cf. *supra*, capítulo 1.

Diante disso, o autor de *História da Loucura* assim caracteriza e precisa a transição do alienismo focado na alienação mental para a psiquiatria perscrutadora das condutas:

Esquirol é o último dos alienistas, porque é o último a formular a questão da loucura, isto é, da relação com a verdade. Baillarger é o primeiro psiquiatra da França [...] porque é ele o primeiro a levantar a questão do voluntário e do involuntário, do instintivo e do automático, no âmago dos processos da doença mental. [...] A psiquiatria não necessita mais da loucura, não necessita mais da demência, não necessita mais do delírio, não necessita mais da alienação, para funcionar. *A psiquiatria pode tornar psiquiátrica toda conduta sem se referir à alienação. A psiquiatria se desalieniza.* [...] [C]om essa desalienização da prática psiquiátrica, pelo fato de não haver mais essa referência obrigatória ao núcleo delirante, ao núcleo demencial, ao núcleo de loucura, a partir do momento em que não há mais essa referência à relação com a verdade, a psiquiatria vê finalmente se abrir diante de si, como domínio de sua ingerência possível, como domínio de suas variações sintomatológicas, o domínio inteiro de todas as condutas possíveis. *Não há nada, finalmente, nas condutas do homem que não possa, de uma maneira ou de outra, ser interrogado psiquiatricamente graças a essa supressão do privilégio da loucura* – essa ilusão do privilégio da loucura, demência, delírio, etc. –, graças a essa desalienização [grifos nossos] Foucault (2002, pp. 199-202).

Como se lê, o que constituía sintoma de doença mental para a medicina alienista era o pequeno fragmento de delírio e a busca da verdade da alienação. No entanto, a partir de uma ingerência em todas as condutas diferentes em relação a uma determinada normatividade que tem como referência a própria psiquiatria, visto que essa “ciência” detém o poder de discriminar medicamente a conduta qualificável da inqualificável, assiste-se a uma verdadeira explosão do campo sintomatológico, capaz de identificar a doença em diversos domínios que não mais correspondem à alienação propriamente dita. Sendo assim, ao contrário da medicina alienista de Pinel e Esquirol, que era medicina ao menos do ponto de vista imitativo – porquanto incorporava o paradigma médico estabelecendo sintomas, classificações e etiologias para as “doenças mentais” –, a psiquiatria, ao se “desalienizar”, não precisaria mais circunscrever a loucura no interior de uma doença, como havia ocorrido em seu nascimento, mas sim ater-se tão só às discrepâncias, aos vícios e aos automatismos das condutas, *tornando-os* anomalias<sup>8</sup>. Desse modo, o dispositivo psiquiátrico deixa

<sup>8</sup> Nas palavras de Foucault (2002, p. 393), foi “patologizando a loucura pela análise dos sintomas, pela classificação das formas, pela pesquisa das etiologias, que ela [a psiquiatria] pôde constituir finalmente

de ser apenas assistência ao sofrimento para tornar-se olhar suspeito sobre o conjunto do tecido social, como se, por detrás da normalidade, houvesse secretamente a anormalidade, em potência<sup>9</sup>. Por isso, a psiquiatria dessa época já começa a constituir-se como ciência e técnica dos indivíduos e das condutas não apenas anormais, mas também “normais” (cf. Foucault, 2002, p. 391).

Renunciando a referência à verdade da patologia enquanto entidade nosológica<sup>10</sup> e assumindo o comportamento como sintoma, a psiquiatria se reconhece como uma medicina sem doença, pois “despatologiza” o seu objeto e, dessa forma, se vê autorizada a difundir o poder médico sobre o não patológico, visto que as condutas se tornaram virtualidades da doença<sup>11</sup>. É o que Foucault (2002, pp. 393-394) sustenta com clareza aos seus ouvintes:

[...] a psiquiatria, quando se constituía como ciência da alienação, psiquiatrizarava uma loucura que, talvez, não era uma doença, mas que ela era obrigada a considerar e valorizar em seu discurso como doença. Ela só pôde estabelecer sua relação de poder sobre os loucos instituindo uma relação de objeto que era uma relação de objeto de medicina com doença: você será doença para um saber que me autorizará então a funcionar como poder médico. Eis, em linhas gerais, o que dizia a psiquiatria no início do século XIX. Mas, a partir de meados do século XIX, temos uma relação de poder que só se sustenta (*e que só se sustenta ainda hoje*) na medida em que é um poder medicamente qualificado que submete a seu controle um domínio de objetos que são definidos como não sendo processos patológicos. Despatologização do objeto: foi essa a condição para que o poder, médico porém, da psiquiatria pudesse se generalizar assim. Surge então o problema: como pode funcionar um dispositivo tecnológico, um saber-poder tal em que o saber despatologiza de

---

uma medicina própria da loucura: era a medicina dos alienistas. Ora, eis que, a partir de 1850-70, trata-se para ela de preservar seu estatuto de medicina, já que é o estatuto de medicina que detém (pelo menos em parte) os efeitos de poder que ela tenta generalizar. Mas ela aplica esses efeitos de poder, e esse estatuto de medicina que é seu princípio, a algo que, em seu próprio discurso, não tem mais estatuto de doença, mas estatuto de anomalia”.

<sup>9</sup> Diante disso, Castel (1978, p. 175) afirma o “início de uma reversão, cujas consequências ainda não deixamos de sofrer: é a normalidade que é suspeita de ser uma ‘aparência’, e que deverá ser comprovada diante de um tribunal de especialistas em patologia”.

<sup>10</sup> Por entidade nosológica, deve-se compreender “os fenômenos mórbidos nos quais podem-se identificar (*ou pelo menos presumir com certa consistência*) certos *fatores causais* (etiologia), um *curso* relativamente homogêneo, *estados terminais* típicos, *mecanismos psicológicos e psicopatológicos* característicos, *antecedentes genéticos-familiares* algo específicos e *respostas a tratamentos* mais ou menos previsíveis” [grifos nossos e do autor, respectivamente] (Dalgalarrodo, 2008, p. 26). Em seu atual livro *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*, o psiquiatra afirma logo em seguida, corroborando a dificuldade psiquiátrica em estabelecer tais entidades nosológicas: “Em psicopatologia e psiquiatria, trabalha-se muito mais com síndromes do que com doenças ou transtornos específicos, embora muito esforço tenha sido (há mais de 200 anos!) empreendido no sentido de identificar entidades nosológicas precisas” (Dalgalarrodo, 2008, p. 26).

<sup>11</sup> Desse modo, “tudo o que é desordem, indisciplina, agitação, indocilidade, caráter recalcitrante, falta de afeto, etc., tudo isso pode ser psiquiatrizado agora” (Foucault, 2002, p. 203).

saída um domínio de objetos que, no entanto, oferece a um poder que só pode existir como poder médico? Poder médico sobre o não-patológico: está aí, a meu ver, o problema central – mas, talvez vocês digam, evidente – da psiquiatria [grifos nossos].

Como assegura Castel (1978, p. 174), a pretexto da prevenção isenta de critérios positivos do ponto de vista científico<sup>12</sup>, inicia-se um período de “desconfiança generalizada”. Porém, para fazê-lo funcionar cientificamente, visto que se trata de uma ação empreendida sempre por uma “ciência médica”, a psiquiatria construiu um edifício teórico importante, constituído basicamente pela reavaliação do delírio, a organização e descrição de síndromes e a introdução da noção de estado, sustentada “biologicamente”, num primeiro momento, pela teoria da degenerescência.

Em primeiro lugar, a reavaliação do delírio consiste, grosso modo, em uma tentativa de manter o paradigma alienista, que concebia o delírio como indicativo nuclear de constituição patológica. Revestindo o comportamento do anormal com o delírio, a psiquiatria poderia assegurar cientificamente seu objeto médico. Daí a proveniência, no último terço do século XIX, de classificações como “delírio de perseguição”, “delírio de posse”, “crises virulentas de erotômanos” etc. (cf. Foucault, 2002, p. 396). Outra exigência funcional dessa nova psiquiatria é a constituição de síndromes. Assim, não se trata mais de procurar sintomas consistentes de determinadas doenças, mas de descrever e agrupar síndromes anormais<sup>13</sup>. No final do século XIX, assiste-se a algo que ainda nos é bastante contemporâneo: a consolidação das excentricidades como síndromes, que, atualizando Foucault, diríamos ser hoje *relativamente* especificadas, autônomas e

---

<sup>12</sup> Problematizando a profilaxia psiquiátrica da Liga Brasileira de Higiene Mental dos anos 1920-1930, que incorporou em larga medida o funcionamento pretensamente biológico dessa psiquiatria como ciência dos anormais, Jurandir Freire Costa (2007, p. 25, 33-34) também afirma que nada no domínio psiquiátrico “permite-nos postular coerentemente a possibilidade de uma real prevenção da doença mental”; assim, diz o psiquiatra e psicanalista brasileiro, é impossível sustentar no campo psíquico qualquer raciocínio lógico de que o sujeito se torna aquilo em função disso. “Predizer a dilatação do metal pelo calor nada tem em comum com as hipóteses sobre seqüências comportamentais ou afetivas dos sujeitos [...]”. Sobre essa diferença crucial entre o que é esperado de um objeto próprio das ciências naturais segundo determinadas condições e o caráter inapropriado da transposição de tal modelo para a investigação do comportamento humano, objeto por excelência da psiquiatria, ver Cooper (1973, pp. 18-21). Veremos, ainda neste capítulo, como a vazia noção de prevenção é retomada pela psiquiatria comunitária norte-americana, produzindo, mediante a caça aos “suspeitos”, o importante efeito político de promoção da saúde mental.

<sup>13</sup> Não correspondendo à natureza essencial de um processo patológico, as síndromes se definem como “agrupamentos relativamente constantes e estáveis de determinados sinais e sintomas”, constituindo, desse modo, “uma indicação preciosa para o diagnóstico” (Dalgalarrondo, 2008, pp. 26, 301). Sobre as “grandes síndromes psiquiátricas” atuais, entre as quais se inclui a depressão, ver Dalgalarrondo (2008, pp. 293-394).

reconhecíveis<sup>14</sup>. Todavia, o autor não se refere à nossa contemporaneidade, mas a excentricidades mais especificadas que se tornaram anomalias nos anos 1870-1880, tais como a agorafobia, a claustrofobia, a cleptomania, o masoquismo e a homossexualidade<sup>15</sup>.

Por último, a introdução da noção de “estado”, sustentada biologicamente pela teoria da degenerescência, constituiu uma importante estratégia para a psiquiatria enquanto tecnologia de saber e de poder sobre as condutas “anormais”. Utilizada por Falret nos anos 1860-1870, a noção de estado também não se refere à doença propriamente dita, assim como não o fazem as síndromes. Tal noção indica antes uma espécie de “fundo causal permanente”, isto é, uma “fecundidade etiológica” irrestrita que predispõe o anormal a múltiplas e diferentes patologias. Se a noção de “predisposição” fundamentada pelo alienismo permitia conservar a normalidade do indivíduo, bem como o tornava predisposto a uma única e determinada patologia, a nova noção de “estado” o predispõe a ilimitadas patologias, tornando-o, desde então, “anormal”. Assustadora e indefinidamente, o estado pode assim “produzir qualquer coisa, a qualquer momento e em qualquer ordem” (Foucault, 2002, p. 397), seja esta física, nervosa, psíquica ou comportamental. Trata-se de um desequilíbrio estrutural e congênito que, mesmo não sendo patológico ou mórbido, difere da saúde e, portanto, não é normal. Sobre o laxismo causal intrínseco à noção de estado, diz Foucault (2002, p. 398): “Formidável capacidade de integração, por conseguinte, dessa noção de estado, que se refere à não-saúde mas que pode, ao mesmo tempo, acolher em seu campo qualquer conduta a partir do momento em que ela é fisiológica, psicológica, sociológica, moral e até juridicamente desviante”.

Para fundamentar essa amplitude, a proveniência do estado anormal será detectada comportamental e fisiologicamente no corpo genealógico da família, ou seja, na hereditariedade tal como formulada, em um primeiro momento, pela teoria

---

<sup>14</sup> Foucault (2002, p. 395) caracteriza tais síndromes como “bem” especificadas, autônomas e reconhecíveis, o que pode não proceder hoje se considerada a quase inexistência de autonomia para as contemporâneas síndromes do pânico, fobia social, ansiedade generalizada, transtorno obsessivo-compulsivo, depressão etc., na medida em que, da perspectiva clínica e classificatória, uma síndrome se transforma em outra, confundindo-se de maneira praticamente indistinta.

<sup>15</sup> A capacidade inventiva dos psiquiatras da época é ironicamente indicada por Foucault por meio da “descoberta” da “síndrome antivivissecionista”, publicada por Magnan em 1884, num contexto em que uma sociedade protetora de animais protestava contra a vivissecção. Sobre a homossexualidade e outras síndromes relativas ao “desvio sexual”, ver Foucault (2010, pp. 50-51); cf. também *supra*, capítulo 1, nota 21.

da degenerescência de Morel [1857]<sup>16</sup>. Contemporânea à noção de estado de Falret, a concepção moreliana de patologia mental sustenta, como se sabe, que não são apenas determinadas doenças que desencadeiam outras semelhantes, mas os defeitos, os vícios e as condutas também o fazem de maneira predominante. Nesses casos, portanto, as doenças aparecem de modo secundário, como uma espécie de epifenômeno em relação à conduta, que é fundamentalmente anômala, no sentido social. O alcoolismo, por exemplo, além de desencadear possivelmente o mesmo comportamento ou outro imoral, como a delinquência ou a prostituição, pode ainda produzir na prole uma doença física como a tuberculose ou uma doença mental qualquer (Foucault, 2002, p. 399). Pretendendo assentar-se em pressupostos biológicos, tal teoria constituiu, como já afirmamos, um primeiro esforço significativo para encontrar a biogênese da patologia social.

Entretanto, a teoria da degenerescência postula algo incontornável: a incurabilidade dos degenerados. Assim, a curabilidade, que antes era o domínio essencial buscado pela medicina da alienação mental, é descartada a partir do momento em que o patológico não mais se circunscreve, paradoxalmente, no interior de uma doença, mas num estado de anomalia congênita produzida, entre outras causas, pela conduta dos ascendentes. As consequências relativas tanto à resignação de tratamento quanto à proveniência do estado anormal segundo condutas desviantes levam a psiquiatria a exceder o domínio médico e a tornar-se um mecanismo de defesa social generalizada. Sendo assim, é em defesa da sociedade e contra os perigos virtuais que a ameaçam com condutas anormais que a psiquiatria deve intervir de maneira antecipada, caucionando então sua função social:

A psiquiatria não visa mais, ou não visa mais essencialmente a cura. Ela pode propor (e é o que efetivamente ocorre nessa época) funcionar simplesmente como proteção da sociedade, contra os perigos definitivos de que ela *pode ser* vítima de parte das pessoas que estão no estado anormal. A partir dessa medicalização do anormal, a partir dessa desconsideração do doentio e, portanto, da terapêutica, a psiquiatria vai poder se dar efetivamente uma função que será simplesmente a *função de proteção e de ordem*. Ela se dá o papel de defesa social generalizada [...]. Ela se torna a *ciência da*

---

<sup>16</sup> Cf. *supra*, capítulo 1, nota 42.

*proteção científica da sociedade, ela se torna a ciência da proteção biológica da espécie [grifos nossos] (Foucault, 2002, p. 402)<sup>17</sup>.*

Com a multiplicação e a difusão do poder psiquiátrico promovidas pelo organicismo moralista da teoria da degenerescência, compreende-se uma primeira crise do paradigma alienista. Nesse sentido, a construção do anormal pela tecnologia psiquiátrica da segunda metade do século XIX coloca em questão o modelo asilar no momento em que este se apresentava como solução primeira para a doença mental. Pois, dada a incurabilidade dos anormais, ainda não doentes o suficiente para serem enclausurados, o asilo se torna também “inadequado para garantir a *prevenção* dessas novas manifestações que se encontram na fronteira entre a patologia e a imoralidade” [grifo do autor] (Castel, 1978, p. 176). Sendo assim, com a perspectiva de futuro intrínseca à noção de virtualidade da patologia, “a psiquiatria começa a se arrogar uma margem de interpretação (e, portanto, de intervenção) cujos limites são incertos” (Castel, 1978, p. 173). Ora, isso terá consequências nefastas em nossa contemporaneidade, como se depreende da sistemática multiplicação de síndromes psiquiátricas<sup>18</sup>. Contudo, embora ainda mais intensa, a extensão do patológico não é restrita à nossa atualidade, como tem sido afirmado reiteradamente. Crítico da monomania e formulador da noção de estado, que amplia significativamente o domínio do patológico a fim de proteger a sociedade, Falret já afirmara em 1869:

[...] pensando bem, não se tardará em reconhecer que a Sociedade deve proteger não somente a vida, mas a propriedade e a honra dos indivíduos, assim como a ordem pública. Desse modo, o número dos alienados que podem perturbar, por essas diferentes razões, a

<sup>17</sup> Diante disso, o autor explora uma relevante implicação, a saber, o desenvolvimento de um racismo interno, ou de detecção, contra os indivíduos “perigosos” que portam esse estado anormal. Embora diferencie tal racismo do racismo tradicional, histórico ou étnico, o próprio Foucault (2002, pp. 403-405) reconhece a relação desses dois tipos de racismo, como se observa no exemplo relativo ao papel “científico” da psiquiatria alemã no nazismo. Sobre o funcionamento dessa psiquiatria “preventiva” e eugênica no Brasil, entre os anos 1920-1930, ver Costa (2007).

<sup>18</sup> Essa sistemática multiplicação de síndromes e patologias psiquiátricas pode ser demonstrada pela própria “evolução” do DSM: a primeira edição do manual (DSM-I), de 1952, listava 106 categorias diagnósticas, ao passo que a última edição (DSM-5), publicada em 2013, catalogou 450. Importa observar o aspecto gradativo dessa tendência, visto que o DSM-II [1968] contava com 182 categorias diagnósticas, o DSM-III [1980] listava 265 e o DSM-IV [1994], 297. A propósito da produção de doenças patrocinada pelo DSM, ver Safatle (2013a; 2013b). Problematizando a pretensa constituição puramente científica dos DSMs – caracterizados desde a terceira edição como a-teóricos, descritivos e isentos de discussões etiológicas –, o filósofo pergunta: “[...] e se categorias como ‘saúde’, ‘doença’, ‘normal’ e ‘patológico’, principalmente quando aplicadas ao sofrimento psíquico, não forem meros conceitos de um discurso científico, mas definições carregadas de forte potência política?” (Safatle, 2013b, p. 22).

segurança pública, encontra-se singularmente aumentado (Falret *apud* Castel, 1978, p. 173).

Dessa maneira, o conceito de “anormal” constitui uma primeira e ainda historicamente distante proveniência da “saúde mental”, na medida em que, a pretexto da prevenção, da virtualidade do patológico, torna-se possível intervir de maneira médica na vida ainda não concebida como mentalmente enferma. A medicalização do anormal, isto é, a conversão do anormal em problema médico apresenta, assim, uma importante consequência: a desconsideração da doença mental como problema exclusivamente asilar, ou seja, sua primeira “desospitalização” – ainda que não tenha desconstruído de forma nenhuma a realidade asilar –, não implicou menor intervenção psiquiátrica<sup>19</sup>.

## **2.2. A multiplicidade crítica e a desconstrução relativa do paradigma tradicional da psiquiatria: sobre a proveniência da saúde mental**

Apesar da extensão do patológico ao corpo social ter sido inaugurada pela psiquiatria inicialmente em torno da monomania e depois em função de noções tais como de “estado” e de “síndrome”, que constituíram o que designamos como “virtualidade da patologia”, o paradigma tradicional da psiquiatria, baseado na internação manicomial, permaneceu quase inabalado até pelo menos a segunda metade do século XX. Sendo a proposta central da “saúde mental” a superação desse paradigma, examinemos as diferentes matrizes e os argumentos centrais da necessária crítica ao dispositivo asilar. Como se sabe, a relativa desconstrução da realidade asilar advém de diferentes contextos e perspectivas críticas.

Embora tanto o reformismo como as diferentes formas de ruptura com o paradigma psiquiátrico encontrem suas condições de possibilidade históricas de maneira efetiva apenas no segundo pós-guerra, é preciso notar que a crítica ao asilo é praticamente contemporânea ao seu nascimento no final do século XVIII<sup>20</sup>. Em sua

---

<sup>19</sup> A partir de uma perspectiva genealógica, é também por meio do curso *Os anormais*, de Foucault, e de pesquisa sobre a teoria da degenerescência e seus desdobramentos que Sandra Caponi (2012) desenvolve a noção de “psiquiatria ampliada”, cujo início ocorre no momento em que tal ciência médica se ocupa do não patológico, constituindo-se, assim, como estratégia biopolítica de controle dos indivíduos e das populações.

<sup>20</sup> Vale observar que, do mesmo modo, o sistema carcerário moderno – enquanto concretização da “forma-prisão”, que constitui o protótipo e o modelo operatório das sociedades disciplinares – também é alvo de críticas desde sua criação e implementação (cf. Foucault, 1987).

pesquisa que versa justamente sobre a constituição do alienismo e a correlativa tecnologia asilar, Castel (1978) mostra como o modelo comunitário é discutido ainda no período revolucionário no qual a psiquiatria se constituiu. Interpretando essa discussão, que antecipa “de modo praticamente completo uma política dita de setor”, o sociólogo francês questiona: “[...] se esses dois modelos [o hospitalocêntrico e o comunitário] existem simultaneamente, por que a nova medicina mental se moldou no mais arcaico e mais desacreditado dentre eles?” (Castel, 1978, p. 71).

Com efeito, a obra médica de Pinel teria construído um paradoxo evidente em tempos revolucionários, pois como conciliar o funcionamento de uma instituição totalitária – conforme a conceituação posterior de Goffman (2007, pp. 13-108) – com os ideais republicanos de liberdade, igualdade e fraternidade? A despeito do humanismo filantrópico de Pinel, que exerceu também um influente papel político na Revolução Francesa, o funcionamento terapêutico da instituição que inventou dependia fundamentalmente da autoridade médica e do caráter fechado necessário à incorporação da disciplina. Por isso, de maneira ainda moderada, o primeiro modelo de reforma do paradigma pineliano foi a “colônia de alienados”, cujo objetivo consistia em resgatar parcialmente a liberdade do alienado, que poderia então curar-se mediante a realização de atividades como o trabalho. Não obstante a intenção de harmonizar-se com os princípios fundadores da modernidade, as colônias de alienados, inspiradas originalmente na Colônia agrícola de Gheel<sup>21</sup>, não se diferenciaram, ao longo do tempo, dos hospitais psiquiátricos tradicionais<sup>22</sup> (cf. Amarante, 1998, p. 27; 2007, pp. 38-40).

Outra mostra de como o dispositivo asilar foi desde sua origem problematizado consiste no manifesto opuscular do irmão Hilarion (Jean Tissot), circulado no momento em que se instaurava a lei francesa de 1838, criada para regulamentar a internação. Uma década depois de afirmar que a adoção da lei seria

---

<sup>21</sup> Trata-se de uma colônia agrícola belga que, desde o período medieval, recebia alienados e os mantinha em regime de liberdade parcial sob a responsabilidade de camponeses. Robert Castel (1978, pp. 254-255) mostra como o modelo foi criticado por alienistas como Jules Falret, que, mesmo reconhecendo a necessária oferta de liberdade aos doentes, sustentava que a arquitetura fechada da instituição psiquiátrica era terapêuticamente mais profícua. Segundo Foucault (2003, p. 335), porém, é apenas no final do século XVIII que a colônia de Gheel sofre uma “brusca reinterpretção” e se associa, assim, à ideia de liberdade, visto que na Idade Média a aldeia belga expressava ainda a relação de exclusão que se estabeleceu com a loucura identificada à lepra, cuja prática segregativa tinha por finalidade preservar o homem de razão.

<sup>22</sup> Amarante (2007, pp. 39-40) exemplifica o fracasso prático das colônias de alienados a partir da criação, no Brasil, daquelas que se tornaram manicômios tradicionais, entre as quais se pode destacar as Colônias de Juquery e de Barbacena (cf. *supra*, capítulo 1, nota 62).

“uma verdadeira calamidade pública”, Tissot (*apud* Castel, 1978, p. 201) sustenta sua assertiva alertando para a “matança” e o “martírio” cotidianos que os alienistas provocavam por “cegueira, erro e cobiça”. Insurgindo-se contra o poder médico dos alienistas, o religioso teria então fornecido “a primeira formulação coerente para certas atitudes antipsiquiátricas”, já mostrando, inclusive, a possibilidade de uma “antipsiquiatria de direita”, assegura Castel (1978, p. 201)<sup>23</sup>.

Entretanto, é sobretudo com a difusão do organicismo fundamentado pela teoria da degenerescência de Morel que a crítica ao paradigma tradicional da psiquiatria se acentua. Postulando a incurabilidade dos doentes internados, a teoria organogenética de Morel defende a ideia de que os alienistas são acionados tardiamente em sua função terapêutica, visto que a psiquiatria deveria intervir sempre de modo antecipado, prevenindo a atualização da doença em indivíduos portadores do “estado” anormal. Além do mais, já se constata à época que, não alcançando a cura, o hospital ainda produz a cronificação dos pacientes, conduzindo-os à morte, como adverte um médico francês anos depois da denúncia de Jean Tissot (cf. Castel, 1978, p. 256)<sup>24</sup>. Contudo, o questionamento extrapola a realidade asilar; a partir de 1860, critica-se todo o funcionamento da medicina mental: a legislação, o caráter arbitrário das internações, o fundamento institucional e o teórico, na medida em que, como observa Castel (1978, p. 261) a partir de Morel, a transformação da concepção “científica” da patologia mental deve necessariamente implicar uma profunda reavaliação da prática. Com isso, em oposição à história convencional da psiquiatria, o sociólogo argumenta que não foi apenas recentemente, no pós-guerra, que se tramou a desconstrução do paradigma tradicional da psiquiatria, dado que os anos 1860 iniciaram críticas “tão violentas e tão lúcidas como as dos modernos antipsiquiatras” (Castel, 1978, p. 13)<sup>25</sup>.

---

<sup>23</sup> Na mesma nota de rodapé, o sociólogo francês indica como essa orientação direitista não é estranha ao pensamento de Thomas Szasz, importante psiquiatra húngaro que desconstruiu e recusou teórica e praticamente o objeto psiquiátrico (a doença mental) e, assim, se consolidou como uma referência fundamental ao pensamento antipsiquiátrico (cf. *supra*, capítulo 1, notas 44 e 55).

<sup>24</sup> É necessário destacar que não é nova a concepção de que a internação produz a cronificação e, em outros casos, a própria doença dos internos. Foucault (2003, pp. 397-399, 413) mostra a existência desse efeito já no século XVIII, durante a internação da época clássica, intensificando-se, contudo, no século XIX. Percebe-se assim uma consequência comum em diferentes instituições disciplinares, pois, da mesma forma em que o internamento psiquiátrico produz a doença mental, a prisão produz a delinquência, como o filósofo sustenta em *Vigiar e Punir* (Foucault, 1987).

<sup>25</sup> Sobre a crítica dirigida à psiquiatria a partir de 1860 pelos próprios médicos – psiquiatras ou não –, que figura como precursora aos questionamentos depois formulados pelas psiquiatrias alternativas, ver Castel (1978, pp. 249-274; 1987, p. 69).

Somente após um século, no entanto, mudanças teórico-assistenciais aconteceram no domínio psiquiátrico. Embora muitas vezes se aceite tal ideia incontestavelmente, poderíamos nos perguntar, junto com Castel (1978, p. 266), se essas mudanças de fato ocorreram, uma vez que – para utilizar uma expressão de Guattari (1986, p. 95) – os “grandes bastiões da psiquiatria não foram tocados”. É verdade que, por outro lado, nem todas as experiências alternativas em psiquiatria devem ser consideradas meramente reformistas, como mostra a implicação da crítica perpetrada tanto pela antipsiquiatria quanto pela tradição basagliana. De maneira geral, contudo, é preciso reconhecer: uma mudança significativa ocorre globalmente com a psiquiatria após a Segunda Guerra Mundial, constituindo assim a saúde mental.

Levando em conta a proposição segundo a qual o “dispositivo da saúde mental” advém da multiplicidade teórico-assistencial das chamadas “psiquiatrias alternativas” (Portocarrero, 1990), examinemos então suas diferentes vertentes conforme a divisão proposta por Birman e Costa (1994) e complementada por Amarante (1998; 2007). De um lado, há dois blocos cujas experiências são essencialmente reformistas. Composto pela comunidade terapêutica inglesa e pela psicoterapia institucional francesa, o primeiro bloco tem por característica comum a introdução de modificações na instituição psiquiátrica, mantendo-a, porém. O segundo se constitui, por sua vez, pela psiquiatria de setor francesa e pela psiquiatria comunitária ou preventiva norte-americana. Embora enfatizem a importância da redução do modelo hospitalar, ambas as experiências produziram uma significativa extensão da psiquiatria no espaço social a partir de noções como prevenção e promoção da saúde mental. De outro lado, contudo, apresentam-se duas experiências radicais dispostas a romper inteiramente com o dispositivo psiquiátrico tradicional: a antipsiquiatria inglesa e a tradição basagliana, que fundamentou a psiquiatria democrática italiana<sup>26</sup>.

---

<sup>26</sup> Observemos que, desde sua origem, a psicanálise também constituiu um importante movimento de “despsiquiatrização”, na medida em que questiona e subtrai o caráter terapêutico do paradigma de internação, ao mesmo tempo em que restitui ao doente a condição de sujeito, atribuindo-lhe novamente a linguagem. Contudo, como bem observa Foucault (2006, pp. 449-450; 2003, pp. 502-503), a psicanálise não representaria a radicalidade dos movimentos contestatórios da psiquiatria, uma vez que precisa conservar o poder médico indispensável à produção da verdade sobre a doença. De fato, como veremos, as críticas mais radicais à psiquiatria não se limitam à desconstrução do hospital psiquiátrico, mas se dirigem também – e de modo fundamental – à desmedida força conferida ao médico, da qual decorrem a produção da verdade sobre a loucura e a consequente submissão do doente a tal verdade.

Antes ainda de delinear tais propostas alternativas em psiquiatria, é preciso indicar ligeiramente seu contexto, destacando por ora um fator específico cuja centralidade política será fundamental à problematização da saúde mental. Ao mesmo tempo em que se constata, no imediato pós-guerra, que a situação de pacientes psiquiátricos internados em asilos se assemelha à de campos de concentração nazistas<sup>27</sup>, percebe-se como inadmissível o desperdício de força de trabalho que os muros conservam. Segundo Joel Birman e Jurandir Freire Costa (1994, pp. 45-49), a origem da “nova psiquiatria”<sup>28</sup> consiste na retomada do trabalho pioneiro de Simon, Sullivan e Menninger, que teriam, ainda nas três primeiras décadas do século XX, se utilizado da ocupação de doentes mentais para diferentes feitos – como a construção de um hospital coordenada por Simon em 1903 –, obtendo assim um efeito terapêutico sobre os próprios internos. A retomada dessas experiências precursoras e embasadas na “terapêutica ativa” ou “terapia ocupacional” ocorreu ainda durante a Guerra, em que tanto Bion e Rickman, na Inglaterra, quanto Menninger, nos EUA, realizaram algo semelhante. Precisando tratar os distúrbios mentais de soldados internados e diante da carência de médicos

---

<sup>27</sup> Dessa impressão resulta, por exemplo, o título do livro de Arbex (2013): *Holocausto brasileiro*, cf. *supra*, capítulo 1, nota 62. Sua inspiração advém, vale dizer, da expressão de Franco Basaglia utilizada em uma entrevista coletiva em 1979, ocasião na qual o psiquiatra italiano conheceu o Colônia de Barbacena e então denunciou a condição desumana de seus internos (cf. Arbex, 2013, p. 207).

<sup>28</sup> Constituída pelo conjunto de saberes e práticas psiquiátricas do pós-guerra, a “nova psiquiatria” é marcada fundamentalmente pela substituição da noção de *doença mental* pela de *saúde mental*. Assim como Venâncio (1993), utilizamos aspas na expressão a fim de relativizar seu ineditismo ao menos em quatro sentidos. Em primeiro lugar, porque as propostas da chamada “nova psiquiatria” foram apresentadas como alternativas desde a constituição do alienismo; em segundo lugar, em função da “nova psiquiatria” enfatizar, tal como o alienismo, a dimensão social e moral da loucura tanto do ponto de vista etiológico quanto terapêutico – lembremos que é a ideia de cura, ou seja, a possibilidade de reconversão da doença em razão ou do doente em tipos sociais cristalizados que subtrai a alteridade irreduzível da desrazão clássica, tornando o doente mental, ao menos teoricamente, um “outro” efetivamente entre aspas, dada sua possibilidade de modulação e de (re)integração na cultura moderna; em seguida, devido à “nova psiquiatria” retomar o ideal libertário que, de alguma forma, orientou o gesto pineliano designado como “libertação dos acorrentados”; por último, em virtude do caráter abusivo com que a expressão “nova” é utilizada também no domínio psiquiátrico, pois da mesma maneira se autodefine a psiquiatria biológica contemporânea, não constituindo ela, porém, nada mais do que a atualização de uma perspectiva existente desde a formação da psiquiatria positiva no século XIX. Com a intenção de compreender e problematizar a formação da “nova psiquiatria” no Brasil, Portocarrero (1990) lança mão do termo “psiquiatria alternativa”. Nesse caso, o uso das aspas se justifica em função de tais “alternativas” à psiquiatria não terem rompido efetivamente com o paradigma psiquiátrico tradicional, mas provocado tão somente uma “metamorfose”. Emprestado de Castel (1978, p. 13), o conceito *metamorfose* intitula a tese de Portocarrero (1990), que assim sustenta a ocorrência de uma transformação sem ruptura na prática dessa “nova psiquiatria”, sobretudo no caso brasileiro, que incorpora de maneira heterogênea a multiplicidade teórico-assistencial das diferentes propostas alternativas. Nas palavras da autora, “a psiquiatria alternativa’ se distancia de certos princípios da psiquiatria clássica, sem, contudo, abandoná-los inteiramente” (Portocarrero, 1990, p. 126).

para tanto, esses médicos organizaram, cada qual à sua maneira, os internos em grupos que se inter-relacionavam e os ocuparam com atividades, resultando disso uma significativa potencialidade terapêutica e a reintegração dos soldados no *front*. De acordo com Birman e Costa (1994, p. 49), que capturam com perspicácia as tendências relativas à emergência da saúde mental<sup>29</sup>, a origem da “nova psiquiatria” não se deveria apenas à atualização de críticas já existentes – tais como a de que o hospital psiquiátrico mantém e produz a doença mental, segregando-a –, mas estaria também associada à ideia de recusa do desperdício do potencial humano abandonado nos asilos. Ora, antecipando nossa intenção de mostrar como a depressão se torna um problema de saúde mental emblemático, é preciso dizer que no mesmo período a Escola de Chicago elabora a teoria do “capital humano”, para a qual a depressão – em todo seu processo de desinvestimento das potencialidades humanas do indivíduo – se configura como uma experiência socialmente antinormativa da perspectiva capitalística, não obstante a movimentação que produza no mercado através da indústria farmacêutica e de todas as ciências de radical “psi”.

As experiências pioneiras da “terapia ativa”, operadas por Simon, Sullivan, Menninger, Bion e Rickman em diferentes contextos, constituem uma referência fundamental à comunidade terapêutica e à psicoterapia institucional. Delimitada mais claramente por Maxwell Jones a partir de 1959, após uma série de experiências em um hospital psiquiátrico inglês, a comunidade terapêutica se volta contra a iatrogenia, a custódia e a segregação intrínsecas à hierarquia tradicional reproduzida nos hospitais psiquiátricos<sup>30</sup>. Com uma estrutura social horizontal e igualitária, o pressuposto fundamental dessa prática consiste na ideia de tornar a função terapêutica uma tarefa relacional restrita não apenas à equipe profissional, mas estendida também aos próprios internos, aos seus familiares e à comunidade. Fundada na concepção de comunidade – tão cara a todas as propostas alternativas que constituem a “nova psiquiatria” –, a experiência inglesa almejava desconstruir o

---

<sup>29</sup> Voltado mais especificamente à psiquiatria comunitária norte-americana, o texto foi apresentado originalmente em 1976 como Relatório Oficial do 2º Congresso Brasileiro de Psicopatologia Infanto-Juvenil, promovido pela Associação de Psiquiatria e Psicologia da Infância e da Adolescência do Rio de Janeiro (APPIA).

<sup>30</sup> A referência principal sobre comunidade terapêutica é o livro homônimo do próprio Maxwell Jones (1972). Ver também: Basaglia (1985, p. 110) e Amarante (1998, pp. 28-32; 2007, pp. 42-43); com objetivos diferentes, Portocarrero (1990) e Venâncio (1993) tratam dos diversos discursos e práticas das chamadas “psiquiatrias alternativas” ou “nova psiquiatria”.

princípio de autoridade médica do hospital psiquiátrico tradicional, democratizando as relações e reformando a instituição segundo os princípios de igualdade<sup>31</sup>.

Já a psicoterapia institucional – assim designada por Georges Daumezon e Philippe Koechilin em 1952 após a experiência pioneira de François Tosquelles no hospital francês Saint-Alban – postula a necessidade de reorganizar a instituição psiquiátrica a partir do referencial psicanalítico, uma vez que o hospital seria o espaço efetivamente adequado para acolher os psicóticos, habitantes *sui generis* de lugar nenhum<sup>32</sup>. Desse modo, a experiência francesa não visa à eliminação do hospital psiquiátrico, mas ao início de um processo terapêutico para recuperá-lo, fazendo funcionar a ideia de que todos – técnicos, pacientes e instituição – relacionados indistintamente cumprem uma função terapêutica. Embora também se voltasse contra a hierarquia tradicional, a violência institucional, a segregação e a verticalidade das relações, enfatizando a dimensão social e subjetiva da patologia, a novidade sobressalente da psicoterapia institucional em relação à comunidade terapêutica consistiu numa significativa inserção da psicanálise na instituição psiquiátrica<sup>33</sup>.

---

<sup>31</sup> Com efeito, a noção de comunidade que orienta toda a “nova psiquiatria” consiste na retomada do princípio da igualdade. Sobre essa relação, bem como a importância da noção de comunidade para a “nova psiquiatria”, afirma Venancio (1993, pp. 132-133): “A noção fundamental e balizadora da ‘nova psiquiatria’, de considerar o doente mental como necessariamente vinculado à sociedade em que vive, traz consigo a ideia de *comunidade*: seja quando da referência ao nível mais abrangente da sociedade como um todo, seja quando da conformação das ‘novas’ unidades assistenciais que, em última instância, se apóiam no ideal de ‘comunidade terapêutica’. Uma noção – essa de comunidade – que serve para representar, nos mais diferentes níveis, o imaginário de que todos os indivíduos são iguais, idênticos entre si, e além disto pretensamente solidários e integrados (diferentemente do fio central da ideologia moderna que os representa como independentes e autônomos) [grifo da autora]”. Para uma desconstrução da noção de comunidade com função cooperativa (ideia de que os recursos humanos e institucionais da comunidade podem somar-se à ação da psiquiatria) e com função terapêutica (ideia segundo a qual os grupos sociais possuem potencial terapêutico “espontâneo”), ver Birman e Costa (1994, pp. 62-69).

<sup>32</sup> Amarante (1998, p. 32) observa, a esse respeito, como a psicoterapia institucional faz funcionar a ideia esquiroliana segundo a qual o hospital é o mais potente agente terapêutico da doença mental nas mãos de um médico competente. Conforme Venancio (1993, p. 130), uma importante referência à psicoterapia institucional é *Psychiatrie et Psychotherapie Institutionnelle*, Paris, Payot, 1977, de Jean Oury. Ver também: Castel (1987, pp. 83-86), Guattari (1987, pp. 88-105), Basaglia (1985, p. 110), Lagrange (2006, pp. 467-469), Roudinesco (1998, p. 626) e Amarante (1998, pp. 32-34; 2007, pp. 43-45).

<sup>33</sup> Um exemplo emblemático da incorporação da psicanálise no meio psiquiátrico e da consolidação da psicoterapia institucional foi a criação da clínica La Borde em 1953 pelo psiquiatra e psicanalista francês Jean Oury, que contou também com o trabalho do psicanalista Félix Guattari. Em uma crítica severa a essa instituição psiquiátrica, Castel (1987, p. 86) assegura que, embora seja cercada mais por árvores do que por muros, La Borde “apresenta a maioria das características objetivas de uma verdadeira ‘instituição totalitária’”. Também nos anos 1980, o próprio Guattari (1986, p. 97) afirma que “os microprocessos vividos em La Borde não desembocaram num processo mais geral de transformação”, apesar de a instituição ter apresentado, nos anos 1950, um “capital de possível”.

Compondo uma das experiências do outro bloco reformista, a psiquiatria de setor constitui um desdobramento da psicoterapia institucional que questiona, porém, o uso exclusivo do modelo hospitalar. Elaborada pelos setores mais críticos e progressistas da psiquiatria francesa, que têm em Lucien Bonnafé seu maior expoente, a setorização se tornou a política oficial de saúde mental na França a partir de 1960. Embora ainda mantenha o hospital como dispositivo intermediário e necessário para determinados casos, a novidade da política de setor consiste na criação e implantação de centros de saúde mental distribuídos territorialmente para cada 60 mil habitantes em média, instituindo em cada um deles uma equipe multiprofissional constituída de psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, entre outros<sup>34</sup>. Como se vê, sua intenção de regionalização do atendimento – depreendida da própria ideia de setor – corresponde também à perspectiva comunitária que atravessa a “nova psiquiatria”, cujo objetivo comum consiste tanto na desconstrução do modelo hospitalar tradicional e da atenção voltada predominantemente à fisicalidade da doença mental quanto na subtração do poder exclusivo do médico psiquiatra. Entretanto, a despeito da intenção de atenuar o paradigma psiquiátrico baseado na internação, a psiquiatria de setor representou uma das atualizações (*aggiornamento*) da psiquiatria em sua função de controle social. Isto é, sua pretensão de conduzir a psiquiatria à cidade, fazendo funcionar a ideia de prevenção e de continuidade terapêutica pós-cura, ocasionou, segundo os críticos, o fortalecimento do poder psiquiátrico, que atua então de maneira contínua em todo território social<sup>35</sup>.

A psiquiatria comunitária, por sua vez, consiste na mais significativa proveniência e efetivação da saúde mental. A razão disso se deve à maneira evidente com que essa experiência realiza o deslocamento da terapêutica da doença mental para a promoção da saúde mental. Após a divulgação da condição precária dos asilos norte-americanos, o presidente Kennedy formula essa nova

---

<sup>34</sup> Além dos centros de saúde mental, outros “equipamentos extra-hospitalares” compõem a setorização, tais como albergues, apartamentos terapêuticos, ateliês protegidos e visita a domicílio.

<sup>35</sup> *A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise*, de Robert Castel (1987), constitui uma importante referência a respeito da setorização francesa, designada criticamente pelo autor como *aggiornamento* psiquiátrico – metáfora religiosa utilizada para desmistificar a ideia de ruptura e, desse modo, evidenciar a atualização e a sofisticação do dispositivo psiquiátrico não restritas, porém, à política de setor, mas coextensivas a outras experiências alternativas, tais como a psiquiatria comunitária, a psicoterapia institucional e a própria antipsiquiatria. A propósito da setorização como “explosão da instituição psiquiátrica” com função de esquadrinhamento da população, ver também Guattari (1986, p. 95; 1987, pp. 130-132), Lagrange (2006, pp. 466-467) e Amarante (1998, pp. 34-36; 2007, pp. 45-47).

política assistencial em 1963, que adquire sustentação teórica com a publicação em 1964 de *Princípios de Psiquiatria Preventiva*, de Gerald Caplan, tornando-se logo o modelo indicado mundialmente pela OMS<sup>36</sup>. Grosso modo, a atuação preventiva desse modelo teórico-assistencial é dividida em três níveis: o primário, que consiste na tentativa de impedir o desencadeamento da doença a partir da intervenção nas condições possíveis de sua formação no meio social ou no próprio indivíduo; o secundário, que diz respeito ao diagnóstico e ao tratamento precoces do indivíduo; e o terciário, relativo à reabilitação do indivíduo em sociedade após sua melhora. Também visando a comunidade, é a prevenção primária que constitui a essência e a originalidade desse modelo no interior da “nova psiquiatria”, ao mesmo tempo em que fundamenta a obsolescência do asilo. Porém, como argumentam de maneira convincente Birman e Costa (1994, pp. 58-59), tal originalidade pode ser apenas pretendida, uma vez que não há nenhum sistema causal consistente capaz de predizer efetivamente o desencadeamento da doença mental<sup>37</sup>. Como mostram os autores, o conceito de crise – evolutiva ou acidental – seria apenas o indicador do desequilíbrio ou de sua possibilidade, não consistindo ainda em sinônimo de doença mental<sup>38</sup>. Nesse ponto, é preciso chamar a atenção para a semelhança operacional do conceito de crise em relação à concepção de anormalidade, igualmente transitiva e localizada *entre* o normal e o patológico. Decorre daí, aliás, uma de nossas intenções de mostrar a anormalidade como uma importante proveniência da saúde mental, a despeito da distância histórica que separa esses dois momentos da psiquiatria. Da caça aos “degenerados” à caça aos “suspeitos”, o procedimento é

---

<sup>36</sup> A relevância dessa experiência cuja ênfase repousa no modelo extra-hospitalar e na substituição efetiva da doença mental pela saúde mental fez com que a psiquiatria comunitária fosse concebida como a terceira revolução psiquiátrica, precedida pela constituição do alienismo e da doença mental por Pinel e pela criação do conceito de inconsciente por Freud (cf. Birman, 1978, p. 01; Portocarrero, 1990, p. 79 e 86). Além do livro mencionado de Caplan (1980), sobre a psiquiatria comunitária ou preventiva pode-se consultar Basaglia (2005), Birman e Costa (1994), Castel, Castel e Lovell (1980, pp. 126-165), Amarante (1998, pp. 36-41; 2007, pp. 47-51), Portocarrero (1990) e Costa (2007, pp. 27-38).

<sup>37</sup> Sobre a dificuldade de objetivar positivamente a prevenção em psiquiatria, cf. *supra*, nota 12.

<sup>38</sup> Isto é, os psiquiatras e sua equipe multidisciplinar, assim como a comunidade como um todo, com seus líderes formais e informais, deveriam antecipar a atualização da doença a partir de situações de crise, que podem ser evolutivas ou acidentais. No primeiro caso, trata-se de crises provenientes de algum desvio ou fissura ocorridos durante o desenvolvimento natural do indivíduo, ao passo que as crises acidentais decorrem de acontecimento ou ameaça de algo externo ao indivíduo, como uma perda, por exemplo. Conforme Birman e Costa (1994, pp. 57-58), nesse contexto de produção da saúde, a crise também pode, por outro lado, promover a saúde, desde que – e é importante observar essa condição – o indivíduo seja “ajudado por técnicos ou líderes comunitários, psiquiatricamente orientados”.

praticamente o mesmo, não obstante a diferença teórica: trata-se de capturar o suposto devir-doença, eliminando-o.

No entanto, ao contrário da teoria pretensamente biológica de Morel, para realizar tal captura a psiquiatria preventiva de Caplan não se baseia no modelo científico das ciências médicas, embora importe delas a perspectiva evolutiva da doença, à qual devem corresponder as intervenções preventivas estabelecidas de forma temporal. Em vez disso, aferindo a saúde e a doença a partir da adaptação ou desadaptação social, a psiquiatria comunitária recorre à noção de desvio, cara à sociologia tanto quanto à psicologia behaviorista<sup>39</sup>. Dessa maneira, o preventivismo opera um estratégico “deslizamento conceitual” (Birman e Costa, 1994, p. 64), visto que estabelece uma relação de semelhança entre desvio social e doença mental, acreditando assim, logicamente, que a prevenção do desvio, embasada em métodos sociológicos de reação a determinadas situações ou condições, poderia prevenir a incidência da doença mental<sup>40</sup>. Embora pareça simples, a equação é politicamente sofisticada: a pretexto de prevenção, torna-se possível intervir em indivíduos suspeitos de portarem um estado “pré-patológico” e, desse modo, promover a “saúde mental”, compreendida *strictu sensu* como ajustamento social. Paradoxalmente, o efeito mais evidente do procedimento que objetiva a promoção da saúde mental consiste na psiquiatrização da vida social para além dos muros asilares<sup>41</sup>, diluindo ainda mais a tênue fronteira entre o normal e o patológico. Ou

---

<sup>39</sup> Dessa relação da medicina com a psicologia e a sociologia advém a noção de indivíduo como “unidade biopsicossocial”. A partir desse conceito, Portocarrero (1990) sustenta a ausência de descontinuidade na constituição da “nova psiquiatria” – sobretudo no que diz respeito à experiência brasileira, que a incorpora em suas várias formas –, na medida em que retoma a racionalidade própria do modelo tradicional da psiquiatria embasado nas vertentes organicista, psicológica e sociológica. No entanto, a novidade consiste em sua “unidade”, que atribui assim uma multiplicidade causal distinta da psiquiatria tradicional, que defendia, conforme cada escola, a predominância de uma única causalidade (biológica, psicológica *ou* social). Tal conceito é também reflexo da multiplicidade constitutiva da saúde mental, que incorpora outras áreas não pertencentes à ciência médica.

<sup>40</sup> Como indicam Birman e Costa (1994, p. 64), tal procedimento se deve em larga medida ao contexto norte-americano da década de 1960, que pretendia “prevenir a instabilidade social decorrente da marginalização de minorias segregadas, como os negros, os pobres, os ‘hippies’, os toxicômanos etc.”. Associado a isso, “dizia-se”, conforme o verbo utilizado por Szasz (1979, p. 13), que a doença mental era na época o principal problema de saúde nos EUA.

<sup>41</sup> É fato que a psiquiatria preventiva desencadeou o que se convencionou denominar “desinstitucionalização”. Seria preciso lembrar também que a publicação em 1961 de *Manicômios, prisões e conventos*, de Goffman (2007), contribuiu significativamente para esse processo. Como se sabe, a desinstitucionalização norte-americana desencadeada pelo preventivismo esteve mais associada ao processo de desospitalização, comum a toda a “nova psiquiatria”. Deve-se notar, contudo, que o conceito de desinstitucionalização não significa apenas desospitalização, mas sim uma desmontagem do dispositivo psiquiátrico que institucionalizou a loucura como doença mental. Nesse sentido, parece-nos que, entre as propostas alternativas, a antipsiquiatria inglesa de Cooper e

seja, a prevenção – como já afirmava Basaglia (2005, p. 156) em 1969 a respeito da psiquiatria comunitária norte-americana – “serve para dilatar o campo da ‘doença’ mais que para reduzi-lo”. É importante destacar ainda que tal psiquiatrização ocorre também por uma outra via, uma vez que o preventivismo pretende realizar – assim como toda a “nova psiquiatria” – a subtração do “específico psiquiátrico”. Ao fazê-lo mediante a descentralização da função do médico psiquiatra, estendida então a psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e, no limite, à comunidade inteira, essa experiência produziu “subpsiquiatras”, isto é, uma multiplicação da função-psiquiatra no tecido social<sup>42</sup>.

Delineemos agora a primeira experiência do outro grupo que pretende romper inteiramente com o dispositivo psiquiátrico. Também com ênfase no social, a tese essencial da antipsiquiatria consiste na identificação da alienação mental com a alienação social. No entanto, como defendem David Cooper, Ronald Laing e Aaron Esterson – principais nomes desse movimento inglês inserido na contracultura dos anos 1960<sup>43</sup> –, em vez de prevenir a loucura, trata-se de liberá-la, fazendo-a produzir sua própria verdade sem o controle do poder médico. Uma das razões para essa “viagem da loucura”, designada por Laing como metanóia, repousa na constatação antipsiquiátrica de que a loucura não é um fato natural e, por isso, não constitui uma entidade nosológica. Tratar-se-ia então de desfazer, nos termos de Deleuze e

---

Laing, assim como a formulação teórica de Thomas Szasz (1979) e a pesquisa histórico-filosófica de Foucault (2003) seriam as perspectivas mais radicais. Sobre o conceito de desinstitucionalização, ver Barros (1990).

<sup>42</sup> Criticando essa função terapêutica da comunidade segundo a qual todos se tornam “técnicos de saúde mental” e, assim, indistintamente terapeutas, Birman e Costa (1994, p. 67) afirmam que transformar os pais, os amigos, os educadores, os líderes comunitários etc. em “subpsiquiatras” é tão insensato quanto transformar os psiquiatras em “subpais” ou “subamigos”. Embora assegurem com tal afirmação o papel específico do psiquiatra – comparando-o até mesmo com a função de um xamã que se ocupa da dor e do sofrimento dos indivíduos de sua aldeia –, os autores sustentam que a psiquiatria só pode ser em sua tarefa terapêutica individualmente normativa, na contramão da psiquiatria comunitária que se configura como socialmente normativa.

<sup>43</sup> Deve-se destacar também o trabalho de Thomas Szasz (1979) nos EUA, assim como a Escola de Palo Alto de Gregory Bateson, que formulou uma nova concepção da esquizofrenia como problema fundamentalmente comunicativo. Entre as propostas alternativas, a antipsiquiatria foi certamente a que teve a maior produção literária. Daí, aliás, Guattari (1987, p. 128) defini-la como um “fenômeno literário dos meios de comunicação de massa”, que provocou, no entanto, uma importante tomada de consciência a respeito da articulação existente entre a repressão psiquiátrica e outras formas de coerção. Castel (1987, p. 25 e 29) também menciona seu caráter mais mundano (jornalístico, literário, teórico) do que estritamente profissional, o que não implica – adverte da mesma forma o sociólogo – a desconsideração de sua importância. De todo modo, entre as obras principais do movimento, destacam-se *Psiquiatria e Antipsiquiatria*, de David Cooper, *O eu dividido*, de Ronald Laing, e *Sanity, Madness and the Family*, de Ronald Laing e Aaron Esterson. Sobre a antipsiquiatria, ver ainda: Foucault (2006, pp. 447-453; 2011), Deleuze e Guattari (2010, pp. 130-132, 422-425, 476-481), Guattari (1987, pp. 128-137), Castel (1987), Roudinesco (1998, pp. 25-26), Amarante (1998, pp.45-42; 2007, pp. 51-54) e Portocarrero (1990).

Guattari (2010, pp. 424-425), “todas as reterritorializações que transformam a loucura em doença mental”, uma vez que, ao contrário de problema médico, a loucura seria produto social, motivo pelo qual seria necessário deixá-la manifestar-se em sua verdade, a um só tempo terapêutica e reveladora<sup>44</sup>. Nas palavras de Cooper (1973, pp. 28, 31,36), que cunhou o termo “antipsiquiatria”, a violência constitui o cerne do problema, e o início da violência em psiquiatria – que é violência *da* psiquiatria – está na família, a qual medeia, por sua vez, uma alienação social geral. No limite, proclama o sul-africano, “não existem esquizofrênicos” (Cooper, 1973, p. 47)<sup>45</sup>, pretendendo assim desinstitucionalizar a doença mental – isto é, subtrair sua problemática médica – para além da simples desospitalização. Desse modo, o problema não residiria na suposta irracionalidade do “doente”, mas antes na irracionalidade institucional da psiquiatria.

Embora problematize o autoritarismo de maneira generalizada, dada sua inserção no “imaginário político da liberação” (Castel, 1987, p. 25) dos anos 1960, a antipsiquiatria não perde de vista o questionamento primordial concernente à relação de força que subjaz a relação terapêutica estabelecida pelo médico e sustentada pela instituição psiquiátrica. Da perspectiva de Foucault (2006, pp. 451-452), essa experiência consiste, de fato, numa forma radical de questionar o *a priori* constitutivo da psiquiatria: suas relações de poder<sup>46</sup>. Nesse sentido, a crítica antipsiquiátrica

---

<sup>44</sup> Embora Deleuze e Guattari não figurem explicitamente na antipsiquiatria, vale observar que suas contribuições apresentam notáveis aproximações com o movimento. A mais sobressalente, conforme os próprios autores, consiste no princípio da esquizoanálise, bastante próximo à metanóia antipsiquiátrica: em vez de neurotizar a produção psicótica, a fim de neutralizá-la, como pretende a psicanálise, seria preciso estimular seu fluxo, colocando em questão até mesmo a unidade identitária do eu considerado normal (Deleuze e Guattari, 2010, pp. 480-481). Nesse sentido, a esquizofrenia – objeto privilegiado da antipsiquiatria para evidenciar a fraqueza epistemológica e prática da psiquiatria – não é concebida como uma entidade clínica, tampouco como uma substância, mas como um fluxo processual, limite e tendência do capitalismo que prescinde da reterritorialização asilar, familiar e psicanalítica. É importante notar, contudo, que mesmo a pretensa radicalidade antipsiquiátrica de Cooper e Laing é percebida pelos autores de *O anti-Édipo* como conservadora, visto que mantém o “familialismo” como interpretação e causalidade também da esquizofrenia, cujo delírio seria histórico-mundial (Deleuze e Guattari, 2010, pp. 130-132, 476-479). Nesse sentido, o texto de Guattari (1987, pp. 114-123) intitulado *Mary Barnes ou o Édipo antipsiquiátrico* – que trata da “viagem” de Mary Barnes com seus “terapeutas” em Kingsley Hall, célebre comunidade antipsiquiátrica inglesa – é também elucidativo.

<sup>45</sup> “Dito em outras palavras, a loucura não se encontra ‘numa’ pessoa, porém num sistema de relacionamentos em que o ‘paciente’ rotulado participa: a esquizofrenia, se é que significa alguma coisa, constitui um modo mais ou menos característico de comportamento grupal perturbado. Não existem esquizofrênicos.” (Cooper, 1973, p. 47).

<sup>46</sup> Foucault (1994, v.2, p. 433; 2006; 2011) manifesta seu entusiasmo em relação à antipsiquiatria em diferentes ocasiões. Em uma delas, convidado a palestrar equivocadamente na condição de antipsiquiatra em um congresso em Montreal em 1973 (cf. Foucault, 1994, v.4, pp. 536-537), o filósofo afirma diante do público que, reduzindo o poder médico a zero, a antipsiquiatria de Cooper e Laing constituiria muito mais do que apenas um rearranjo institucional, um corte epistemológico ou

assume uma dimensão mais política do que epistemológica, ainda que esta não seja negligenciada pelos antipsiquiatras, que se esforçam em demonstrar a impossibilidade de reduzir um determinado comportamento desviante à objetividade científica que define o patológico; sabem, afinal, que a crítica epistemológica é também política.

Igualmente radical, a psiquiatria democrática italiana efetivou um processo de desativação do hospital psiquiátrico no país com a implementação da lei 180 em 1978, conhecida também como “lei Basaglia”. Com efeito, o pensamento e a experiência do psiquiatra italiano Franco Basaglia inicialmente em Gorizia e depois em Trieste, entre os anos 1960 e 1970, embasaram essa nova política que se tornou modelo para a desativação dos hospitais psiquiátricos em diversos outros países ocidentais<sup>47</sup>. Fazendo funcionar de maneira bastante reflexiva e concreta os pressupostos marxistas, Basaglia (1985) trata a questão psiquiátrica como um problema fundamentalmente político e econômico: ao mesmo tempo em que é medicamente marcado por relações de poder, o hospital psiquiátrico também conserva e reproduz a diferença de classe<sup>48</sup>. Nesse sentido, a própria doença é compreendida como decorrência da marginalização socioeconômica, não sendo negada, porém, sua realidade psicopatológica, como o faz a antipsiquiatria de

---

até mesmo uma revolução política: seria antes de tudo uma forma de “ruptura etnológica” relativa a toda a nossa “imensa racionalidade social” (Foucault, 2011, p. 102). Apesar dessa menção específica à antipsiquiatria inglesa, Foucault normalmente se refere à antipsiquiatria em suas diferentes formas, definindo-a como “tudo o que questiona o papel do psiquiatra outrora encarregado de produzir a verdade da doença no espaço hospitalar” (Foucault, 2006, p. 448; 2011, p. 100). Segundo o autor, a origem da antipsiquiatria reside na crise instaurada pela constatação de que Charcot fabricava a histeria com seu poder médico (hipótese explorada no curso *O poder psiquiátrico*) e se estende, por um lado, à psicofarmacologia e à psicanálise bem como, por outro lado, à antipsiquiatria no sentido usual do termo, que compreende tanto o trabalho de Cooper e Laing quanto o combate político de Basaglia e Guattari. Sobre essa tipologia estabelecida pelo filósofo, ver especialmente Foucault (2011).

<sup>47</sup> No Brasil, embora a “nova psiquiatria” tenha se constituído mediante a incorporação das diversas experiências alternativas, a tradição basagliana é uma importante referência. Prova disso pode ser a aprovação da lei 10.216 em 2001, marco legislativo pioneiro nas Américas voltado ao desmonte dos hospitais psiquiátricos, baseado nos direitos de usuários e familiares e designado também como “lei Delgado”, em homenagem a seu proponente, o deputado Paulo Delgado, do Partido dos Trabalhadores de Minas Gerais. Sobre o percurso desse projeto de lei até sua promulgação em 2001 e uma determinada avaliação após um decênio de sua vigência, ver Pedro Gabriel Godinho Delgado (2011). De outra perspectiva, sustentando o caráter processual de qualquer transformação na sensibilidade social, Filho e Lemos (2012, p. 62) afirmam, também mais de dez anos após esse acontecimento legislativo, que a experiência brasileira, assim como a italiana, sofreu a ilusão da “abolição por decreto”, acreditando na “extinção legal do manicômio”, que ainda figura em nossa paisagem social.

<sup>48</sup> A esse respeito, afirma Basaglia (1985, p. 108): “Um esquizofrênico rico internado numa clínica particular terá um diagnóstico inteiramente distinto do de um esquizofrênico pobre, internado à força num hospital psiquiátrico público”.

Cooper e Laing<sup>49</sup>. Procedendo dialeticamente, Basaglia assegura a necessidade de negar e superar a um só tempo o hospital psiquiátrico, designado como uma “instituição da violência” ao lado de outras, tais como escola, fábrica e universidade, que reproduzem as contradições da sociedade capitalista e se sustentam na divisão entre os que têm poder e os que não o têm<sup>50</sup>. Assim, diferentemente da comunidade terapêutica, da psicoterapia institucional e da psiquiatria de setor – que servem, contudo, de forma intermediária para o propósito basagliano –, o objetivo não é humanizar o hospital, mas sim negá-lo e superá-lo, distribuindo territorialmente centros comunitários autossuficientes<sup>51</sup>. No célebre texto de 1969, intitulado justamente *As instituições da violência*, Basaglia (1985) sustenta a necessária extensão dessa ação transformadora para além da psiquiatria, isto é, para tudo o que, como ela, seria condicionado, no sentido marxista, pela infraestrutura capitalista. Numa passagem emblemática, afirma o psiquiatra:

Nossa ação só pode prosseguir no sentido de uma *dimensão negativa* que é, em si, destruição e ao mesmo tempo superação. Destruição e superação que vão além do sistema coercitivo-carcerário das instituições psiquiátricas e do sistema ideológico da psiquiatria enquanto ciência para entrar no terreno da violência e da

---

<sup>49</sup> Ainda que Basaglia tenha recusado o termo “antipsiquiatra” (cf. Guattari, 1986, p. 89; Lagrange, 2006, p. 469), seu nome figura notavelmente ao lado de Cooper, Laing, Esterson, Szasz, Goffman etc., em função, evidentemente, de sua pretensão de desconstruir o paradigma psiquiátrico tradicional. De todo modo, a despeito da recusa, o próprio Basaglia (1985, p. 09) qualifica os discursos reunidos em *A instituição negada* como antipsiquiátricos no sentido de anti-institucionais ou antiespecialísticos, propondo uma necessária transposição do domínio específico da psiquiatria a fim de atingir as estruturas sociais que a condicionam, uma vez que a suposta neutralidade científica dessa medicina sustentaria ideologicamente os valores dominantes. Do ponto de vista prático, a tradição basagliana promoveu, de fato, uma significativa desinstitucionalização da doença mental, não obstante a recusa em negá-la como realidade psicopatológica, ou seja, como condição efetivamente patológica, que é, contudo, associada à realidade social, a qual é excludente, violenta e estigmatizante (cf. Basaglia, 1985, p. 124).

<sup>50</sup> Não muito distante das “instituições disciplinares” de Foucault e das “instituições totais” de Goffman, Basaglia (1985, p. 101) assim caracteriza as “instituições da violência”: “Família, escola, fábrica, universidade, hospital: instituições que repousam sobre uma nítida divisão de funções, através da divisão do trabalho (servo e senhor, professor e aluno, empregador e empregado, médico e doente, organizador e organizado). Isto significa que o que caracteriza as instituições é a nítida divisão entre os que têm o poder e os que não o têm. De onde se pode ainda deduzir que a subdivisão das funções traduz *uma relação de opressão e de violência entre poder e não-poder, que se transforma em exclusão do segundo pelo primeiro*. A violência e a exclusão estão na base de todas as relações que se estabelecem em nossa sociedade [grifo do autor]”.

<sup>51</sup> Embora seja considerada como uma ruptura não apenas com a psiquiatria tradicional alienista, mas também com a “nova psiquiatria” (cf. Amarante, 1998, p. 49), ou a mais expressiva entre as propostas alternativas (cf. Venâncio, 1993, p. 131), a experiência italiana foi também percebida como uma nova forma “de institucionalização do poder não só psiquiátrico mas social da loucura” (Portocarrero, 1990, p. 74). Com efeito, apesar da postura revolucionária da tradição basagliana, não se assistiu à dissolução do poder psiquiátrico, que permanece, sob justificativa científica, governando condutas para além do hospital.

exclusão do sistema sócio-político, negando-se a se deixar instrumentalizar por aquilo exatamente que quer *negar* [grifos do autor] (Basaglia, 1985, p. 131).

Aliado a organizações operárias, sindicatos e partidos de esquerda, o pensamento crítico de Basaglia, que fundamentou a ação política da psiquiatria democrática italiana desde 1973, se voltou mais especificamente, apesar de sua abrangência, à própria psiquiatria, cujo funcionamento é percebido como estritamente ideológico. Segundo o autor, a suposta neutralidade científica da psiquiatria teria subtraído a realidade concreta do doente para ocupar-se tão só da doença enquanto categoria abstrata, fundamentando, desse modo, todo o aparato institucional, legislativo, administrativo e nosográfico que a circunscreve. Sendo assim, a sofisticação técnica do poder médico seria uma forma de ocultar e de mistificar sob a aparente finalidade terapêutica tanto a violência real e constitutiva da prática psiquiátrica quanto a contradição das relações sociais. Tal como para a antipsiquiatria de Cooper e Laing, na visão de Basaglia a violência também constitui o cerne da questão. Mais que tudo, o psiquiatra italiano problematiza o aspecto relacional de tal violência, o qual define e configura a experiência patológica: “o problema já não é tanto o da doença em si, mas sobretudo o da *relação* que se estabelece com ela”, isto é, “[...] a doença não é a condição objetiva do doente, mas o que o faz assumir *o aspecto que tem* reside na relação com o médico que a codifica e com a sociedade que a nega [grifos do autor]” (Basaglia, 1985, pp. 109,129). Por isso a psiquiatria democrática italiana também reivindica a distribuição igualitária do poder, levando a cabo o princípio comunitário que atravessa a “nova psiquiatria”<sup>52</sup>.

Como se vê, as psiquiatrias alternativas se constituíram desde o pós-guerra, fortalecendo-se sobretudo por volta dos anos 1960 graças também à publicação de diversos trabalhos fundamentais, entre os quais se destacam *O mito da doença mental* [1960], de Thomas Szasz, *O eu dividido* [1960], de Ronald Laing, *História da Loucura* [1961], de Michel Foucault, *Manicômios prisões e conventos* [1961], de Erving Goffman, *Psiquiatria e Antipsiquiatria* [1967], de David Cooper, e *A instituição negada* [1968], organizado por Franco Basaglia. Provenientes da

---

<sup>52</sup> Além de Basaglia (1985), sobre a psiquiatria democrática italiana, ver Guattari (1987, p. 126-127; 1986, p. 89), Castel (1987, p. 31), Portocarrero (1990), Venâncio, (1993, pp. 129-31), Roudinesco (1998, p. 49), Barros (1990), Lagrange (2006, pp. 469-470), Amarante (1998, pp. 45-50; 2007, pp. 54-59), Ribeiro (1999a, p. 146) e OMS (2001, p. 122).

atividade comum – porém não previamente planejada – de problematização da psiquiatria, somente depois tais trabalhos formaram o que Foucault (1999b, pp. 20-21) designou como um “nós”, ou seja, uma “comunidade de ação”<sup>53</sup>. Com efeito, as críticas e as transformações procedentes de uma nova percepção da psiquiatria fazem parte de um momento histórico no qual, em países europeus e nos EUA, emergiam movimentos contestatórios direcionados às formas tradicionais de autoridade e aos privilégios de classe, assim como micropolíticas voltadas às mulheres, às normatividades sexuais, à questão racial, à delinquência, ao meio ambiente, à toxicomania, às doenças mentais etc. E nesse contexto de “liberação” – para o qual Maio de 1968 se tornou paradigmático –, a psiquiatria se apresentava como um objeto privilegiado para evidenciar o desnível de determinadas relações de poder e o caráter repressivo que daí decorria. Em relação a uma ideologia cuja liberação era a palavra mestra, afirma Castel (1987, p. 28), “a psiquiatria representava o bode expiatório ideal”. Assim sendo, de maneira mais ou menos radical, as psiquiatrias alternativas se voltam contra o poder médico institucionalizado a fim de lhe subtrair o domínio exclusivo da loucura e torná-la novamente um problema social<sup>54</sup>.

Junto a essa politização da psiquiatria, ocorre também sua “psicanalização”. Uma das razões da incorporação da psicanálise pela psiquiatria consiste na supervalorização da subjetividade, que caminha *pari passu* com o deslocamento das lutas políticas no momento em que essa complexa teoria do psiquismo é percebida como essencialmente subversiva, dada sua capacidade de entrecruzar liberação social e liberação pessoal. De acordo com Castel (1987, p. 26), a psicanálise parecia então poder articular na unidade de uma teoria rigorosa

---

<sup>53</sup> Discorrendo a respeito de seu trabalho de “problematização” não associado a nenhuma doutrina política específica, Foucault (1999b, pp. 20-21) afirma em entrevista concedida em 1983 a Rabinow: “Penso que o ‘nós’ não pode ser prévio à pergunta, só pode ser um resultado – e resultado necessariamente provisório – da pergunta tal como surge nos novos termos em que é formulada. Por exemplo: não tenho certeza de que, quando escrevi *História da loucura*, houvesse um ‘nós’ preexistente e receptivo, ao qual bastaria que eu me referisse para poder escrever meu livro, e do qual esse livro fosse a expressão espontânea. Laing, Cooper, Basaglia e eu não fazíamos parte de uma comunidade, nem tínhamos relação alguma. Mas com base no trabalho que havia sido feito, leitores e autores vislumbraram a possibilidade do estabelecimento de um ‘nós’, um ‘nós’ que também seria capaz de formar uma comunidade de ação”.

<sup>54</sup> Afirmamos tratar-se de um retorno do problema na medida em que a consideração da loucura enquanto produto de relações sociais é uma tese sustentada por quase toda a escola alienista, para a qual a etiologia da doença, assim como sua terapia, é predominantemente moral. Nesse sentido, também recusando a concepção biológica da doença, a “nova psiquiatria” retoma o problema constitutivo do alienismo, da perspectiva, porém, da desinstitucionalização da doença mental e da supressão da prática segregativa própria do alienismo (cf. Venancio, 1993).

dois componentes essenciais: o político e o psicológico. Em função disso, o sociólogo chama a atenção para a psicanalização da psiquiatria francesa, o que não deixava de ser, contudo, uma tendência inteiramente “psiquiatricida”, afinal seria essa uma forma de desmedicalizar a doença mental por meio do reconhecimento do caráter exclusivamente relacional da patologia<sup>55</sup>. De todo modo, as referências psicanalíticas haviam se tornado “as idéias reguladoras, no sentido kantiano da palavra, da prática psiquiátrica moderna” (Castel, 1987, p. 89)<sup>56</sup>. No mesmo sentido, ao lado da valorização da dimensão social e comunitária, a “nova psiquiatria” destaca também a dimensão individual, porém não da perspectiva orgânica, mas sim psicológica, isto é, subjetiva (cf. Venancio, 1993). A importância atribuída à subjetividade, percebida então como elemento político de liberação pessoal e social, ocasionou enfim o que Castel designa “pós-psicanálise”: não o fim da psicanálise, claro está, mas a banalização e a difusão de uma complexa teoria no tecido social, tornando-a “um fenômeno cultural de massa” (Castel, 1987, p.140)<sup>57</sup>.

Seguindo nosso propósito, importa destacar uma consequência desse imaginário da liberação: a emergência de diferentes técnicas médico-psicológicas cuja função não seria mais ocupar-se do patológico, mas trabalhar a normalidade de modo a potencializar o humano. Herdeiras bastardas da psicanálise – nos termos de Castel (1987) –, técnicas como bioenergia, grito primal, Gestalt-terapia, co-conselho, análise transacional etc. deslocaram o princípio fundamental e intelectual da fala para privilegiar o corpo e a comunicação não verbal como lugares de manifestação e de liberação das diferentes formas de repressão historicamente inscritas. As novas

---

<sup>55</sup> Como diz o sociólogo, a “capacidade de *insight*, o domínio da transferência, a pertinência das interpretações, etc. não são absolutamente implicações necessárias de uma posição médica” (Castel, 1987, p. 88).

<sup>56</sup> O livro de Castel (1987) é dedicado às relações e aos desdobramentos concernentes à psiquiatria e à psicanálise. Contudo, a influência da psicanálise na psiquiatria francesa dos anos 1950 e 1960 pode ser consultada especialmente em Castel (1987, pp. 81-90). É necessário observar que essa influência não é restrita, entretanto, ao caso francês. Nos EUA, o pensamento psiquiátrico também foi, no mesmo período, fortemente influenciado pela psicanálise, como se depreende da publicação das duas primeiras edições do DSM em 1952 e 1968. Marcados pelo pensamento higienista de Adolf Meyer, que concebe a patologia mental de uma perspectiva reativa e psicogênica, os dois manuais da APA apresentam, de maneira reveladora, termos como “mecanismo de defesa”, “neurose” e “conflito neurótico” (Russo e Venancio, 2006, p. 464). O predomínio da psicanálise na psiquiatria norte-americana da época é também explicitado por Goffman (2007, pp. 81 e 312) e Castel, Castel e Lovell (1980). Somente no decorrer da década de 1970 e com a publicação do DSM-III em 1980 é que o pensamento psiquiátrico dominante se distancia novamente da psicanálise em direção a uma concepção mais biológica de doença (cf. *infra*, capítulo 3).

<sup>57</sup> Sobre o conceito de pós-psicanálise e o desdobramento das novas técnicas médico-psicológicas, ver Castel (1987, pp. 133-168) e Castel, Castel e Lovell (1980, pp. 272-279). A mesma ideia de difusão da psicanálise é afirmada também por Guattari (1987, p. 132).

técnicas médico-psicológicas, impulsionadas em larga medida pela difusão da psicanálise no meio social e associadas também às críticas à psiquiatria tradicional, constituem então o que o sociólogo francês denomina “nova cultura psicológica”. Instaurando uma nova espécie de “totalitarismo” após a crítica das “instituições totais” (Castel, 1987, p.15), a predominância do psicológico promovida pelo “movimento do potencial humano” ou “psicologia humanista” seria uma maneira de maximizar o capital humano, programando sua eficiência também para o mercado<sup>58</sup>.

Desse modo, ao contrário da experiência do imediato pós-guerra, ainda restrita ao desperdício do potencial humano em casos considerados patológicos, a novidade de tal “cultura psicológica” decorrente das contestações político-culturais consiste na possibilidade de intervenção sobre a própria normalidade, a fim de “trabalhá-la”, “liberá-la” e “potencializá-la”. Assim, fundamentadas inicialmente em uma perspectiva crítica em relação a autoridades, obrigações e hierarquias, tais técnicas médico-psicológicas convergem para o projeto de promoção da saúde mental, que constitui a estratégia (se pensamos no caso da psiquiatria comunitária ou da psiquiatria de setor) ou o efeito indesejado (se pensamos na não realização efetiva das antipsiquiatrias) da “nova psiquiatria”. Como sustentam Birman e Costa (1994, pp. 44-45), a diferença existente entre as propostas que compõem a nova psiquiatria social seria apenas de superfície: no limite, mediante a intervenção na comunidade, todas tendem à promoção da saúde mental, que se apresenta assim como o novo objeto da psiquiatria. Perguntando, em termos políticos, *para quê* se objetiva promover a saúde mental, pretendemos mostrar, no próximo capítulo, de que forma a depressão se constitui como caso emblemático de problema relativo à saúde mental no contexto neoliberal, cujo imperativo, amplamente contrariado pela experiência depressiva, consiste no investimento permanente nas potencialidades humanas do indivíduo em vista da performance, da comunicação, da criação, da projeção, da velocidade etc.<sup>59</sup>

---

<sup>58</sup> “Movimento do potencial humano” ou “psicologia humanista” são as formas como tais técnicas oriundas em grande parte dos EUA entre os anos 1960 e 1970 são designadas na Europa (cf. Castel, 1987, p. 141). Sobre a relação dessa “nova cultura psicológica” dos anos 1970 com a governamentalidade neoliberal, vale conferir também o prefácio à reedição de *La gestion des risques*, escrito por Castel (2011) trinta anos depois da publicação de seu livro. Como já indicamos, a teoria do capital humano e a nova configuração do *homo oeconomicus* no contexto neoliberal serão abordadas no próximo capítulo da tese, dedicado à problematização da depressão.

<sup>59</sup> Veremos também, a partir de Alain Ehrenberg (1998) e Maria Rita Kehl (2009), como a conquista de autonomia, resultante da crítica à disciplina e às diferentes formas de repressão, pode ser interpretada como causa da maior incidência da depressão desde os anos 1970.

Por ora, ainda que se deva ponderar a crítica direcionada à “nova psiquiatria”, reconhecendo o relativo e indispensável desmantelamento da realidade asilar, é necessário perceber que o deslocamento da intervenção médica voltada também à normalidade provém inesperadamente (ou não) de sua “conquista”. Tal deslocamento ocorre, entre outras razões, na medida em que, não enfraquecendo o poder psiquiátrico, a desconstrução dos muros asilares produz o efeito de uma dissolução ainda maior da oposição normal-patológico, favorecendo a difusão da ação psiquiátrica no espaço aberto da sociedade. É evidente que não defendemos assim, de maneira indébita, o retorno à máquina de mortificação que é a realidade asilar; em vez disso, observamos, e não isoladamente, o deslocamento do problema quando se pretende produzir a saúde a todo custo.

De forma objetiva, sentencia Castel (1987, p. 40): “dar fim à segregação é também abrir o caminho a um intervencionismo generalizado”. Sabe-se também que, em 1990, assegurando a passagem para uma outra configuração histórico-social, Deleuze (1992, pp. 219-226) indicava a nova função de controle ocasionada pela substituição de instituições disciplinares, como hospitais psiquiátricos e fábricas, por hospitais-dia e empresas, que, ao lado da família e da escola, cumprem sinergicamente o papel da terrível formação permanente no espaço aberto da sociedade. Guattari (1987, p. 132), por sua vez, certo da difusão sorrateira e miniaturizada da psiquiatria após a contestação antipsiquiátrica, também já dizia algo no mesmo sentido: “[...] o que me espanta é que todas as grandes formações repressivas, a escola, o exército, que eram antes constituídas por conjuntos institucionais formando um só bloco, tendem agora a ser pulverizadas, e espalhadas por toda parte”. E ainda o próprio Foucault (1994, v.2, p. 232-233), que esteve à frente na indispensável crítica à atitude ocidental de sujeição dos loucos, alertava para esse risco: “[...] o movimento da antipsiquiatria, que se opõe à noção de asilo, não deve conduzir à exportação da psiquiatria para fora, multiplicando as intervenções na vida cotidiana”. Incerto a respeito do futuro após a negação e a superação do hospital psiquiátrico tradicional, Basaglia (1985, p. 10) também advertia, propondo uma ação sobre as contradições sociais mais amplas: “*não sabemos qual poderá ser o próximo passo* [grifo do autor]”.

Como se percebe hoje, meio século depois, o efeito de abertura, decorrente da crítica à realidade asilar, não implicou a desconstrução do dispositivo psiquiátrico de intervenção baseado na multiplicação e invenção de novas patologias

segundo determinações da ordem social; afinal, a política de promoção da saúde mental apresenta, de maneira conseqüente e paradoxal, uma significativa explosão do patológico<sup>60</sup>. Mais do que isso, o poder psiquiátrico se deslocou para além de seu princípio constitutivo fundamentado na ocupação exclusiva da doença, uma vez que sua atuação se passa também *entre* o normal e o patológico e, por fim – embora não de maneira exclusiva –, se dirige à própria normalidade a pretexto de prevenção e de produção da saúde mental. Nesse sentido, uma genealogia conceitual ampla, que envolve a invenção da *doença mental*, a passagem pela *anormalidade* e a constituição da *saúde mental*, é por si mesma elucidativa, pois evidencia o quanto a noção de saúde mental, cuja conotação imediatamente positiva lhe inspira um valor elevado, pode não ser tão nobre.

### 2.3. Saúde mental: uma estratégia biopolítica

Vimos que a noção de saúde mental é o efeito de um discurso político elaborado pelas diferentes psiquiatrias alternativas sobretudo por volta dos anos 1960. Todavia, uma aparição efetiva e técnica do conceito de “saúde mental” no âmbito mundial ocorre já em 1946, ano em que a Conferência Internacional de Saúde aprovou, em Nova York, a criação da Organização Mundial de Saúde, que desde seu início, em 1948, possui uma seção administrativa dedicada especialmente à saúde mental. Também em 1948, em Londres, teve lugar o primeiro Congresso Internacional de Saúde Mental, no qual a Comissão Internacional de Higiene Mental se transformou em Federação Mundial de Saúde Mental; no ano seguinte, o Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH) iniciava suas atividades de pesquisa nos EUA (cf. Bertolote, 2000).

Com efeito, como mostram Bertolote (2000) e Ribeiro (1999a), a saúde mental – compreendida não apenas como conceito e campo de atividade, mas igualmente como movimento político – seria proveniente também do movimento norte-americano de higiene mental, desencadeado com a publicação em 1908 de *A mind that found itself*, uma autobiografia do ex-interno Clifford Beers. O relato de sua

---

<sup>60</sup> Para tanto, basta observar a “descoberta” – para não dizer *produção* – de diversas categorias diagnósticas nos sucessivos manuais da APA (cf. *supra*, nota 18). No mesmo sentido, é expressivo também que o *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança*, da OMS, ao mesmo tempo em que divulga mundialmente a política preventiva e promocional da saúde mental, anuncia a dimensão epidêmica da depressão para 2020.

experiência vivida em três hospitais psiquiátricos originou a criação, um ano depois, da Comissão Nacional de Higiene Mental, internacionalizada oficialmente em 1922 com a Comissão Internacional de Higiene Mental. Próximo ao que viria a ser a saúde mental meio século depois, o movimento da higiene mental, encorajado por importantes psiquiatras, como Adolf Meyer, William Russel e Thomas Salmon, já preconizava a humanização da atenção aos insanos, a eliminação de abusos, brutalidades e negligências sofridos pelos doentes mentais, a conscientização da opinião pública relativa à necessidade de reforma, a transformação dos asilos em hospitais, a ampliação dos serviços terapêuticos, a garantia aos doentes mentais dos mesmos cuidados dedicados aos doentes físicos, a atenção voltada mais à comunidade do que ao indivíduo da psiquiatria clínica e, enfim, uma maior ocupação com o trabalho preventivo do que com a cura (Bertolote, 2000, p. 49-50). Tanto é assim que até os anos 1960 os termos “higiene mental” e “saúde mental” aparecem como intercambiáveis em diferentes relatórios da OMS ou então definidos de forma sinônima<sup>61</sup>. O importante dicionário de psiquiatria de Robert Campbell (2009), por exemplo, atribui duas acepções ao conceito saúde mental<sup>62</sup>. A primeira delas se refere ao estado de bem-estar psicológico ou ajustamento adequado, seguido de características como independência, autoconfiança, auto-orientação, persistência, capacidade de trabalhar sob autoridade, regras e dificuldades, de assumir responsabilidade, de relacionar-se com os outros, de tolerar frustrações, de contribuir, de divertir-se etc. A outra estabelece uma relação de sinônima entre saúde mental e higiene mental, que é definida, por sua vez, como “ciência e prática de manter saúde e eficiência mental – para um propósito duplo: primeiro, *desenvolver formas ideais de conduta pessoal e social*, a fim de produzir a utilização mais favorável de dotes e capacidades inatos; e, segundo, *prevenir* transtornos mentais [grifos nossos]” (Campbell, 2009, pp. 669 e 365). Também demonstrando relação entre os termos, o *Report on the Second Session*, publicado pelo Comitê de Especialistas em Saúde Mental da OMS em 1951, define a “higiene mental” como

---

<sup>61</sup> “O primeiro Relatório do Diretor Geral da OMS se refere a uma secção administrativa chamada de *mental health* (saúde mental), na versão inglesa do Relatório, e de *hygiène mentale* (higiene mental) na versão francesa do mesmo Relatório. Até os anos 1960, encontramos *hygiène mentale* nas traduções francesas de *mental health* de algumas publicações da OMS e, encontramos mesmo ora *mental health*, ora *mental hygiene* usados indistintamente nas versões inglesas de um mesmo documento” (Bertolote, 2000, p. 51).

<sup>62</sup> Bertolote (2000, p. 47) registra que o dicionário médico de Dorland, amplamente utilizado e citado, não lexicografa o verbete “saúde mental”.

um conjunto de atividades e técnicas que promovem e mantêm a saúde mental (OMS, 1951, p. 04).

É consensual a afirmação de que o conceito de saúde mental é abrangente, polissêmico, transversal, complexo e aberto a definições<sup>63</sup>. Tanto é que, para Alain Ehrenberg (2004a), o conceito contemporâneo de saúde mental abrange, devido a sua indeterminação e transversalidade, desde a psicose até a manutenção e a promoção da qualidade de vida e do bem-estar, constituindo assim uma espécie de *fourre-tout*. Lembremos também que, segundo Birman e Costa (1994), o conceito de saúde mental, tal como inventado pelo preventivismo norte-americano para substituir a primazia atribuída até então à doença mental, só poderia ser depreendido da prática, em função da ausência de uma formulação teórica clara e precisa. De fato, em vez de conceito, a saúde mental é mencionada mais frequentemente como um campo de atividade interdisciplinar e multiprofissional, dado seu estatuto paramédico e prático, que, além de psiquiatras, envolve, entre outros, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, educadores e terapeutas ocupacionais, designados coletivamente como “trabalhadores da saúde mental”<sup>64</sup>. Contudo, mesmo reconhecendo a enorme variedade de designações que o conceito de saúde mental admite, o Comitê de Especialistas em Saúde Mental da OMS assim o define desde o início:

Concepções que definem [saúde mental] negativamente como um estado em que o indivíduo está livre de transtorno psiquiátrico manifesto são, obviamente, insatisfatórias [...]. Saúde mental, como o comitê compreende, é influenciada por fatores biológicos e sociais. Ela não é uma condição estática, mas sujeita a variações e flutuações de grau; a concepção do comitê implica a capacidade de um indivíduo para formar relações harmoniosas com outros, e participar ou contribuir construtivamente para mudanças em seu ambiente social e físico. Isso implica também a capacidade do indivíduo para alcançar uma satisfação harmoniosa e balanceada de seus próprios impulsos instintivos potencialmente conflitantes [...]. Essa definição pressupõe, no mais, um indivíduo cuja personalidade se desenvolveu de modo a permitir que seus impulsos instintivos potencialmente conflitantes possam encontrar expressão harmoniosa

---

<sup>63</sup> Ver, por exemplo, OMS (1951; 2001; 2007), Ehrenberg (2004a; 2004b), Amarante (2007), Venâncio (2001), Almeida Filho et al. (1999) e Ribeiro (1999a).

<sup>64</sup> De acordo com Venancio (2001, p. 88), em vez de multidisciplinar, a saúde mental deve ser definida como um campo interdisciplinar, pois não se trata simplesmente de um conjunto de diferentes áreas do conhecimento e da atuação, mas sim de domínios diversos que se relacionam com o propósito de compreender melhor seu objeto, favorecendo, assim, a intervenção terapêutica. Vale observar que a expressão “campo de saúde mental” já consta na Constituição da OMS (1946, p. 3).

na *plena realização de suas potencialidades* [grifo nosso] (OMS, 1951, p. 4).

De saída, é preciso observar que essa dimensão positiva da saúde mental está intimamente atrelada à célebre definição de saúde apresentada no preâmbulo da Constituição da OMS (1946, p. 1): “a saúde é um estado de *completo* bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade [grifo nosso]”. Por um lado, essa concepção de saúde pode ser interpretada como um avanço no sentido da superação de dicotomias como físico-psíquico e natural-social, do mesmo modo que pode ser vista como a consolidação de uma compreensão do indivíduo como unidade biopsicossocial, que é constitutiva da saúde mental. Por outro lado, tal concepção pode ser problematizada na medida em que estabelece equivocadamente uma relação de sinonímia entre saúde e felicidade. É o que afirma Saracci (1997), sustentando assim a ausência de caráter operacional da concepção de saúde da OMS ainda vigente<sup>65</sup>. Segundo o epidemiologista italiano, “um estado de completo bem-estar físico, mental e social corresponde muito mais estritamente à felicidade do que à saúde” (Saracci, 1997, p. 1409)<sup>66</sup>. O argumento central, portanto, se fundamenta na constatação de que bem-estar e felicidade não correspondem obrigatoriamente à saúde, visto que, embora a ocorrência de uma doença grave possa tornar o indivíduo menos feliz, sua inexistência não implica necessariamente felicidade. Do ponto de vista do direito positivo, a distinção entre saúde e felicidade seria então premente, afirma Saracci (1997, 1409):

Enquanto é possível argumentar que saúde é um direito humano positivo e universal, parece impossível construir um argumento de que felicidade (não através de pré-condições materiais e sociais) é um direito positivo simplesmente porque felicidade não pode ser entregue ou imposta sobre uma pessoa por nenhuma ação social.

---

<sup>65</sup> Sá Junior (2004) também assegura o caráter inoperante da noção de saúde da OMS, que não consiste em uma definição científica de saúde, visto que não a delimita precisamente e considera, por meio da noção de bem-estar, apenas o humano. Além disso, o psiquiatra atribui à definição uma dimensão utópica, dada a impossibilidade de realização de todas as necessidades humanas, nos âmbitos físico, mental e social.

<sup>66</sup> O autor ratifica sua afirmação a partir de uma experiência de Freud, que precisou abster-se do fumo por razões de saúde. Reportando-se a Lou Andreas-Salomé, o fundador da psicanálise teria manifestado como seu esforço para obter saúde seria proporcional à sua infelicidade (Saracci, 1997, p. 1409).

Felicidade é estritamente subjetiva: tanto enquanto conquista quanto como apreciação.<sup>67</sup>

Realizada tal constatação, o autor apresenta quatro consequências que teriam lugar caso os termos saúde e felicidade não sejam dissociados: a primeira se refere ao fato de que qualquer distúrbio à felicidade pode ser compreendido como problema de saúde; conseqüentemente, pode haver uma demanda ilimitada e injustificável por serviços de saúde em busca da felicidade; introduz-se, assim, uma prescrição latente de felicidade na sociedade; por fim, a tentativa de garantir a irrealizável felicidade para todos subtrairia e colocaria em risco as chances efetivas de assegurar justiça e igualdade em saúde, preconizadas insistentemente pela OMS<sup>68</sup>. Ora, é necessário chamar a atenção para o fato de que a saúde mental, em sua dimensão positiva, nada mais é senão a incorporação do elemento mental no conceito de saúde, como a própria OMS (2001, p. 20 e 79; 2007) a define. Não sem ironia, Ehrenberg (2004a, p. 144) então pergunta: “o famoso estado completo de bem-estar preconizado um pouco em todo lugar não se assemelha estranhamente ao ideal de toxicômano?”.

Embora a emergência técnica do conceito de saúde mental se reporte à constituição da OMS e também ao preventivismo norte-americano, sua difusão e sua relativa implantação não foram imediatas. Ehrenberg (2004a, p. 136, 2004b, s.p.) afirma que é no decorrer dos anos 1980 e 1990 que o conceito de saúde mental, compreendido como reforma da psiquiatria, ocorre com maior frequência. Contudo, para mostrar sua consolidação na França, o sociólogo se refere ao Relatório de Éric Piel e Jean Luc-Roelandt, publicado em 2001 com o título *De la psychiatrie vers la santé mentale*, o qual teria inspirado, no mesmo ano, o *Plan santé mentale : l'usager*

---

<sup>67</sup> A respeito da concepção segundo a qual a felicidade é fundamentalmente subjetiva, ver Ferraz *et al.* (2007), que oferecem uma ampla revisão de pesquisas que indicam essa conclusão. É importante destacar que tal constatação justifica estrategicamente a intervenção ainda incipiente, como afirmam os autores, da psiquiatria na produção da felicidade e na promoção da saúde mental. Problematizando o argumento de que a psiquiatria dedica pouco de suas pesquisas à produção da felicidade – como “martelam” algumas publicações científicas recentes –, Ehrenberg (2004a, p. 142) mostra como tal procedimento seria uma maneira de potencializar ainda mais a aspiração por realização pessoal em uma cultura que transformou a autonomia, a performance e o bem-estar em normatividades sociais. Ver também Ehrenberg (1998).

<sup>68</sup> A reivindicação por igualdade em saúde é explicitada reiteradamente pela OMS, como se nota em documentos importantes como sua Constituição (OMS, 1946), a Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978) e a Carta de Otawa (OMS, 1986). Para superar a “ambigüidade fundamental” posta entre felicidade e saúde, Saracci (1997, p. 1410), enquanto epidemiologista, propõe a seguinte definição, que ligaria o ideal de bem-estar da OMS ao mundo real da saúde e da doença, a serem mensuradas por meio de indicadores apropriados de mortalidade, morbidade e qualidade de vida: “saúde é uma condição de bem-estar livre de doença ou enfermidade e um direito humano básico e universal”.

*au centre d'un dispositif à rénover*, do ministro da Saúde Bernard Kouchner. Na esteira do sociólogo francês, é possível interpretar a publicação do *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança*, da OMS, como um acontecimento expressivo no que diz respeito à projeção mundial da noção de saúde mental, considerando que a organização cobre 98,7% da população do planeta (cf. OMS, 2001, p. 112)<sup>69</sup>.

Sabe-se que o *Relatório sobre a saúde no mundo* é a principal publicação da OMS, que elege anualmente um determinado tema. Voltado à saúde mental, o *Relatório* de 2001 se intitula significativamente *Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Com efeito, o documento constata que, no plano mundial, ainda nos anos 2000 não se concretizou a desinstitucionalização da doença mental, isto é, a substituição do modelo hospitalocêntrico – exportado da Europa para a África, as Américas e a Ásia – por políticas de saúde mental na comunidade (cf. OMS, 2001, p. 20-23)<sup>70</sup>. Tal “transferência positiva” é o “tema-chave” do *Relatório* (OMS, 2001, pp. 20-21). Percebe-se assim muito mais a aspiração do que a consolidação global da mudança de paradigma iniciada na segunda metade do século XX e desencadeada, conforme o próprio documento (OMS, 2001, pp. 20 e 79), por três fatores: o desenvolvimento da psicofarmacologia, a institucionalização dos direitos humanos com a ONU e a incorporação do elemento mental no conceito de saúde da OMS.

Documentado e apoiado em vasta bibliografia científica, o *Relatório* apresenta diversos objetivos. Em um primeiro momento, trata-se de alertar para o verdadeiro ônus causado pelos transtornos mentais, que representam um custo lato em termos econômicos, sociais e humanos (gastos com serviço de saúde e fornecimento de psicotrópicos, improdutividade direta e indireta, em função da implicação familiar, e incapacidade e sofrimento humanos). Ressaltando a dimensão universal dos transtornos mentais, o documento insiste na ideia de que todos, indistintamente, se encontram suscetíveis, não obstante a maior vulnerabilidade

<sup>69</sup> Como observa Delgado (2011, s.p.), por exemplo, a publicação do *Relatório* da OMS influenciou significativamente a aprovação, em 2001, da lei brasileira 10.216, que já tramitava havia 12 anos no Congresso Nacional (cf., *supra*, nota 47). É curioso notar também que a ferramenta Ngram Viewer, criada pelo Google para pesquisas histórico-linguísticas, oferece gráficos que mostram o ápice da ocorrência dos termos “mental health” e “santé mentale” após os anos 2000. Ver <https://books.google.com/ngrams>.

<sup>70</sup> O *Relatório* sublinha que desospitalização, embora seja importante para a reforma psiquiátrica, não significa desinstitucionalização, que é definida como um “processo complexo que leva à implementação de uma sólida rede de alternativas comunitárias” (OMS, 2001, p. 80). Nesse sentido, o documento destaca a importância da experiência italiana em torno da lei 180 (OMS, 2001, pp. 81 e 122).

constatada em situações que envolvem doença física, velhice, pobreza, conflito e/ou catástrofe<sup>71</sup>. Assim, somado à ênfase na substituição do modelo hospitalocêntrico carcerário, outro objetivo central é eliminar o estigma associado à doença mental, que, além de comum, adverte o documento, “não é sinal de malogro pessoal”. Portanto, como a principal instituição mundial de saúde pública, a OMS apresenta o compromisso de “assegurar que a nossa geração seja a última a permitir que a vergonha e o estigma tomem a frente da ciência e da razão” (OMS, 2001, pp. 13-14). Desse modo, o *Relatório* subscreve a ideia de que a saúde mental – *nova concepção, nova esperança* – pretende subtrair a alteridade irredutível à qual o alienado mental se manteve preso durante séculos (o próprio termo alienado, do latim *alienus*, remete a esse estrangeirismo do louco). Procedendo dessa forma, o documento fortalece a operação de deslocamento iniciada há meio século pelo que se convencionou denominar saúde mental: não se trata mais de olhar especificamente para a condição de doente mental, mas para sua capacidade de ser saudável, de trabalhar e de comunicar-se em um determinado código (cf. Birman e Costa, 1994, p. 52-53; Portocarrero, 1990, p. 90; Venancio, 1993, p. 131). Ou seja, a “desestigmatização” ocorre também pela possibilidade – mesmo que irrealizável em muitos casos – de atualização da saúde como algo que todos carregam em potência, virtualmente<sup>72</sup>. Não à toa, a doença é concebida e mencionada frequentemente no *Relatório* como “problema de saúde mental”. Intercalada com “transtorno mental”, a expressão “problema de saúde mental” pode ser interpretada como uma significativa estratégia terminológica para fazer desaparecer gradativamente o conceito de “doença mental”, o qual, como sabemos, coroou o nascimento da psiquiatria<sup>73</sup>; não seria despropositado sublinhar, porém, o fato de

---

<sup>71</sup> “Os transtornos mentais e comportamentais ocorrem comumente e afetam mais de 25% da população em dada fase de sua vida. São também universais, afetando pessoas de todos os países e sociedades, indivíduos de todas as idades, mulheres e homens, ricos e pobres, gente de áreas urbanas e rurais.” (OMS, 2001, p. 45).

<sup>72</sup>Ehrenberg (2004a, p. 140) sugere que a “desestigmatização” também acontece mediante o elogio aos diversos valores e estilos de vida em uma sociedade que transformou a diferença em normatividade social. Como diz Boccara (2013, s.p), a produção da diferença constitui a “base do capitalismo neoliberal diferencialista”, que nos une todos, enfim, em torno do mercado. A esse respeito, ver também Corbanezi (2014).

<sup>73</sup> Embora não seja inteiramente omitido, o conceito de “doença mental” é substituído de forma significativa no *Relatório* por “transtorno mental” e “problema de saúde mental”, expressão esta que recusa a presença de saúde e configura, assim, uma experiência anormal ou patológica. Tal afirmação pode ser corroborada pela desproporção entre o uso do conceito de “doença mental”, que figura em apenas 10 passagens ao longo das 170 páginas do *Relatório*, e o emprego dos termos “transtorno mental” e “problema de saúde mental”, dos quais se registram centenas de ocorrências. Em conformidade com essa constatação, Ehrenberg (2004b, s. p., nota 9) observa que a CID

que os dois momentos – o nascimento da psiquiatria (doença mental) e sua atualização pretensamente descentralizadora (saúde mental) – são movidos pela perspectiva humanista orientada pela salvação ou reencontro da razão do homem em sua plenitude.

Ao encontro das questões reivindicadas pelas diferentes psiquiatrias alternativas, a ideia de saúde mental veiculada pelo *Relatório* também advoga em favor da necessária subtração do domínio psiquiátrico específico, atribuindo igualmente à equipe multiprofissional e paramédica a função de atendimento aos usuários, mesmo que isso perturbe o poder psiquiátrico<sup>74</sup>. O documento não deixa dúvidas de que a meta consiste na ação comunitária tanto quanto na prioridade conferida à atenção primária, em conformidade com os princípios expostos na Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978), já que a saúde mental, sem a qual não pode haver saúde, é um problema de saúde pública (OMS, 2001, pp. 90, 122, 147). Porém, constata o *Relatório*, ao contrário do que acontece com a saúde física, a saúde mental é mundialmente negligenciada, não obstante suas interdependências. Daí o apelo para que se a considere de modo equivalente, de forma a superar a dicotomia físico-mental. Em que pese a importância desse apelo, não seria abusivo destacar que a equivalência da perturbação mental em relação à doença física consistiria enfim no reconhecimento de que a psiquiatria se constitui como uma ciência médica *stricto sensu*, eliminando de vez o adjetivo “especial” que a tem diferenciado secularmente de outras medicinas. Mesmo que saliente a urgência de tratamento aos desassistidos, o *Relatório* da OMS ainda sublinha, como é de se esperar, a necessidade de prevenção e de promoção da saúde mental, as quais definem a noção primária de saúde mental, como vimos acima<sup>75</sup>. Por fim, sendo um documento elaborado também para orientar a ação, o *Relatório* apresenta

---

(Classificação Internacional de Doenças da OMS) emprega o termo “*trouble*” (*disorder*) exclusivamente para as patologias mentais, visto que para outras espécies patológicas o manual utiliza o termo “doença”, efetivamente.

<sup>74</sup> “Sem dúvida, a mudança de papéis trará à tona questões de poder e de controle, as quais atuarão como barreiras à mudança. Por exemplo, os psiquiatras percebem e resistem à sua perda de poder quando é dada a outros trabalhadores em saúde menos experimentados a autoridade para manejar distúrbios mentais” (OMS, 2001, p. 132).

<sup>75</sup> Na definição de saúde mental publicada no site da OMS (2007) também se lê: “A ênfase deve ser colocada na promoção de saúde mental ao longo de toda a vida e na prevenção de perturbações [*troubles*] mentais na idade adulta e durante a velhice”. Evidentemente, a política de promoção de saúde mental se insere no contexto maior de promoção global da saúde, como consta na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, designada Carta de Ottawa (OMS, 1986). Conforme esse documento, o termo “global” indica uma variedade de sentidos, que envolve desde a extensão territorial do globo e a não restrição ao setor da saúde até a realização do completo bem-estar físico, mental e social.

estratégias políticas e econômicas para que se alcancem suas principais recomendações<sup>76</sup>, com uma advertência conclusiva de que se deve distribuir igualmente saúde e bem-estar em termos de classe social e de domínio médico: “para os ricos tanto como para os pobres, o bem-estar mental é tão importante como a saúde física. Para todos os que sofrem transtornos mentais, há esperança; pertence aos governos a responsabilidade de transformar essa esperança em realidade” (OMS, 2001, p. 152).

Como observamos, a promoção da saúde mental não é uma ação isolada. Em conformidade com a definição de saúde da OMS, trata-se de um movimento que ultrapassa o domínio psiquiátrico e suas áreas afins, abrangendo todo o conjunto da medicina, que inclui, em nossos dias, a promoção do bem-estar em seu domínio de ação, como nota Ehrenberg (2004a, p. 142). No caso específico da saúde mental, contudo, uma interessante estratégia para promovê-la pode ser a multiplicação da função-psiquiatria no corpo social. Ou seja, não dissolvendo o dispositivo psiquiátrico, a necessária crítica que pretendia subtrair o domínio exclusivo dessa ciência médica sobre seu objeto parece ter resultado na produção de “subpsiquiatrias”. Nesse sentido, Birman e Costa (1994, p. 51) escrevem: “Se não é mais a doença o objeto das preocupações, mas a promoção da Saúde Mental, esta ação pode ser encaminhada por qualquer pessoa medianamente adaptada às normas”<sup>77</sup>.

Com efeito, diferentes instituições e agentes são convocados cotidianamente para promover a saúde mental e prevenir os problemas que lhe são relativos. Além da equipe multiprofissional e interdisciplinar que constitui o campo da saúde mental, atuam com esse propósito a mídia, a comunidade, a escola, a família, a empresa e, no limite, o próprio indivíduo, que, responsável por sua condição, deve tornar-se uma espécie de psiquiatra de si mesmo. Este não é o caso certamente do paciente que tem sua razão comprometida, mas o é, por exemplo, na situação de

---

<sup>76</sup> A saber: “proporcionar tratamento de transtornos mentais no contexto da atenção primária; assegurar a disponibilidade de medicamentos psicotrópicos; substituir os grandes hospitais mentais carcerários por serviços comunitários apoiados por leitos psiquiátricos em hospitais gerais e assistência domiciliar; lançar campanhas de conscientização do público para superar o estigma e a discriminação; envolver comunidades, famílias e usuários na tomada de decisões sobre políticas e serviços; estabelecer políticas, programas e legislação nacionais; preparar profissionais de saúde mental; vincular a saúde mental a outros setores sociais; monitorizar a saúde mental; e apoiar a pesquisa” (OMS, 2001, p. 145).

<sup>77</sup> Lembremos que a saúde mental também se define – e não apenas da perspectiva do preventivismo norte-americano – como adaptação social.

um “depressivo ideal”, orientado a reconhecer por conta própria uma recidiva e a autogerir seus próprios sintomas, como afirma Ehrenberg (2004a, p. 146)<sup>78</sup>. Por isso, embora o projeto da saúde mental seja reduzir o poder psiquiátrico ao mínimo, somos levados a crer que a multiplicação da função-psiquiatria, decorrente da impossibilidade de abandono dessa medicina enquanto referente da problemática psicopatológica, a mantém como a ciência régia da saúde mental, o que se confirma ainda pela sua função preceptoral exercida em um campo constituído de diferentes linhas de força<sup>79</sup>.

É evidente que a saúde mental, em sua dimensão negativa, constitui um problema significativo de saúde pública. Entre as razões para isso, destaca-se inicialmente a altíssima incidência das perturbações mentais. Em escala planetária, a OMS (2001, p. 14) estima que uma a cada quatro pessoas será afetada por algum transtorno psiquiátrico em determinada fase da vida, informando ser rara “a família poupada de um encontro com transtornos mentais”; Ehrenberg (2004a, p. 141) chama a atenção para o fato de que a mesma estimativa é oferecida à União Europeia e à França, em particular. Outro motivo consiste no caráter incapacitante de transtornos mentais, que apresentam ainda um custo elevado em termos sociais e econômicos, sobretudo quando se tornam crônicos. Ademais, é necessário considerar que pacientes psiquiátricos são mais vulneráveis a doenças somáticas, o que multiplica os gastos com serviços de saúde, incluindo o fornecimento de

---

<sup>78</sup> Conforme Ehrenberg (2004a, pp. 146-148), “a saúde mental é o que transforma o alienado em ser autônomo, malgrado sua desrazão”. O paciente autônomo nada mais é do que um paciente que apreendeu as competências médicas e pode assim autogerir seu mal e ser ator de sua saúde, responsabilizando-se por sua condição e participando ativamente de sua melhora. Assim o é o “depressivo ideal”, que, sabendo “reconhecer sozinho os primeiros signos de uma recidiva, marca rapidamente uma consulta com seu psiquiatra habitual, o qual só tem de ajustar eventualmente a posologia do antidepressivo. [...] A depressão faz assim parte das doenças crônicas que encontram soluções na responsabilização dos problemas pelo próprio paciente”. Em seguida, veremos como o sofrimento psíquico epidêmico se apresenta para Ehrenberg como o efeito de um contexto social que supervaloriza a realização pessoal e atribui, desse modo, ao próprio sujeito a responsabilidade por seu fracasso.

<sup>79</sup> Deve estar claro que não pretendemos, com essa afirmação, estabelecer uma relação de sinonímia entre saúde mental e psiquiatria, mas sim destacar o papel preceptoral e dominante que essa ciência médica exerce no campo da saúde mental. Mostrando o caráter pragmático da luta antimanicomial brasileira, destinada a desativar mais os asilos do que o próprio dispositivo psiquiátrico, Filho e Lemos (2012, p. 60) afirmam, por exemplo, a tendência à atual psiquiatrização dos serviços substitutivos. Independentemente da comprovação dessa assertiva, não se pode negligenciar que a circunscrição e a codificação das patologias mentais estão diretamente atreladas ao léxico psiquiátrico, que produz nomeações diagnósticas capazes de cumprir o papel de identificação social. A esse respeito, ver, por exemplo, a interessante mostra da etnografia de João Biehl (2008). Vale destacar que a identificação social proveniente da ação diagnóstica desencadeia, em um domínio diverso do mapeamento genético, o que Rabinow (1999) denomina “biossociabilidade”.

medicamentos não psicotrópicos (cf. OMS, 2001, p. 18; Ehrenberg, 2004a, p. 140)<sup>80</sup>. Diante de tais evidências, não se deve hesitar sobre ações que objetivam a redução da carga patológica, como afirmam corretamente Almeida Filho et al. (1999, p. 123)<sup>81</sup>. Porém, como advertem os mesmos autores, tal ação não ocorre sem o risco de psiquiatrização da vida social, dado que – acrescentemos – a intervenção parece autorizada e motivada a capturar atualmente, de maneira quase indistinta, três momentos diversos: o tratamento, a prevenção e a promoção da saúde mental<sup>82</sup>.

Tal afirmação pode ser corroborada de uma perspectiva sociológica capaz de perceber a saúde mental como um problema contemporâneo atrelado às transformações das normatividades sociais que modulam o indivíduo. Desse modo, não surpreende a atenção voltada à promoção da saúde mental no contexto de uma “nova cultura psicológica”, captada por Robert Castel (1987) já nos anos 1980 (cf. *supra*)<sup>83</sup>. Conforme o sociólogo, a preocupação com o psicológico decorreria da necessidade de potencializar as capacidades humanas do indivíduo, as quais são solicitadas pela governamentalidade neoliberal. Daí a ideia de que a inflação do psicológico na cultura ocidental não seria resultado de nenhum subjetivismo ou narcisismo contemporâneos, mas de uma configuração sócio-histórica na qual importaria cultivar e promover igualmente o aspecto relacional, condição *sine qua non* para a realização pessoal em todas as dimensões<sup>84</sup>. Assim afirma o autor: “O ‘potencial humano’ – a um só tempo pessoal e relacional – é de fato um capital

---

<sup>80</sup> “Os estados afetivos angustiados e deprimidos, por exemplo, desencadeiam uma cascata de mudanças adversas no funcionamento endócrino e imunitário e criam uma suscetibilidade maior a toda uma série de doenças físicas.” Nesse sentido, o documento indica como a depressão pode pressagiar doenças cardíacas, por exemplo (OMS, 2001, p. 18 e 32).

<sup>81</sup> “Em primeiro lugar, não podemos discordar de que reduzir a ‘carga de doença mental’, diminuindo o volume de morbidade pela via do tratamento e reabilitação de casos, resultará em melhores índices de saúde mental no sentido da salubridade. Buscando superar o chamado modelo hospitalocêntrico, com grande potencial de iatrogenia e estigmatização social, a expansão de cobertura e organização da rede psiquiátrica e a melhor qualificação e efetividade dos serviços assistenciais têm sido as estratégias de escolha nessa perspectiva” (Almeida Filho et al., 1999, p. 123).

<sup>82</sup> A partir da crítica ao preventivismo norte-americano, Birman e Costa (1994, p. 59) já haviam alertado, em 1976, para o risco de “psiquiatrização da vida social com o nome de promoção da saúde mental”.

<sup>83</sup> No prefácio escrito em 2011 à reedição de *La gestion des risques*, Castel (2011, p. 7) afirma que sua hipótese lançada nos anos 1980 sobre a gestão de populações de risco e a ativação das capacidades psicológicas dos indivíduos enquanto princípio de um novo modo de governamentalidade neoliberal foi efetivamente verificada no decorrer dos trinta anos que separam as duas publicações. Com efeito, em diversos momentos do livro publicado em 1981, o leitor encontra a advertência de que tal ensaio só poderia capturar tendências de sua atualidade, contrariamente ao que se passa em análises voltadas a momentos já historicamente estabelecidos.

<sup>84</sup> “Não se trata de subjetivismo ou de narcisismo. Essa cultura psicológica é uma cultura relacional que se alimenta de trocas e de interações” (Castel, 2011, p. 11). Nesse sentido, Castel (1987, p. 154) afirma que em tal *ethos* contemporâneo “o desenvolvimento [do] potencial psicológico e a intensificação [das] relações com os outros podem tornar-se o alfa e o ômega da existência”.

objetivável que se cultiva a fim de se tornar mais ‘performático’ na sociabilidade, no trabalho ou no gozo” (Castel, 1987, p. 172, trad. modificada). A busca de mais-valia de gozo, de aperfeiçoamento psicológico, de capacidade relacional e de eficiência implica uma espécie de investimento infinito no acabamento do humano, um trabalho indireto sobre a produtividade cuja consequência é, porém, sua potencialização. É nesse sentido que o sociólogo francês pode afirmar que interessa menos curar uma doença ou remediar uma deficiência do que intensificar o funcionamento normal, a um só tempo pessoal e relacional<sup>85</sup>. A profícua expressão “terapia para os normais” sintetiza o trabalho sobre a normalidade capaz de programar a eficiência e a performance em um contexto pós-disciplinar, no qual o constrangimento cede lugar à responsabilização pelo próprio sucesso ou fracasso<sup>86</sup>. Relacionando essa “nova cultura psicológica” à governamentalidade neoliberal, Castel escreve no prefácio de 2011:

Nós estamos cada vez mais, dizem-nos, em uma “sociedade de indivíduos”, e isso é amplamente verdade: o indivíduo é cada vez mais descoletivizado [*dé-collectivisé*], retirado de suas filiações coletivas que lhe constituíam ao mesmo tempo restrições e proteções. Mas o que se nomeia neoliberalismo ratifica essa constatação e faz dela o princípio de base de sua política. Se o indivíduo se torna assim o verdadeiro centro da vida social, ele deve conduzir-se por si mesmo como um ser responsável, um empreendedor encarregado de seu próprio destino em um mundo social cada vez mais concorrencial e competitivo. No limite, o indivíduo deve tornar-se empreendedor de si mesmo. Resulta disso que a governança da sociedade deveria consistir no fortalecimento do indivíduo, no aumento de suas capacidades para que ele esteja apto a afrontar a dura lei do novo regime do capitalismo dominado pela concorrência e a fazê-lo a partir da maximização de seu próprio potencial, ou capital humano. [...] A governança política se atribui como objeto trabalhar sobre o indivíduo, o que quer dizer também fazê-lo trabalhar sobre si mesmo, para torná-lo responsável de sua trajetória social e no fim das contas torná-lo empreendedor de sua vida e de si mesmo. [...] [A] aparente autonomização do psicológico se inscreve no plano da governamentalidade neoliberal. Esta coloca a injunção de ser um indivíduo, pois é o indivíduo que deve ser o operador social central a jogar o jogo da concorrência em uma

<sup>85</sup> Castel (1987, p. 151) ressalva, entretanto, que o trabalho sobre a normalidade não constitui uma exclusividade contemporânea: o higienismo de Adolf Meyer já o realizava nos anos 1930.

<sup>86</sup> Nesse sentido, convidamos o leitor a refletir sobre o seguinte enunciado circulado em *Cisne Negro* [*Black Swan*] (Aronofsky, 2010), filme no qual a problemática da performance em relação ao psiquismo é explorada radicalmente até suas últimas consequências: “a única pessoa que está no seu caminho é você mesma”. Em tal enunciado, incorporado pela protagonista, manifesta-se com clareza a substituição de um regime disciplinar coercitivo (“tu deves”) por uma suposta liberdade que impõe a mobilização voluntária (“tu podes”). O sofrimento psíquico resultante da experimentação desse enunciado constitui uma face da tese de Ehrenberg (1998; 2004a).

economia eficiente [*performant*]. Essa já era a concepção de indivíduo elaborada pela cultura psicológica que fazia da intensificação do potencial pessoal e relacional do indivíduo o objeto de todas suas atenções (Castel, 2011, pp. 12-13).<sup>87</sup>

Voltado à noção específica de saúde mental, Ehrenberg (2004a; 2004b; 2004c) também sustenta que a preocupação pública que lhe é dedicada solicita uma interpretação das transformações estruturais da sociedade contemporânea. Sabemos que a saúde mental é apreendida pelo sociólogo a partir do seguinte paradoxo: referência central em nossos dias, tal noção é, contudo, indeterminada, visto que abarca tanto a cronicidade quanto a qualidade de vida e o bem-estar. Não obstante essa abrangência, Ehrenberg explora a dimensão negativa da saúde mental por meio do termo “sofrimento psíquico”, ratificando outro paradoxo que mencionamos anteriormente: o discurso que incita a produção da saúde mental coexiste com a prática de produção do patológico<sup>88</sup>. Subsumido à saúde mental – espécie de *fourre-tout* –, o sofrimento psíquico é apresentado pelo sociólogo como outra noção-chave também abrangente, na medida em que designa, de forma não hierárquica, desde a psicose até a ansiedade<sup>89</sup>. Por essa razão, o autor pergunta diante do dado inquestionável de que a saúde mental constitui um problema grave de saúde pública: “qual parte do imenso continente da saúde mental faz parte da saúde pública?”.

Sustentando também a formação de uma nova configuração sócio-histórica caracterizada pelo declínio disciplinar, Ehrenberg (2004b, s.p.) afirma que a

<sup>87</sup> Veremos depois, a partir da teoria do capital humano, como a questão da potencialização dos indivíduos é efetivamente operada na governamentalidade neoliberal contemporânea. Assim, pretendemos mostrar como a ideia de epidemia depressiva se torna um problema efetivo quando circunscrito à lógica biopolítica da saúde mental.

<sup>88</sup> O autor assim arrola os sofrimentos psíquicos que emergem com a desconstrução dos asilos e a elaboração da saúde mental: “Novas espécies mórbidas apareceram no decorrer dos últimos trinta anos nas sociedades liberais: depressão, estresse pós-traumático, transtornos [*troubles*] obsessivos compulsivos (TOC), ataques de pânico, vícios investidos nos objetos mais diversos (a heroína, o ecstasy, a cânabis, o álcool, a alimentação, o jogo, o sexo, o consumo ou os medicamentos psicotrópicos), ansiedade generalizada (o fato de estar em permanente angústia), impulsos suicidas e violentos (particularmente nos adolescentes e jovens adultos), ataques de pânico [*sic*], síndromes de fadiga crônica, ‘patologias da exclusão’, sofrimentos ‘psicossociais’, condutas de risco, psicopatias etc. Os muros do asilo caíram, mas, paralelamente, um conjunto proteiforme de sofrimentos se infiltrou progressivamente em todo lugar. Eles encontram uma resposta na saúde mental” (Ehrenberg, 2004a, p. 133).

<sup>89</sup> A respeito da abrangência e da indeterminação das noções de saúde mental e de sofrimento psíquico, Ehrenberg (2004a, p. 143) escreve: “[...] não se vê mais de que se fala, pois a saúde mental fala de tudo. Em um extremo, ela designa as psicoses adultas e infantis, em outro, o desenvolvimento pessoal ou a ‘saúde mental positiva’ (‘um recurso do qual nós necessitamos para gerir nossa vida com sucesso’). [...] Misturando problemas nitidamente patológicos e cuidados de bem-estar, a noção é tão abrangente que parece *indeterminada*. O mesmo ocorre com seu duplo invertido, não mais a doença mental, mas o sofrimento psíquico [...] [grifo do autor]”.

saúde mental e o sofrimento psíquico se tornaram referências centrais para o indivíduo contemporâneo, como o eram o paraíso e o inferno no período medieval. Entretanto, contra a crença de que o enfraquecimento das normas e das referências sociais seria responsável pela produção de um indivíduo naturalmente propenso ao sofrimento psíquico, o autor argumenta que a elevação desse estado está relacionada à emergência de uma nova normatividade social: a autonomia<sup>90</sup>. Sendo assim, a capacidade de agir, de decidir e de realizar-se seria a salvação, ao passo que a incapacidade para tanto, a desgraça, em uma cultura que valoriza o sucesso social e torna o fracasso uma responsabilidade pessoal. A hipótese – operada também em *La fatigue d'être soi* (Ehrenberg, 1998) para evidenciar o *boom* da depressão nas últimas décadas – consiste na ideia de que a autonomia conquistada desde os anos 1960 se transformou em imperativo social no contexto neoliberal de promoção das potências do indivíduo:

Minha hipótese pode ser formulada assim: o par sofrimento psíquico-saúde mental se impôs em nosso vocabulário na medida em que os valores de propriedade de si e de escolha da própria vida, de realização [*accomplissement*] pessoal (quase direito do homem) e iniciativa individual se ancoraram na opinião pública. É o ideal de autonomia tal como é referenciado na vida cotidiana de cada um. Considero esse par como a expressão pública de tensões de um tipo de indivíduo ao qual se solicita ainda disciplina e obediência, mas, sobretudo, autonomia e capacidade de decidir e de agir por conta própria. [...] O sofrimento psíquico e a saúde mental constituem uma linguagem que permite exprimir um estilo de tensão próprio à autonomia: a dinâmica de emancipação generalizada, que se iniciou no decurso dos anos 1960, terminou por produzir a impressão de que cada indivíduo é inteiramente responsável por sua própria vida, e mesmo de que cada um pode ser a fonte da norma. Resulta disso uma insegurança pessoal de massa (Ehrenberg, 2004a, pp. 134-135, 152).

Segundo tal leitura, percebe-se que o sofrimento psíquico se apresenta como um efeito da conquista de autonomia, que faz funcionar então o imperativo da realização.<sup>91</sup> Do mesmo modo que Castel (2011, p. 12), Ehrenberg (2004a, p. 154)

<sup>90</sup> “É preciso, portanto, parar de pensar o sofrimento psíquico e a saúde mental como uma experiência interior, pois são as regras de conduta que mudaram e as expectativas que se transformaram” (Ehrenberg, 2004a, p. 156).

<sup>91</sup> Em *Le sujet cérébral*, Ehrenberg (2004c) explora a mesma questão a partir da problematização da perspectiva materialista, que reduz pretensamente as emoções e os comportamentos à dimensão cerebral. Para tanto, o autor contrapõe ao que designa “programa fraco das neurociências” (progresso no tratamento de doenças neurológicas, tais como Parkinson e Alzheimer, e descoberta de elementos neuropatológicos em doenças mentais, como a esquizofrenia) o seu “programa forte”,

define o indivíduo contemporâneo como “um tipo de ser social do qual se espera que decida e aja por ele mesmo, como se fosse o empreendedor de sua própria vida”. Tudo se passa assim como se a dimensão positiva da saúde mental desencadeasse, paradoxalmente, sua outra face, a negativa. Tal circularidade pode ser apreendida da própria definição do conceito de saúde mental, que indica a importância de uma forma de realização plena, porquanto envolve a existência em todas as dimensões: pessoal, relacional e profissional.

Saúde mental não é simplesmente ausência de transtornos mentais. Ela se define como um estado de bem-estar no qual cada pessoa realiza seu potencial, suporta as dificuldades normais da vida, trabalha com sucesso e de maneira produtiva e pode oferecer sua contribuição à comunidade (OMS, 2007).

Antes de avançarmos para o momento conclusivo do capítulo, façamos uma breve – porém não menos importante – nota. Não há dúvida de que a saúde mental põe em causa a vontade de saúde. A despeito desse procedimento afirmativo, é preciso observar que a definição de saúde mental se refere exclusivamente à necessidade constante de superação das normalidades ausentes de enfermidade. Desse modo, parece evidente que tal concepção não incorpore a doença como um devir-saúde, como o faz, por exemplo, a “grande saúde” de Nietzsche no plano filosófico-experimental<sup>92</sup> tanto quanto o vitalismo fisiológico de Canguilhem (2002, p. 156), para o qual a doença deve ser compreendida também como “o aparecimento de uma nova ordem vital”<sup>93</sup>. A concepção de saúde mental –

---

que pode constituir uma ação sobre a “maquinaria cerebral para aumentar nossas capacidades de decisão e de ação”. Isso ocorre, segundo o autor, “porque as neurociências não são exteriores à ideia de ‘saúde mental’, elas são a ponte científica e tecnológica de tal ideia” (Ehrenberg, 2004c, pp. 132 e 147). Da mesma forma, as “práticas neuroquímicas de fabricação de si [*usinage de soi*]” – consumo de medicamentos psicotrópicos, de drogas e de substâncias dopantes – também estariam a serviço da produção de um indivíduo autônomo, capaz de agir, de decidir e de realizar-se com velocidade e eficácia atléticas.

<sup>92</sup> Deslocando os valores, Nietzsche (1995, p. 25) afirma em sua autobiografia: “[...] o estar enfermo pode ser até um enérgico *estimulante* ao viver, ao mais-viver. De fato, assim me aparece agora aquele longo tempo de doença: descobri a vida e a mim mesmo como que de novo, saboreei todas as boas e mesmo pequenas coisas, como outros não as teriam sabido saborear – fiz da minha vontade de saúde, de *vida*, a minha filosofia... [grifos do autor]”.

<sup>93</sup> Poder-se-ia objetar a essa afirmação argumentando que é necessário distinguir tal saúde (designemo-la como inventiva) de uma definição de saúde científica e operacional, a ser utilizada pela saúde pública como índice de mensuração epidemiológica; sobre essa discussão, ver Almeida Filho et al. (1999). Apesar da importância irrecusável dessa distinção, vimos anteriormente como o conceito de saúde tal como formulado pela OMS (“estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de enfermidade”) carece de operacionalidade científica, na medida em que integra à “definição” objetiva de saúde a noção subjetiva de bem-estar. É com essa concepção de saúde que dialogamos, uma vez que sua inoperacionalidade também elimina literalmente a experiência

derivada da concepção global de saúde e mundialmente divulgada pela OMS – percebe a doença tão só como “problema” e não como um outro devir que pode carregar uma potência capaz de instaurar outras novas normatividades e saúdes, cujas singularidade e multiplicidade podem até mesmo questionar a saúde gregária e comum, isto é, a “gorda saúde dominante”, nos termos de Deleuze (1997, p. 14)<sup>94</sup>.

\* \* \*

A “novidade” da saúde mental faz operar um antigo princípio biopolítico: a maximização das forças individuais e a potencialização da vida como estratégia política de governo da população. Desse modo, a concepção contemporânea de saúde mental enquanto incitação à realização das potencialidades remete a uma forma de governamentalidade localizada por Foucault no século XVIII e intensificada de diferentes maneiras na atualidade neoliberal<sup>95</sup>.

Em 1976, com a apresentação da última aula do curso *Em defesa da sociedade* e a publicação do primeiro volume de *História da Sexualidade*, Foucault

---

patológica como “uma experiência de inovação positiva do ser vivo e não apenas um fato diminutivo ou multiplicativo”, como diz Canguilhem (2002, p. 149). A respeito de uma necessária “politização da clínica” a partir do pensamento de Canguilhem, ver Safatle (2006). A propósito do vitalismo de Canguilhem, interpretado em relação ao pensamento de Simondon sobre o modo de existência dos objetos técnicos, ver Corbanezi (2012).

<sup>94</sup> Leiamos um aforismo em que Nietzsche sentencia como não deve haver a saúde – gregária e comum –, mas apenas *uma* saúde, singular e múltipla. Refutando a noção de “saúde em si” e demonstrando o conceito de saúde como uma experimentação perspectivística diversa e mutável, escreve o filósofo em *A Gaia Ciência*: “A apreciada fórmula de medicina moral (cujo autor é Ariston de Quios), ‘A virtude é a saúde da alma’ – deveria ser modificada, para se tornar utilizável, ao menos assim: ‘Sua virtude é a saúde de sua alma’. Pois não existe uma saúde em si, e todas as tentativas de definir tal coisa fracassaram miseravelmente. Depende do seu objetivo, do seu horizonte, de suas forças, de seus impulsos, seus erros e, sobretudo, dos ideais e fantasias de sua alma, determinar o *que* deve significar saúde também para seu corpo. Assim, há inúmeras saúdes do corpo; e quanto mais deixarmos que o indivíduo particular e incomparável erga a sua cabeça, quanto mais esquecermos o dogma da ‘igualdade dos homens’, tanto mais nossos médicos terão de abandonar o conceito de uma saúde normal, juntamente com dieta normal e curso normal da doença. E apenas então chegaria o tempo de refletir sobre saúde e doença da *alma*, e de situar a característica virtude de cada um na saúde desta: que numa pessoa, é verdade, poderia parecer o contrário da saúde de uma outra. Enfim, permaneceria aberta a grande questão de saber se podemos *prescindir* da doença, até para o desenvolvimento de nossa virtude, e se a nossa avidez de conhecimento e autoconhecimento não necessitaria tanto da alma doente quanto da sadia; em suma, se a exclusiva vontade de saúde não seria um preconceito, uma covardia e talvez um quê de refinado barbarismo e retrocesso [grifos do autor]” (Nietzsche, 2001, pp. 144-145).

<sup>95</sup> No resumo de *Nascimento da biopolítica*, Foucault (2008a, p. 431) afirma o “lugar crescente” que os problemas biopolíticos ocuparam desde o século XVIII até nossos dias. Vale ressaltar que, ao contrário do que o título indica, o curso mencionado não trata especificamente da biopolítica (cf. Foucault, 2008a, p. 257). Contudo, mesmo não o fazendo diretamente, pode-se dizer que o filósofo explora os efeitos da biopolítica ao evidenciar a potencialização da vida – tornada objeto de investimento – como estratégia político-econômica na governamentalidade neoliberal contemporânea.

(2005, pp. 285-315; 2010, pp. 145-174) chamava a atenção para a formação política iniciada na época clássica e consolidada na modernidade de uma tecnologia de poder voltada à vida, a fim de incitá-la, majorá-la, reforçá-la, medi-la, controlá-la, multiplicá-la e qualificá-la. Como se sabe, essa tecnologia de poder que tem a vida como objeto e objetivo, o filósofo francês denominou biopolítica<sup>96</sup>. Tornando a vida natural do homem objeto de cálculos e de estratégias políticas, tal poder é “destinado a produzir forças, a fazê-las crescer e a ordená-las mais do que a barrá-las, dobrá-las ou destruí-las” (Foucault, 2010, p. 148). Ao contrário do poder soberano autorizado juridicamente a apropriar-se da vida para subtraí-la em determinadas condições (o princípio da soberania é “fazer morrer” e “deixar viver”), na lógica do biopoder deve-se apropriar da vida para otimizá-la e encompridá-la tanto quanto possível, ocupando-se do modo da vida mediante a operação do imperativo “*fazer viver*”<sup>97</sup>.

Para essa modalidade de poder que deve gerir e investir positivamente na vida – e para a qual a questão central não deve ser mais jurídica, como no caso da soberania, mas biológica e normativa –, duas formas de poder se relacionam estrita e mutuamente. Por um lado, há o corpo individual concebido e modulado como máquina, em todo seu adestramento e ampliação de forças para a docilidade política e a utilidade econômica; trata-se das técnicas disciplinares, desenvolvidas desde o século XVII e embasadas em uma concepção “anátomo-política do corpo humano”. Por outro, há o “corpo-espécie”, isto é, o corpo concebido em sua mecânica de ser vivo e como suporte de processos biológicos a partir dos quais se apresentam, se

---

<sup>96</sup> De maneira ainda embrionária, o termo biopolítica aparece pela primeira vez na obra de Foucault em uma conferência proferida no Rio de Janeiro em 1974 com o título *O nascimento da medicina social* (Foucault, 1979, pp. 79-98).

<sup>97</sup> Foucault (2005, pp. 303-315; 2010, pp. 148-149) argumenta que as guerras e os racismos que causaram assassinatos em massa no decurso dos séculos XIX e XX – como o holocausto exemplifica assombrosamente – não constituem uma exceção do biopoder. Em vez disso, o poder de matar em tais casos se justificaria a partir da própria perspectiva biopolítica, uma vez que se trataria sempre de “proteger” a vida, fortalecendo biologicamente a espécie. A propósito do exercício do biopoder em estados de exceção como o nacional-socialismo alemão, ver Agamben (2002). Não pretendendo abordar as concepções de biopoder desdobradas por Agamben, assim como por Negri e Hardt, limitemo-nos a fazer uma breve observação. Ao investigar o surgimento do *homo sacer* no direito arcaico romano, Agamben conclui, *grosso modo*, que a biopolítica moderna é tão antiga quanto a exceção soberana. Por isso, toda sociedade moderna, seja democrática ou autoritária, define qual deve ser seu homem sacro, distinguindo, assim, a vida politicamente qualificada da vida indigna de ser vivida. Em linhas gerais, a contribuição do poder soberano já seria, portanto, a produção de um corpo biopolítico. Desse modo, ao se valer do conceito de biopolítica, utilizando-o como elo entre tempos imemoriais e a atualidade, o filósofo italiano “desistoriciza” a questão política analisada por Foucault justamente da perspectiva histórica e genealógica, como observam com razão Laymert Garcia dos Santos (2007, p. 320) e Rabinow e Rose (2006, p. 32).

mensuram e eventualmente se transformam os índices de natalidade, mortalidade, morbidade, longevidade, o nível de saúde e assim por diante; essa outra forma de poder, desenvolvida em meados do século XVIII, constituiu um dispositivo de controle regulador da vida: uma ‘biopolítica da população’<sup>98</sup>. Conforme Foucault (2010, pp. 151-152), as duas faces dessa grande tecnologia de poder, voltada simultaneamente à disciplina do corpo e às regulamentações da população, “constituem os dois pólos em torno dos quais se desenvolveu a organização do poder sobre a vida”. Assim, forçando a um só tempo o desempenho dos corpos e encarando os processos de vida, instala-se “um poder cuja função mais elevada já não é mais matar, mas investir sobre a vida, de cima a baixo”.

Disciplinando os corpos e controlando a população, o biopoder marca a entrada do valor político da vida e do dado biológico na história, algo que se tornou essencial para o desenvolvimento da modernidade capitalista<sup>99</sup>. Daí a célebre afirmação de Foucault (2010, p. 156): “O homem, durante milênios, permaneceu o que era para Aristóteles: um animal vivo e, além disso, capaz de existência política; o homem moderno é um animal, em cuja política, sua vida de ser vivo está em questão”. Portanto, se Marx compreende a formação e o desenvolvimento do capitalismo mediante a transformação dos modos de produção, e se Weber os percebe culturalmente a partir da afinidade eletiva com o modo de vida ascético do protestantismo, Foucault, por sua vez, vê no sentido político da vida – apreendida como corpo-máquina e corpo-espécie – um componente imprescindível ao desenvolvimento do capitalismo. Sem a menor dúvida, diz o filósofo, o biopoder

foi elemento indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, que só pôde ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos. [...] [F]oram-lhe [ao capitalismo] necessários métodos de poder capazes de majorar as forças, as aptidões, a vida em geral, sem por isto torná-las mais difíceis de sujeitar [...] (Foucault, 2010, p. 153).

<sup>98</sup> Foucault (2005, pp. 292-293) assinala que é possivelmente nesse momento que a população aparece pela primeira vez como problema político e científico, já que antes a teoria do direito abordava o indivíduo e a sociedade, ao passo que a disciplina se ocupava do indivíduo e seu corpo. A população seria então um novo corpo – múltiplo e dotado de “inúmeras cabeças” – a ser apreendido como problema ao mesmo tempo biológico e político.

<sup>99</sup> “Pela primeira vez na história, sem dúvida, o biológico reflete-se no político; o fato de viver não é mais esse sustentáculo inacessível que só emerge de tempos em tempos, no acaso da morte e de sua fatalidade; cai, em parte, no campo de controle do saber e de intervenção do poder.” (Foucault, 2010, p. 155). Na conferência de 1974, o filósofo já havia afirmado: “Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investi a sociedade capitalista” (Foucault, 1979, p. 80).

Uma vez exposto o argumento, o autor indica ao menos duas consequências que nos são importantes a propósito do desenvolvimento do biopoder. A primeira diz respeito à proliferação de tecnologias políticas destinadas então a “investir sobre o corpo, a saúde, as maneiras de se alimentar e de morar, as condições de vida, todo o espaço da existência” (Foucault, 2010, p. 156). Outra consequência consiste na crescente atuação da norma, que é proporcional à defasagem do sistema jurídico da lei<sup>100</sup>. É que um poder que se encarrega da vida necessita menos de linhas divisórias do que de mecanismos contínuos e corretivos destinados a qualificá-la, avaliá-la, medi-la, hierarquizá-la e distribuí-la segundo critérios normativos. Na lógica da bipolaridade do biopoder, a norma se aplica tanto ao corpo individual a disciplinar quanto à vida da população a regulamentar (cf. Foucault, 2005, p. 302). Daí a afirmação lapidar do filósofo: “Uma sociedade normalizadora é o efeito histórico de uma tecnologia de poder centrada na vida” (Foucault, 2010, p. 157). Pois bem, para um poder destinado a assegurar a vida, a prolongar sua duração, a multiplicar suas possibilidades, a desviar seus acidentes instruindo *como* fazê-los, a medicina cumpre sem dúvida uma função primordial, dada sua capacidade de articular ao nível do saber os dois objetos-alvos que constituem o biopoder: o corpo e a população, o organismo e os processos biológicos. Enquanto técnica política de intervenção dotada de saber, a medicina pode assim produzir efeitos disciplinares e regulamentadores<sup>101</sup>, ou seja, efeitos de governamentalidade, a qual nada mais é senão a arte de conduzir condutas<sup>102</sup>.

Poderia ser equivocado transpor o biopoder tal como se configura em meados do século XVIII para a realidade contemporânea da saúde mental, cuja problemática é essencialmente médica. Para evitar esse risco, porém, podemos seguir um plano de atualização do conceito proposto por Paul Rabinow e Nikolas

---

<sup>100</sup> Com isso, Foucault (2010, p. 157) evidentemente não afirma o desaparecimento da lei e da instituição judiciária, mas percebe como ambas funcionam cada vez mais como norma integrada em aparelhos diversos (médicos, administrativos etc.), cujas funções são fundamentalmente reguladoras.

<sup>101</sup> “A medicina é um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população, sobre o organismo e sobre os processos biológicos e que vai, portanto, ter efeitos disciplinares e regulamentadores” (Foucault, 2005, p. 302). Depois de afirmar a importância do biológico, do somático e do corporal para o desenvolvimento do capitalismo, Foucault (1979, p. 80) diz na conferência de 1974: “O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política”.

<sup>102</sup> Sobre a ideia de que governamentalidade significa também conduzir condutas, ver Foucault (2008a, p. 258). Em 1973, Foucault (1994, v.2) publicou *Le monde est un grand asile*, um breve artigo cujo título e cuja ideia expressam, de modo significativo, a questão constante em sua obra de que a governamentalidade – seja ela política, econômica, terapêutica ou pedagógica – tem como finalidade ou consequência sempre conduzir condutas.

Rose (2006), dois pesquisadores relevantes que têm mostrado o funcionamento do biopoder contemporâneo em diferentes questões, tais como a medicina genômica, a reprodução, a raça e até mesmo a saúde mental<sup>103</sup>. Conforme os autores, para circunscrever um determinado problema no território heterogêneo da biopolítica contemporânea, é preciso estabelecer correspondências com três elementos fundamentais, a saber: i) circulação de discursos de verdade sobre o caráter vital dos seres humanos enunciados por autoridades competentes e capazes de hibridizar os domínios biológico, demográfico e sociológico; ii) elaboração de estratégias de intervenção sobre a existência coletiva em nome da vida e da morte; iii) modos de subjetivação – que compreendemos duplamente como sujeição e modo de produção de existência – introduzidos a partir de tais discursos de verdade, que conduzem o indivíduo a atuar sobre si mesmo com a finalidade de promover sua própria vida e saúde, assim como o faz em nome da família, da coletividade e da população como um todo (Rabinow e Rose, 2006, pp. 29 e 37).

A nosso ver, a saúde mental pode corresponder aos três elementos da seguinte forma, respectivamente: i) ao implicar discursos verdadeiros, científicos e oficiais, veiculados por instituições supranacionais como a OMS, que mobiliza os domínios médico, demográfico, sociológico e antropológico, entre outros, a fim de fundamentar a importância da saúde e da vida da população, como vimos no *Relatório sobre a saúde no mundo 2001*; ii) ao compreender estratégias de intervenção que os mesmos discursos elaboram em nome da promoção da saúde e da vida, não obstante a constatação de que os transtornos mentais implicam mais frequentemente a incapacidade do que a mortalidade; iii) ao traduzir-se em modos de subjetivação produzidos por tais discursos e estratégias interventivas que afetam e modulam não apenas a dimensão molar das coletividades, mas também a dimensão molecular dos indivíduos, os quais se tornam também responsáveis por suas próprias condutas produtoras de saúde. A saúde mental envolve assim os dois níveis constitutivos do biopoder: corpo individual e vida da população. Oferecendo elementos que contribuem para fundamentar nossa interpretação relativa à biopolítica da saúde mental, Rabinow e Rose (2006, p. 37) afirmam: “[...] todos os

---

<sup>103</sup> Em *O conceito de biopoder hoje*, ao se encaminharem para a conclusão do texto, Rabinow e Rose (2006, pp. 52-54) mencionam circunstancialmente a efetividade da “biopolítica da saúde mental”, assim como indicam o problema da depressão no contexto da “crença” de que ela, a depressão, alcançará uma dimensão epidêmica num futuro próximo. Não desenvolvida pelos autores, tal afirmação ratifica nossa hipótese de que a ideia de epidemia depressiva tem como uma de suas condições de possibilidade a biopolítica da saúde mental.

empreendimentos que têm a vida, e não a morte, como seu *telos* – projetos para ‘fazer viver’ – são centrais para a configuração do biopoder contemporâneo”.

Ora, a promoção da saúde e da vida não pode evidentemente ser algo em si mesmo problemático<sup>104</sup>. Seria um disparate, portanto, denunciar a configuração da saúde mental reduzindo-a a uma perspectiva catastrofista da biopolítica; mais profícua parece ser uma análise a propósito do efeito provocado pelo lento desaparecimento da doença mental, conceito que havia conferido à psiquiatria seu estatuto de prática médica. Uma vez mais na história, a preocupação humanista com a libertação dos doentes – espécie de radicalização do gesto pineliano – criou as condições de possibilidade para outra captura. No espaço aberto da sociedade – novo território da governamentalidade psiquiátrica –, não são apenas os usuários, outrora loucos enclausurados, que recebem atenção na passagem de um lugar a outro; é a própria normalidade, dobrada sobre técnicas cotidianas de promoção da qualidade de vida, que deve ser constantemente trabalhada, potencializada, superada e mobilizada ao encontro de um novo paradigma de produção, no qual não é mais a repetição maquinal do corpo que é solicitada, mas o bem-estar psíquico – ou melhor: o completo bem-estar... –, pronto a fazer funcionar qualidades que se tornaram as principais fontes de valor no capitalismo contemporâneo: invenção, inteligência, imaginação, afetividade, criatividade e assim por diante<sup>105</sup>.

Talvez não seja assim inteiramente impróprio perguntar *para que* se pretende produzir tanta saúde hoje. Foucault (2010) mostrou com acuidade como o dispositivo da sexualidade constituía uma cilada: a colocação do sexo na ordem do dia, sua incitação à fala, não era necessariamente uma liberação, como se acreditava, mas o modo operatório de uma tecnologia de poder direcionada à vida e programada para potencializá-la através da maximização dos níveis de saúde<sup>106</sup>. O dispositivo da saúde mental pode manifestar uma ironia semelhante: motivado pela

<sup>104</sup> Rabinow e Rose (2006, p. 32) afirmam que o próprio Foucault “também se distanciou da visão de que tal poder sobre a vida é indubitavelmente prejudicial”. Prova disso seria, como os autores sinalizam com razão, o trabalho de Foucault (1984; 1985) sobre os modos de subjetivação antigos, grego e romano, tratados em sua “estética da existência” como libertadores.

<sup>105</sup> A esse respeito, ver, por exemplo, Lazzarato e Negri (2001), Negri e Hardt (2006) e Pelbart (2002).

<sup>106</sup> Em conferência proferida na Faculdade de Filosofia da Universidade Federal da Bahia em 1976, Foucault (1994, v.4, p.193) evidencia a serviço de quê tal tecnologia de poder opera: “[...] [O] poder deve se exercer sobre os indivíduos na medida em que eles constituem uma espécie de entidade biológica que deve ser levada em consideração se queremos, precisamente, utilizar esta população como máquina para produzir, para produzir riquezas, bens, para produzir outros indivíduos”. Apesar da ênfase dada pelo filósofo à sexualidade como elemento fundamental para a articulação do biopoder, é preciso ter em mente que se trata de um domínio entre outros que expressam o funcionamento dessa tecnologia de poder voltada simultaneamente ao indivíduo e à população.

ideia de uma liberdade conquistada de forma auspiciosa, o indivíduo é incitado a produzir constantemente *um a mais de saúde*, uma espécie de mais-valia que pode assim já não lhe pertencer necessária e exclusivamente<sup>107</sup>. Se a potencialização do humano pretendia inicialmente, do ponto de vista humanista, liberar o indivíduo e sua subjetividade, logo o neoliberalismo trata de capturá-los e de convertê-los em investimento, isto é, em capital humano<sup>108</sup>. Nesse cenário, a produção da saúde mental pode cumprir uma função política estratégica: programando a eficiência mediante a incitação à realização de si em todas as dimensões da sociabilidade, criam-se condições produtivas apropriadas e mais sofisticadas sem interferência direta na produção. É o próprio *Relatório sobre a saúde no mundo 2001* da OMS que sustenta com clareza a dependência e a reciprocidade necessárias entre uma adequada saúde mental e física e uma determinada saúde econômica, política e social.

---

<sup>107</sup> Sabe-se que Foucault (2010, p. 174) assim conclui *História da sexualidade I: a vontade de saber*: “Ironia deste dispositivo [da sexualidade]: é preciso acreditarmos que nisso está nossa ‘liberação’”. Embora faça operar o conceito de dispositivo no referido livro, é em entrevista que Foucault (1979, pp. 244-247) o esclarece pormenorizadamente. Sobre esse conceito, vale conferir também Deleuze (2003, pp. 316-325) e Agamben (2005), que o interpretam, cada um à sua maneira, a partir de Foucault. É importante destacar que a noção específica de “dispositivo da saúde mental” – cuja principal estratégia consiste na “maximização do nível de saúde mental” (cf. Portocarrero, 1990, p. 191) – foi elaborada e explorada por Portocarrero (1990).

<sup>108</sup> No curso dedicado ao neoliberalismo em sua forma alemã e norte-americana, sendo a segunda a responsável pela formulação da teoria do capital humano, Foucault (2008a, p. 316) oferece uma pista de pesquisa a ser levada a sério a propósito da função que a saúde pode cumprir em tal contexto: “Poder-se-ia fazer igualmente a análise dos cuidados médicos e, de modo geral, de todas as atividades relativas à saúde dos indivíduos, que aparecem assim como elementos a partir dos quais o capital humano poderá primeiro ser melhorado, segundo ser conservado e utilizado pelo maior tempo possível. É necessário portanto repensar todos os problemas. Em todo caso, podem-se repensar todos os problemas da proteção da saúde, todos os problemas da higiene pública em elementos capazes ou não de melhorar o capital humano”.

# A epidemia de depressão como problema da biopolítica da saúde mental

---

O objetivo deste capítulo é mostrar que a epidemia depressiva pode ter como condição de possibilidade o contexto contemporâneo da biopolítica da saúde mental. Para isso, analisaremos a evolução da concepção de transtornos depressivos nos *Manuais Diagnósticos e Estatísticos de Transtornos Mentais* (DSM), destacando a importância da terceira edição, que alterou, desde então, o modo como os transtornos mentais são concebidos. Em seguida, voltaremos nossa atenção para a concepção de transtornos depressivos apresentados no DSM-IV-TR. Em virtude de sua compatibilidade com a CID-10, da OMS, tal versão do manual orienta tanto estudos epidemiológicos que indicam a dimensão epidêmica dos transtornos depressivos quanto a prática clínica corrente. Contudo, examinaremos igualmente as transformações e os ajustes estabelecidos com relação aos transtornos depressivos no DSM-5; não obstante seu caráter polêmico e o fato de ainda não ter sido inteiramente incorporado pelo campo da saúde mental, o manual mais recente da APA deve ser interpretado como vetor de desenvolvimento da nosologia psiquiátrica contemporânea. Por fim, dissertamos a respeito da teoria do capital humano enquanto característica essencial do *ethos* contemporâneo, de modo a evidenciar como a evolução científica da nosologia psiquiátrica da depressão pode relacionar-se com as demandas do capitalismo atual. Antes de tudo, porém, é preciso fazer ver e reconhecer o sofrimento intrínseco à depressão severa.

## 3.1. Sofrimento depressivo

Indescritível, a dimensão profunda e catastrófica do sofrimento depressivo só pode ser acessada pela experiência. É o que o notável testemunho de William Styron (1991) mostra de maneira comovente<sup>1</sup>. Não obstante tal constatação,

---

<sup>1</sup> Outros trabalhos testemunhais também seriam eficientes para mostrar a dimensão do sofrimento da experiência depressiva, tais como *O demônio do meio-dia*, do escritor Andrew Solomon (2002), *Speaking of sadness*, do sociólogo David Karp (1996), ou mesmo uma produção cinematográfica como *Melancolia*, dirigida por Lars von Trier (2011), que explicitou ao público o caráter autobiográfico de seu filme (cf. Maroni, 2013), sobre o qual trabalhamos em outra ocasião (cf. Corbanezi, 2012). Não sendo nossa intenção atual acessar e descrever o sofrimento depressivo mediante entrevistas ou

valendo-se da capacidade estilística que seu ofício solicita, o escritor norte-americano se empenhou para traduzir em palavras seu mergulho na “tempestade negra da depressão”.

Com efeito, o título original *Darkness visible: a memoir of madness* já indica a tônica do livro: em sua forma extrema, a depressão é pura escuridão e loucura. Fruto de uma palestra proferida pelo escritor em 1989 no Departamento de Psiquiatria da Escola de Medicina da Universidade Johns Hopkins, *Perto das trevas* – como foi traduzido para a língua portuguesa – é o relato do desmoronamento que Styron (1991, pp. 44-45) sofreu aos 60 anos, quando acometido por uma depressão unipolar, que, *in extremis*, como diz o autor, “nos leva diretamente para o abismo”.

De partida, Styron (1991, p. 15) assim apresenta sua percepção a respeito da depressão:

A depressão é um distúrbio do espírito, tão misteriosa e imprevisivelmente percebida pela pessoa – pela mente mediadora – que é quase indescritível. Sendo assim, permanece incompreensível para os que não experimentam sua forma extrema, embora o abatimento, “a tristeza” que nos acometem ocasionalmente e que atribuímos à agitação da vida normal, possam dar uma pálida idéia do que é essa doença na sua forma mais catastrófica.

Eis uma ideia recorrente no testemunho em tela: enquanto experiência-limite, a depressão é indescritível.<sup>2</sup> Para mim, diz o depressivo, “a dor assemelha-se a um afogamento ou sufocação – porém, mesmo essas imagens estão muito longe da realidade” (Styron, 1991, p. 23). Do princípio ao fim do depoimento do escritor, encontra-se a mesma percepção do acesso grave de depressão, esse “simulacro de todo o mal do nosso mundo” (Styron, 1991, p. 91) que envolve uma violência tão

---

depoimentos diversos – como Solomon (2002) e Karp (1996) o fazem, combinando relatos de depressivos com suas próprias experiências –, julgamos que a expressividade do testemunho de William Styron (1991) pode nos servir como um exemplo profícuo para evidenciar o fulcro da dor que constitui a experiência depressiva severa.

<sup>2</sup> A escolha da palavra “indescritível”, diz Styron (1991, p. 23), “não é fortuita, pelo contrário; devo enfatizar o fato de que se a dor fosse facilmente descrita, a maioria das inúmeras vítimas deste antigo mal teriam definido para os amigos e entes queridos (até mesmo para seus médicos) algumas das dimensões reais do seu tormento, facilitando assim a compreensão que até hoje não foi alcançada. Essa falta de compreensão não é devida à ausência de simpatia, mas à incapacidade básica das pessoas saudáveis de imaginar uma forma de tormento tão distante da experiência do cotidiano”. Discorrendo sobre escritores e artistas que, acometidos por depressão, suicidaram-se, o escritor põe em cena uma publicação de sua autoria no *New York Times*, cuja intenção era “defender” o suicídio de Primo Levi, um escritor corajoso que havia resistido até mesmo ao sofrimento infligido pelo nazismo. Em tal ocasião, o argumento já se apresentava invariavelmente: “A dor da depressão grave não pode ser imaginada por quem não a experimentou e ela mata, muitas vezes, porque a angústia torna-se insuportável” (Styron, 1991, pp. 38-39). De maneira análoga, Solomon (2002, p. 28) também assegura que “[a] depressão é um estado quase inimaginável para alguém que não a conhece”.

excepcional quanto a impossibilidade de nomeá-la. É porque o horror da experiência depressiva conduz à descrição incompleta da dor que o escritor precisa travar um combate contra o termo “depressão”, compreendido por ele como um desastre semântico para referir-se a uma doença tão terrível:

Quando me dei conta de que fora vencido pela doença, senti a necessidade de, entre outras coisas, registrar um protesto contra a palavra “depressão”. Depressão, para a maioria das pessoas, é o mesmo que “melancolia”, uma palavra que aparece na língua inglesa desde o ano 1303 e mais de uma vez na obra de Chaucer, que, aparentemente, conhecia suas características patológicas. “Melancolia” pode ainda ser adequada e evocativa para definir as formas mais graves da doença, mas foi destronada por uma palavra de conotações mais brandas, sem ar professoral, usada indiferentemente para descrever uma economia em declínio ou uma vala na estrada, uma palavra realmente sem cor considerando uma doença dessa importância (Styron, 1991, p. 43).

Tendo se iniciado no verão de 1985, é, contudo, no outono, durante uma viagem a Paris, onde seria agraciado com um prêmio notável em literatura, que sua doença adquire uma intensidade que o escritor começa a experimentar como incontornável. Através de seu caso, Styron faz notar que o transtorno depressivo severo pode acometer o indivíduo não apenas em situações de perda ou trauma psicossocial, mas também em momentos que suscitariam, em condições consideradas normais, prazer e felicidade<sup>3</sup>. No entanto, ao contrário de tais estados, que se avaliam como elevados e os quais deveriam resultar da premiação de que soubera desde o verão, o escritor experimentava uma espiral descendente, que o

---

<sup>3</sup> Em alguma medida, é o que se constata também em casos como os de Solomon (2002) e de Karp (1996). O autor de *O demônio do meio-dia* afirma: “Eu só entrei em depressão depois de ter resolvido quase todos os meus problemas. [...] Quando a vida estava finalmente em ordem e todas as desculpas para o desespero tinham sido exauridas é que a depressão chegou, dissimulada com suas leves passadas, e estragou tudo” (Solomon, 2002, p. 38). O sociólogo, por sua vez, relata: “Com base em qualquer parâmetro objetivo, eu deveria estar me sentindo muito bem. Eu tinha um sólido emprego acadêmico no Boston College, havia acabado de assinar um contrato para a publicação de meu primeiro livro e tinha uma ótima esposa, um filho lindo e uma nova filhinha em casa... [...] Eu tinha certeza de que minha depressão tinha raízes em demandas cotidianas e de que, quando eu me tornasse professor titular e conquistasse estabilidade no emprego, elas desapareceriam. Fui promovido em 1977 e percebi que a depressão de fato piorou” (Karp, 1996, pp. 3-6). Da mesma forma, pode-se interpretar a presença devastadora da depressão na cerimônia de casamento de Justine, protagonista do filme *Melancolia* (Trier, 2011). Com efeito, como escreve Solomon (2002, p. 60), “[o] nascimento de um bebê, uma promoção ou um casamento podem desencadear uma depressão quase tão facilmente quanto uma morte ou perda”. Mobilizando os exemplos de Styron, Solomon e Karp, Horwitz e Wakefield (2010, pp. 26-27) argumentam que, nessas situações, se constitui, de maneira irrecusável, um transtorno depressivo genuíno. A gravidade de tais casos, afirmam os autores, “era extremamente desproporcional às circunstâncias reais dos sofredores”.

conduziria implacavelmente a seu “mergulho outonal”<sup>4</sup>. Logo após caracterizar a ausência absoluta de autoestima como uma das manifestações terríveis da depressão, o autor adverte que nem mesmo a natureza festiva de sua viagem a Paris seria suficiente para restaurar o sofrimento que já o dominava, em menor intensidade, desde o verão qualificado por ele próprio como “excepcionalmente belo” em sua casa de veraneio em uma ilha norte-americana (Styron, 1991, p. 49). À medida que a doença progredia, lastima Styron (1991, p. 13), “meu valor diminuía assustadoramente ante meus olhos. Aquele desalento mórbido não deixava de ser irônico, uma vez que eu pretendia passar quatro dias em Paris a fim de receber um prêmio que deveria restaurar imensamente meu ego”.

Entre outros episódios narrados, destaquemos dois imediatamente sucessivos à premiação que tanto enfatizam a ideia de irreversibilidade da tristeza, da angústia e da dor que acometem o estado de espírito mesmo diante de estímulos e encontros teoricamente positivos e prazerosos quanto dão mostras da intensidade do sofrimento próprio de uma depressão grave como a que afetou o norte-americano<sup>5</sup>. O primeiro deles é a lembrança de uma visita ao “Museu Picasso”, onde Styron (1991, pp. 20-23) deveria comentar as obras do artista espanhol a um canal televisivo francês após o discurso e o almoço de premiação em Paris, durante os quais já “desejava ansiosamente que o dia acabasse”. O escritor assim rememora o fato:

Quando chegamos ao museu, depois de enfrentar um trânsito terrível, passava das quatro horas e meu cérebro começava a sofrer o cerco costumeiro de pânico e deslocamento, com a sensação de que meu processo de raciocínio estava sendo inundado por uma onda venenosa e invencível que impedia qualquer reação agradável ao mundo exterior. Para ser mais claro, ao invés do prazer – sem dúvida, ao invés do prazer que eu devia estar sentindo naquela suntuosa exposição de um gênio brilhante – o que minha mente

---

<sup>4</sup> Como se sabe, para além de estação do ano, o termo “outono” também designa, no sentido figurado, “ocaso”, “período da vida que se encaminha para a velhice” (cf. Houaiss, 2002). É importante registrar que o “padrão sazonal” constitui, de fato, um especificador da concepção psiquiátrica atual de transtornos depressivos, como se observa no DSM-IV-TR e no DSM-5 (APA, 2002, pp. 415-416; APA, 2013, pp. 187-188). As duas versões recentes do manual incluem o outono e o inverno como as estações mais propícias para o início de um episódio depressivo, que tende a remitir, de acordo com tais circunstâncias, na primavera.

<sup>5</sup> Ainda que se trate de um testemunho de alguém acometido por uma depressão severa, é preciso dizer que o texto de Styron é construído conforme a linguagem e a perspectiva hegemônica do DSM e da psiquiatria biológica, como afirmam, com razão, Ehrenberg (2004d, p. 150) e Rose (2013, p. 299). O fato de o escritor conceber a depressão como um desequilíbrio neuroquímico, por exemplo, é prova disso (Styron, 1991, pp.52-53).

experimentava era a sensação muito próxima, embora indescritivelmente diferente, de uma dor atroz.

Depois do mergulho nas “sombras da tarde com toda sua angústia e seu medo sufocantes” (Styron, 1991, p. 22), viria o jantar com sua editora Françoise Gallimard em uma noite parisiense fria e escura. Tão desprovido de amor-próprio a ponto de julgar que não merecia o prêmio, Styron perde, em tal ocasião e apenas momentaneamente, o cheque de 25 mil dólares que lhe fora ofertado como condecoração. É como um acúmulo de fracassos que o escritor relata o evento:

Fosse qual fosse o motivo, o cheque tinha desaparecido e essa perda coroava todos os outros fracassos daquele jantar. Minha falta de apetite para o grande *plateau de fruits de mer* posto na minha frente, o fracasso do risó forçado e, finalmente, o fracasso total da capacidade de falar. Nesse ponto, a *interioridade* feroz da dor produziu um intenso alheamento que me impedia de articular qualquer coisa que não fosse um murmúrio confuso. Eu me sentia sem expressão, monossilábico, e percebia o constrangimento dos meus amigos franceses ante aquela dificuldade [grifo do autor] (Styron, 1991, pp. 25-26).

Como se vê, nem o prêmio, nem um verão ensolarado na ilha, nem a confirmação de um perfeito estado de saúde física se revelam capazes de obstruir o *brainstorm* que é a depressão (cf. Styron, 1991, pp. 44 e 51), não no sentido de *insight* para trabalhos criativos, como se popularizou o termo, mas na acepção literal proposta pelo autor: uma tempestade que devasta o cérebro e qualquer sentido da existência.

Uma plethora de expressões é elaborada pelo escritor no decorrer do ensaio a fim de tentar nomear seu sofrimento: “angústia sufocante”, “estados de dolorosa quase-paralisia”, “torpor impotente”, “transe de desconforto supremo”, “angústia que devora o cérebro”, “desespero além do desespero”, “abatimento sufocante”, “bosque tenebroso da depressão”, “dor atroz”, “tempestade uivante no cérebro”, “agonia indescritível”, entre outras. É com uma intensidade exacerbada que Styron sofre os sintomas depressivos típicos, tais como esgotamento da energia psicomotora – até o ponto em que a fala e o andar se tornam lentos, arrastados e hesitantes –, insônia, dor física, incapacidade para trabalhar, confusão, dificuldade para decidir, hipocondria, redução da libido e tendência suicida. Experimentando-os em sua forma limite, o autor assim descreve seu estado de puro sofrimento:

Eu tinha chegado à fase da doença na qual desaparece toda e qualquer esperança, bem como toda a idéia de futuro. Meu cérebro escravo dos hormônios estranhos era menos um órgão de pensamento do que um instrumento que registrava, minuto a minuto, os vários graus do próprio sofrimento. As manhãs agora eram más também, horas de letargia depois do sono sintético, mas as tardes continuavam a ser a pior parte do dia, a partir mais ou menos das três horas, quando eu sentia o horror, como uma névoa venenosa, cobrir minha mente, *obligando-me* a ir para a cama. Ficava deitado durante umas seis horas, entorpecido, praticamente paralisado, olhando para o teto e esperando por aquele momento, no começo da noite, quando, misteriosamente, a crucificação se abrandava o suficiente para que eu pudesse comer alguma coisa e depois, como um autômato, tentar uma ou duas horas de sono outra vez [grifo nosso] (Styron, 1991, p. 64).

Apesar de associada à imagem do descanso, é preciso destacar que a cama para onde o depressivo é compelido a refugiar-se constitui-se de pregos. Certo de que durante a depressão grave sobressai a desesperança absoluta em relação ao alívio da dor, escreve Styron (1991, p. 68):

Sendo assim, as decisões da vida diária não consistem, como nos casos normais, em passar de uma situação desagradável para outra menos desagradável – ou de um desconforto para o conforto relativo, ou do tédio para atividade – mas em passar de dor para dor. Não abandonamos nem por um momento nossa cama de pregos, mas a carregamos conosco.

Diante de semelhante prostração, o norte-americano revela como aproximar-se da morte é a tendência natural e irreversível do sofrimento depressivo profundo.

Tenho certeza de que foi durante um desses transe insones que me convenci – uma revelação sinistra e chocante, como a de uma verdade metafísica há muito tempo escondida sob uma mortalha – que aquela condição me levaria à morte se continuasse a progredir. [...] A morte, como já disse, era agora uma presença constante, envolvendo-me em suas rajadas de gelo (Styron, 1991, p. 55).<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> De maneira chocante, Styron (1991, pp. 65-72) narra o momento em que conclui que a vida, em tais circunstâncias, não seria digna de ser vivida, respondendo a si mesmo a questão filosófica fundamental formulada por Albert Camus logo no início de *O Mito de Sísifo*. Também não sem comoção, o escritor descreve como a lembrança suscitada por uma passagem de *Rapsódia para contralto*, de Brahms, o salvou do ato suicida, levando-o à hospitalização, que restituiu sua saúde. Vale mencionar que o segundo, o terceiro e o décimo capítulos do livro refletem sobre o suicídio e apresentam exemplos trágicos de diversos artistas e escritores que o executaram.

Gravíssima e agonizante, a depressão de que o escritor sofreu é, porém, rara<sup>7</sup>. Embora afirme que “poucas pessoas não são vítimas em potencial da doença, pelo menos nas suas formas mais brandas”, o próprio Styron (1991, pp. 40 e 46) assegura que a maioria não é acometida pela “verdadeira depressão”, tão insuportável que tende a impedir drasticamente a aceitação do fato de viver. A propósito, refletindo sobre o julgamento moral que circunscreve o suicídio, o autor delinea um traço de cultura estadunidense perfeitamente incorporado pela biopolítica contemporânea da saúde mental: o autoaperfeiçoamento constante<sup>8</sup>. Como pretendemos sustentar, é especialmente em relação a tal meta normativa – a autorrealização permanente – que a depressão, mesmo considerada em suas formas mais amenas e incertas, se torna um problema relevante para a cultura ocidental e primordial para a saúde pública. Com função científica associada sinergicamente ao projeto político que intenciona produzir indivíduos mais eficientes, performáticos e otimizados, a nosologia psiquiátrica da depressão “evolui” para critérios diagnósticos cada vez mais abrangentes, a partir dos quais é possível capturar formas múltiplas, tênues e localizadas de sofrimento, constituindo assim a denominada “epidemia de depressão”.

### **3.2. Os Manuais Diagnósticos e Estatísticos de Transtornos Mentais e seus conceitos de depressão**

Apesar de divulgada oficialmente pela OMS em 2001, com projeção efetiva para 2020<sup>9</sup>, a epidemia de depressão é uma ideia que emerge nos anos 1970 e se torna significativamente mais recorrente a partir da década de 80<sup>10</sup>. Além de importantes transformações sociais que possibilitam interpretar tal fenômeno, como veremos em seguida, é preciso destacar inicialmente que a década de 1970 começa

---

<sup>7</sup> “Se as informações de certas autoridades no assunto forem dignas de crédito – incluindo médicos que conheci muito bem e os quais eu respeito –, o progresso maligno da minha doença me classifica entre a minoria de pacientes em estado grave, cuja doença está além do controle” (Styron, 1991, p. 61).

<sup>8</sup> “Evidentemente [os pensamentos suicidas] são repugnantes aos americanos saudáveis, com sua crença inabalável no constante auto-aperfeiçoamento. Na verdade, essas fantasias terríveis, que provocam arrepios nas pessoas sãs, para a mente deprimida são como os sonhos lascivos das pessoas sexualmente saudáveis” (Styron, 1991, p. 59).

<sup>9</sup> Cf. *supra*, Introdução, e *infra*, nota 52.

<sup>10</sup> Como mostram, entre outros, Angell (2011), Caponi (2010), Ehrenberg (1998, p. 119; 2004, p. 34), Hernáez (2010, p. 117), Horwitz e Wakefield (2008; 2010, p. 169), Kehl (2009, p. 49), Pereira (2011, p. 67) e Pignarre (2003, p. 19).

por inaugurar um novo modo psiquiátrico de conceber os transtornos mentais, o qual se concretiza e se dissemina internacionalmente a partir de 1980 com a publicação da terceira edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-III), da Associação Psiquiátrica Americana (APA). Desde então, o manual e suas versões subsequentes<sup>11</sup> se tornaram – ao lado da nona e da décima edição da *Classificação Internacional de Doenças* (CID-09 e CID-10), da OMS<sup>12</sup> – os principais sistemas classificatórios para prática clínica e pesquisa em psiquiatria no mundo.

Porém, ainda restrito ao contexto norte-americano e apresentado como uma alternativa à CID-06<sup>13</sup>, o primeiro DSM foi publicado em 1952, veiculando a concepção de que os “transtornos mentais representariam reações da personalidade a fatores psicológicos, sociais e biológicos” (APA, 2002, p. 23). Associado à influência que a psicanálise exerceu sobre o pensamento do psiquiatra Adolf Meyer, o termo “reação” explicita a tônica do DSM-I: abordados da perspectiva biopsicossocial, os transtornos mentais resultariam sobretudo de uma reação adversa e desproporcional do indivíduo em relação a determinadas experiências e acontecimentos da vida. Como já afirmamos, outros termos como “mecanismo de defesa”, “neurose” e “conflito neurótico” evidenciam o papel predominante da psicanálise na concepção psiquiátrica de transtornos mentais no momento em que a psiquiatria iniciava seu lento processo de desinstitucionalização, que constituiria a saúde mental<sup>14</sup>.

Apesar de eliminar o termo “reação” e a concepção “biopsicossocial” dos transtornos mentais, a edição subsequente – DSM-II, publicado em 1968 e

---

<sup>11</sup> A saber: o DSM-III-R, que é a versão revisada do DSM-III e veio a público em 1987; o DSM-IV, cuja publicação ocorreu em 1994; o DSM-IV-TR, que é a quarta versão revisada e veio a lume em 2000; e, por fim, o DSM-5, publicado em 2013.

<sup>12</sup> O DSM-5 (APA, 2013, pp. XLI, 11-12) foi elaborado em harmonia com o projeto de revisão da CID-11, cuja previsão de publicação, segundo o manual da APA, era 2015. No site da OMS, constata-se, porém, que a previsão atual para publicação da CID-11 foi prorrogada para 2017.

<sup>13</sup> Publicada em 1948, a CID-06 foi a primeira edição do sistema classificatório da OMS a incluir uma seção exclusiva para transtornos mentais, com 10 categorias de psicose, 9 de psiconeuroses e 7 de transtornos de caráter, comportamento e inteligência (APA, 2002, p. 23).

<sup>14</sup> Como vimos, o processo de desinstitucionalização da doença mental foi conduzido pela “nova psiquiatria” social e comunitária em aliança com a psicanálise e fortalecida também pelo advento da psicofarmacologia e dos direitos humanos a partir dos anos 1950. Vale observar que a psiquiatria comunitária, a psicofarmacologia e a institucionalização dos direitos humanos fundamentam o objetivo central do *Relatório sobre a saúde no mundo 2001* da OMS, que é desativar definitivamente o hospital psiquiátrico clássico como modelo terapêutico. No documento, porém, a psicanálise não é mencionada como alternativa terapêutica, tampouco como forma explicativa dos processos patológicos. Entre as psicoterapias que o *Relatório* indica como eficazes para diversos transtornos mentais, destacam-se: a comportamental, a cognitiva, a interpessoal, a de apoio (aconselhamento) e as técnicas de relaxamento (OMS, 2001, pp. 93-94).

desenvolvido paralelamente à CID-08 – estabeleceu absoluta continuidade com a versão anterior, evidenciando ainda mais a influência da psicanálise, como se nota a partir da concepção de transtorno mental como níveis de desorganização psicológica do indivíduo e do destaque atribuído à “neurose” como classe diagnóstica. Desse modo, os sintomas se apresentam, nas duas primeiras edições do manual, como manifestação simbólica de uma estrutura patológica a ser interpretada pelo clínico, de tal forma que sintomas diversos poderiam indicar um mesmo processo patológico, assim como sintomas idênticos poderiam sugerir processos patológicos díspares para uma abordagem disposta a considerar o sujeito em sua totalidade<sup>15</sup>.

É por isso que, em ambas as edições, a depressão é considerada de acordo com a etiologia e o contexto dos sintomas. Grosso modo, tais manuais dividem os transtornos depressivos em duas classes ainda hoje fundamentais para a psicanálise: neurose e psicose<sup>16</sup>. Na categoria “Reações afetivas” da classe “Transtornos psicóticos” do DSM-I, encontram-se duas classificações de depressão: “Reação [*reaction*] maníaco-depressiva” (com três tipos especificadores: maníaco, depressivo e outra) e “Reação depressiva psicótica”; a classe “Transtornos psiconeuróticos”, por sua vez, contém uma única categoria diagnóstica da depressão, que é “Reação depressiva” (APA, 1952). Já no DSM-II, a classe “Psicose não atribuída à condição física listada anteriormente” apresenta as seguintes categorias diagnósticas da depressão: “Melancolia involutiva” (denominada “Reação psicótica involutiva” no DSM-I e atribuída a distúrbio de metabolismo, de crescimento, de nutrição ou de função endócrina), “Doença [*illness*] maníaco-depressiva” (com três tipos especificadores: maníaco, deprimido e circular), “Transtorno [*disorder*] afetivo maior outro”, “Transtorno afetivo maior não

---

<sup>15</sup> Sobre a emergência do DSM e suas primeiras versões, ver APA (1952, pp. v-xi; 1968, pp. vii-xv; 1987, pp. viii-xix; 2002, pp. 22-23), Ehrenberg (1998, pp. 162-175), Russo e Henning (1999, p. 45), Campbell (2009, p. 246), Dunker (2013, pp. 32-33), Henning, (2000, pp.124-125), Horwitz e Wakefield (2010, pp. 102-108), Russo e Venancio (2006, p. 464), Ferreira (2011) e Rose (2013, pp. 276-277).

<sup>16</sup> Diferentemente da permanência do termo “psicose” em psiquiatria – cujo sentido atual, porém, é apenas descritivo e não explicativo –, o termo “neurose” se torna secundário no DSM-III [1980] e no DSM-III-R [1987], assumindo função exclusivamente descritiva e sinônima em relação aos transtornos mentais, e desaparece completamente no DSM-IV [1994]. Sobre a eliminação da neurose como classe diagnóstica e modelo explicativo dos transtornos mentais, ver Ehrenberg (1998, pp. 115-175), Russo e Venancio (2006), Dunker (2013) e Gori (2011, p. 314). Embora utilizemos a separação entre neurose e psicose a fim de expor a forma como os transtornos depressivos são apresentados, a introdução do DSM-I registra que a divisão que orienta a nomenclatura dos transtornos mentais no manual diz respeito aos transtornos mentais orgânicos e não orgânicos (APA, 1952, p. 12).

especificado” e “Reação depressiva psicótica”. A classe “Neuroses” restringe-se, no caso da depressão, a uma única categoria diagnóstica: “Neurose depressiva”<sup>17</sup>.

Como a nomenclatura permite notar, as duas primeiras edições do DSM apresentam, mediante uma tendência psicodinâmica manifesta, a perspectiva etiológica segundo a qual os transtornos depressivos decorrem principalmente de uma reação desproporcional a algum acontecimento ou de um conflito interno, cuja natureza é predominantemente psicológica<sup>18</sup>. De acordo com Horwitz e Wakefield (2010, p. 108), os manuais se harmonizavam, assim, com a tradição médica ocidental interessada na etiologia dos transtornos depressivos e na contextualização de seus sintomas<sup>19</sup>.

---

<sup>17</sup> Não mencionamos no corpo do texto a classe dos “Transtornos da personalidade”, em que a duração dos sintomas diz respeito à estrutura da personalidade. Em tal classe, a depressão figura apenas na categoria “Transtorno da personalidade ciclotímica”, cumprindo a função de especificador desse transtorno e/ou de humor que alterna com a euforia, conforme a definição presente nos dois primeiros manuais da APA (1952, pp. 35-36; 1968, p. 42). De acordo com a avaliação multiaxial vigente entre o DSM-III [1980] e o DSM-IV-TR [2000], os “Transtornos da personalidade” compõem o Eixo II, ao passo que os “Transtornos mentais” – considerados síndromes clínicas que os indivíduos podem *ter*, em vez de constituí-los – integram o Eixo I. Como veremos em seguida, a mais recente versão do manual, o DSM-5 [2013], suprime a avaliação multiaxial, que pretendia oferecer ao clínico ferramentas para a compreensão biopsicossocial dos transtornos mentais.

<sup>18</sup> Embora não seja absoluta, a predominância da perspectiva psicológica se evidencia não apenas nos transtornos designados “reação depressiva” e “neurose depressiva”, para os quais a reação desproporcional a algum acontecimento ou o conflito interno de natureza psicológica constituem a causa. A classe relativa às “psicoses” no DSM-I, por exemplo, é precedida pela seguinte designação, que também expõe uma prevalência etiológica: “Transtornos de origem psicogênica ou sem causa física ou mudança estrutural no cérebro claramente definidas” (APA, 1952, p. 24). Apesar dessa preponderância, durante os anos 1950 e 1970, os transtornos depressivos foram considerados conforme três perspectivas etiológicas distintas: endógena, exógena e psicogênica. Em linhas gerais, a depressão endógena é compreendida conforme as características da melancolia, cuja origem não está relacionada a nenhum fator exógeno, mas a mecanismos biológicos que afetam a experiência psíquica e motora do indivíduo. A depressão exógena, por sua vez, se constitui a partir da reação desproporcional do indivíduo a um determinado acontecimento exterior. A depressão psicogênica, por fim, seria desencadeada fundamentalmente por conflitos internos e inconscientes, os quais podem se relacionar, contudo, a motivações externas, tornando difícil, assim, distingui-la da depressão exógena. A verdade é que não há consenso a respeito da definição e do estabelecimento de fronteira entre os três tipos de depressão no contexto do DSM-I e do DSM-II. Veremos a seguir que é precisamente em vista da padronização diagnóstica que o DSM-III apresenta inovações metodológicas e clínicas, entre as quais se encontra a pretensa eliminação de pressupostos etiológicos.

<sup>19</sup> Embasados fundamentalmente na pesquisa histórica *Melancholia and depression: from Hippocrates times to modern times*, de Stanley Jackson (1986), Horwitz e Wakefield (2010) sustentam semelhante continuidade desde a tradição hipocrática até as maiores e distintas influências clínicas, teóricas e classificatórias das doenças mentais na primeira metade do século XX, entre as quais se destacam Freud, Kraepelin e Meyer. Os autores de *A tristeza perdida* assinalam, contudo, uma ruptura com a tradição a partir da publicação do DSM-III. Cordás (2002), por sua vez, sugere uma continuidade histórica absoluta segundo a qual a concepção de depressão enquanto desequilíbrio biológico operaria desde o pensamento hipocrático até o DSM-IV. Procedendo assim, tudo se passa como se o psiquiatra pretendesse estabelecer uma origem essencial da concepção contemporânea de depressão como desequilíbrio neuroquímico. Para uma crítica a respeito desse procedimento aplicado também ao conceito de “distímia”, ver Henning (2000, pp. 127-129), que analisa o livro *Distímia: do mau humor ao mal do humor: diagnóstico e tratamento*, organizado por Moreno, Cordás,

Uma ruptura com tal forma de conceber os transtornos mentais se dá, contudo, no decorrer dos anos 1970, concretizando-se com a publicação do DSM-III. É por meio da “remedicalização da psiquiatria” que a aliança – tão cara à desinstitucionalização da doença mental e à emergência da saúde mental – entre a nova psiquiatria, a psicanálise e a psicofarmacologia se dissolve<sup>20</sup>. Ocorre, assim, na história da psiquiatria contemporânea, uma transformação a um só tempo epistemológica e ontológica, em que o transtorno mental e o comportamento humano serão concebidos principalmente em termos de desequilíbrio neuroquímico. De uma psiquiatria até então “descerebrada”, como Marcia Angell (2011) a qualificou a partir de Leon Eisenberg, emerge uma psiquiatria “desmentalizada”, que procura no funcionamento fisiológico e no mecanismo cerebral a base exclusiva dos transtornos mentais. Uma mudança ontológica significativa acontece com a alteração epistemológica dos transtornos mentais enunciada pelo DSM-III: desprendida do epíteto “psicológico”, a dimensão psíquica e comportamental do homem será então compreendida psiquiátrica e predominantemente como “somática”<sup>21</sup>.

---

Nardi e colaboradores (2010). Apesar da delimitação de nossa pesquisa – que pretende analisar a concepção psiquiátrica de depressão no contexto de emergência e de consolidação da saúde mental, abstendo-se, assim, de uma investigação histórica da depressão –, é preciso registrar nosso desconhecimento de pesquisas genealógicas de longa duração capazes de estabelecer descontinuidades históricas conforme sentidos diferentes atribuídos a tal estado de ânimo.

<sup>20</sup> Em 1977, Melvin Sabshin, então diretor da APA e a quem o DSM-IV é dedicado, reclamava a necessidade premente de “remedicalizar a psiquiatria” (Angell, 2011). Fazendo uso dessa expressão, Serpa Jr. (1997) sustenta a tese de que nos anos 1980 a psiquiatria retoma o projeto fiscalista – cuja primeira tentativa teria sido a teoria da degenerescência, de Morel – a fim de legitimar-se como ciência médica. De fato, em virtude da ausência de consenso diagnóstico e, conseqüentemente, do descrédito da psiquiatria, a legitimidade científica dessa especialidade médica permanecia em questão. Segundo o autor, a “remedicalização” da psiquiatria seria uma consequência da “desmedicalização” que a caracterizou predominantemente desde a primeira metade do século XX até os anos 1970. Da mesma forma, Rose (2013, p. 264) também afirma que a “maré neorromântica” que dominou a psiquiatria no mencionado período retardou seu pretense “progresso” científico. A partir de então, diferentes áreas de pesquisa informam e compõem a psiquiatria biológica contemporânea, entre as quais se destacam: as neurociências, a psicofarmacoterapia, a genética, as técnicas de produção de imagens, a eletroneurofisiologia, a neuroquímica, a neurobiologia do desenvolvimento, a neuromorfologia, a psiconeuroendocrinologia e a epidemiologia. Grosso modo, o pressuposto fundamental da psiquiatria biológica norte-americana é o de que o cérebro é o órgão da mente. A esse respeito, ver especialmente a tese de Serpa Jr. (1997), assim como Caponi (2007), Ehrenberg (2004c), Rose (2013, pp. 262-310), Russo e Venancio (2006), entre outros.

<sup>21</sup> Articulando diferentes áreas como a psiquiatria, as neurociências, a biologia molecular, a genômica e as tecnologias de reprodução, Rose (2013) sustenta, nesse sentido, que nos tornamos “seres somáticos”. Voltado mais exclusivamente à psiquiatria, Ehrenberg (1998, p. 173) afirma que, no contexto de publicação do DSM-III, “começa a se impor em psiquiatria a ideia de que se pode tratar da desordem do espírito ou do comportamento tão só pelo tratamento biológico. A ação química sobre o espírito patológico não é mais um potencializador de psicoterapia: as baixas do humor ou as somatizações de todo gênero são suscetíveis de serem tratados sem que os conflitos intrapsíquicos tenham necessidade de serem esclarecidos”. Como se observa nessa passagem, o sociólogo francês

Entretanto, o triunfo de tal fisicalismo<sup>22</sup>, que se realiza com a recente transformação de paradigma em psiquiatria, não resulta de uma tomada de posição teórica explícita, já que uma das principais inovações metodológicas e clínicas do DSM-III postula justamente a isenção teórica a propósito da etiologia dos transtornos mentais. Outras três modificações fundamentais são apresentadas no DSM-III: a implementação de critérios diagnósticos explícitos que delimitam as categorias, a definição operatória do conceito de transtorno mental e a introdução de uma avaliação multiaxial.

A abordagem ateórica (“*atheoretical approach*”) estabelecida no DSM-III pretende tornar o manual mais científico e ao mesmo tempo útil para clínicos e pesquisadores de diferentes perspectivas. Tal abordagem provém da situação anterior, em que tendências diversas – psicodinâmicas, comportamentais, sociais e biológicas – disputavam a explicação de uma mesma perturbação mental, subtraindo assim a consensualidade e a objetividade que caracterizariam um domínio científico. Desse modo, em vez de apresentar pressuposições etiológicas – como as duas versões anteriores propunham mediante o uso do termo “neurose”, por exemplo, que indica uma significativa influência da psicanálise e de sua concepção de que os transtornos mentais resultam de conflitos intrapsíquicos –, o DSM-III se limita a descrever com clareza e objetividade os sinais e sintomas que configuram uma síndrome psiquiátrica. No entanto, como sustentam diversos pesquisadores, tal “ateoricismo” equivale, na verdade, à adoção de uma teoria fisicalista ou biológica dos transtornos mentais<sup>23</sup>. Se não a adoção explícita,

---

chama a atenção para a separação entre psicoterapia e psicofarmacologia, estando esta, doravante, a serviço da psiquiatria de orientação biológica, não se constituindo mais, portanto, como complemento potencializador da psicoterapia.

<sup>22</sup> Por “fisicalismo”, deve-se compreender o abandono de interpretações psicológicas, políticas, sociais e antropológicas dos transtornos mentais em favor da localização biológica deles. Desse modo, a psiquiatria se constituiria como medicina científica, em vez de “especial”.

<sup>23</sup> A esse respeito, ver, por exemplo: Gori (2011), Henning (2000), Rose (2013), Russo e Henning (1999), Russo e Venâncio (2006) e Pereira (2013). Defendendo semelhante ideia, Russo e Henning (1999, p. 48) afirmam: “A objetividade empírica dos sinais e sintomas corresponde idealmente à objetividade empírica do substrato físico. Ou seja, a psiquiatria só terá a garantia de objetividade no caso de se apoiar no que é concreto, físico, empiricamente observável, quantificável e reproduzível através de exames e aparelhos, representado pelo substrato orgânico, pelo que é passível de tradução pela linguagem da biologia, da fisiologia, da neuroquímica, da genética. A objetividade do diagnóstico psiquiátrico é igual à objetividade do substrato fisiológico e orgânico. Neste sentido, o ‘ateoricismo’ é de fato a adoção de uma teoria específica acerca das perturbações”. Sustentando, assim, a tese consensual de que o abandono de concepções psicológicas da perturbação mental em favor de uma perspectiva fisicalista torna a psiquiatria biológica a vertente hegemônica, as pesquisadoras escrevem: “Essa ascensão implicou, por um lado, o abandono da idéia de que há uma especificidade própria da doença mental, e, por outro, a substituição do tradicional dualismo corpo/mente ou somático/psíquico por um monismo fisicalista”. Roland Gori (2011, p. 315) parece ser

poderíamos dizer que tal versão do manual favorece nitidamente a perspectiva biológica dos transtornos mentais, a qual constitui, doravante, o novo paradigma hegemônico da psiquiatria<sup>24</sup>. Substituir o duradouro tratamento implicado na concepção psicológica dos transtornos mentais pela eficácia imediata da psicofarmacoterapia é uma prova da ascensão do modelo biológico em detrimento da perspectiva psicanalítica<sup>25</sup>. Como afirma Mario Eduardo Costa Pereira (2013, pp. 40-41) a respeito da atual e prevalente administração farmacológica das condutas, favorecida desde então pela abordagem inaugural do DSM-III, do diagnóstico “ateórico” decorre um procedimento técnico absolutamente parcial: a medicação, que é puramente biológica<sup>26</sup>.

Coerente com a abordagem pretensamente atórica, o estabelecimento de critérios diagnósticos concisos, explícitos e descritivos constitui outra inovação clínica e metodológica do DSM-III. Diante da ausência de fisiopatologia dos transtornos mentais, a instauração de critérios diagnósticos representa, segundo a perspectiva do manual, a forma mais científica de delimitar a fronteira tanto entre o normal e o patológico como entre os diferentes transtornos mentais<sup>27</sup>. Com tais

---

mais radical, afirmando que o paradigma biológico não é apenas depreendido de tal ateoricismo. Segundo o psicanalista francês, o DSM-IV “confessa” (*avoue*) a adoção do que a versão anterior dissimulava: a origem e a base biológicas dos transtornos mentais.

<sup>24</sup> Em seu estudo sobre a depressão, Pignarre (2003, p. 139) sustenta a ideia de que não houve a instauração de um novo paradigma com a publicação do DSM-III. A razão disso é que, em psiquiatria, argumenta o especialista em história e indústria do medicamento, “a biologia fracassou”. O conflito estabelecido recentemente entre o principal órgão de pesquisa em saúde mental nos EUA, o National Institute of Mental Health (NIMH), e a American Psychiatric Association (APA) fortalece tal argumento. Como vimos, o NIMH declarou que não utilizaria mais o manual da APA como referência para pesquisa em função da mais recente versão do manual (DSM-5) não ter incorporado os dados científicos e positivos da biologia molecular, das neurociências, da genética etc. (cf. *supra*, capítulo 1, nota 29). Como justificativa, o DSM-5 argumenta que resultados especulativos não poderiam ser incorporados por uma “nosologia oficial” (APA, 2013, p. 05). Desse modo, diante da ausência de mecanismos fisiopatológicos e etiológicos incontrovertidos, o documento se apresenta como o mais importante padrão para a prática clínica e ainda adverte: “[r]evisões contínuas do DSM-5 farão deste um ‘documento vivo’, adaptável a descobertas futuras em neurobiologia, genética e epidemiologia” (APA, 2013, p. 13 e 20).

<sup>25</sup> Sobre os interesses farmacêuticos em jogo na elaboração do DSM, ver Angell (2011), Garcia (2012), Hernáez (2010), Horwitz e Wakefield (2010, pp. 209-225), Pereira (2013, p. 41), Pignarre (2003), Russo e Venancio (2006) e Serpa Jr (1997, p. 193).

<sup>26</sup> Outro indicativo a respeito da tendência teórica inaugurada pelo DSM-III reside na gradual eliminação da classe diagnóstica “Transtornos mentais orgânicos”, que poderia indicar, erroneamente, segundo a perspectiva do DSM (APA, 2000, p. 09), que os outros transtornos não contêm uma base biológica e cerebral (cf. Russo e Venâncio, 2006, p. 467).

<sup>27</sup> Na mais recente versão do manual, o DSM-5, ainda se lê: “Uma vez que a descrição completa dos processos patológicos subjacentes não é possível para a maioria dos transtornos mentais, é importante enfatizar que os critérios diagnósticos atuais são a melhor descrição disponível de como os transtornos mentais são expressos e como podem ser reconhecidos por clínicos treinados” (APA, 2013, p. XLI). Apesar dessa afirmação, é preciso registrar que o DSM-5 reconhece que as fronteiras entre os transtornos mentais são mais fluidas e porosas do que estabeleciam as versões anteriores

critérios que envolvem sinais e sintomas, o manual estabelece como finalidade principal padronizar o diagnóstico, tornando-o objetivo e idêntico em diferentes contextos clínicos que deveriam prescindir, a partir de então, do juízo subjetivo e singular do médico<sup>28</sup>. Pretende-se criar, desse modo, populações homogêneas de categorias diagnósticas que favoreçam a prática clínica e a pesquisa psiquiátrica, epidemiológica e psicofarmacológica, além de resolver questões administrativas norte-americanas, como o reembolso de seguro-saúde<sup>29</sup>. Antes de tudo, portanto, é a procura por confiabilidade diagnóstica o que fundamenta a instituição de critérios diagnósticos precisos, ainda que tais critérios não assegurem a validade do diagnóstico, comprometendo assim umas das metas norteadoras do projeto, que é promover o estatuto de cientificidade da psiquiatria<sup>30</sup>. Grosso modo, confiabilidade diagnóstica significa reduzir o desacordo entre especialistas – o que é fundamental para a prática e a pesquisa, dado que confiabilidade é condição para produzir resultados cientificamente válidos –, ao passo que validade diagnóstica manifesta a compreensão da realidade clínica e da natureza efetiva da estrutura e do processo patológicos subjacentes<sup>31</sup>.

---

(APA, 2013, pp. 05-06). Sendo assim, mesmo mantendo o paradigma classificatório categorial, que pretende separar e isolar mais rigorosamente os transtornos, a quinta edição também considera fundamental, para alguns casos específicos, a perspectiva dimensional, que se caracteriza por um *continuum* entre o normal e o patológico e admite maior proximidade entre diferentes transtornos (APA, 2013, pp. 12-13). De todo modo, desde o DSM-III, os manuais afirmam reiteradamente a impossibilidade de delimitar de forma absoluta a fronteira entre diferentes transtornos, assim como entre patologia e normalidade (APA, 1980, p. 06; 1987, p. XXIII; 2000, p. XXI; 2013, p. XLI).

<sup>28</sup> A necessidade de padronizar o diagnóstico resulta da crítica à imprecisão da psiquiatria, cuja prática variava em diferentes localidades, bem como da ausência de legitimidade dessa especialidade médica como atividade científica.

<sup>29</sup> Sobre o contexto, a proveniência, as motivações e os objetivos do DSM-III, ver APA (1980, pp. 1-14; 1989, pp. XVII-XXVIII), Ehrenberg (1998, pp. 162-172), Gori (2011, p. 315), Horwitz e Wakefield (2010, pp. 91-125) e Russo e Venâncio (2006). Embora o manual atenda inicialmente a determinadas exigências institucionais e administrativas da sociedade norte-americana, é preciso explicitar que a mundialização do DSM ocorre sobretudo com a publicação da terceira edição, que funciona como uma espécie de normalização da classificação psiquiátrica e se torna, assim, referência central para a psiquiatria contemporânea.

<sup>30</sup> Em virtude do emprego de dois princípios fundamentais de Emil Kraepelin – o estabelecimento de categorias diagnósticas mediante a atenção aos sintomas e a redução do transtorno mental à sua dimensão física e cerebral –, a abordagem biomédica e fisicalista do psiquiatra alemão contemporâneo de Freud é considerada, frequentemente, a inspiração científica do DSM-III. Na contramão de tal ideia, porém, Horwitz e Wakefield (2010, pp. 91-111) sustentam que a nova racionalidade psiquiátrica inaugurada pelo DSM-III não poderia ser considerada “neokraepeliniana”, uma vez que desconsidera o contexto dos sintomas.

<sup>31</sup> É notória a polêmica em torno da primazia que o recente paradigma psiquiátrico atribui à fidelidade diagnóstica em detrimento da validade. De forma irônica, Angell (2011, s/p.) ridiculariza tal premissa: “Se todos os médicos concordassem que as sardas são um sinal de câncer, o diagnóstico seria ‘confiável’, mas não válido”. Nesse sentido, baseado no estudo de Hacking, Gori (2011, p. 315) afirma, por exemplo, que a epidemia de transtorno de personalidade múltipla na sociedade norte-americana dos anos 1980 era confiável, embora não fosse válida. Do mesmo modo, Horwitz e

É justamente em virtude da ausência de conhecimento fisiopatológico da maioria das doenças mentais que o DSM substitui o conceito de “doença” (*illness*) por “transtorno mental” (*mental disorder*), o qual figura no título do manual desde a primeira edição<sup>32</sup>. No entanto, é a partir da terceira edição até a mais recente, o DSM-5, que o manual assim define o conceito, denotando determinada continuidade da racionalidade psiquiátrica:

[...] transtornos mentais são concebidos como síndromes ou padrões comportamentais ou psicológicos clinicamente importantes, que ocorrem num indivíduo e estão associados com sofrimento (p. ex., sintoma doloroso) ou incapacitação (p. ex., prejuízo em uma ou mais áreas importantes do funcionamento) ou com um risco significativamente aumentado de sofrimento, morte, dor, deficiência ou perda importante da liberdade (APA, 2002, pp. 27-28).<sup>33</sup>

É verdade que o próprio manual, assim como a CID-10, reconhece as deficiências do conceito de “transtorno mental”, que é mantido, contudo, devido à ausência de outro conceito mais eficaz (APA, 2002, p. 27; OMS, 1993, p. 05)<sup>34</sup>. Por isso, conceitos correlatos são utilizados para operacionalizá-lo, tais como sofrimento,

---

Wakefield (2010) mostram como a epidemia de depressão atual é consequência de um aumento significativo de diagnósticos “falso-positivos”, que são confiáveis, dada a padronização dos critérios diagnósticos da depressão, mas nem por isso válidos, uma vez que podem classificar como depressão a tristeza intensa normal. Para críticas a propósito da sobreposição da confiabilidade diagnóstica em relação à validade em psiquiatria, ver Dunker (2013), Pereira (2013), Horwitz e Wakefield (2010, pp. 116-125, 246), Ehrenberg (1998, pp. 171-172), Serpa Jr. (1997, pp. 177-178, 193) e Insel (2013).

<sup>32</sup> Vale dizer que o título do DSM – *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* – evidencia com precisão sua finalidade e operacionalidade: a prática clínica (função pró-diagnóstica) e a pesquisa (função estatística). O próprio documento afirma que não deve ser utilizado para o ensino de psiquiatria, visto que não aborda problemas psicopatológicos, etiológicos e terapêuticos (APA, 1989, p. XXVI).

<sup>33</sup> A citação é extraída do DSM-IV-TR (versão revisada). Com variações sutis, a mesma definição consta nas outras versões do manual (APA, 1980, p. 06; 1989, pp. XXIII; 2000, pp. XXI; 2013, p. 20). Em absoluta coerência com o DSM, a introdução do capítulo V “Transtornos mentais e de Comportamento”, da CID-10, também define transtorno mental da seguinte forma, indicando a substituição dos termos “doença” e “enfermidade”, que figuram em outros capítulos da CID, assim como a relativa insuficiência do conceito: “O termo ‘transtorno’ é usado por toda a classificação, de forma a evitar problemas ainda maiores inerentes ao uso de termos tais como ‘doença’ ou ‘enfermidade’. ‘Transtorno’ não é um termo exato, porém é usado aqui para indicar a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecível associado, na maioria dos casos, a sofrimento e interferência com funções pessoais” (OMS, 1993, p. 05).

<sup>34</sup> Cabe notar que a definição do conceito apresenta fatores comportamentais, psicológicos e biológicos como causas possíveis dos transtornos, em concordância com a pretensa abordagem atórica que não tende para uma causalidade preponderante. Além disso, o manual ressalva que o conceito não deve ser aplicado quando o indivíduo reage de modo culturalmente aceito a determinado evento, como ocorre com o sentimento de tristeza intensa desencadeado diante da morte de um ente querido. Veremos em seguida como os critérios diagnósticos da depressão, ao desconsiderarem o contexto dos sintomas – ainda mais no DSM-5, que reduz a duração do luto normal –, contradizem tal assertiva.

descontrole, desvantagem, incapacitação, inflexibilidade, irracionalidade, padrão de síndrome, etiologia e desvio estatístico (APA, 2000, p. XXI). O interessante é notar que o conceito de doença está suspenso, ao menos temporariamente, uma vez que as versões consecutivas do manual explicitam como a ciência psiquiátrica permanece esperançosa em relação a um futuro revelador da fisiopatologia de todos os transtornos mentais, o que tornaria possível restituir à psiquiatria o uso do conceito de “doença” que havia coroado outrora seu nascimento médico e científico. Por ora, em vez de doença mental, trata-se de síndromes psiquiátricas constituídas por um conjunto sintomático e as quais os indivíduos possuem, embora não os classifiquem<sup>35</sup>. Reordenando o conteúdo psicopatológico, o conceito de transtorno mental (*mental disorder*) constitui um operador evidente da função política que a psiquiatria exerce em termos de normalização e de governo de conduta, visto que sua definição ocorre a partir da transformação e da perturbação do que é concebido como “*order*”. Nesse sentido, Pereira (2013) afirma que a classificação diagnóstica, sobretudo em psiquiatria, é sempre política, na medida em que aventa uma determinada visão de mundo, de sociedade e de homem. Questionando a ordem social (*social order*) que fundamenta o conceito médico de *mental disorder*, o psiquiatra e psicanalista brasileiro mostra como é que as exigências intrínsecas ao discurso da saúde mental – tais como autonomia, autorrealização, responsabilidade, performance e otimização das capacidades – a constituem<sup>36</sup>.

---

<sup>35</sup> Na introdução da terceira e da quarta edição, o DSM adverte que se destina a classificar os transtornos que as pessoas apresentam e não o que elas são (APA, 1980, p. 6; 1989, p. XXIII; 2000, p. 21; 2002, p. 28). Por essa razão, o manual utiliza expressões perifrásticas como “um indivíduo com esquizofrenia”, em substituição a “um esquizofrênico”, por exemplo. Por um lado, tal formulação colabora com o projeto da saúde mental de desestigmatizar as pessoas que sofrem com transtornos mentais; não à toa, advertência semelhante figura também no *Relatório sobre a saúde no mundo 2001*, da OMS (2001, p. 47). Por outro, podemos interpretá-la como indício de uma concepção molecular do transtorno mental que opera desde a classificação e o diagnóstico até o tratamento, cada vez mais individualizado com ações específicas no cérebro, ao menos teoricamente. Em linhas gerais, a concepção molecular em psiquiatria subtrai a dimensão molar do sujeito e de sua história para voltar-se à especificidade do funcionamento biológico e à manifestação sintomática. A concepção atual de depressão como desequilíbrio neuroquímico, especialmente do neurotransmissor serotonina, constitui uma evidência de tal molecularização que descontextualiza os sintomas e se dirige ao mecanismo cerebral da patologia. Cabe registrar que a eliminação do sujeito em sua totalidade (dimensão molar) é o alvo de uma crítica recorrente ao novo paradigma instaurado pelo DSM-III e vigente até os dias atuais. Sobre a molecularização da vida em diferentes domínios científicos, inclusive o psiquiátrico, ver Rose (2013); a propósito da transformação da subjetividade mediante soluções moleculares, como os antidepressivos, ver St-Hilaire (2009); a respeito do processo de subjetivação implicado na interação entre a classificação e o classificado, para além da nosologia psiquiátrica, indicamos o nominalismo dinâmico de Hacking (2001; 2009, pp.115-130).

<sup>36</sup> É preciso ressaltar que o autor não menciona especificamente o discurso da saúde mental, restringindo-se, antes, ao questionamento da ordem (*order*) social que fundamenta o conceito médico de *mental disorder*. Eis o que afirma com suas próprias palavras: “É interessante observar que apesar

A quarta inovação apresentada pelo DSM-III é a avaliação multiaxial, que almeja favorecer uma abordagem diagnóstica mais abrangente, sistemática e complexa em diferentes contextos clínicos, de ensino e de pesquisa. O objetivo principal dessa avaliação baseada em cinco eixos reside na aplicação do modelo biopsicossocial. Grosso modo, os transtornos mentais são contemplados nos eixos I e II, sendo o primeiro voltado aos transtornos clínicos que os indivíduos *têm* e o segundo destinado aos transtornos da personalidade, que se aproximam do modo de ser dos indivíduos, em virtude da duração não episódica<sup>37</sup>. O eixo III envolve as condições médicas gerais que podem ser potencialmente relevantes para a compreensão do transtorno mental do indivíduo<sup>38</sup>. O eixo IV, por sua vez, objetiva relatar problemas psicossociais e ambientais que podem influenciar o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico dos transtornos mentais<sup>39</sup>. Por fim, a “Avaliação Global do Funcionamento” constitui o eixo V, que tem como finalidade avaliar o funcionamento psicológico, social e ocupacional do indivíduo, bem como a gravidade dos sintomas<sup>40</sup>.

Vigente desde o DSM-III, a avaliação multiaxial é, porém, suprimida no DSM-5, sob justificativa de que tal procedimento, apesar de utilizado por agências de seguro e governamentais, não era obrigatoriamente solicitado pelo DSM-IV-TR.

---

de se servirem decisivamente da noção de ‘*mental disorder*’ (transtorno mental), definida de maneira pragmática, nenhuma edição do DSM preocupou-se em delinear a *order* face à qual determinado comportamento ou estado mental constituiria uma ‘*disorder*’. Contudo, não é difícil restituir, a partir de pistas fornecidas pelo próprio manual, [a] *order* referencial sobre a qual o sistema diagnóstico proposto pelo DSM se fundamenta: o indivíduo autônomo, racional e responsável por seus atos, tal como concebido pelas sociedades industriais capitalistas ocidentais contemporâneas: participante da competição e do consumo capitalista, tendo como valores fundamentais a realização individual e familiar e o desfrute de bens e de experiências prazerosas” (Pereira, 2013, p. 44).

<sup>37</sup> O DSM-IV-TR ressalva que tal separação não implica que a patogênese e o tratamento dos diferentes transtornos dos eixos I e II devam ser diferenciados (APA, 2002, p. 60). Para saber quais transtornos constituem os eixos I e II, ver APA (2002, pp. 60-61).

<sup>38</sup> O manual reitera a seguinte advertência, que já consta na introdução do documento e que pretende superar a dicotomia físico e psíquico: a divisão entre os eixos I, II e III não significa que os transtornos mentais não contenham uma dimensão biológica e física, assim como não implica que uma condição médica geral não estabeleça relação com fatores e processos psíquicos, sociais e comportamentais (APA, 2002, p. 61).

<sup>39</sup> Segundo Ehrenberg (1998, p. 169), é nesse eixo que se situa o caráter “reacional” empregado para compreender os transtornos mentais nas duas primeiras edições do manual. Importa sublinhar que tal eixo parece não ser inteiramente aplicado, sobretudo em pesquisas epidemiológicas que desconsideram o contexto psicossocial e ambiental dos sintomas mediante a contagem pessoal e computacional, ao contrário da prática clínica, que solicita o bom senso médico diante do paciente (cf. Horwitz; Wakefield, 2010). De fato, justificando a eliminação da avaliação multiaxial, o DSM-5 corrobora o uso reduzido do eixo IV: “Embora esse eixo fornecesse informação útil, mesmo que isso não fosse usado tão frequentemente como pretendido [...]” (APA, 2013, p. 16).

<sup>40</sup> Para tanto, o eixo V utiliza a “Escala de Avaliação Global do Funcionamento” (AGF), que estabelece um *continuum* hipotético entre a saúde e a doença mental, com pontuação de 100 a 0 (cf. APA, 2002, p. 66).

Assim, baseando-se na afirmação da versão anterior que assinala a relação recíproca entre o mental e o físico<sup>41</sup>, o DSM-5 simplifica a prática diagnóstica agrupando os eixos I, II e III. Não obstante a relevância do eixo IV, o DSM-5 identifica sua subutilização prática<sup>42</sup>, razão pela qual o documento dispensa a formulação de uma avaliação específica para servir-se de códigos da CID-09 e da CID-10, os quais são utilizados amplamente pelas ciências médicas para avaliar estressores psicossociais. O eixo V, por fim, é excluído do manual por diversos motivos, tais como sua “falta de clareza conceitual” e sua “psicometria questionável na prática rotineira” (APA, 2013, p. 16). De forma análoga à substituição do eixo anterior, o DSM-5 sugere para estudos adicionais uma escala de avaliação da OMS<sup>43</sup>, igualmente empregada em toda a medicina para alcançar uma medida global de incapacitação, o que constituía o objetivo do eixo V. Procedendo assim, tudo se passa como se a racionalidade psiquiátrica contemporânea atuasse não apenas de maneira científica – considerando que tais modificações se apoiam em análise bibliográfica e testes de campo rigorosos, como assegura o manual –, mas também estratégica, de modo a tentar eliminar o epíteto “especial” que ainda a estigmatiza diante das outras ciências médicas.

\* \* \*

É por meio da instauração desse novo paradigma em psiquiatria que a concepção de depressão baseada na dicotomia neurose-psicose e/ou reativa-endógena cede lugar à abordagem sindrômica que pretende descontextualizar os sintomas e desconsiderar a etiologia, padronizando assim a prática diagnóstica. Para uma clínica sindrômica, portanto, não importa mais – ao menos em tese – se os transtornos depressivos são endógenos, exógenos ou psicogênicos. Na prática, porém, o declínio da tripartição etiológica sugere uma relativa indiferença em relação ao sujeito, que não precisa mais ser investigado em sua dimensão histórica, uma vez que a ação neuroquímica e molecular de antidepressivos diversos visa especialmente a recobrir o déficit de neurotransmissores, que operam então como

---

<sup>41</sup> Cf. *supra*, nota 38.

<sup>42</sup> Cf. *supra*, nota 39.

<sup>43</sup> Trata-se da escala “The WHO Disability Assessment Schedule” (WHODAS).

causalidade latente independentemente das circunstâncias desencadeadoras do transtorno<sup>44</sup>.

É verdade que a causalidade biológica da depressão ainda não é manifesta, visto que a síndrome prescinde até nossos dias de marcadores biológicos efetivos<sup>45</sup>. Entretanto, a concepção atual e hegemônica de depressão como desequilíbrio neuroquímico se baseia no que se convencionou designar “prova terapêutica”. Tal operação consiste em aferir a causalidade da patologia a partir do efeito de antidepressivos como os Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS), os Tricíclicos e os Inibidores de Monoamina Oxidase (IMAO). Isto é, se a eficácia do mecanismo de ação de antidepressivos reside no aumento de disponibilidade de serotonina, noradrenalina e dopamina para receptores pós-sinápticos, é o *déficit* de tais neurotransmissores – especialmente da serotonina – que constitui, por decorrência, a causalidade da síndrome. Daí a ideia de que são os antidepressivos que definem a depressão<sup>46</sup>. Para evidenciar essa operação que a psiquiatria biológica atual realiza, Pignarre (2003) formula o conceito de “*petite biologie*”, que indica a função epistemológica que o psicofármaco cumpre diante da ausência de marcadores biológicos da depressão. Para tal procedimento a um só tempo estratégico e equivocado da psiquiatria biológica – a transformação do mecanismo de ação das moléculas em explicação da depressão – só poderia restar o qualificativo de “*petite biologie*”, cuja função específica na indústria farmacêutica consiste em produzir novos psicofármacos que serão sempre os penúltimos no

---

<sup>44</sup> Segundo Ehrenberg (1998; 2004d), o modelo de “*déficit*” substitui assim o de “*conflito*”, que caracterizava o esquema freudiano das neuroses e operava ainda nas duas primeiras versões do DSM. Em vez de excesso de energia psíquica, a depressão será considerada no interior do novo paradigma como uma patologia da insuficiência. A substituição do modelo etiológico pelo descritivo constitui, desse modo, a vitória tardia de Pierre Janet sobre Freud, sustenta o sociólogo francês.

<sup>45</sup> Há, contudo, indicadores biológicos não específicos, tais como anormalidades do sono encontradas por meio de polissonografia, desregulação de sistemas de neurotransmissores (serotonina, norepinefrina, dopamina, acetilcolina e ácido gama-aminobutírico), alterações de neuropeptídeos, de hormônios e de fluxo sanguíneo cerebral. Todavia, como as versões mais recentes do próprio manual asseguram, tais evidências são insuficientes para constituir a fisiopatologia específica da depressão (APA, 2002, pp. 351-352; APA, 2013, p. 165). Vale dizer que, procurando marcadores biológicos da depressão, a psiquiatria contemporânea parece dar continuidade ao princípio hipocrático que relacionava a melancolia a um substrato fisiológico, a saber, a quantidade e a qualidade da bile negra. A esse respeito, ver Aristóteles (1998), especialmente a introdução elaborada por Jackie Pigeaud.

<sup>46</sup> Sobre a história, os mecanismos de ação, as especificidades, o consumo e as funções sociais de antidepressivos – e de outros psicotrópicos como neurolépticos e ansiolíticos – em nossa atualidade, ver Angell (2011), Biehl (2008), Caponi (2007), Ehrenberg (1998, pp. 25-26, 86-89, 90-114, 154-162, 190-205, 223-225), Fédida (2002, pp. 30, 181, 190), Hernáez (2010), Horwitz e Wakefield (2010, pp. 170-225), Kehl (2009, pp. 51-57), Pignarre (2003), St-Hilaire (2009) e Rose (2013, pp. 262-310).

mercado, argumenta convincentemente Pignarre (2003)<sup>47</sup>. Associada ao desenvolvimento da psicofarmacologia, a psiquiatria contemporânea – “ateórica” e “descritiva” – apresenta o seguinte paradoxo: ao mesmo tempo em que se define pela ausência de marcadores biológicos, como ainda se lê na versão mais recente do DSM (APA, 2013, p. 21), sua prática clínica crê na existência deles. Diante disso, deve-se notar de partida como a abordagem ateórica da depressão preconizada desde o DSM-III implica uma prática clínica e terapêutica que indica a parcialidade da concepção: em vez de problema existencial, a depressão se reduz a uma disfunção neuroquímica<sup>48</sup>.

Mas de que modo, afinal, os transtornos depressivos são apresentados e descritos desde o DSM-III? Na versão de 1980, os transtornos depressivos constituem três categorias diagnósticas agrupadas na classe “Transtornos afetivos” (*Affective disorders*), a saber: “depressão maior”, “transtorno distímico” ou – como ao lado desta expressão figura entre parênteses – “neurose depressiva” e “depressão atípica”, que se torna, a partir do DSM-III-R, “transtorno depressivo sem outra especificação” (S.O.E.)<sup>49</sup>. Na versão revisada de 1987, o DSM-III-R, a classe que reúne os transtornos depressivos recebe a designação “mais descritiva” (APA, [1987] 1989, p. 441) de “Transtornos de humor”<sup>50</sup> (*Mood disorders*), a qual agrupa ainda os transtornos bipolares e permanece até o DSM-IV-TR, publicado em 2000. No tocante aos transtornos depressivos, tal classe apresenta as já mencionadas categorias diagnósticas: “depressão maior”, “distímia” e “transtorno depressivo S.O.E.”. É apenas no DSM-5 que os transtornos depressivos e os transtornos bipolares são separados, tornando-se classes distintas com suas respectivas nomeações e com categorias diagnósticas próprias.

<sup>47</sup> A esse respeito, ver também Caponi (2010). O documentário *The marketing of madness: are we all insane?* (Stith, 2009) mostra, de forma denunciativa, a lógica de sobreposição e de substituição constante de psicotrópicos desde a invenção da psicofarmacologia nos anos 1950. Como as datas evidenciam, a cultura das drogas legais é anterior ao DSM-III (cf. Horwitz; Wakefield, 2010, pp. 218-219).

<sup>48</sup> Aludindo à propaganda direta de antidepressivos ao consumidor, que é permitida em países como os EUA, a capa original do livro *The loss of sadness*, de Horwitz e Wakefield, mostra um *outdoor* com a seguinte mensagem, que ilustra a hegemonia de tal concepção: “Depression is a flaw in chemistry, not a character. For free information call 1-800 829 828”. A imagem pode ser conferida em: [http://books.google.com.br/books/about/The\\_Loss\\_of\\_Sadness\\_How\\_Psychiatry\\_Trans.html?id=oWmIN3wSJmoC&redir\\_esc=y](http://books.google.com.br/books/about/The_Loss_of_Sadness_How_Psychiatry_Trans.html?id=oWmIN3wSJmoC&redir_esc=y). Sobre a “desmentalização” da depressão, que é concebida cada vez mais como problema cerebral, pode-se consultar, por exemplo, Pierre-Henri Castel (2009, pp. 137-173).

<sup>49</sup> É no DSM-III que o conceito de “depressão maior” emerge, assim como o conceito de “depressão neurótica” da versão anterior se torna “distímia”, a qual devém, por sua vez, “transtorno depressivo persistente” no DSM-5.

<sup>50</sup> O DSM-III-R define humor como “uma emoção prolongada que colore toda a vida psíquica”, envolvendo, geralmente, depressão ou euforia (APA, 1989, p. 227).

Considerando a relativa continuidade da racionalidade psiquiátrica ocidental nessas sucessivas versões do manual, detenhamo-nos na forma como os transtornos depressivos são apresentados e descritos no DSM-IV-TR<sup>51</sup>. Ao lado da vigência atual da CID-10 (OMS, 1993), a quarta versão do manual da APA embasa conceptualmente a afirmação oficial da OMS (2001, pp. 53-58) de que a depressão constitui em nossos dias a principal carga de incapacidade e se tornará, em breve, a segunda maior carga patológica mundial, atrás apenas das doenças isquêmicas cardíacas<sup>52</sup>.

No DSM-IV-TR, a classe “Transtornos do humor” envolve as seguintes perturbações: transtornos depressivos, transtornos bipolares e dois transtornos baseados na etiologia, sendo um devido a uma condição médica geral (*e.g.*: depressão decorrente de hipotireoidismo) e outro induzido por substância (*e.g.*: droga de abuso, medicamento, toxina). A fim de mostrar como o manual territorializa diferentes experiências no conceito extenso de depressão, analisemos as seguintes classificações: “transtorno depressivo maior”, “distímia” e “transtorno depressivo sem outra especificação”, no qual se incluem as categorias indicadas para estudos adicionais, tais como “transtorno disfórico pré-menstrual”, “transtorno depressivo menor” e “transtorno depressivo breve recorrente”.

A categoria principal é o transtorno depressivo maior, cujas características são humor deprimido e/ou anedonia somados a uma lista de sintomas como alterações no apetite ou peso, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou diminuição da energia, sentimentos de inutilidade ou culpa, dificuldades

---

<sup>51</sup> Apesar dessa delimitação, mencionaremos as mudanças mais significativas em relação às outras edições, destacando sobretudo o modo como os transtornos depressivos são compreendidos na versão mais recente do manual, o DSM-5, que funciona como vetor de desenvolvimento da nosologia psiquiátrica contemporânea.

<sup>52</sup> No relatório da OMS (2001, pp. 53-58), lê-se a importante constatação em forma de alerta: “Considerando apenas o componente incapacidade da carga, as estimativas da CGD [Carga Global de Doenças] 2000 mostram que as afecções mentais e neurológicas respondem por 30,8% de todos os anos vividos com incapacidade (AVI). De fato, a depressão causa a maior proporção de incapacidade, representando quase 12% do total. [...] Embora essas estimativas demonstrem claramente o muito elevado nível atual da carga resultante da depressão, as perspectivas para o futuro são ainda mais sombrias. Até 2020, se persistirem as tendências atuais da transição demográfica e epidemiológica, a carga da depressão subirá a 5,7% da carga total de doenças, tornando-se a segunda maior causa de AVAI [Anos de vida ajustados por incapacitação] perdidos. Em todo o mundo, somente a doença isquêmica cardíaca a suplantará em AVAI perdidos em ambos os sexos. Nas regiões desenvolvidas, a depressão é que terá então mais peso na carga de doenças”. Uma pesquisa epidemiológica transnacional realizada em conjunto com a OMS e publicada em 2011 corrobora a informação de que a depressão, segundo a concepção do DSM-IV, é uma das principais causas de incapacidade em todo o mundo, como revelam os dados relativos a países de alta, média e baixa renda (Bromet et al, 2011). Ademais, a OMS estima que 350 milhões de pessoas sofram atualmente de depressão no mundo (Marcus et al., 2012).

para pensar, concentrar-se ou tomar decisões, pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio. Para a consumação diagnóstica, é preciso que o paciente apresente, no mínimo, um dos dois sintomas nucleares (humor deprimido e/ou anedonia) mais quatro sintomas adicionais durante pelo menos duas semanas (critério A). O DSM-IV-TR apresenta ainda outros quatro critérios diagnósticos, entre os quais destacamos dois que são inéditos em relação ao DSM-III-R<sup>53</sup>. O primeiro (critério C) é que os sintomas devem causar “sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes do indivíduo” (APA, 2002, p. 355). Como se vê, tal critério estabelece absoluta conformidade com a função operacional do conceito de transtorno mental, cuja definição é o sofrimento e a disfunção ou prejuízo na capacidade de desempenho nas relações ocupacionais, sociais, interpessoais e familiares. De acordo com a tese de Horwitz e Wakefield (2010), esse critério de transtorno é especialmente problemático no caso da depressão, uma vez que tanto o sofrimento quanto o prejuízo funcional, social ou ocupacional podem decorrer de situações críticas de perdas às quais o indivíduo reage com tristeza intensa, fadiga, insônia, entre outros sintomas depressivos que, contextualizados, não poderiam ser considerados patológicos. Outra adição significativa em relação ao DSM-III-R é o critério E, que inviabiliza o diagnóstico caso os sintomas sejam provenientes de luto no período de dois meses<sup>54</sup>.

A polêmica em torno da exclusão do critério relativo ao luto no DSM-5 é digna de nota. Não obstante a premissa do atual paradigma psiquiátrico de desconsiderar em parte significativa dos casos a etiologia e o contexto dos sintomas, a quarta versão do manual orienta o clínico a julgar como normais os sintomas decorrentes de luto, “a menos que estejam associados com acentuado prejuízo funcional ou incluam preocupação mórbida com desvalia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor” (APA, 2002, p. 351). Como se sabe, o DSM-5 eliminou este único critério de exclusão diagnóstica em contextos de perda, reduzindo assim a normalidade dos sintomas presentes no luto para apenas duas semanas, que é a duração limite para que sintomas depressivos ainda não

---

<sup>53</sup> Os outros dois critérios (B e D) postulam o seguinte, respectivamente: os sintomas não satisfazem os critérios para um episódio misto, que configura um tipo de transtorno bipolar, e os sintomas não decorrem de efeitos fisiológicos diretos de substâncias ou de uma condição médica geral.

<sup>54</sup> Embora o DSM-III-R já ressaltasse que “a perturbação não é uma reação normal à morte de uma pessoa amada” (APA, 1989, p. 238), essa versão não especificava a duração do luto normal, como estabelece a edição subsequente.

configurem um transtorno psiquiátrico. Todavia, em vez de uma simples exclusão, como o fato se disseminou através de diferentes meios de comunicação, o DSM-5 apresenta duas passagens que sugerem cautela clínica na avaliação dos sintomas, de modo a não confundi-los com reação de tristeza intensa normal. A primeira observação, que figura no corpo do texto, menciona os contextos de perda (*loss*) para além da morte da seguinte maneira:

Respostas a perdas [*loss*] significativas (*e.g.*, mortes [*bereavement*], ruína financeira, perdas [*losses*] advindas de um desastre natural, uma deficiência ou doença médica grave) podem incluir os sentimentos de tristeza intensa, ruminação sobre a perda, insônia, falta de apetite e perda de peso observados no Critério A e que podem parecer-se com um episódio depressivo. *Embora tais sintomas possam ser compreendidos ou considerados apropriados à perda, a presença de um episódio depressivo maior, em adição à resposta normal a uma perda significativa, deve ser também considerada cuidadosamente.* Essa inevitável decisão requer o exercício de julgamento clínico baseado na história do indivíduo e nas normas culturais para a expressão do sofrimento no contexto de perdas [grifo nosso] (APA, 2013, p. 161).

Na sequência, uma nota de rodapé extensa prossegue o raciocínio, advertindo especificamente para a diferenciação clássica estabelecida desde Freud (2011) entre luto normal (*grief*) e sintomas patológicos<sup>55</sup>. Apesar da distinção rigorosa que a nota de pé de página apresenta, é preciso considerar que a rapidez com que clínicos gerais diagnosticam no contexto de cuidados primários em saúde,

---

<sup>55</sup> Eis a nota em que o DSM-5 diferencia sintomas normais de luto de um episódio depressivo maior: “Distinguindo luto [*grief*] de um episódio depressivo maior (MDE, na sigla em inglês), é útil considerar que no luto o afeto predominante são sentimentos de vazio e perda, enquanto no MDE persiste o humor deprimido e a incapacidade de prever alegria ou prazer. A disforia no luto provavelmente diminui em intensidade ao longo de dias ou semanas e ocorre em ondas, chamadas dores do luto. Tais ondas tendem a associarem-se com pensamentos ou recordações do falecido. O humor deprimido do MDE é mais persistente e não está preso a pensamentos e preocupações específicas. A dor do luto pode estar acompanhada por humor e emoções positivas que não são características da miséria e da tristeza generalizada que caracteriza o MDE. O conteúdo do pensamento associado com luto apresenta geralmente uma preocupação com pensamentos e memórias do falecido, ao invés da autocritica ou das ruminatórias pessimistas encontradas no MDE. No luto, a autoestima é geralmente preservada, ao passo que no MDE sentimentos de inutilidade e autoaversão são comuns. Se a ideiação autodepreciativa está presente no luto, ela envolve tipicamente fracassos percebidos em relação ao falecido (por exemplo, não tê-lo visitado com frequência suficiente, não ter dito ao falecido o quanto ele ou ela era amado/a). Se o indivíduo enlutado pensa na morte e em morrer, tais pensamentos são focados geralmente no falecido e na possibilidade de juntar-se a ele, enquanto no MDE tais pensamentos são voltados ao final da própria vida em função de sentimentos inúteis, indignos de vida e incapazes de aguentar a dor da depressão” (APA, 2013, p. 161). De modo abreviado, uma distinção semelhante é apresentada na categoria “transtorno da perda complexa persistente”, ainda não incorporada na classificação oficial do DSM-5 por falta de evidências científicas (APA, 2013, pp. 790-792; cf. *infra*, nota 73).

em que se enquadram a maioria dos casos mais brandos de depressão, pode torná-la inútil e até mesmo imperceptível. É o que, de alguma forma, já alertara Allen Frances (2010; 2012a; 2012b; 2013), travando uma batalha insistente contra a exclusão do critério relativo ao luto no DSM-5, que permaneceu aberto para escrutínio público durante sua preparação. De acordo com o psiquiatra que presidiu a Força-Tarefa do DSM-IV, nem mesmo os melhores clínicos treinados seriam capazes, fazendo uso do bom senso diagnóstico, de distinguir sintomas normais de luto de depressão amena, como defendem os responsáveis pelo DSM-5 (Frances, 2013). Mobilizando críticos como Wakefield, Cacciatore e Friedman, o psiquiatra estadunidense chama a atenção para a ausência de evidências científicas que sustentem *validamente* a redução da duração do luto normal, ao mesmo tempo em que denuncia o interesse da indústria farmacêutica, pronta a “educar” clínicos e pacientes potenciais a propósito de que a duração acima de quatorze dias de sintomas comuns de luto constitua *confiavelmente* um episódio depressivo maior.

Sob risco de reduzir a credibilidade científica e médica do manual, uma decisão como esta fortalece, no entanto, o prognóstico sombrio da OMS, dado o aumento expressivo da quantidade de diagnósticos falso-positivos que o novo conceito de depressão deve ocasionar<sup>56</sup>. Porém, a fabricação da ideia de epidemia depressiva pode resultar não apenas do excesso de diagnósticos potencialmente incorretos que provêm, no contexto clínico, do afrouxamento dos já muito soltos critérios diagnósticos que definem a depressão<sup>57</sup>; tal ideia alarmante é também

---

<sup>56</sup> De acordo com Horwitz e Wakefield (2010, pp. 45-48), o luto constitui o único caso de reação à perda em que o DSM-IV considera corretamente o contexto dos sintomas depressivos. Com base em estudos diversos, os autores mostram como a inexistência de tal cláusula, que desaparece efetivamente no DSM-5, implicaria, de modo incontornável, uma altíssima incidência de depressão: “Se o luto não fosse excluído do DSM, entre um terço e metade dos enlutados poderiam ser diagnosticados com transtorno depressivo no primeiro mês após a morte. Entre aqueles que perderam o cônjuge, a maioria dos estudos indica que entre 20% e 40% – em alguns estudos esse percentual é superior a 50% – experimentam sintomas tão intensos quanto os presentes no Transtorno Depressivo Maior durante os primeiros meses. Considerando-se a reação de pais diante da morte de filhos ou a reação de adolescentes diante da morte dos pais, esses índices são ainda mais altos – e os sintomas depressivos são mais intensos e mais duradouros que aqueles que surgem com a morte do cônjuge” (Horwitz; Wakefield, 2010, p. 46).

<sup>57</sup> Não sem ironia, afirma Frances (2013): “Em sua tentativa zelosa de nunca perder nenhum paciente possível, o DSM-5 endossa ainda mais o afrouxamento [*loosening*] do que já são os critérios muito soltos [*too loose*] para depressão – portanto, etiquetando erroneamente o luto e ferindo potencialmente muitos milhões de enlutados”. Em vez de cuidar de centenas de milhões de enlutados, insta então o psiquiatra, o campo da saúde mental deveria voltar sua atenção àqueles que efetivamente necessitam de cuidados médicos psiquiátricos. Na seção “*Une impossible définition*”, Ehrenberg (1998, pp. 82-84) mostra a dificuldade de precisar o que é a depressão – que envolve sintomas tão cotidianos como insônia e fadiga – segundo psiquiatras notórios, como Herman Van Praag, precursor da hipótese serotoninérgica no fim dos anos 1960. A esse respeito, o psiquiatra e

apresentada e divulgada por meio de pesquisas epidemiológicas, cujos questionários são comumente aplicados por leigos treinados a desconsiderar o contexto dos sintomas, que serão depois contabilizados impessoalmente e de forma computadorizada, como mostram Horwitz e Wakefield (2010, pp. 147-169)<sup>58</sup>. Ora, do ponto de vista lógico, não há dúvida de que a mudança nas determinações do conceito de depressão modifica sua extensão<sup>59</sup>; ainda que haja uma nota advertindo cautela médica e bom senso no julgamento clínico, a dignidade humana do luto normal se torna então refém de diferentes Simões Bacamartes que podem interpretá-la segundo seus próprios interesses e perspectivas<sup>60</sup>.

Outra categoria diagnóstica que integra os transtornos depressivos é a distímia. Apresentada inicialmente no DSM-III, essa perturbação se caracteriza pela cronicidade e menor intensidade e quantidade de sintomas depressivos. Para satisfazer os critérios diagnósticos da distímia segundo o DSM-IV, o indivíduo deve apresentar humor deprimido persistente durante dois anos, no mínimo, mais pelo menos dois sintomas de uma lista que contém alterações no apetite, no sono, fadiga ou baixa de energia, baixa autoestima, baixa concentração, dificuldade para tomar decisões e sentimentos de desesperança (Critérios A e B)<sup>61</sup>. Além disso, é necessário que, durante os dois anos, os sintomas não tenham remitido mais do que

psicanalista suíço André Haynal afirma: “As discussões de critérios nos torna sensíveis ao fato de que não sabemos de que falamos, por exemplo, quando falamos de *doenças* depressivas [grifo do autor]” (Haynal *apud* Ehrenberg, 1998, p. 172). Diante da imprecisão e da heterogeneidade que persistem quarenta anos após a descoberta – ou invenção – de antidepressivos, “a psiquiatria pena para produzir uma teoria da depressão”, constata Ehrenberg (1998, p. 83).

<sup>58</sup> Para os autores de *A tristeza perdida, o boom* da depressão a partir dos anos 1970 e 1980 se deve sobretudo ao modo como a síndrome passou a ser concebida e diagnosticada para além do contexto hospitalar – o qual justificava inicialmente a avaliação de sintomas descontextualizados, dado o estatuto de patológico atribuído a internos –, bem como classificada em estudos epidemiológicos na comunidade.

<sup>59</sup> Questionando o estatuto de doença atribuído à depressão, Pierre Fédida (2002, pp. 179-180) sustenta que o conceito se apresenta como uma “quase-noção”, sem consistência nosográfica, vagamente descritivo e possivelmente em vias de extinção; de modo semelhante, Hacking (2001, pp. 169-170) emprega a noção de “doenças transitórias” para referir-se a transtornos como a histeria, o transtorno da personalidade múltipla e a anorexia, que têm seu tempo e sua época. De acordo com o psicanalista francês, a ideia de “quase-noção” se deve à grande extensão prática do conceito de depressão e seu inevitável efeito de banalização, que produz assim a epidemia depressiva.

<sup>60</sup> Como se sabe, Simão Bacamarte é o médico psiquiatra protagonista de *O Alienista*, irônico conto de Machado de Assis (2006).

<sup>61</sup> Em crianças e adolescentes, em vez de deprimido, o humor pode ser irritável – tal como pode se apresentar também no transtorno depressivo maior – e a duração se reduz para um ano. Cabe registrar que no DSM-III (APA, 1980, pp. 220-223), que desmembra a “neurose depressiva” em “depressão maior”, “transtorno distímico” e “transtorno do ajustamento com humor deprimido”, a distímia se caracterizava pela presença de humor deprimido e/ou anedonia mais três sintomas de uma lista de treze. A redução para apenas dois sintomas adicionais estabelecida pelo DSM-III-R e mantida no DSM-IV pode indicar a tendência gradativa do manual de capturar experiências cada vez mais tênues de sofrimento, patologizando-as.

dois meses nem satisfaçam os critérios diagnósticos de transtorno depressivo maior, que seria especificado então como “crônico” (Critérios C e D). Da mesma forma que os critérios para transtorno depressivo maior, não deve haver sintomas de episódio misto, maníaco, hipomaníaco ou de outros transtornos, tampouco serem atribuídos a efeito fisiológico direto de qualquer substância ou devidos a uma condição médica geral (Critérios E, F e G). Por último, o DSM-IV adverte igualmente que os sintomas devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento em alguma área importante da vida do indivíduo.

No DSM-5, a distímia devém, junto com o transtorno depressivo maior crônico, transtorno depressivo persistente (APA, 2013, pp. 168-171). Em virtude da unificação de ambas as nomenclaturas, uma das exigências da nova categoria diagnóstica é apresentar os critérios para transtorno depressivo maior por dois anos, continuamente. Desse modo, a categoria encerra duas formas de depressão crônica, tanto com maior quanto com menor quantidade de sintomas.

Valendo-se da distímia como exemplo privilegiado para evidenciar a extensão da ação da psiquiatria biológica no tecido social, Henning (2000) chama a atenção para um aspecto controverso da categoria: sua proximidade com os transtornos da personalidade, que constituem o eixo II da avaliação multiaxial vigente no DSM-IV<sup>62</sup>. É que, insidiosa, a distímia apresenta normalmente início precoce, curso crônico e intensidade menor, fazendo-se confundir assim com o modo de existência do indivíduo, que muitas vezes não se reconhece doente<sup>63</sup>. É o que o próprio manual da APA afirma diante de um possível caso de distímia: “Quando o Transtorno Distímico tem uma duração de muitos anos, fica difícil distinguir a perturbação do humor do funcionamento ‘habitual’ da pessoa” (APA, 2002, p. 375).

---

<sup>62</sup> É necessário registrar que a categoria “transtorno da personalidade depressiva” consta no apêndice em que o DSM-IV indica categorias que precisam de estudos adicionais para a incorporação na nosologia oficial. Na seção dedicada ao diagnóstico diferencial dessa categoria, encontra-se a seguinte observação: “A utilidade da distinção entre o transtorno da personalidade depressiva e o Transtorno Distímico ainda é controversa” (APA, 2002, p. 737). Tal afirmação sinaliza a efetiva proximidade entre a distímia e os transtornos da personalidade que constituem o eixo II do manual. É provável que a semelhança entre as duas categorias justifique o desaparecimento absoluto do “transtorno da personalidade depressiva” no DSM-5, como se a nova nomenclatura “transtorno depressivo persistente” a englobasse.

<sup>63</sup> Sabe-se que uma característica fundamental para distinguir o normal e o patológico em psiquiatria, quando a razão do indivíduo não está comprometida, é o autodiagnóstico, já que o indivíduo experimenta por conta própria o que define o conceito de transtorno mental, a saber, o sofrimento e a disfunção. Nesse sentido, o caso de Willian Styron nos parece exemplar.

Desde o DSM-III, porém, o transtorno distímico integra o eixo I, que é constituído por síndromes clínicas que os indivíduos possuem, como vimos anteriormente. Ressaltando essa ambiguidade intrínseca ao transtorno, Henning (2000, pp. 127-129) mostra como a distímia constitui um caso patente do que já mencionamos através da tese de Pignarre (2003): tal perturbação corrobora a ideia de que os psicofármacos determinam não apenas a invenção de algumas categorias diagnósticas como também o lugar que elas devem ocupar na nosologia psiquiátrica oficial. É que a distímia, mostra a pesquisadora a partir de uma análise crítica do livro *Distímia: do mau humor ao mal do humor* (Moreno et al, 2010), tornou-se uma síndrome clínica pertencente ao eixo I sobretudo em função da experiência bem-sucedida com antidepressivos<sup>64</sup>. Relativizando a “importância” de se conceber a distímia como um transtorno do eixo I, como insistem os autores do livro, subscrevendo a racionalidade do DSM, a pesquisadora nos auxilia a perceber como por trás da patologização reside uma estratégia de produção da eficiência. Com efeito, talvez não seja despropositado afirmar que, ao mesmo tempo em que insta o indivíduo a realizar-se constantemente em diferentes domínios da vida social, o imaginário da cultura ocidental – apreendido por nós mediante a nosologia psiquiátrica da depressão – tende a reduzir sua tolerância em relação à experiência tênue com certos sintomas que, a partir de um determinado limite estabelecido quantitativamente, são avaliados como patológicos e desvalorizados socialmente. Parafraseando um aforismo lapidar de Marshall Sahlins (2004, p. 23), diríamos que o efeito esperado para uma sociedade que concebe a vida exclusivamente como busca de felicidade e de autorrealização só pode ser a infelicidade e o fracasso crônicos<sup>65</sup>. Não é difícil perceber assim como a depressão, mesmo em sua forma

---

<sup>64</sup> Eis o que os psiquiatras Nardi e Cordás escrevem na versão de 1997 do livro em questão: “A melhor definição fenomenológica, genética e a resposta terapêutica aos antidepressivos e estabilizadores do humor foram decisivos para a mudança taxonômica desses quadros dos transtornos de personalidade para os transtornos de humor” (Nardi e Cordás *apud* Henning, 2000, p. 129). Da mesma forma, Ehrenberg (1998, pp. 214-215) discorre a propósito do sucesso dos ISRS (Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina) na administração dos sintomas duradouros da distímia. Vale registrar ainda que o transtorno disfórico pré-menstrual, que veremos logo a seguir, deslocou-se do apêndice do DSM-IV que solicita estudos adicionais para a nosologia oficial do DSM-5 após experiências bem-sucedidas com o hidrocloreto de fluoxetina, uma molécula mais específica produzida inicialmente para depressões brandas e moderadas. Conforme Nikolas Rose (2013, pp. 293-294), o uso desse medicamento para o transtorno disfórico pré-menstrual ocorre apenas depois do vencimento da patente do Prozac, que é a marca comercial da fórmula sintetizada inicialmente pelo laboratório Eli Lilly.

<sup>65</sup> É com as seguintes palavras que o antropólogo estadunidense enuncia sua sentença: “[u]m povo que concebe a vida exclusivamente como busca da felicidade só pode ser cronicamente infeliz” (Sahlins, 2004, p. 23).

branda e quase inofensiva, apresenta-se como problema epidêmico e grave para o imaginário sociocultural que constitui concretamente o discurso positivo e político da saúde mental.

Mas são ainda outras categorias diagnósticas que podem fundamentar nossa assertiva, mostrando a função de captura que o DSM é capaz de exercer em relação a experiências depressivas mais cotidianas. Tais categorias se encerram na nomenclatura “transtorno depressivo sem outra especificação”<sup>66</sup>. Ampla, incerta e delegada à arbitrariedade médica, essa terminologia permite ao clínico o diagnóstico de qualquer experiência que não satisfaça os critérios de outros transtornos depressivos, assim como envolve, de forma mais específica, diferentes categorias para as quais o manual solicita estudos adicionais. Entre estas, destacamos o transtorno depressivo menor, o transtorno depressivo breve recorrente e o transtorno disfórico pré-menstrual<sup>67</sup>.

A característica essencial do transtorno depressivo menor é a apresentação reduzida de sintomas e de prejuízo funcional em relação ao transtorno depressivo maior. Embora solicite a mesma duração de sintomas idênticos à lista que constitui um dos critérios diagnósticos da depressão maior, o transtorno proposto exige apenas dois sintomas depressivos, entre os quais deve constar pelo menos um nuclear, a saber, humor deprimido e/ou anedonia. Diferenciando-se da categoria principal de depressão em termos de quantidade e intensidade dos sintomas, o próprio DSM-IV-TR reconhece que “[o]s sintomas que satisfazem esses critérios para pesquisas para transtorno depressivo menor podem ser difíceis de diferenciar de *períodos de tristeza* que fazem parte da vida cotidiana [grifo no original]” (APA, 2002, p. 726)<sup>68</sup>. É que, como já observamos, a lista apresenta

<sup>66</sup> De forma análoga, a CID-10 sugere a aplicação de “não especificado” para diferentes categorias como “episódio depressivo”, “transtorno depressivo recorrente” e “transtorno persistente do humor (afetivo)” (OMS, 1993, pp. 122, 126, 128).

<sup>67</sup> Não ressaltamos o “transtorno misto de ansiedade e depressão” – que consta efetivamente na CID-10 – porque essa categoria que envolve dois polos sintomáticos centrais da ação psiquiátrica atual deve ser diagnosticada oficialmente como “transtorno de ansiedade sem outra especificação”, em vez de “transtorno depressivo sem outra especificação”. Da mesma forma, não destacamos o “transtorno da personalidade depressiva”, que também figura no Apêndice B do DSM-IV, já que tal quadro clínico é diagnosticado como “transtorno da personalidade sem outra especificação”. De todo modo, como sublinhamos anteriormente, o transtorno da personalidade depressiva se aproxima da distímia em virtude das características depressivas duradouras que constituem a personalidade do indivíduo.

<sup>68</sup> O grifo em “períodos de tristeza” no original indica a necessidade de o clínico considerá-los normais, conforme as orientações estabelecidas em “diagnóstico diferencial”, em que se nota sempre a pleora de cruzamentos entre diversos transtornos mentais e a consequente dificuldade de diferenciá-los. Não obstante a advertência, o manual ressalva que, mesmo quando os sintomas decorrentes de períodos de tristeza não satisfaçam os critérios diagnósticos de nenhum transtorno

sintomas comuns como insônia, fadiga, dificuldade para tomar decisões, entre outros que também se destacam por sua complexidade e gravidade, como retardo psicomotor e ideação suicida. De todo modo, a existência de apenas um sintoma comum associado a humor deprimido ou a perda de interesse ou prazer em atividades cotidianas seria suficiente para o diagnóstico de transtorno depressivo menor. Daí afirmar o próprio manual que, embora a prevalência desse transtorno não esteja definida, ela “pode ser relativamente comum” (APA, 2002, p. 725). Conquanto a existência do transtorno depressivo menor esteja igualmente determinada por sofrimento ou prejuízo, o documento adverte que “em alguns indivíduos pode haver um funcionamento quase normal”, ainda que às custas de esforço adicional significativo.

Já figurando efetivamente na CID-10 (OMS, 1993, p. 129), o transtorno depressivo breve recorrente é proposto no DSM-IV como uma variável do transtorno depressivo maior em termos de duração. Para a ocorrência do transtorno, é preciso que a mesma quantidade de sintomas depressivos da categoria principal se manifeste pelo menos dois dias, uma vez por mês, no decurso de um ano. De forma análoga ao que é indicado em transtorno depressivo menor, o manual adverte que o indivíduo pode apresentar, nesse caso, “funcionamento próximo ao normal”, apesar do esforço acentuado que lhe pode ser igualmente solicitado.

De acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2002, pp. 721-724), o transtorno disfórico pré-menstrual se caracteriza por humor acentuadamente deprimido e ansiedade, instabilidade afetiva e desinteresse marcantes. Embora distintos, os sintomas são comparáveis aos do transtorno depressivo maior, variando em termos de duração e não de gravidade, já que pode ocorrer apenas no período pré-menstrual. Ainda que diferencie a categoria proposta da “síndrome pré-menstrual”, “bem mais comum”, o manual reconhece o aspecto relativamente ordinário do transtorno entre as mulheres<sup>69</sup>. Entre as categorias propostas para estudos adicionais que destacamos, o transtorno disfórico-pré-menstrual é o único que se deslocou explicitamente para a nosologia oficial do DSM-5<sup>70</sup>. Entretanto, independentemente da decisão veiculada na versão mais recente do manual, todas

---

depressivo em termos de duração e intensidade, o clínico usufrui de absoluta liberdade, conquistada por sua competência técnica, para diagnosticar “transtorno depressivo sem outra especificação” (cf. APA, 2002, p. 354).

<sup>69</sup> Cabe assinalar que, para além dessa categoria restrita, a maior prevalência dos transtornos depressivos, de maneira geral, reside nas mulheres (cf. OMS, 2001; APA, 2002).

<sup>70</sup> Cf. *supra*, nota 64.

as categorias propostas no DSM-IV, assim como outras condutas que não satisfaçam plenamente os critérios de qualquer transtorno depressivo, podem ser diagnosticadas como “sem outra especificação”, visto que uma das finalidades do DSM é antes de tudo orientar o clínico – que goza de liberdade graças à sua competência técnica – a partir de um paradigma relativamente consensual porém hegemônico no campo da saúde mental e, em especial, da psiquiatria.

Como se vê, a categoria que anula a necessidade de especificação serve para capturar o que está *entre* transtornos definidos categoricamente<sup>71</sup>. Daí o motivo pelo qual o DSM-5 introduz parcialmente a abordagem dimensional (cf. *supra*), assim como substitui a categoria “sem outra especificação” por outras duas que exercem, no entanto, a mesma função: “com outra especificação” e/ou “sem especificação”<sup>72</sup>. Os exemplos oferecidos pelo DSM-5 para a aplicação das duas novas terminologias sugerem fortemente a permanência da função, bem como evidenciam de que forma categorias que não se deslocaram para a nosologia oficial do documento podem ser diagnosticadas na prática clínica. Entre outras especificações de que o clínico pode valer-se, constam os seguintes exemplos: depressão breve recorrente, episódio depressivo de curta duração e episódio depressivo com sintomas insuficientes<sup>73</sup>.

Embora não tenha se deslocado para a classificação oficial do DSM-5, como ocorreu com o transtorno disfórico pré-menstrual, a depressão breve

---

<sup>71</sup> Na introdução do DSM-IV-TR, assegura-se: “As categorias ‘Sem Outra Especificação’ servem para cobrir os não-raros quadros que se encontram nos limites das definições específicas de cada categoria” (APA, 2002, p. 25).

<sup>72</sup> Segundo o DSM-5, a abordagem categorial seria menos capaz de “capturar” a gama completa de transtornos, a qual é “virtualmente ilimitada” (APA, 2013, p. 19); por isso, o DSM-IV incitava a aplicação irrestrita do diagnóstico “sem outra especificação”, constata o manual.

<sup>73</sup> Na classe “Transtornos depressivos” do DSM-5, figuram oito categorias diagnósticas oficiais, a saber: transtorno disruptivo da desregulação do humor (categoria inédita apresentada como alternativa ao excesso de diagnóstico de transtorno bipolar entre crianças); transtorno depressivo maior (que representa a “condição clássica” da classe, conforme expressão do próprio manual (APA, 2013, p.155)); transtorno depressivo persistente (que, como vimos, expressa a unificação da distímia e da depressão maior crônica); transtorno disfórico pré-menstrual (que se desloca, como já observamos, da seção do DSM-IV que solicita mais estudos para a classificação oficial); transtorno depressivo induzido por medicação ou substância; transtorno depressivo devido a outra condição médica; transtorno depressivo com outras especificações; e transtornos depressivos não especificados. Na seção em que se apresentam “condições para mais estudos”, são relativas aos transtornos depressivos as seguintes categorias: episódio depressivo com pequena duração de hipomania e transtorno da perda complexa persistente. Como o nome indica, a segunda categoria propõe distinguir o luto normal do patológico, o qual se concretizaria a partir da persistência de, no mínimo, doze meses de determinados sintomas severos após a perda de um ente querido; para crianças, a duração é reduzida para seis meses. Igualmente à nota em que o DSM-5 justifica a eliminação do critério do luto exigido antes pelo DSM-IV para o diagnóstico de depressão maior (cf. *supra*, nota 55), o manual adverte que o transtorno da perda complexa persistente se diferencia daquela categoria por sintomas nitidamente focados na perda (cf. APA, 2013, pp. 790-792).

recorrente é um exemplo de como o “Apêndice B: Conjunto de critérios e eixos propostos para estudos adicionais” do DSM-IV funciona efetivamente na prática clínica, a despeito do objetivo primeiro do manual de destinar os transtornos que ali figuram tão somente à pesquisa. Inédito, o episódio depressivo de curta duração constitui, por sua vez, uma forma alternativa de diagnosticar o indivíduo que apresenta sintomas de depressão maior com duração insuficiente para tal classificação e de forma episódica, o que exclui a necessidade da recorrência que o primeiro exemplo abrange<sup>74</sup>. Já o episódio depressivo com sintomas insuficientes solicita do indivíduo apenas um sintoma associado ao afeto deprimido durante duas semanas<sup>75</sup>. Por fim, aplica-se a categoria “transtorno depressivo não especificado” quando o clínico “escolhe” (*chooses*) não especificar o diagnóstico (ou há informações insuficientes para tanto) diante do paciente que apresenta o critério absoluto para a existência de transtornos mentais: sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo funcional em alguma área importante da vida social, familiar e produtiva (cf. APA, 2013, pp. 183-184).

É possível afirmar que um dos critérios fundamentais estabelecidos para verificar a existência de transtornos mentais como a depressão se associa a uma essência do *ethos* contemporâneo. Em transtorno disfórico pré-menstrual, por exemplo, lê-se uma indicação que se repete constantemente no manual: o transtorno “deve ser considerado apenas quando os sintomas interferem acentuadamente no trabalho ou na escola ou em atividades sociais costumeiras e relacionamento (p.ex., evitar atividades sociais, redução da produtividade e eficiência no trabalho ou na escola” (APA, 2002, p. 723). Em outras palavras, diante da ausência persistente de achados laboratoriais que comprovem a efetividade de determinados transtornos mentais, como no caso da depressão, é a incapacidade social e produtiva que os caracteriza e os define segundo diferentes ordens e

---

<sup>74</sup> Para a ocorrência do episódio depressivo de curta duração, o indivíduo deve apresentar humor deprimido mais quatro sintomas idênticos aos listados para depressão maior com duração entre quatro e quatorze dias (cf. APA, 2013, p. 183).

<sup>75</sup> É interessante notar que tanto para esse caso como para episódio depressivo de curta duração o DSM-5 emprega o termo “afeto deprimido” (*depressed affect*), diferentemente de “humor deprimido” (*depressed mood*), utilizado para depressão breve recorrente e todas as outras categorias diagnósticas que constam da classe transtornos depressivos do documento. Como as sucessivas versões do manual definem, “humor” designa clima emocional abrangente e constante, ao contrário de afeto, que é mais flutuante (APA, 1989, p. 411 e 420; APA, 2002, pp. 765 e 770; APA, 2013, pp. 817 e 824). Nesse sentido, talvez seja possível interpretar “*depressed affect*” como uma forma atenuada do sintoma nuclear “*depressed mood*”, o que sinaliza uma tendência a capturar e patologizar estados mais tênues, efêmeros e localizados de sofrimento.

combinações de duração, frequência e intensidade dos sintomas. Tal critério não seria problemático em si, isto é, se não vivêssemos em uma lógica social na qual o constante aprimoramento da eficiência, da produtividade, da autorrealização e do desempenho atua como princípio normativo, restringindo assim cada vez mais o que define a normalidade. Para nós, não é sem razão que a ramificação sistemática dos transtornos depressivos – que se multiplicam e variam em torno da “condição clássica” (cf. *supra*, nota 73) – produz categorias que tangenciam sempre a normalidade. Para compreender a existência do *ethos* que se dissemina paralelamente a essa flexibilização classificatória da depressão, analisemos uma teoria central que se difundiu – tal qual o DSM – do neoliberalismo norte-americano para o mundo ocidental capitalista: o capital humano. Tal teoria, colocada progressivamente em prática desde os anos 1960, pode nos auxiliar a compreender a articulação existente entre o discurso positivo da saúde mental e a epidemia depressiva.

### **3.3. Capital humano e transtornos depressivos: duas verdades científicas associadas à função biopolítica da saúde mental**

Sabe-se que a teoria do capital humano provém de economistas neoliberais da Escola de Chicago, entre os quais se destacam Theodore Schultz, Jacob Mincer e Gary Becker. Uma característica elementar de tal teoria consiste na extensão do conceito tradicional de capital ao humano, que adquire assim valor de mercado: daí a necessidade de o indivíduo conceber determinadas capacidades e habilidades como propriedades que devem ser não apenas mantidas como incrementadas permanentemente em vista de rendimentos futuros<sup>76</sup>.

---

<sup>76</sup> Para apresentar a teoria do capital humano e sua extensão a todo o corpo social, lançaremos mão de duas análises fundamentais: Foucault (2008a) e López-Ruiz (2007). De acordo com Laymert Garcia dos Santos (2007a, p. 20), apesar de determinadas diferenças teóricas e metodológicas, ambos os trabalhos “se debruçam sobre a concretização do pensamento neoliberal na vida social”. É evidente que não pretendemos realizar aqui uma análise detida e exaustiva do neoliberalismo em sua totalidade e em sua variedade. Porém, considerando a ideia de que o neoliberalismo norte-americano é colocado em geral sob o signo da Escola de Chicago (cf. Foucault, 2008a, p. 438) e que sua laureada teoria do capital humano se tornou um princípio de valores que orienta a conduta dos homens nas sociedades capitalistas ocidentais (cf. López-Ruiz, 2007), pretendemos mostrar que tanto o discurso da saúde mental que incita à autorrealização constante quanto a “evolução” da nosologia psiquiátrica da depressão que fabrica mediante sua ramificação e flexibilização a ideia de epidemia depressiva podem encontrar lugar em nossa cultura a partir dessa matriz do pensamento neoliberal que se dissemina progressivamente na vida social.

Elaborada nos anos 1960, a teoria do capital humano serve, em um primeiro momento, como modelo explicativo para a riqueza econômica da sociedade norte-americana no pós-guerra<sup>77</sup>. Constatando que categorias centrais da economia política clássica – tais como terra, capital e tempo de trabalho – não permitiam explicar a opulência do período, economistas como Schultz propõem que o desenvolvimento e o aprimoramento de qualidades e capacidades humanas inatas ou adquiridas exercem um papel econômico fundamental<sup>78</sup>. Mais tarde, o investimento em capital humano mediante níveis educacionais formais e informais se tornará o modelo explicativo da disparidade existente entre sociedades liberais avançadas e sociedades terceiro-mundistas (cf. Foucault, 2008a, pp. 318-319; López-Ruiz, 2007, pp. 62, 199, 220). Além de explicação econômica, a teoria do capital humano exerce ainda uma função política indispensável no contexto da Guerra Fria: trata-se de mostrar ao outro lado da cortina de ferro como certa forma de investir em educação, ciência, tecnologia e saúde constituía a supremacia do capitalismo como modelo socioeconômico (cf. López-Ruiz, 2007, pp. 61-62).

Reintroduzindo o trabalho no campo da análise econômica, os teóricos do capital humano realizam uma transfiguração da categoria de trabalhador que afeta de modo direto e extensivo a maneira como os homens devem conduzir suas próprias vidas. Em vez de trabalhadores assalariados que vendem aos donos dos meios de produção sua força de trabalho quantificada homogênea por meio do tempo empregado na atividade, todos os indivíduos devem conceber-se e conduzir-se indistintamente como proprietários de determinadas qualidades que lhe são próprias, heterogêneas, intangíveis e até mesmo inalienáveis, tais como a

---

<sup>77</sup> Como mostra López-Ruiz (2007, p. 56), porém, a noção do humano como capital é anterior aos economistas teóricos da Escola de Chicago, como se observa em textos do século XVII e XIX. De todo modo, é apenas na segunda metade do século XX que o conceito será destituído de toda valoração negativa que considerava impróprio conceber o homem como fonte de riqueza para se tornar uma teoria econômica cuja aceitação ampla permite convertê-la em valor social. Daí a ideia do autor de que, embora o capital humano tenha sido “descoberto” diversas vezes ao longo da história, é somente nos anos 1960 que o conceito foi de fato “inventado”, inscrevendo-se efetivamente na lógica social.

<sup>78</sup> Os teóricos do capital humano atribuem maior relevância à aquisição do que ao inatismo e à hereditariedade das capacidades e qualidades humanas, o que justifica a necessidade de investimentos constantes no humano enquanto forma de capital que pode ser acumulado (cf. Foucault, 2008a, pp. 312-317; López-Ruiz, 2007, pp. 198-199). Já em 1979, contudo, Foucault alertava para o fato de que a constituição do equipamento genético dos indivíduos poderia se tornar uma preocupação futura em função desse modo estritamente econômico de conceber o humano. Capturando tendências com base em alguns estudos neoliberais, o filósofo advertia que o problema político da utilização da genética poderia ocorrer “em termos de constituição, de crescimento, de acumulação e de melhoria do capital humano [...]” (Foucault, 2008a, p. 314). A relação de estudos neoliberais que embasam tal assertiva pode ser conferida em Foucault (2008a, pp. 326-327, nota 35).

inteligência, a criatividade, a motivação, a iniciativa individual, a persistência, a flexibilidade relacional, a comunicação, entre outras características que se tornaram verdadeiros “mantras” em nossa atualidade<sup>79</sup>. Associadas a competências técnicas que podem ser igualmente adquiridas mediante investimentos sistemáticos, é o conjunto dessas capacidades que determina o *desempenho* dos indivíduos conforme a quantidade de capital humano acumulada<sup>80</sup>. Valendo-se dos termos acurados de Foucault (2008a, pp. 308-316), pode-se dizer que é o acúmulo de capacidades que possivelmente torna o indivíduo uma “competência-máquina” que produzirá assim mais “fluxos de renda”, uma vez que, para os neoliberais, o salário consiste no rendimento de um capital específico, o humano<sup>81</sup>.

Tratando esquematicamente a construção teórica dos economistas neoliberais da Escola de Chicago, insistamos na ideia central atinente à transformação de categorias clássicas como “trabalho” e “trabalhador”. Para a lógica inerente à teoria do capital humano, o trabalho se converte em capital e o trabalhador, em capitalista. É Harry G. Johnson quem explicita que o trabalhador em uma economia industrial avançada é tipicamente um capitalista, dado que seus próprios meios de produção, heterogêneos e intangíveis, são sistematicamente produzidos por formas permanentes de investimentos. Daí a ideia do economista da Escola de Chicago de que o trabalhador é “um meio de produção produzido” e “um item de equipamento do capital” (López-Ruiz, 2007, pp. 61, 193, 220-221). Não é difícil perceber assim como a teoria do capital humano promove todos, indistintamente, à categoria de capitalistas de si mesmos, afinal a administração do próprio capital humano implica saber quando, onde e como investir, tal como procedem os investidores de capital financeiro.

A partir do que designa “deslocamento conceitual valorativo”, López-Ruiz (2007) mostra como a teoria do capital humano converte ainda diferentes formas de consumo em investimento. É que para se manterem socialmente valorizados e

---

<sup>79</sup> O termo “mantra” é empregado por López-Ruiz (2007, p. 251) para descrever e evidenciar determinadas características essenciais que são louvadas no mundo corporativo tanto quanto assimiladas e legitimadas progressivamente no corpo social inteiro.

<sup>80</sup> Em função da heterogeneidade do capital humano, os teóricos enfrentam dificuldade não apenas para quantificar o seu acúmulo real como também para calcular o retorno efetivo de investimentos que a sociedade, as instituições, as corporações, a família e os próprios indivíduos realizam no decurso da vida (cf. López-Ruiz, 2007, pp. 209-212).

<sup>81</sup> No mesmo sentido, López-Ruiz (2007, p. 198) escreve: “Basicamente, pode-se dizer que o que é chamado de capital humano são as capacidades (habilidades, destrezas, aptidões, conhecimentos) configuradas nos agentes humanos que geram fluxo de renda”.

economicamente produtivos e rentáveis segundo a lógica concorrencial determinada pelo mercado, os indivíduos precisam perseguir incansavelmente o imperativo “investimento-crescimento”<sup>82</sup>. Não são apenas os investimentos em educação formal – tais como escolarização, cursos profissionais e idiomáticos, especializações e programas de treinamento no trabalho – que atendem tal demanda; as relações de amizade, o tempo de lazer, o tempo de afeto dedicado aos filhos, a possível constituição do equipamento genético deles mediante a escolha do parceiro conjugal adequado até evidentemente o cuidado com a própria saúde constituem formas de investimento cujo efeito esperado é a rentabilidade futura<sup>83</sup>. Daí a insistência de Foucault (2008a) nas aulas dedicadas ao neoliberalismo norte-americano de que a ideia fundamental da teoria do capital humano reside na extensão e na aplicação da racionalidade econômica e de mercado a todo um conjunto de fenômenos sociais e de comportamentos individuais concebidos até então como não econômicos (e.g.: criminalidade, casamento, educação de filhos, tempo de afeto)<sup>84</sup>. Através dessa “economização” de todo o tecido social<sup>85</sup>, a economia se torna “programação estratégica da atividade dos indivíduos” (Foucault, 2008a, p. 307): desse modo, é o

---

<sup>82</sup> Segundo López-Ruiz (2007), uma das principais contribuições da teoria do capital humano, para além da invenção do conceito, reside na diluição da fronteira entre consumo e investimento e na consequente inversão dos termos. Nesse sentido, em vez de pura satisfação presente, o consumo passa a ser concebido como um investimento que, tal como qualquer outro, deve oferecer retornos e rendimentos futuros; em outras palavras, o consumo de determinadas experiências, produtos e serviços se torna a base do aprimoramento do capital humano.

<sup>83</sup> Como já observamos (cf. *supra*, capítulo 2, nota 108), Foucault (2008a, p. 316) oferece a seguinte pista de pesquisa – que perseguimos parcialmente através da articulação entre o discurso positivo da saúde mental e a ideia de epidemia depressiva – a respeito da função política da saúde no contexto da teoria do capital humano: “Poder-se-ia fazer igualmente a análise dos cuidados médicos e, de modo geral, de todas as atividades relativas à saúde dos indivíduos, que aparecem assim como elementos a partir dos quais o capital humano poderá primeiro ser melhorado, segundo ser conservado e utilizado pelo maior tempo possível”. A propósito, o número especial do *The Journal of Political Economy* – publicado em 1962 sob responsabilidade editorial de Schultz e intitulado *Investment in Human Beings* – é considerado muitas vezes a certidão de nascimento da teoria do capital humano (cf. López Ruiz, 2007, p. 201, nota 30). Entre outros títulos, figura ali “*Health as an investment*”, de Selma J. Mushkin (1962), que compara as formas de investimento em educação e saúde, destacando a relevância da segunda que fora até então menos investigada pelos economistas da Escola de Chicago, como se observa, por exemplo, em um célebre título que funciona como uma espécie de “inventário” (cf. Foucault, 2008a, p. 304) dos trabalhos pioneiros de Schultz: *Investment in human capital: the role of education and of research*, de 1971.

<sup>84</sup> Significativamente e de forma inabitual, a aula de 21 de março de 1979 apresenta o seguinte título no manuscrito: “A economia de mercado e as relações não-mercantis” (cf. Foucault, 2008a, p. 329).

<sup>85</sup> Como se sabe, para o neoliberalismo, tal “economização” não se restringe apenas ao corpo social, mas se estende ainda ao corpo político, à arte de governar, dado que a economia de mercado deve restringir a ação governamental, reduzindo o Estado a um mínimo necessário. A despeito das diferenças, desde o liberalismo clássico de Adam Smith até o neoliberalismo alemão e norte-americano, postula-se a subordinação da racionalidade política à racionalidade econômica.

mercado enquanto regulador geral da sociedade que define o consumo como investimento ou não<sup>86</sup>.

Progressivamente se constitui assim a nova ética do *homo oeconomicus* contemporâneo<sup>87</sup>. Ao contrário do modelo clássico, que se caracterizava principalmente por relações de troca em uma sociedade mercantil, o *homo oeconomicus* contemporâneo não apenas aplica a racionalidade econômica a todas as relações como assume a forma empresa como um modo de existência que orienta sua relação com o trabalho, com a propriedade privada, com o casamento, com a família, com seu grupo, com o tempo, com o futuro e sobretudo consigo próprio. Para Foucault (2008a, pp. 203, 331-332), se o *homo oeconomicus* retorna dessa maneira, é porque a multiplicação da forma empresa no tecido social inteiro constitui o escopo da política neoliberal. Nos termos do filósofo, em vez de uma “sociedade supermercado” regulada pela troca mercantil, o neoliberalismo funda uma “sociedade empresarial” que torna a dinâmica concorrencial de mercado o impulso vital das instituições e corporações tanto quanto dos indivíduos propriamente ditos<sup>88</sup>.

Tal ética empresarial que caracteriza a economia social de mercado própria do ordoliberalismo alemão é radicalizada pelos neoliberais norte-americanos. Por isso, tanto para Foucault (2008a, pp. 301-302) quanto para López-Ruiz (2007), o neoliberalismo norte-americano constitui toda uma forma de ser, de pensar e de agir<sup>89</sup>; ou seja, por meio da teoria do capital humano, essa vertente do neoliberalismo institui o *ethos* característico do *homo oeconomicus* atual, que é

---

<sup>86</sup> López-Ruiz (2007, p. 224) mostra como a ordem normativa e valorativa imposta pelo mercado determina qual consumo será concebido como investimento: por exemplo, segundo a perspectiva do mundo corporativo, cursos de inglês ou de espanhol podem ser considerados investimentos, ao passo que o aprendizado de línguas como o tupi e o francês não apenas não constituem uma forma de investimento como ainda manifestam uma problemática dispersão de interesses.

<sup>87</sup> Para uma genealogia do *homo oeconomicus*, mais especificamente de como se constitui o homem econômico emocional contemporâneo, ver Andrade (2011). Como se lê nesse trabalho, bem como na edição do curso de Foucault (2008a, p. 391, nota 10), uma história do paradigma e da figura clássica e contemporânea do *homo oeconomicus* encontra-se em Demeulenaere (1996) e Laval (2007).

<sup>88</sup> Cabe observar o paralelismo existente entre o percurso estabelecido por López-Ruiz (2007) para compreender a proveniência e a concretização do pensamento neoliberal na vida social contemporânea e a linhagem mencionada por Foucault (2008a, p. 201), para o qual “[...] toda a série dos trabalhos de Weber, Sombart, Schumpeter sobre o que é a empresa sustenta efetivamente em grande parte a análise ou o projeto neoliberal”. Também para o filósofo, portanto, tais autores teriam realizado a história política, econômica e cultural da “ética social da empresa”.

<sup>89</sup> Nesse sentido, Foucault (2008a, pp. 301-302, 423) sustenta que, em vez de uma técnica de governantes sobre governados, o neoliberalismo é uma relação entre eles: donde a definição de que a governamentalidade neoliberal consiste na arte de governar a partir da racionalidade dos próprios governados.

tornar-se empreendedor de si mesmo<sup>90</sup>. Na qualidade de empresa múltipla e contínua, o indivíduo deve perseguir o autoinvestimento e a formação permanente como meios que o modulam adequadamente para o mercado, não se esquecendo, porém, que é o próprio mercado que determina o valor de tais meios. Não à toa, termos como “formação permanente” e “modulação” são empregados precisamente por Deleuze (1992, pp. 219-226) em seu célebre texto prognóstico, no qual relaciona a noção de “sociedades de controle” ao espraiamento social da forma empresa, que substitui a função da família e da escola, instalando-se no coração do humano<sup>91</sup>. É que, diferentemente de procedimentos disciplinares que “moldavam” os indivíduos em instituições, a noção – “terrível”, no entender de Deleuze (1992, p. 216) – de “formação permanente” os “modula” *para* o mercado, essa entidade abstrata e universal do capitalismo que produz fantástica e concretamente riqueza e miséria<sup>92</sup>. Daí a necessidade política de se questionar *para que* os jovens solicitam insistentemente motivação, estágios e formação permanente<sup>93</sup>. Portanto, ao contrário da suposta liberdade humanista que a forma mais sofisticada e avançada do capitalismo pretende promover, assiste-se a uma nova servidão voluntária: ainda que os investimentos se dobrem sobre os próprios indivíduos, é em função do mercado que o acúmulo de capital humano deve ser programado, executado e

---

<sup>90</sup> No curso de 1979, Foucault (2008a, p. 311) afirma aos seus ouvintes: “O *homo oeconomicus* é um empresário, e um empresário de si mesmo. Essa coisa é tão verdadeira que, praticamente, o objeto de todas as análises que fazem os neoliberais será substituir, a cada instante, o *homo oeconomicus* parceiro da troca por um *homo oeconomicus* empresário de si mesmo, sendo ele próprio seu capital, sendo para si mesmo seu produtor, sendo para si mesmo a fonte de [sua] renda”. Como observamos anteriormente a partir dos trabalhos de Castel (2011) e de Ehrenberg (2004a), a noção de indivíduo empreendedor de si mesmo está efetivamente no cerne da nova cultura psicológica instaurada pelo discurso positivo da saúde mental (cf. *supra*, capítulo 2, pp. 93-97).

<sup>91</sup> Uma aproximação possível ao conceito deleuzeano de “modulação” pode ser o termo “poder enformador” [*puissance informante*], que é empregado por Foucault (2008a, p. 203) para designar a tomada de forma do modelo empresarial nas sociedades capitalistas e neoliberais contemporâneas; igualmente, próximos a “formação permanente”, leem-se no curso de 1979 termos como “relação formativa” e “relação educacional” (Foucault, 2008a, p. 335). Abordamos a formação incipiente do conceito de “sociedades de controle” em Foucault e o desdobramento posterior realizado por Deleuze em Corbanezi (2015a).

<sup>92</sup> Em entrevista a Toni Negri, Deleuze (1992, p. 213) afirma: “No capitalismo só uma coisa é universal, o mercado”. E complementa: “Ora, ele não é universalizante, homogeneizante, é uma fantástica fabricação de riqueza e de miséria. [...] Não há Estado democrático que não esteja totalmente comprometido nesta fabricação da miséria humana”.

<sup>93</sup> É com as seguintes palavras que Deleuze (1992, p. 226) conclui seu texto de 1990: “Muitos jovens pedem estranhamente para serem ‘motivados’, e solicitam novos estágios e formação permanente; cabe a eles descobrir a que estão sendo levados a servir, assim como seus antecessores descobriram, não sem dor, a finalidade das disciplinas. Os anéis de uma serpente são ainda mais complicados que os buracos de uma toupeira”.

mobilizado<sup>94</sup>. É dessa maneira que a racionalidade governamental do neoliberalismo reduz e une todas as dimensões da vida dos indivíduos e seus diferentes modos de existência à esfera econômica do mercado. Para Guillaume Boccara (2013), antropólogo pesquisador do multiculturalismo neoliberal, essa é a base do neoliberalismo “diferencialista”<sup>95</sup>.

Entende-se assim o diagnóstico atual de que a vida se torna *business*<sup>96</sup>. Tal atributo parece ser o efeito de uma teoria econômica incorporada gradativamente por doutrinas da administração no decurso dos anos 1990 e difundida por todo o tecido social como uma forma moralmente correta e economicamente conveniente de conduzir a vida. Para o nosso propósito, um aspecto relevante desse percurso demonstrado por López-Ruiz (2007) a respeito da teoria do capital humano reside na função política adquirida por uma verdade científica. Se em um primeiro momento a teoria pretendia apenas explicar cientificamente a riqueza da sociedade norte-americana no pós-guerra, ela logo se converte em um conjunto de princípios, valores e crenças que orienta a conduta dos homens<sup>97</sup>. Coerente, a tese do sociólogo se apresenta inequivocamente: a partir de uma teoria econômica e científica constitui-se uma ética social que caracteriza o atual espírito do capitalismo. É por isso que a teoria do capital humano não interessa

---

<sup>94</sup> Renovado, o termo “servidão voluntária” é devidamente empregado em diferentes pesquisas sobre o atual paradigma produtivo que se fundamenta sobretudo na ideia de capital humano e de trabalho imaterial (cf. Andrade, 2011; Pereira, 2011). Em outro sentido, Geoffroy de Lagasnerie (2013) pretende sustentar, mediante uma leitura controversa de *Nascimento da biopolítica*, o aspecto emancipatório da formulação teórica neoliberal. Criticando o propósito do sociólogo francês, escrevemos em outra ocasião: “No contexto em que o mercado governa a vida ou a vida é calculada para o mercado, a potencialização das individualidades não deveria ser confundida com emancipação” (Corbanezi, 2014, p. 198). Contudo, cabe notar que, no meio corporativo, a atual configuração do capitalismo é ilusoriamente compreendida, sobretudo por causa da teoria do capital humano, como uma espécie de libertação dos indivíduos e de humanização das empresas (cf. López-Ruiz, 2007, p. 233).

<sup>95</sup> Cf. *supra*, capítulo 2, nota 72.

<sup>96</sup> A ideia de que a vida se reduz atualmente à própria carreira, tornando ambas indiscerníveis tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, é investigada e evidenciada por acadêmicos (cf. Andrade, 2011; López-Ruiz, 2007; Stroud, 2014), bem como alardeada por veículos de comunicação de massa. É o que expressa de modo preciso a revista “Você S/A”, título de vasta circulação nacional que se volta ao mundo dos negócios e manifesta explícita e compactamente a ideia de que o indivíduo é sua própria empresa. Sobre a revista e o empreendedorismo disseminado amplamente como valor social, ver López-Ruiz (2007, pp. 250-262).

<sup>97</sup> Sublinhe-se que o modo de vida de executivos de corporações transnacionais constitui o objeto da pesquisa sociológica de López-Ruiz (2007) na medida em que o *ethos* dessas personagens representa, de forma emblemática, o paradigma da vida social contemporânea.

em si mesma, mas apenas na medida em que embasa a maneira como o indivíduo racionaliza sua relação com o mundo, com os outros e consigo<sup>98</sup>.

No centro da concepção empresarial da vida encontra-se a noção de desempenho. Passível de determinação mediante a quantidade de capital humano acumulado, o desempenho funciona atualmente como medida do sucesso e do fracasso dos indivíduos em uma sociedade que se compõe, pois, de “vencedores” e de “perdedores”<sup>99</sup>. Tanto é assim que, no campo específico da nosologia psiquiátrica da depressão, a ausência ou a disfunção na capacidade de desempenho se apresenta como um critério fundamental para verificar a existência de transtornos depressivos, cuja sintomatologia envolve efetivamente a fadiga, a lentidão psicomotora, a dificuldade comunicacional, a ausência de energia, de motivação, de prazer, de expectativa e de projetos futuros, entre outros *déficits*. É nesse sentido que a epidemia depressiva pode ser a expressão mais acabada de uma legião de “fracassados” que não suportam a responsabilidade inscrita na ideia de autorrealização constante, que está no cerne da biopolítica da saúde mental. Se o excesso é constitutivo da dinâmica neoliberal – como Laymert Garcia dos Santos (2007a, pp. 11-13, 21) mostra a partir da atualização da ópera *Don Giovanni* por Michael Haneke<sup>100</sup> –, a depressão, enquanto *déficit*, insuficiência e desvalorização da vida, se apresenta logicamente como um problema que inviabiliza a manutenção, a aquisição e o exercício do capital humano. Ou seja, para a lógica neoliberal que circunscreve a biopolítica da saúde mental, a depressão é puro desinvestimento individual e coletivo, ainda que outros mercados se beneficiem com ela,

---

<sup>98</sup> Com ponderação, López-Ruiz (2007, p. 306) ressalva que a teoria do capital humano constitui apenas um elemento do capitalismo contemporâneo. Sua centralidade reside, contudo, no fato de que tal formulação teórica implica um conjunto prescritivo de valores que orientam o modo como os indivíduos conduzem suas vidas. Em linguagem foucaultiana, pode-se dizer que a teoria do capital humano funciona como princípio de governamentalidade, cuja finalidade consiste em programar a vida dos indivíduos conforme as exigências do mercado. A respeito do termo governamentalidade, cf. *supra*, capítulo 2, nota 102.

<sup>99</sup> Como enuncia Tom Peters, autor de *best-sellers* no campo da administração, “na nova economia, ou nos tornamos executivos de nossas próprias vidas, ou estaremos fadados ao fracasso” (López-Ruiz, 2007, p. 254). Vale insistir que em tal enunciado está contida a ideia de que o fracasso no mundo corporativo equivale ao fracasso pessoal absoluto. A partir de *O Relatório Lugano*, da cientista política Susan George, Laymert Garcia dos Santos (2003, pp. 25-27) chama a atenção para o fato de que o neoliberalismo consiste em uma “máquina universal de destruição do ambiente e de produção de perdedores”. Mais terrificante são os critérios seletivos que constituem o grupo dos perdedores, os quais precisam reconhecer-se como responsáveis pela incompetência, inaptidão, pobreza, ignorância, preguiça, criminalidade etc. que lhe são próprias, segundo os preceitos neoliberais.

<sup>100</sup> A relação entre economia política e economia psíquica e libidinal está igualmente no cerne de *Cosmópolis*. Baseado no livro homônimo de Don DeLillo, o filme de David Cronenberg (2012) mostra com rigor a violência de uma crise que conecta derretimento do mercado e desmoraonamento psíquico na figura excessiva de um *yuppie*.

nomeadamente a indústria farmacêutica e técnicas terapêuticas diversas<sup>101</sup>. Desde o *déficit* de neurotransmissores até a extenuação energética em todos os níveis, a depressão representa, em seus variados graus, a impossibilidade de realização da saúde otimizada que se depreende de discursos institucionais e médicos. Invertendo os sinais, não soa estranho observar que o “episódio hipomaníaco”, embora solicite atenção psiquiátrica, seja apresentado tacitamente no DSM-IV-TR como um estado quase socialmente desejado, uma vez que “[a] alteração no funcionamento em alguns indivíduos pode assumir a forma de um aumento acentuado na eficiência, realizações ou criatividade” (APA, 2002, p. 362). O problema é que essa acentuação patológica da eficácia e das capacidades também pode causar algum prejuízo social ou ocupacional, bem como indicar o desenvolvimento para a euforia descontrolada e possivelmente psicótica, típica do episódio maníaco propriamente dito<sup>102</sup>.

Dada a relevância da noção de desempenho, tecnologias médicas contemporâneas se convertem em tecnologias de otimização, cujo objetivo primordial não é mais apenas curar doenças, mas aperfeiçoar as capacidades dos indivíduos. Ainda que restritas às democracias liberais avançadas – isto é, ao “ocidente rico”<sup>103</sup> –, tais tecnologias constituem atualmente o que Nikolas Rose (2013) designa como “a política da própria vida” (*the politics of life itself*). Para o sociólogo inglês, o problema da biomedicina molecular em nossos dias não consiste especialmente em normalizar e restituir a saúde; trata-se, antes, de superar barreiras

---

<sup>101</sup> A partir de dados relativos ao crescimento expressivo do consumo de psicotrópicos no mundo, Rose (2013, p. 290) indica que na bioeconomia contemporânea os transtornos mentais podem ser uma oportunidade fundamental para a criação de lucro privado e para o crescimento econômico nacional. Apesar da facticidade dessa afirmação, deve-se considerar o argumento dos economistas da Escola de Chicago de que o capital humano constitui o elemento principal do desenvolvimento econômico dos países; nesse sentido, não se pode recusar que a depressão, enquanto desinvestimento individual do ponto de vista da produtividade pragmática de mercado, representa um obstáculo lógico para preceitos neoliberais.

<sup>102</sup> Problematizando a depressão como sintoma social do mal-estar contemporâneo, Maria Rita Kehl (2009) argumenta que a epidemia atual do transtorno encontra suas condições de possibilidade em uma sociedade simultaneamente antidepressiva e maníaca, que “[...] aposta na euforia como valor agregado” (cf. Kehl, 2009, pp. 31 e 50). Subtraindo a discussão psicanalítica que foge ao escopo de nossa investigação, é preciso destacar que o aspecto sociológico da tese da autora é que a depressão recusa e questiona valores essenciais da sociedade capitalista contemporânea, entre os quais se destacam a velocidade e o gozo, isto é, a aceleração do tempo e o imperativo da felicidade, do prazer e da satisfação “*prêt-à-porter*”.

<sup>103</sup> Com razão, Rose (2013, p. 353) observa que, em vez do desenvolvimento de tecnologias médicas sofisticadas – tais como medicina genômica e neurogenética –, políticas primordiais como de saneamento básico seriam suficientes para salvar muitas vidas em países terceiro-mundistas. Não obstante a relevância vital dessa afirmação, o próprio sociólogo inglês mostra em suas pesquisas a necessidade de se investigar as tendências de países desenvolvidos. Como Laymert Garcia dos Santos (2005, p. 168) adverte a partir de Marx, “se é para estudar o capitalismo, interessam não as suas formas mais atrasadas, mas o capitalismo de ponta, para saber em que direção ele está caminhando”.

biológicas, intervir em condições pré-sintomáticas e aperfeiçoar capacidades como força, resistência, longevidade, atenção, inteligência: é o que se observa desde o uso variado da genética até o consumo plástico de psicofármacos.

Com efeito, entre outras formas de investir em capital humano – tais como escolarização, cursos idiomáticos e profissionalizantes, treinamento *on-the-job*, atenção médica, ingestão de vitaminas, aquisição de informação sobre o sistema econômico –, pode-se incluir o consumo de psicofármacos. Sem pretender discutir a polêmica se o medicamento seria capaz de produzir um novo *self* – o que parece pouco provável –, o fato incontestável é que seu uso pode estimular capacidades, se não inexistentes, ao menos latentes. Nesse sentido, o uso cosmético de antidepressivos, segundo a fórmula popularizada pelo psiquiatra estadunidense Peter Kramer, constituiria um direito dos indivíduos em sociedades democráticas liberais, em que todos supostamente gozam de liberdade tanto para produzir bem-estar quanto para otimizar suas capacidades, tornando-se *better than well*<sup>104</sup>.

Ora, semelhante argumento não destoa do imaginário da cultura ocidental contemporânea, para o qual “sentir-se bem” implica realizar-se enquanto profissional, pai, cônjuge e cidadão capaz de contribuir efetiva e resignadamente com a sociedade tal como nos é apresentada<sup>105</sup>. Acentuada, essa lógica sugere que a saúde não equivale mais apenas à vida no silêncio dos órgãos, como postulava o fisiologista René Leriche (cf. Canguilhem. 2002, pp. 67-76); para além dessa definição, a saúde consiste hoje em uma configuração ativa a ser percebida e solicitada insistentemente. Com esse raciocínio, St-Hilaire (2009) mostra de forma

---

<sup>104</sup> Autor de *Listening to Prozac: a psychiatrist explores antidepressants drugs and the remaking of the self* [1993], Peter Kramer sustenta que o uso de antidepressivos serve tanto para aliviar os sintomas do transtorno quanto para criar condições para que as pessoas realizem com sucesso suas atividades, produzindo e otimizando, por conseguinte, o bem-estar. É por isso que para Ehrenberg (1998, p. 203), segundo o qual a depressão é uma doença da insuficiência da capacidade de ação e de iniciativa, a pílula promovida pelo *best-seller* do psiquiatra estadunidense pretende mais estimular a ação do que produzir a felicidade, como as traduções francesa e brasileira do título da obra dão a entender equivocadamente (a saber: *Prozac : le bonheur sur ordonnance ?* e *Ouvindo o Prozac: uma abordagem profunda e esclarecedora sobre a “Pílula da Felicidade”*). A respeito da polêmica em torno da psicofarmacologia cosmética, ver ainda Ehrenberg (1998, pp. 225-228), Horwitz e Wakefield (2010, pp. 213-214), Kehl (2009, p. 56), Le Breton (2003, pp. 55-66), Rose (2013 pp. 144-145) e St-Hilaire (2009). Em vez de condenar ingenuamente o uso pragmático e utilitário circunscrito à ideia de psicofarmacologia cosmética, é preciso perceber sua coerência absoluta no contexto da biopolítica da saúde mental, que inculca nos indivíduos a necessidade tanto de realização permanente quanto de bem-estar como fórmula para o sucesso social.

<sup>105</sup> É o que a epígrafe selecionada por St-Hilaire manifesta com clareza: “In contemporary Western culture, ‘feeling good’ about one self is understood to be an accomplishment worthy of effort in that it makes us better workers, spouse, and, more generally, better able to contribute to the society” (Gimlin *apud* St-Hilaire, 2009).

convincente como o uso cosmético e plástico de antidepressivos – outrora designados “energizantes psíquicos”<sup>106</sup> – permite ajustar os indivíduos às demandas sociais contemporâneas, ao mesmo tempo em que as evidencia. Mais do que conspiração de uns sobre os outros, trata-se do atual processo de constituição da subjetividade em sociedade<sup>107</sup>. Nesse sentido, o discurso da saúde, segundo o sociólogo, constitui “o lugar pelo qual se ordenam as exigências sociais”. E o que assistimos hoje é ao “aprimoramento de nossas capacidades, um melhor ajustamento às exigências da vida à qual aspiramos” (St-Hilaire, 2009, s.p.).

A centralidade da noção de desempenho permite perceber que, para além do sofrimento indescritível da depressão severa, tal como testemunha Willian Styron, a “epidemia” do transtorno é instaurada por outro temor: o da crise de incapacidade<sup>108</sup>. Próximo ao aspecto sociológico da tese de Kehl (2009; cf. *supra*, nota 102), Ehrenberg (1998) já sustentara que o aumento dos casos de depressão resultava da conquista de autonomia dos indivíduos após os movimentos contestatórios do final dos anos 1960. Para o sociólogo francês, em vez do modelo disciplinar – no qual a permissão ou a interdição estabelecidas pela lei constituem o fundamento do conflito psíquico próprio da concepção freudiana das neuroses –, os indivíduos experimentam desde então a autonomia como norma social inédita que lhes solicita, sem limites, a capacidade de ação, a iniciativa individual, a escolha pelo modo de vida e a responsabilidade. É por isso que, para o autor de *La fatigue d'être soi*, a depressão consiste antes de tudo em uma patologia da insuficiência, típica de uma sociedade que atribui ao indivíduo, exclusivamente, a responsabilidade pelo

---

<sup>106</sup> Sobre a origem de antidepressivos enquanto “energizantes psíquicos”, conforme a nomenclatura pioneira de Nathan Kline que se sobrepõe ao “retificador do humor” (*redresseur de l'humeur*) de Roland Kühn, ver Ehrenberg (1998, pp. 90-94).

<sup>107</sup> Nesse sentido, o pesquisador da ação social dos medicamentos assegura que o encontro da biomedicina com as tecnociências produz tecnologias eficazes para transformar a subjetividade mediante soluções moleculares. É o que se passa com antidepressivos, que agem especificamente no cérebro, em vez de abranger o indivíduo em sua totalidade, como era até pouco tempo sob o paradigma da psicologia expresso nos DSMs I e II. “Problemas de todos os tipos encontram soluções moleculares. As novas gerações de medicamentos psiquiátricos são a melhor prova disso, eles agem diretamente sobre o cérebro e fazem esse fato redefinir a depressão e a ansiedade em termos de falha [*défaillance*] de neurotransmissores, enquanto há pouco tempo ainda, sob a luz da psicologia, a depressão era abordada, por exemplo, pelo viés da teoria do luto, como a perda de um objeto estimado” (St-Hilaire, 2009, s.p.).

<sup>108</sup> Sabe-se, afinal, que a monstruosidade para o capitalismo consiste na improdutividade. Cabe observar, nesse sentido, que o termo incapacidade não resulta de um dado natural absoluto, mas pode ser, ele também, socialmente construído, como sustenta a perspectiva do construcionismo social (cf. Conrad; Barker, 2011, p. 194).

sucesso social<sup>109</sup>. Daí a ideia de que tudo se passa atualmente como se assistíssemos à ascensão do indivíduo soberano de Nietzsche: porém, em vez de um modo de vida selecionado e destinado a alguns “fortes”, segundo a tipologia nietzscheana, tal indivíduo sobrevém democraticamente massificado<sup>110</sup>. Dessa perspectiva, o transtorno depressivo deve ser percebido especialmente em termos de incapacidade de ação: contrapartida inexorável do homem que devém seu próprio soberano, a depressão é menos paixão triste do que ação insuficiente<sup>111</sup>.

Sublinhada a dimensão capital de parâmetros normativos como desempenho, autorrealização, ação e performance, pode-se afirmar que a ideia de epidemia depressiva não resulta da alta incidência efetiva de casos severos como os de William Styron. De fato, como Horwitz e Wakefield (2010, p. 249) mostram, o discurso institucional da OMS contribui para a fabricação da epidemia depressiva aplicando o nível de gravidade de depressão a todos os casos indistintamente<sup>112</sup>; desse modo, cumpre-se o objetivo de advertir a relevância do transtorno psiquiátrico

<sup>109</sup> Valendo-se da tese de Ehrenberg, Safatle (2012) sustenta que o aumento do sofrimento psíquico característico da depressão resulta da atual mudança do paradigma produtivo, que solicita dos indivíduos atributos antes restritos ao paradigma de produção estética e os quais constituíam, paradoxalmente, a crítica ao taylorismo, a saber: criatividade, capacidade para enfrentar riscos, flexibilidade, mobilidade, afetividade, conjugados, evidentemente, com iniciativa individual e responsabilidade. Também interpretando a epidemia depressiva a partir do trabalho enquanto categoria analítica central, Pereira (2011) defende, na esteira das pesquisas de Christophe Dejours, que o novo paradigma produtivo acentua efetivamente o sofrimento psíquico ao mesmo tempo em que mantém a sujeição dos indivíduos mediante nova servidão voluntária. Desse modo, o autor questiona a tese de Ehrenberg de que a depressão seria o efeito da conquista de autonomia dos sujeitos. Em que pese o fundamento da argumentação, parece-nos que a “autonomia” sustentada por Ehrenberg se refere mais a uma normatividade social que regulamenta a vida do indivíduo em sociedade do que a uma concretização emancipatória; afinal, como vimos, é sobre uma suposta “libertação humanista” que repousa a ideologia própria da teoria do capital humano, segundo a qual todos seriam libertos da condição de trabalhador e alçados à de proprietários de si mesmo, o que, no plano real, só pode instituir uma nova servidão voluntária, salvo aos olhos dos arautos do neoliberalismo. Sobre a ideia de uma nova servidão voluntária, conferir *supra*, nota 94.

<sup>110</sup> Eis o que afirma Ehrenberg (1998, pp. 129 e 236): “O homem soberano, semelhante a si mesmo, que Nietzsche anunciava a vinda, está se tornando uma realidade de massa: não há nada acima dele que possa lhe indicar o que ele deve ser, pois se pretende o único proprietário de si mesmo. Pluralismo moral e não conformidade a uma norma única, liberdade de construir suas próprias regras em vez de vê-las se impor: o desenvolvimento de si se torna coletivamente um negócio que a sociedade deve favorecer. [...] O indivíduo que, liberado da moral, fabrica-se por si mesmo e tende em direção ao além-do-homem (agir sobre sua própria natureza, ultrapassar-se, ser mais do que se é) é nossa realidade, mas, em vez de possuir a força dos senhores [*maîtres*], ele é frágil, ele está em falta [*il manque d'être*], ele está fadigado pela sua soberania e dela se lamenta. Ele não é o alegre saber [*le gai savoir*] nem o riso nietzscheanos. A depressão é assim a melancolia mais igualizada, a doença por excelência do homem democrático”.

<sup>111</sup> Já observamos que a eficácia de antidepressivos repousa mais no estímulo à ação do que na supressão da tristeza ou da dor moral (cf. *supra*, nota 104). É igualmente enquanto “patologia da ação” que os psicanalistas franceses Pierre Fédida (1999, pp. 15-35) e Pierre-Henri Castel (2009, pp. 137-173) abordam a depressão.

<sup>112</sup> “[...] [A]s classificações de gravidade da OMS ignoram a grande heterogeneidade no grau de comprometimento observado em casos de depressão e aplica a classificação mais grave a todos os casos” (Horwitz; Wakefield, 2010, p. 249).

como problema de saúde pública. Ademais, procedendo assim, a OMS exerce o significativo papel de divulgar para todo o mundo, e de modo inquestionável, a concepção hegemônica da Associação Psiquiátrica Americana<sup>113</sup>.

Dado o lugar central que a saúde – e, especialmente, a saúde mental – ocupa no regime ético contemporâneo, parece-nos que a ideia de epidemia depressiva não apenas encontra suas condições de possibilidade no contexto da biopolítica da saúde mental como pode, ela própria, exercer função política equivalente. É que, alertando os indivíduos para a necessidade de cuidado diante de um futuro sombrio, otimiza-se natural e conseqüentemente suas potencialidades<sup>114</sup>. Assim, uma sinergia política se constitui a partir de três verdades científicas díspares: a teoria econômica do capital humano, a concepção psiquiátrica dos transtornos depressivos e o discurso médico e institucional da saúde mental. Não obstante a tendência da natureza humana a desenvolver-se e aperfeiçoar-se, em tempos de capitalismo cognitivo, de economia imaterial, de sociedades de controle

---

<sup>113</sup> “A Organização Mundial da Saúde (OMS) é o principal grupo responsável pela propagação das definições de depressão do DSM dos Estados Unidos para o resto do mundo. Sua preocupação tem sido divulgar os custos enormes da depressão” (Horwitz; Wakefield, 2010, p. 248). De fato, no *Relatório sobre a saúde no Mundo 2001*, lê-se um elogio à padronização e à confiabilidade diagnóstica estabelecidas em psiquiatria, um legado da racionalidade psiquiátrica inaugurada com o DSM-III em detrimento da validade diagnóstica, como vimos anteriormente: “[f]inalmente, os critérios de diagnóstico para transtornos mentais foram padronizados internacionalmente. Atualmente, é possível diagnosticar transtornos mentais de forma tão fiável e precisa como a maioria dos transtornos físicos comuns [...] como diabetes mellitus, hipertensão ou doença hipertensiva das coronárias” (OMS, 2001, p. 48). Desse modo, torna-se possível realizar o objetivo da psiquiatria transcultural de universalizar a concepção ocidental de depressão. Segundo Pignarre (2003, pp. 38-39), tal etnocentrismo psiquiátrico constitui elemento fundamental para a transformação da depressão em epidemia mundial. “Segue sendo o objetivo retribuir a todos os pacientes a classificação comum e universal das perturbações mentais que foram estabelecidas pelos psiquiatras estadunidenses. Esta ativa tarefa levada a cabo pela psiquiatria ocidental para exportar para todo o mundo suas maneiras de observar, de diagnosticar e, por conseguinte, de curar, constitui um novo fator de transformação da depressão em epidemia mundial.”

<sup>114</sup> A relevância da saúde no regime ético contemporâneo não apenas transforma o paciente – passivo por definição – em sujeito ativo como também constitui indivíduos que são verdadeiros economistas de sua própria saúde, segundo a expressão de Rose (2013, p. 140). Para o sociólogo, a cidadania biológica, que consiste no gerenciamento da saúde e da vitalidade em um momento em que a biologia não é mais destino, representa uma face relevante da ética contemporânea, compreendida enquanto modo de conduzir a vida. “As formas que estão sendo assumidas pela individualidade neuroquímica contemporânea, o dismantelamento das fronteiras entre tratamento, recuperação, manipulação e incremento estão intimamente entretecidos com as *obrigações* dessas novas formas de vida. Elas são inerentes à contínua tarefa de monitoramento, gerenciamento e modulação de nossas capacidades, que constituem a tarefa da vida do cidadão biológico contemporâneo [grifo nosso]” (Rose, 2013, p. 310). Nesse sentido, Moraes (2014) mostra, a partir de pesquisa sobre revistas de grande circulação no Brasil, como a saúde se torna paulatinamente uma obrigação social cuja responsabilidade reside no modo como os indivíduos conduzem suas vidas. Em virtude da exigência ética atual de que se pode sempre adquirir *mais* saúde, o fato de não possuí-la intensifica o sofrimento do indivíduo supostamente responsável por sua condição patológica.

ou de biopolítica<sup>115</sup> é fundamental perguntar por que verdades e técnicas supervalorizam determinadas capacidades para além da “simples” saúde. Eis aí a importância de problematizar em termos políticos o aspecto pretensamente neutro de verdades científicas contemporâneas.

---

<sup>115</sup> A diversidade de expressões conceituais para designar nossa atualidade se inspira livremente em Pelbart (2002), que assim estabelece a relação intensa entre capital e subjetividade: “O fato é que consumimos, mais do que bens, formas de vida – e mesmo quando nos referimos apenas aos estratos mais carentes da população, ainda assim essa tendência é crescente. Através dos fluxos de imagem, de informação, de conhecimento e de serviços que acessamos constantemente, absorvemos maneiras de viver e sentidos de vida, consumimos toneladas de subjetividade. Chame-se como se quiser isto que nos rodeia, capitalismo cultural, economia imaterial, sociedade de espetáculo, era da biopolítica, o fato é que vemos instalar-se nas últimas décadas um novo modo de relação entre o capital e a subjetividade”.

## Considerações finais

---

Com base na conceituação estabelecida por Foucault, vimos que os conceitos de loucura, desrazão, doença mental e anormalidade se referem a problemas distintos. Em diálogo com a razão, a loucura renascentista comporta tanto a dimensão trágica que expressa uma verdade do mundo quanto a dimensão crítica que denuncia a verdade do homem. A desrazão clássica, por sua vez, ainda que mantenha em casos raros o aspecto de crítica aos valores e à racionalidade ocidental, se caracteriza como o negativo da razão, donde a reclusão de uma população heterogênea – miseráveis, ociosos, profanos, libertinos, homossexuais, sodomitas, loucos – no espaço homogêneo da internação, cuja função é ainda fundamentalmente social, econômica e jurídica. É o confisco dessa experiência negativa da desrazão pela pretensa objetividade científica da psiquiatria moderna que transforma uma experiência moral em problema essencialmente médico: em vez de excluir a desrazão, é preciso então tratar a doença mental. Embora o conceito de anormal se instale na distância que separa o normal e o patológico, a virtualidade da doença não permite que o patológico desapareça do horizonte. Como se nota, em todas essas conceituações e apesar das diferenças, a atenção social, jurídica e médica se direciona ao outro da cultura ocidental.

Uma modificação ocorre, no entanto, com o conceito contemporâneo de saúde mental. Fundado igualmente em uma perspectiva humanista – tal como o de doença mental –, o conceito de saúde mental se volta inicialmente contra abusos e violências sofridos por pacientes psiquiátricos em regime de internação, pretendendo eliminar o estigma dos então portadores de transtornos mentais e atenuar a alteridade irreduzível que caracterizou o louco em nossa cultura. Entretanto, aos poucos e de modo bastante paradoxal, a conquista do amplo movimento de desinstitucionalização da doença mental oferece condições para que a psiquiatria – ciência régia do campo da saúde mental – se estenda a todo o corpo social, como se a própria normalidade se tornasse sintoma ante a exigência de produção do bem-estar.

Com efeito, observamos que o discurso da saúde mental se estabelece, entre outros fatores, mediante a anexação do elemento mental à definição de saúde da OMS, compreendida extensivamente não apenas como ausência de enfermidade

mas estado de completo bem-estar físico, mental e social. Apesar da dificuldade de definir saúde mental de forma completa e transcultural, a OMS assegura que em seu aspecto positivo – ou seja, não restrito aos transtornos mentais e comportamentais – o conceito envolve qualidades como o bem-estar subjetivo, a autoeficácia, a autonomia, a competência e a autorrealização<sup>1</sup>.

Se no pós-guerra tal definição correspondia ao objetivo estatal de garantir o bem-estar aos indivíduos (*welfare state*), aos poucos, com a tendência à neoliberalização das sociedades capitalistas ocidentais, a mesma definição pode adquirir outro sentido. Não mais restrito aos diferentes da cultura ocidental, o conceito de saúde mental assume outra extensão: em vez de silenciar, curar ou capturar o *outro* e sua virtualidade, trata-se não apenas de reduzir-lhe a alteridade como também de otimizar as capacidades do *mesmo*. Seguindo a letra conceitual, poder-se-ia dizer que, em lugar de tratar a “doença mental”, é preciso produzir “saúde mental”. Desse modo, a lenta captura neoliberal do conceito de saúde mental pode transformar sua intenção primeira, uma vez que a necessidade permanente de autoeficácia, de autonomia, de competência, de autorrealização, de superação, de desempenho e de performance se torna o receituário adequado para arruinar o bem-estar de indivíduos que se veem, em conformidade com a sensibilidade social de nossa época, como os responsáveis exclusivos pelo sucesso ou fracasso social de suas vidas. Ao incitar a autorrealização constante em diferentes esferas da sociabilidade, o discurso da saúde mental pode constituir-se como a tradução médica e institucional da lógica social que orienta o modo de vida contemporâneo, obcecado por eficiência, produtividade, desempenho, rentabilidade e assim por diante.

É nesse contexto em que se pretende produzir uma determinada saúde a todo custo que se começa a noticiar a ideia de epidemia depressiva. À primeira vista, a epidemia do transtorno psiquiátrico poderia evidenciar a produção em série de “perdedores” ou “fracassados”, assim como o quão distante se está de alcançar massivamente a urgente saúde mental de “vencedores” idealizados. Porém, a análise minuciosa de como os transtornos depressivos são descritos e apresentados

---

<sup>1</sup> Por exemplo, no *Relatório sobre a saúde no mundo 2001*, lê-se: “Os conceitos de saúde mental abrangem, entre outras coisas, o bem-estar subjetivo, a auto-eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa. Por uma perspectiva transcultural, é quase impossível definir saúde mental de uma forma completa. De modo geral, porém, concorda-se quanto ao fato de que saúde mental é algo mais do que a ausência de transtornos mentais” (OMS, 2001, p. 29).

em manuais psiquiátricos contemporâneos dá a ver que a altíssima incidência da depressão pode relacionar-se também à laxidão de critérios diagnósticos e sua consequente patologização de sofrimentos mais brandos. Como vimos, os transtornos depressivos menos graves – ou seja, aqueles que gravitam em torno da condição nuclear, que é o transtorno depressivo maior – sempre tangenciam a normalidade, restringindo-a assim a parâmetros mais rígidos e normativos de desempenho, o qual, é preciso sublinhar, funciona igualmente como critério diagnóstico ante a ausência de dados laboratoriais definitivos. Uma relação inequívoca se depreende dessa afirmação: um dos critérios fundamentais para constatar a efetividade de transtornos depressivos é precisamente o mesmo que o capitalismo em sua forma neoliberal exige insistentemente dos indivíduos. Se, por um lado, é preciso investir em si, como apregoa a disseminada teoria do capital humano, por outro, a definição do transtorno se dá mediante a incapacidade de fazê-lo.

Anunciada desde os anos 1970, a ideia de epidemia depressiva parece tomar forma na medida em que a racionalidade classificatória da psiquiatria se desenvolve, capturando cada vez mais condutas levemente incapacitadas, tristes e menos produtivas. Em outras palavras, a progressiva ramificação e flexibilização dos critérios diagnósticos da depressão permite que se territorialize condutas heterogêneas e singulares – com combinações diversas de sintomas relativamente banais e cotidianos – no lugar comum da classificação formal. Sejam claros: não se trata de recusar de forma inconsequente a dimensão real da depressão enquanto patologia que causa sofrimento, tampouco de negligenciar os aspectos biológicos e psíquicos que a envolvem. Queremos chamar a atenção para o fato de que a produção e o estabelecimento de diversos subtipos de depressão se relacionam diretamente ao déficit de atributos que o atual espírito do capitalismo valoriza e solicita dos indivíduos.

Não há dúvida de que, em relação à biopolítica da saúde mental – que incita os indivíduos à realização constante de suas potencialidades intelectuais, emocionais e laborais –, a depressão é fundamentalmente antinormativa: ao mesmo tempo em que é expressão do corpo indisciplinado (incapacitado, desenergizado, lento), desregula a homeostase populacional (improdutividade, custos, suicídio) e recusa assim palavras-chave de nossa época (motivação, comunicação, mobilidade, criatividade, velocidade, eficiência). É quando relacionada ao *ethos* contemporâneo

que a depressão parece tornar-se um problema gravíssimo: talvez não seja apenas o suposto déficit de neurotransmissores que cause o sofrimento, mas a impossibilidade de realizar valores e princípios que orientam o modo de vida contemporâneo. Se fosse possível atribuir uma unidade sintética à nossa tese, depois de realizado todo o percurso, diríamos o seguinte: associada sinergicamente ao modo de vida preconizado e disseminado pela teoria econômica do capital humano, a flexibilização classificatória da depressão não apenas contribui para a fabricação da epidemia depressiva como restringe a normalidade a padrões mais rígidos de desempenho, correspondendo, assim, à estratégia biopolítica da saúde mental, cuja função atual consiste – não de forma exclusiva – em otimizar as capacidades dos indivíduos.

Embora seja difícil recusar que a racionalidade psiquiátrica se desenvolva *pari passu* com a tendência neoliberal das sociedades capitalistas ocidentais, seria precipitado pretender estabelecer uma relação de causalidade direta e absoluta, como se a racionalidade econômica determinasse exclusivamente a nosologia psiquiátrica da depressão. Não obstante a ponderação, não é totalmente digressivo notar que, mesmo para Weber (2004, p. 165) – que demonstra cautela na relação de causalidade entre o ascetismo protestante e o espírito do capitalismo, empregando para tanto a expressão conceitual “afinidade eletiva” –, o poderoso cosmos da ordem econômica moderna se relaciona diretamente ao desenvolvimento do cosmos científico, determinando assim o estilo de vida dos indivíduos<sup>2</sup>. Em todo caso, em vez de pretender denunciar pura e simplesmente o aspecto capitalístico dessa medicina científica ocidental, quisemos evidenciar a subjetivação (leia-se: modo de produção de existências) que se estabelece a partir da *relação* entre discursos médicos, institucionais, científicos e econômicos. E, nesse sentido, parece-nos que tanto o discurso positivo da saúde mental quanto o estabelecimento científico dos diversos subtipos de depressão podem contribuir para que o indivíduo se incline à autoexploração própria do *homo oeconomicus* atual: incorporando e naturalizando o discurso empreendedor, todos devem indistintamente produzir a saúde otimizada, cuja consequência inevitável é a realização de potencialidades, capacidades e performances que assegurariam rentabilidade e empregabilidade futuras. Em todo espectro da vida social, assistimos à produção de um modo de vida

---

<sup>2</sup> A esse respeito, ver López-Ruiz (2007, p. 301).

assentado na realização individual. No entanto, diferentemente de um “cuidado de si” que se dobra sobre o sujeito enquanto autodeterminação e relação consigo que resiste a códigos e poderes específicos, o cuidado exacerbado de nossos dias – um *a mais* de saúde – se circunscreve majoritariamente às demandas do mercado.

Uma última palavra. Sabe-se que afetos hoje desvalorizados, medicalizados e silenciados constituíram-se desde sempre como condição para um pensamento outro, pronto a questionar os valores da cultura ocidental. Extensa, a lista trágica e cintilante de filósofos, artistas e escritores não deixa dúvida a propósito da potência da melancolia, da angústia, da solidão. Ao abrir esta tese, já ouvimos de Zaratustra – aquele que goza a infelicidade como felicidade<sup>3</sup> –: “A solidão de um é a fuga do doente; a solidão do outro, a fuga *ante* os doentes” (Nietzsche, 2011, p. 167). De modo não intencional e sem a excepcionalidade explícita da sentença nietzscheana que relativiza o normal e o patológico da cultura moderna, talvez os depressivos impossibilitados de realizar *determinadas* potencialidades nos permitam perceber em seu próprio silêncio o aspecto decadente do modo de vida contemporâneo avaliado como bom por indivíduos que o perseguem com incansável “motivação”.

---

<sup>3</sup> Desse modo afirma Zaratustra, o enunciador do eterno retorno: “E assim falei muitas vezes, para meu consolo: ‘Muito bem! Adiante, velho coração! Uma infelicidade te sucedeu: goza disso como tua – felicidade!’” (Nietzsche, 2011, p. 136).

## Referências bibliográficas

---

- AGAMBEN, Giorgio. *Homo Sacer* – o poder soberano e a vida nua. Trad. de Henrique Burigo. Belo Horizonte: Ed.UFMG, 2002.
- \_\_\_\_\_. O que é um dispositivo?. Trad. de Nilcéia Valdati. *Outra travessia - Ilha de Santa Catarina*, 2º semestre de 2005, pp. 09-16.
- ALMEIDA, José Maurício Gomes de. Da humana comédia ou no teatro em Itaguaí. In: SECCHIN, A. C.; ALMEIDA, J. M. G. de; SOUZA, R. de M.e (Org.). *Machado de Assis: uma revisão*. Rio de Janeiro: In-Fólio, 1998, p. 167-177.
- ALMEIDA FILHO, Naomar de et al. O conceito de saúde mental. *Revista USP*, São Paulo, n. 43, setembro/novembro de 1999, pp. 100-125.
- AMARANTE, Paulo. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.
- \_\_\_\_\_. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: APA, 1952
- \_\_\_\_\_. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 2. ed. Washington: APA, 1968.
- \_\_\_\_\_. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3. ed. Washington: APA, 1980.
- \_\_\_\_\_. *Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais (DSM-III-R)* [1987]. Trad. de Lúcia Helena Siqueira Barbosa. São Paulo: Manole, 1989.
- \_\_\_\_\_. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV)* [1994]. Trad. de Dayse Batista. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- \_\_\_\_\_. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4 ed. rev. (DSM-IV-TR) [2000]. Trad. de Cláudia Dornelles. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- \_\_\_\_\_. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5. ed. Washington: APA, 2013.
- ANDRADE, Daniel Pereira. *Nietzsche: a experiência de si como transgressão (loucura e normalidade)*. São Paulo: Annablume; Fapesp, 2007.
- \_\_\_\_\_. *Paixões, sentimentos morais e emoções: uma história do poder emocional sobre o homem econômico*. São Paulo, 408p. Tese de doutorado em Sociologia. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, 2011.

ANDRADE, Laura Helena Silveira Guerra de. Epidemiologia psiquiátrica: novos desafios para o século XXI. *Revista USP*. São Paulo, n. 43, setembro/novembro, 1999, pp. 84-89.

ANGELL, Marcia. A epidemia de doença mental. *Revista Piauí*. São Paulo, n. 59, ago. 2011. Disponível em: <http://revistapiaui.estadao.com.br/edicao-59/questoes-medico-farmacologicas/a-epidemia-de-doenca-mental>. Acesso em: 29 ago. 2011.

ARBEX, Daniela. *Holocausto Brasileiro - Vida, Genocídio e 60 Mil Mortes no Maior Hospício do Brasil*. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ARISTÓTELES. *O homem de gênio e a melancolia: o problema XXX*, 1. Trad. do grego, apresentação e notas: Jackie Pigeaud; Trad. de Alexei Bueno. Rio de Janeiro: Lacerda Editores, 1998.

ASSIS, Joaquim Maria Machado de. *Obra Completa*. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 2006, 3 v.

BARROS, Denise Dias. A desinstitucionalização é desospitalização ou desconstrução?. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. São Paulo, v. 1, n.2, 1990, pp. 101-106.

BASAGLIA, Franco. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Trad. de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

\_\_\_\_\_. As instituições da violência. In: \_\_\_\_\_. *A instituição negada*. Trad. de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985, pp. 99-133.

\_\_\_\_\_. Carta de Nova York: o doente artificial. In: \_\_\_\_\_. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. AMARANTE, Paulo (Org.); Trad. de Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2005, pp. 151-160.

BASTIDE, Roger. *Sociologia das doenças mentais*. Trad. de Mauricio Rittner. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1967.

BENOIT, Lelita Oliveira. *Sociologia comteana: gênese e devir*. São Paulo: Discurso Editorial, 1999.

BERTOLOTE, José Manoel. As origens do conceito de saúde mental. *Temas: teoria e prática da psiquiatria*. São Paulo, v.30, n.58, 2000, pp. 46-56.

BIEHL, João. Antropologia do devir: psicofármacos – abandono social – desejo. *Revista de Antropologia*, São Paulo, USP, v. 51, n. 2, 2008, pp. 413-449.

BIRMAN, Joel. *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

BIRMAN, Joel; COSTA, Jurandir Freire. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, Paulo (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994, pp. 41-72.

BLANCHOT, Maurice. *Foucault como o imagino*. Trad. de Miguel Serras Pereira, Ana Luísa Faria. Lisboa: Relógio d'água, [s.d.].

BOCCARA, Guillaume. Geoffroy de Lagasnerie, la dernière leçon de Michel Foucault: Sur le néolibéralisme, la théorie et la politique. *Nuevo Mundo Nuevos*. 2013. Disponível em <http://nuevomundo.revues.org/65544>. Acesso em 30 ago. 2014.

BROMET, Evelyn et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, v. 9, p. 90, 2011. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/9/90>. Acesso em 14 set. 2015.

BRUNI, José Carlos. Foucault: O Silêncio do Sujeito. *Tempo Social, Revista de Sociologia USP*, São Paulo, n.1, v. 1 sem. 1989, p. 199-207.

CAMPBELL, Robert. *Dicionário de Psiquiatria* (8ª Edição). Trad. de Cristina Monteiro. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CANGUILHEM, Georges. *O Normal e o Patológico*. Trad. de Maria de Threza Redig de Carvalho Barrocas e Luiz Octávio F. Barreto Leite. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

\_\_\_\_\_. On Histoire de la folie as an event. In: *Foucault and his interlocutors*. Chicago: The University of Chicago Press, 1997.

CAPLAN, Gerald. *Princípios de Psiquiatria Preventiva*. Trad. de Alvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

CAPONI, Sandra. Da herança à localização cerebral: sobre o determinismo biológico de condutas indesejadas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2007, pp. 343-352.

\_\_\_\_\_. Uma análise epistemológica do diagnóstico de depressão. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v.1, n. 1, Jan-Abril de 2009, pp. 01-08.

\_\_\_\_\_. O diagnóstico de depressão, a "petite biologie" e os modos de subjetivação. In: CAPONI, Sandra et al. (Orgs). *Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica*. Palhoça: Ed. Unisul, 2010, pp. 135-143.

\_\_\_\_\_. *Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012.

CASTEL, Françoise; CASTEL, Robert; LOVELL, Anne. *La sociedad psiquiátrica avanzada: el modelo norteamericano*. Trad. de Nuria Pérez de Lara. Barcelona: Editorial Anagrama, 1980.

CASTEL, Pierre-Henri. *L'esprit malade: cerveaux, folies, individus*. Paris: Les Éditions d'Ithaque, 2009

CASTEL, Robert. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Trad. de Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

\_\_\_\_\_. *A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise*. Trad. de Celina Luz. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

\_\_\_\_\_. *La gestion des risques: de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*. Paris: Les Éditions de Minuit, 2011.

CONRAD, Peter; BARKER, Kristin K. A construção social da doença: insights-chave e implicações para políticas de saúde. Trad. de Tatiana de Andrade Barbarini. *Idéias*. Campinas, n. 3, 2º sem. 2011, pp. 185-220.

COOPER, David. *Psiquiatria e Antipsiquiatria*. São Paulo: Perspectiva, 1973.

CORBANEZI, Elton Rogerio. *Sobre a razão do Mesmo que enuncia a não-razão do Outro: às voltas com a História da Loucura e O Alienista*. Campinas, 239 p. Dissertação de Mestrado em Sociologia. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, 2009.

\_\_\_\_\_. Vida e Técnica: ressonâncias do pensamento de Canguilhem em Simondon. *Informática na educação: teoria & prática*. Porto Alegre, v. 15, n.1, jan./jun. 2012, pp. 85-99.

\_\_\_\_\_. Melancolia, de Lars von Trier: um diagnóstico do presente. *Baleia na rede: estudos em arte e sociedade*. Marília, v. 9, n.1, 2012, pp. 222-235.

\_\_\_\_\_. Geoffroy de Lagasnerie: uma polêmica leitura neoliberal de Foucault. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 29, n. 84, 2014, pp. 195-199.

\_\_\_\_\_. O terror do positivo: "O alienista" e o positivismo comteano. *Plural*. São Paulo, v. 22, n.1, 2015, pp. 209-232.

\_\_\_\_\_. A interpretação deleuzeana de Foucault: a formação do conceito de controle. In: IV COLOQUIO NACIONAL MICHEL FOUCAULT, 4., 2015, Uberlândia: UFU, 2015a, pp. 1-10.

CORDÁS, Táki Athanássios. *Depressão: da bile negra aos neurotransmissores: uma introdução histórica*. São Paulo: Lemos Editorial, 2002.

COSTA, Jurandir Freire. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

\_\_\_\_\_. *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

DALGALARRONDO, Paulo. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* (2ª edição). Porto Alegre: Artmed, 2008.

DAVIDSON, Arnold I.. Arqueologia, genealogia e ética. In: HOY, David Couzens (Org.). *Foucault*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1988, pp. 243-255.

DELEUZE, Gilles. *Foucault*. Paris: Les Éditions de Minuit, 1986.

\_\_\_\_\_. *Conversações*. Trad. de Peter Pál Pelbart. São Paulo: Ed.34, 1992.

\_\_\_\_\_. A literatura e a vida. In: \_\_\_\_\_. *Crítica e Clínica*. Trad. de Peter Pál Pelbart. São Paulo: Ed. 34, 1997, pp. 11-17.

\_\_\_\_\_. Qu'est-ce qu'un dispositif? In: \_\_\_\_\_. *Deux régimes de fous*. Paris: Les Éditions de Minuit. 2003, pp. 316-325.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. *O anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia*. Trad. de Luiz B. L. Orlandi. São Paulo: Ed. 34, 2010.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 Anos da Lei 10.216/2001. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 63, n. 2, 2011. Disponível em: [www.scielo.com.br](http://www.scielo.com.br). Acesso em: 13 jun. 2013.

DEMEULENAERE, Pierre. *Homo œconomicus: enquête sur la constitution d'un paradigme*. Paris: PUF, 1996.

DERRIDA, Jacques. Cogito e história da loucura. Trad. de Pedro Leite Lopes. In: \_\_\_\_\_. *Três tempos sobre a História da Loucura*. FERRAZ, Maria Cristina Franco (Org.). Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001, pp. 09-67.

\_\_\_\_\_. Fazer justiça a Freud: a História da loucura na era da psicanálise. Trad. de Maria Inês Duque Estrada. In: \_\_\_\_\_. *Três tempos sobre a História da Loucura*. FERRAZ, Maria Cristina Franco (Org.). Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001a, pp. 91-151.

DESCARTES, René. *Meditações*. In: *Discurso do Método, Meditações, Objeções e Respostas, As Paixões da Alma, Cartas*. Trad. de Jacó Guinsburg e Bento Prado Junior. São Paulo: Abril Cultural, 1979.

DUNKER, Christian. O sequestro da neurose. *Revista Cult, Dossiê – O poder da psiquiatria*, organizado por Vladimir Safatle. São Paulo, outubro de 2013, pp. 32-37.

EHRENBERG, Alain. *La fatigue d'être soi: dépression et société*. Paris: Éditions Odile Jacob, 1998.

\_\_\_\_\_. La dépression. Naissance d'une maladie. *L'Histoire* 3/2004, n. 285, p. 34-36.

\_\_\_\_\_. Les changements de la relation normal-pathologique. À propos de la souffrance psychique et de la santé mentale. *Esprit*, maio de 2004a, pp. 133-156.

\_\_\_\_\_. Remarques pour éclaircir le concept de santé mentale. 2004b. *Revue française des affaires sociales*, n.1, 2004b, pp. 77-88. Disponível em: [http://www.cairn.info/zen.php?ID\\_ARTICLE=RFAS\\_041\\_0077#re9no9](http://www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=RFAS_041_0077#re9no9). Acesso em: 10 fev. 2014.

\_\_\_\_\_. Le sujet cérébral. *Esprit*, novembro de 2004c, pp. 130-155.

\_\_\_\_\_. Depressão, doença da autonomia? *Ágora*. Rio de Janeiro, v.7, n.1, 2004d, pp. 143-153.

ÉRIBON, Didier. *Michel Foucault, 1926-1984*. Trad. de J. L. Gomes. Lisboa: Coleção Vida e Cultura, 1990.

\_\_\_\_\_. *Michel Foucault e seus contemporâneos*. Trad. de Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Zahar, 1996.

ESQUIROL, Jean-Étienne Dominique. *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, Tome II. J.B. Baillière, Libraire de l'Académie Royale de Medicine: Paris, 1838.

FÉDIDA, Pierre. *Dos benefícios da depressão: elogio da psicoterapia*. Trad.: Martha Gambini. São Paulo: Escuta, 2002.

\_\_\_\_\_. O agir depressivo. In: \_\_\_\_\_. *Depressão*. Trad. de Martha Gambini, São Paulo: Editora Escuta, 1999, pp. 15-35.

FERRAZ, Renata Barbosa et al. Felicidade: uma revisão. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v.34, n. 5, 2007, pp. 234-242.

FERREIRA, Silvana A. T. A evolução do conceito de depressão no século XX: uma análise da classificação da depressão nas diferentes edições do Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Americana de Psiquiatria (DSMs) e possíveis repercussões destas mudanças na visão de mundo moderna. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, UERJ. Ano 10, Janeiro a Março de 2011.

FILHO, Kleber Prado e LEMOS, Flavia Cristina Silveira. Uma breve cartografia da luta antimanicomial no Brasil. *Contemporânea – Revista de Sociologia da UFSCar*. São Carlos, v. 2, n. 1, jan-jun 2012, pp. 45-63.

FOUCAULT, Michel. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris: Gallimard, 1972.

\_\_\_\_\_. *Microfísica do Poder*. Organização, Introdução e Revisão técnica de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

\_\_\_\_\_. *História da sexualidade II: o uso dos prazeres*. Trad. de Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

\_\_\_\_\_. *História da sexualidade III: o cuidado de si*. Trad. de Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

\_\_\_\_\_. *Vigiar e Punir*. nascimento da prisão. Trad. de Raquel Ramalhete. Petrópolis: Vozes, 1987

\_\_\_\_\_. *Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão*. Trad. de Denize Lezan de Almeida, Rio de Janeiro, RJ: Graal, 1991.

\_\_\_\_\_. *Dits et Écrits 1954-1988*. Édition de Daniel Defert, François Ewald e Jacques Lagrange. Paris: Gallimard, 1994, 4 v.

\_\_\_\_\_. *A Ordem do Discurso*. Trad. de Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

\_\_\_\_\_. *Ditos e Escritos I. Problematização do Sujeito: Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise*. Trad. de Vera Lucia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999.

\_\_\_\_\_. *A verdade e as formas jurídicas*. Trad. de Roberto Cabral de Melo Machado e Eduardo Jardim Morais. Rio de Janeiro: Nau, 1999a.

\_\_\_\_\_. Política da verdade: Paul Rabinow entrevista Michel Foucault. In: RABINOW, Paul. *Antropologia da razão*. Organização e tradução de João Guilherme Biehl. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999b, pp. 17-25.

\_\_\_\_\_. *As Palavras e as Coisas*. Trad. de Salma Tannus Muchail. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

\_\_\_\_\_. O que é a crítica? (Crítica e Aufklärung). Trad. de Antônio C. Galdino. In: BIROLI, Flávia; ALVAREZ, Marcos César (Orgs.). *Cadernos da F.F.C.: Michel Foucault: histórias e destinos de um pensamento*. Marília, v.9, n.1, 2000a, p. 169-189.

\_\_\_\_\_. Resposta a Derrida. Trad. de Vera Lucia Avellar Ribeiro. In: *Três tempos sobre a História da Loucura*. FERRAZ, Maria Cristina Franco (Org.). Rio de Janeiro: Relume Dumara, 2001, pp. 68-90.

\_\_\_\_\_. *Os Anormais*: curso dado no Collège de France (1974-1975). Trad. de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

\_\_\_\_\_. *História da Loucura na Idade Clássica* [1961]. Trad. de José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Perspectiva, 2003.

\_\_\_\_\_. *Em defesa da sociedade*: curso dado no Collège de France (1975-1976). Trad. de Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

\_\_\_\_\_. Linguagem e literatura. Trad. de Jean-Robert Weisshaupt e Roberto Machado. In: MACHADO, Roberto. *Foucault, a filosofia e a literatura*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005<sup>a</sup>, pp. 137-174.

\_\_\_\_\_. *O Poder Psiquiátrico*: curso dado no Collège de France (1973-1974). Trad. de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

\_\_\_\_\_. *O Nascimento da Clínica*. Trad. de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

\_\_\_\_\_. *Nascimento da Biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-1979)*. Trad. de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

\_\_\_\_\_. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Trad. de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 2010.

\_\_\_\_\_. Histoire de la folie et antipsychiatrie. In: ARTIÈRES, Philippe et al. (Orgs.). *Cahiers de L'Herne – Foucault*. Paris: Éditions de L'Herne, 2011. pp. 95-102.

\_\_\_\_\_. *Gênese e Estrutura da Antropologia de Kant*. Trad. de Márcio Alves da Fonseca e Salma Tannus Muchail. São Paulo: Loyola, 2011a.

FRANCES, Allen. Normal Grief vs Depression in DSM-5. *Psychology Today*. March, 2010. Disponível em: <https://www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress/201003/normal-grief-vs-depression-in-dsm5>. Acesso em: 10 ago. 2014.

\_\_\_\_\_. Don't confuse grief with depression. *Huffpost Science*. January, 2012a. Disponível em: [http://www.huffingtonpost.com/allen-frances/dont-confuse-grief-with-d\\_b\\_1233883.html](http://www.huffingtonpost.com/allen-frances/dont-confuse-grief-with-d_b_1233883.html). Acesso em: 11 ago. 2014.

\_\_\_\_\_. DSM 5 Is Guide Not Bible – Ignore Its Ten Worst Changes. *Psychology Today*. December, 2012b. Disponível em: <https://www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress/201212/dsm-5-is-guide-not-bible-ignore-its-ten-worst-changes>. Acesso em: 12 ago. 2014.

\_\_\_\_\_. Last plea to DSM-5: save grief from the drug companies. *Psychology Today*. January, 2013. Disponível em: <https://www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress/201301/last-plea-dsm-5-save-grief-the-drug-companies>. Acesso em: 13 ago. 2014.

FREUD, Sigmund. O mal-estar na civilização. In: \_\_\_\_\_. *O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930-1936)*. Trad. de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, pp. 13-122.

\_\_\_\_\_. *Luto e melancolia*. Trad. de Marilene Carone. São Paulo: Cosac Naify, 2011.

GARCIA, Rafael. Cresce influência da indústria sobre manual de psiquiatria. *Folha de São Paulo, Caderno Equilíbrio e Saúde*. São Paulo, 31 mar. 2012.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. Trad. de Dante Moreira. São Paulo: Perspectiva, 2007.

GORI, Roland. Le sujet de la santé mentale : de l'actualité de Foucault. In: ARTIÈRES, Philippe et al. (Orgs.). *Cahiers de L'Herne – Foucault*. Paris: Éditions de L'Herne, 2011, pp. 312-317.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes, 1986.

GUATTARI, Félix. *Revolução Molecular: pulsações políticas do desejo*. Seleção, prefácio e tradução de Suely Belinha Rolnik. São Paulo: Editora Brasiliense, 1987.

HACKING, Ian. *¿ La construcción social de qué?*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, 2001.

\_\_\_\_\_. *Ontologia histórica*. Trad. de Leila Mendes. São Leopoldo: Ed. Unisinos, 2009.

HEGEL, Georg Wilhelm Friedrich. *Enciclopédia das Ciências Filosóficas em Compêndio* (1830), v.3. Trad. de Paulo Menezes. São Paulo: Loyola, 1995.

HENNING, Marta Filartiga. Neuroquímica da vida cotidiana. *Cadernos IPUB*. Rio de Janeiro, v.6, n. 18, 2000, pp. 123-131.

HERNÁEZ, Ángel Martínez. A medicalização dos estados de ânimo. O consumo de antidepressivos e as novas biopolíticas das aflições. In: CAPONI, Sandra et al. (Orgs). *Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica*. Palhoça: Ed. Unisul, 2010, pp. 111-134.

HORWITZ, Allan; Wakefield, JEROME C. A tristeza perdida: como a psiquiatria transformou a depressão em moda. Trad. de Janaína Marcoantônio. São Paulo: Summus, 2010.

\_\_\_\_\_. Is There Really an Epidemic of Depression? *Scientific American*, 2008. Disponível em: <http://www.scientificamerican.com/article/really-an-epidemic-of-depression/>. Acesso em: 15 jul. 2014.

HOUAISS, Antônio. *Dicionário eletrônico Houaiss de língua portuguesa* [CD-ROM]. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.

INSEL, Thomas. *Transforming Diagnosis*. April 29, 2013. Disponível em: <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtm> . Acesso em: 10 nov. 2013.

JACKSON, Stanley W.. *Melancholia and depression: from Hippocrates times to modern times*. New Haven: Yale University Press, 1986.

JONES, Maxwell. *Comunidade Terapêutica*. Trad. de Lúcia de Andrade Figueira Bello. Petrópolis: Vozes, 1972.

KAFKA, Franz. *O processo*. Trad. de Modesto Carone. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.

KARP, David A. *Speaking of sadness*. Nova York: Oxford University Press, 1996.

KEHL, Maria Rita. *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*. São Paulo: Boitempo, 2009.

LAGASNERIE, Geoffroy de. *A última lição de Michel Foucault: sobre o neoliberalismo, a teoria e a política*. Trad. de André Telles. São Paulo, Três Estrelas, 2013.

LAGRANGE, Jacques. Situação do curso. In: FOUCAULT, Michel. *O poder psiquiátrico*. Trad. de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2006, pp. 455-478.

LAING, Ronald. *O eu dividido: estudo existencial da sanidade e da loucura*. Trad. de Áurea Brito Weissenberg. Petrópolis: Vozes, 1978.

LAING, Ronald; ESTERSON, Aaron. *Sanity, madness and the family*. London: Tavistock Publications, 1964.

LATOUR, Bruno; WOOLGAR, Steve. *A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos*. Trad. de Angela R. Vianna. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.

LAVAL, Christian. *L'homme économique: essai sur les racines du néolibéralisme*. Paris: Gallimard, 2007.

LAZZARATO, Maurizio e NEGRI, Antonio. *Trabalho imaterial: formas de vida e produção de subjetividade*. Trad. de Mônica Jesus. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

LE BRETON, David. A produção farmacológica de si. In: \_\_\_\_\_. *Adeus ao corpo: antropologia e sociedade*. Trad. de Marina Appenzeller. Campinas, SP: Papius, 2003, pp. 55-66.

LEBRUN, Gerard. Transgredir a finitude. In: RIBEIRO, R. J. (Org.). *Recordar Foucault*. São Paulo: Brasiliense, 1985, p. 09-23.

\_\_\_\_\_. O Microscópio de Foucault. In: \_\_\_\_\_. *Passeios ao léu*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

LÓPEZ-RUIZ, Osvaldo. *Os executivos das transnacionais e o espírito do capitalismo: capital humano e empreendedorismo como valores sociais*. Rio de Janeiro: Azougue Editorial, 2007.

MACHADO, Roberto et al. *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MACHADO, Roberto. *Ciência e Saber: a trajetória da arqueologia de Foucault*. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

\_\_\_\_\_. *Foucault, a filosofia e a literatura*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

MARCUS, Marina et al. Depression: A Global Public Health Concern. *WHO Department of Mental Health and Substance Abuse*, 2012. Disponível em:

[http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/who\\_paper\\_depression\\_wfmh\\_2012.pdf](http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf). Acesso em: 30 jul. 2015.

MARONI, Amnérís. Melancolia - sintoma contemporâneo?. *Junguiana*. São Paulo, v. 31, p. 48-54, 2013.

MORAES, Maria Regina Cariello. *Autocuidado e gestão de si: hábitos saudáveis na mídia impressa semanal*. 2014. 325 f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

MORENO, Ricardo Alberto et al. *Dstimia: do mau humor ao mal do humor: diagnóstico e tratamento*. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MUSHKIN, Selma J. Health as an Investment. *Journal of Political Economy*, Part 2: Investment in Human Beings. The University of Chicago Press, v. 70, n.5, Oct., 1962, pp. 129-157. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/1829109>. Acesso em: 04 abr. 2015.

NALLI, Marcos. *Foucault e a fenomenologia*. São Paulo: Loyola, 2006.

NEGRI, Antônio e HARDT, Michael. O que é a Multidão? Questões para Michael Hardt e Antonio Negri. *Novos Estudos-CEBRAP*, n.75. São Paulo, Jul 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 10 ago. 2011.

NIETZSCHE, Friedrich. *Além do bem e do mal: prelúdio a uma filosofia do futuro*. Trad. de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.

\_\_\_\_\_. *Ecce Homo: como alguém se torna o que é*. Trad. de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

\_\_\_\_\_. *Genealogia da Moral: uma polêmica*. Trad. de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

\_\_\_\_\_. *Obras Incompletas*. Trad. de Rubens Rodrigues Torres Filho. São Paulo: Nova Cultural, 2000.

\_\_\_\_\_. *A Gaia Ciência*. Trad. de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

\_\_\_\_\_. *Assim falou Zaratustra: um livro para todos e para ninguém*. Trad. de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Constitution of the World Health Organization. World Health Organization, Nova York, 22 de Julho de 1946. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/bd/pdf/bd47/en/constitution-en.pdf>. Acesso em 12 jul. 2012.

\_\_\_\_\_. Expert Committee on Mental Health. Report on the Second Session, Geneva 11-16 September, 1950. World Health Organization, Geneva, abril de 1951.

Disponível em:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37982/1/WHO\\_TRS\\_31.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37982/1/WHO_TRS_31.pdf?ua=1). Acesso em 15 ago. 2012

\_\_\_\_\_. *Declaração de Alma-Ata*. Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

\_\_\_\_\_. *Carta de Ottawa*. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, novembro de 1986.

\_\_\_\_\_. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Trad. de Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artmed, 1993.

\_\_\_\_\_. *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Biblioteca da OMS, 2001.

\_\_\_\_\_. *Qu'est-ce que la santé mentale?*. 3 de setembro de 2007. Disponível em: <http://www.who.int/features/qa/62/fr/> Acesso em 2 fev. 2012.

PELBART, Peter Pál. *Da Clausura do Fora ao Fora da Clausura*. São Paulo: Brasiliense, 1989.

\_\_\_\_\_. *Biopolítica e Biopotência no coração do Império*. 10 de maio de 2002. Disponível em: <http://multitudes.samizdat.net>. Acesso em: 10 fev. 2011.

PEREIRA, Luciano. O trabalho em causa na “epidemia depressiva”. *Tempo Social*. São Paulo, v.23, n. 1, 2011, pp. 67-95.

PEREIRA, Mário Eduardo Costa. O DSM e a crise da psiquiatria. *Revista Cult, Dossiê – O poder da psiquiatria*, organizado por Vladimir Safatle. São Paulo, outubro de 2013, pp. 38-45.

PESSOTTI, Isaias. *A loucura e as épocas*. São Paulo: Ed. 34, 1994

\_\_\_\_\_. *O século dos manicômios*. São Paulo: Ed. 34, 1996.

\_\_\_\_\_. *Os nomes da loucura*. São Paulo: Ed. 34, 1999.

PIGNARRE, Philippe. *La depresión: una epidemia de nuestro tiempo*. Trad. de René Palacios Moré. Barcelona: Debate, 2003.

PINEL, Philippe. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. 2. ed. Paris: Brosson, 1809.

PORTOCARRERO, Vera Maria. *O dispositivo da saúde mental: uma metamorfose na psiquiatria brasileira*. Rio de Janeiro, 213p. Tese de Doutorado em Filosofia. Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1990.

RABINOW, Paul. Artificialidade e Iluminismo: da sociobiologia à biossociabilidade. In: \_\_\_\_\_. *Antropologia da razão*. Organização e tradução de João Guilherme Biehl. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999, pp. 135-157.

RABINOW, Paul e ROSE, Nikolas. O conceito de biopoder hoje. Trad. de Aécio Amaral Jr. *Política e Trabalho: Revista de Ciências Sociais*, n. 24, abril de 2006, pp. 27-57.

RIBEIRO, Paulo Roberto Marçal. Da psiquiatria à saúde mental: esboço histórico. In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.48, n.2, 1999, pp. 53-60.

\_\_\_\_\_. Da psiquiatria à saúde mental: II – As renovações em psiquiatria e a ascensão das áreas afins. In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 48, n. 4, 1999a, pp. 143-149.

ROSE, Nikolas. *A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI*. Trad. de Paulo Ferreira Valerio. São Paulo: Paulus, 2013.

ROUDINESCO, Elizabeth. *Dicionário de psicanálise*. Trad. de Vera Ribeiro, Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

RUSSO, Jane; VENÂNCIO, Ana Teresa A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. IX, n. 3, septiembre, 2006, pp. 460-483.

RUSSO, Jane; HENNING, Marta Filartiga. O sujeito da “psiquiatria” biológica e a concepção moderna de pessoa. *Antropolítica* (UFF), Niterói, v. 6, 1999, pp. 39-55.

SÁ JUNIOR, Luis Salvador de Miranda. Desconstruindo a definição de saúde. *Jornal do Conselho federal de Medicina (CFM)*. jul/ago/set de 2004, pp. 15-16.

SAFATLE, Vladimir. O que significa estar doente? Repensar Georges Canguilem. *Revista Cult*, São Paulo, junho de 2006, pp. 45-48.

\_\_\_\_\_. A produção da doença. *Folha de São Paulo*. São Paulo, 14 de maio de 2013.

\_\_\_\_\_. O poder da psiquiatria. *Revista Cult, Dossiê – O poder da psiquiatria*, organizado por Vladimir Safatle. São Paulo, outubro de 2013b, pp. 22-23.

\_\_\_\_\_. Perto demais da redenção: depressão, flexibilidade e fim da ética do trabalho. In: NOVAES, Adauto (Org.). *Mutações: elogio à preguiça*. São Paulo: Edições SESC SP, 2012, pp. 385-404.

SAHLINS, Marshall. *Esperando Foucault, ainda*. Trad. de Marcela Coelho de Souza e Eduardo Viveiros de Castro. São Paulo: Cosac Naify, 2004.

SANTOS, Laymert Garcia dos. Brasil contemporâneo: estado de exceção?. In: OLIVEIRA, F. de; RIZEK, C.S. (Org.). *A era da indeterminação*. São Paulo: Boitempo, 2007, pp. 289-352.

\_\_\_\_\_. Apresentação. In: LÓPEZ-RUIZ, Osvaldo. *Os executivos das transnacionais e o espírito do capitalismo: capital humano e empreendedorismo como valores sociais*. Rio de Janeiro: Azougue Editorial, 2007a, pp. 11-21.

\_\_\_\_\_. Demasiadamente pós-humano. Entrevista com Laymert Garcia dos Santos. *Novos Estudos*, São Paulo, n. 72, Jul. 2005, pp. 161-175.

\_\_\_\_\_. A informação após a virada cibernética. In: SANTOS, Laymert Garcia et al. *Revolução tecnológica, internet e socialismo*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2003. pp. 9-33.

SARACCI, Rodolfo. The World Health Organization needs to reconsider its definition of health. *BMJ*, v. 314, maio de 1997, pp. 1409-1410.

SERPA JÚNIOR, X. *Mal-estar na natureza: um estudo crítico sobre o reducionismo e o determinismo biológico em psiquiatria*. Rio de Janeiro, 281, p. Tese de doutorado em Psiquiatria. Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1997.

SERRES, Michel. Géométrie de l'incommunicable: la Folie. In: \_\_\_\_\_. *Hermes I, La communication*. Paris: Les Éditions de Minuit, 1969, pp. 167-190.

SOLOMON, Andrew. *O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.

ST-HILAIRE, Pierre Luc. De l'usage plastique des antidépresseurs : un révélateur des figures de l'individu contemporain. *Esprit Critique, Revue Internationale de Sociologie et des Sciences sociales*. Pays de la Loire, v.12, n.1, 2009. Disponível em: <http://www.espritcritique.fr/dossiers/article.asp?t03code=118&varticle=esp1201article12&vrep=1201>. Acesso em 15 dez. 2014.

STROUD, Barry. "Pessoas estão mais ricas, mas vida hoje é mais pobre", diz filósofo (entrevista). *Folha de São Paulo, Caderno Mercado*. São Paulo, 09 dez. 2014.

STYRON, Willian. *Perto das trevas*. Trad. de Aulyde Soares Rodrigues. Rio de Janeiro: Rocco, 1991.

SZASZ, Thomas. *A Fabricação da loucura: um estudo comparativo entre a inquisição e o movimento de saúde mental*. Trad. de Dante Moreira Leite. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976.

\_\_\_\_\_. *O mito da doença mental*. Trad. de Irley Franco e Carlos Roberto Oliveira. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979.

VENANCIO, Ana Teresa A. A construção social da pessoa e a psiquiatria: do alienismo à "nova psiquiatria". *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, v. 3, n. 2, 1993, pp. 117-135.

\_\_\_\_\_. Antropologia e Saúde mental: uma revisão. In: VENANCIO, Ana Teresa A.; CAVALCANTI, Maria Tavares (Orgs.). *Saúde Mental: campo, saberes e discursos*. Rio de Janeiro: Edições IPUB/CUCA, 2001 pp. 83-102.

VEYNE, Paul. Foucault revoluciona a história. In: \_\_\_\_\_. *Como se escreve a história e Foucault revoluciona a história*. Trad. de Alda Baltar e Maria Auxiliadora Kneipp. Brasília: UnB, 1998.

WEBER, Max. *A ética protestante e o "espírito" do capitalismo*. Trad. de José Marcos Mariani de Macedo. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

### **Referência filmográfica**

ARONOFSKY, Darren. *Cisne Negro*. Estados Unidos da América, 2010.

CRONENBERG, David. *Cosmópolis*. Canadá, França, Itália, Portugal, 2012.

STITH, Randy. *The marketing of madness: are we all insane?*. Estados Unidos da América, 2009. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=uFkivsEy3CI>. Acesso em 10 jun, 2014.

TRIER, Lars von. *Melancolia*. Alemanha, Dinamarca, França, Suécia, 2011.