

DANIELE DE ANDRADE FERRAZZA

**A PSQUIATRIZAÇÃO DA EXISTÊNCIA:
dos manicômios à neuroquímica da subjetividade**

ASSIS

2013

DANIELE DE ANDRADE FERRAZZA

**A PSIQUIATRIZAÇÃO DA EXISTÊNCIA:
dos manicômios à neuroquímica da subjetividade**

Tese apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP – Universidade Estadual Paulista para a obtenção do título de Doutor em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade)

Orientador: Prof. Dr. José Sterza Justo

ASSIS

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca da F.C.L. – Assis – UNESP

F381p Ferrazza, Daniele de Andrade
A psiquiatrização da existência: dos manicômios à neuroquímica da subjetividade /
Daniele de Andrade Ferrazza. Assis, 2013
148 f. : il.

Tese de Doutorado – Faculdade de Ciências e Letras de
Assis - Universidade Estadual Paulista.

Orientador: Prof. Dr. José Sterza Justo

1. Psiquiatria. 2. Saúde Mental. 3. Subjetividade. 4. Indústria farmacêutica. 5. Psicologia social. I. Título.

CDD 616.89
301.1

À minha filha Julia...

AGRADECIMENTOS

Ao amigo e orientador José Sterza Justo, pelo apoio atento e competente que dedicou ao meu trabalho e pela exemplar e imprescindível presença ética, política e intelectual que tantas vezes nos renova a esperança nos ideais universitários. Agradeço, sobretudo, a sensibilidade de seu incentivo e a confiança acadêmica com que acompanhou todos os momentos da trajetória deste doutorado, principalmente naqueles em que coisas tão pequenas produziam sofrimentos tão grandes.

Aos membros da banca de qualificação, Soraia G. F. de Paiva Cruz e Luís Guilherme C. Buchianeri, pelas valiosas contribuições que me proporcionariam pensar em novos rumos para esse trabalho.

Aos mestres e queridos amigos Ana Maria Carvalho, Carlos Ladeia, Francisco Hashimoto, Fernando Teixeira, Leonardo Lemos Souza, Mario Sérgio Vasconcelos, Sônia França, Soraia Cruz e Wiliam Peres, que tanto contribuíram para minha formação intelectual, ética e política. E aos amigos professores Claudia Gomes, Deivis Perez Santos e Mary Okamoto pelo incentivo e apoio nesse trajeto.

Aos coordenadores de curso Matheus Castro e Flavia Bueno, pelas oportunidades para o ingresso na carreira docente. E aos coordenadores Iúri Muller e Paula Fiochi pela confiança que me permitiu prosseguir nesses anos de docência.

Aos meus alunos que me acompanharam nesse período e compartilharam dessa trajetória de problematizações e questionamentos, em especial aos integrantes do Núcleo de pesquisa “Medicalização do Social no Contemporâneo” da FCL/UNESP-Assis, Dalila, Gustavo, João, Kwame, Laura, Luísa, Maria, Murilo, Naeli, Pâmela e Ruchelli.

À amiga Mariele pelas inúmeras sugestões que contribuiriam para a construção desta pesquisa e, principalmente, pela força, carinho e amizade nos momentos de preocupações e dificuldades. Obrigada, sobretudo, pelo cuidado afetuoso da ‘tia Mari’ à minha filha naqueles finais de semana de muito trabalho.

Ao apoio dos amigos Luciana, Rafael, Giovana, Aron, Letícia, André, Marina, Adrielle, Karina e Dani Gonçalves que, mesmo à distância, compartilharam comigo as inquietações dessa trajetória.

Aos amigos da pós-graduação, Dani Duarte, Leandro, Marli, Maria Elvira, Marcos, Mateus, Cris, Paulo, Maitê, Rafael Rodrigues e Raphael Sanches, pelas contribuições e reflexões instigantes. E aos companheiros das viagens de trabalho para Ourinhos e Tupã, que sempre fizeram os dias de aula mais agradáveis e os longos trajetos parecerem mais curtos.

Ao amigo Abraão pelo cuidado com a versão do resumo em língua estrangeira, e à amiga Goreti, pela dedicada revisão do texto final.

Aos meus pais, Hildete e Antonio, pelo amor e carinho que dedicaram a toda minha vida, especialmente nos últimos tempos de intenso trabalho e aplicação acadêmica. Obrigada pela presença constante que deu segurança à construção deste trabalho e, sobretudo, pelo amor terno e pelos cuidados afetuosos à minha Julia. Sem vocês seria impossível...

Ao meu irmão, Rodrigo, pelo apoio constante e cumplicidade em todos os momentos desse percurso e pela cuidadosa revisão e configuração do presente trabalho.

A toda a minha família e, em especial, à minha avó Maria, que nos revela constantemente a lucidez e a insubstituível sabedoria de seus 98 anos de vida.

Ao Murilo, pela coragem e tenacidade com que tem enfrentado momentos difíceis da vida e que muito me inspiraram na construção deste trabalho.

Ao Lu, companheiro de todas as horas, pela leitura atenta dos originais e pela paciência com minhas solicitações e ausências no processo de construção deste trabalho. Mas obrigada, sobretudo, pela dedicação e cuidado à felicidade da nossa Julia.

À minha Julia que, ainda nos seus primeiros dezoito meses de vida, teve que acompanhar a mãe nas tensões de um doutorado. Obrigada pelos sorrisos constantes, por seus soninhos no colo e pela felicidade irradiante da presença sempre alegre que encantava ternamente mesmo os dias mais tensos e de muito trabalho. Não fosse você, Julinha, mamãe teria achado tudo mais difícil e muito mais sem graça.

Aos funcionários da Pós-Graduação e da Biblioteca da FCL/UNESP-Assis, pela delicadeza e competência de todo auxílio nos procedimentos institucionais ao longo desse período.

À CAPES, pelo suporte financeiro à realização desta pesquisa.

FERRAZZA, D. A. **A PSQUIATRIZAÇÃO DA EXISTÊNCIA: dos manicômios à neuroquímica da subjetividade.** 2013. 148 f. Tese (Doutorado em Psicologia). Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2013.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo elaborar uma crítica da psiquiatrização da existência focalizando, particularmente, as relações entre a racionalidade biológica e as estratégias de ampliação da intervenção psiquiátrica em contingentes populacionais cada vez maiores e nas mais variadas esferas da vida. Inspirada na genealogia foucaultiana, a pesquisa inicia seu exame histórico pelo alienismo pineliano compreendido como o modo disciplinar pelo qual se deu a apropriação inaugural da loucura pela medicina. São, a seguir, analisados os diferentes formatos historicamente apresentados pelo organicismo psiquiátrico desde sua introdução pela teoria da degenerescência moreliana do século XIX até as reformas preventivistas do pós-guerra. Desenvolve-se, então, à luz da análise histórica encetada, um exame do conjunto de fatores envolvidos na atual ênfase psicofarmacológica pela qual a psiquiatria contemporânea vai estender seu reducionismo biológico, agora apoiado na química da neurotransmissão, às mais diversas circunstâncias da existência humana. No percurso da análise são abordados o conluio entre a psiquiatria e a indústria farmacêutica e o correlato papel desempenhado pelas sucessivas edições dos DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) na extraordinária multiplicação das possibilidades diagnósticas pela qual a psiquiatria vem dispor a sua psicofarmacologia como recurso explicativo e regulador da pluralidade das manifestações da subjetividade contemporânea. Sob essa base, são criticamente problematizadas as perspectivas atuais de uma psiquiatria que, na busca de realizar o sonho de integrar-se à medicina científica que a embala desde o século XIX, teria aceitado a sobredeterminação da identidade de seu domínio de saber e de sua prática clínica por uma psicofarmacologia promovida pelos grandes fabricantes de psicofármacos. Por fim, à guisa de conclusão, sugere-se que a psiquiatria, reduzida ao desempenho de mera intermediação prescritora entre o paciente e os laboratórios farmacêuticos, corra o risco de ser gradativamente descartada pelo dominante e global desenvolvimento de uma racionalidade de mercado que privilegia as relações mais diretas entre as instâncias de produção e as de consumo.

Palavras-chave: psiquiatrização; loucura; psicofármacos; biologização; subjetividade.

FERRAZZA, D. A. **PSYCHIATRIZATION OF EXISTENCE**: from asylum to the neurochemistry of subjectivity. 2013. 148 f. Thesis (Doctorate in Psychology). Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2013.

A B S T R A C T

This work aims to develop a critique of psychiatrization of existence focusing particularly relations between the biological rationale and strategies for expansion of psychiatric intervention in increasing population contingents and in various walks of life. Inspired by Foucault's genealogy, the research begins its historical review from pinelian alienism, this understood as the disciplinary mode appropriation inaugural of madness by medicine. Following, are analyzed the different historical formats presented by psychiatric organicism since its introduction by the morelian theory of degeneration in the XIX century until the preventive reforms of the postwar. Develops, so, in the light of initiated historical analysis, an examination of the set factors involved in the current emphasis on psychopharmacological which contemporary psychiatry will extend its biological reductionism, basing many circumstances of human existence on chemical neurotransmission. On the way of the analysis are addressed the complicity between psychiatry and pharmaceutical industry and the correlative role played by successive editions of the DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) in its extraordinary multiplication of possibilities diagnostic which psychiatry has been providing its psychopharmacology object as explanatory regulator and plurality of manifestations of contemporary subjectivity. Under this basis, are critically problematized current perspectives of psychiatry that, in seeking to realize the dream to integrate scientific medicine to packs since the XIX century, have been accepting the over determination of this field identity knowledge and its clinical practice by a promoted psychopharmacology in major companies psychopharmacs. Finally, it is suggested that psychiatry, reduced to a mere prescription intermediation the performance between patients and pharmaceutical companies, running the risk of being gradually superfluous dominant global development of a market rationality that privileges more direct relationships among instances of production and consumption.

Keywords: psychiatrization; madness; psychopharmacs; biologization; subjectivity.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
SOBRE O ENFOQUE TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	19
CAPÍTULO I - SOBRE DISCIPLINA E BIOPOLÍTICA: pegadas de um saber-poder sobre o ser humano.....	22
Sobre sociedade disciplinar e seus principais mecanismos	25
Sobre a constituição de saberes disciplinares e o processo de normalização	28
O modelo arquitetônico da sociedade disciplinar	30
O nascimento das estratégias biopolíticas e o gerenciamento da população.....	32
As estratégias biopolíticas utilizadas para o gerenciamento da vida	36
CAPÍTULO II - SOBRE A MEDICALIZAÇÃO DA LOUCURA: a invenção da psiquiatria manicomial	38
Sobre os primórdios das políticas de controle social da população pobre	39
O grande enclausuramento de pobres e a sequestração da loucura	41
Sobre as técnicas disciplinares manicomiais: a reclusão alienista e o tratamento moral	45
CAPÍTULO III - A PROCURA DA PEDRA DA LOUCURA: a história da biologização da psiquiatria no século XIX	54
Os primórdios da biopsiquiatria entre o alienismo e a medicina anatomopatológica	55
Sobre a teoria da degenerescência e a constituição da loucura biológica.....	61
A profilaxia moreliana e as estratégias biopolíticas de “moralização das massas”	65
Valentin Magnan e as noções de predisposição e de desequilíbrio na ampliação da psiquiatria.....	67
Emil Kraepelin, o kaiser da psiquiatria moderna e os programas de higienização das massas.....	69
Sobre a noção de hereditariedade e sua função na psiquiatria de população....	71

Eugenismo e Racismo de estado: heranças das postulações organicistas de degenerescência e hereditariedade	73
A derrota nazista e a atenuação do prestígio da biopsiquiatria e do manicomialismo	76
CAPÍTULO IV - A CONSOLIDAÇÃO DA PSIQUIATRIA AMPLIADA: a contribuição da psicanálise e das reformas psiquiátricas no pós-guerra.....	78
Um novo olhar que emolduraria discursos críticos à degenerescência: a psicanálise	80
Os movimentos reformistas preventivistas: a extensão das práticas psiquiátricas no tecido social	84
A psiquiatria psicanalítica: novas perspectivas para a ampliação da psiquiatria	86
CAPÍTULO V - A PSIQUIATRIA FARMACOLÓGICA E OS (DES)CAMINHOS DA NOVA RAZÃO ORGANICISTA	90
A invenção dos psicofármacos	91
A revolução do DSM-III: o retorno à psiquiatria biológica.....	94
A inexistência de um marcador biológico em psiquiatria	98
Da lógica binária do normal e patológico ao gerenciamento de riscos	101
A ampliação de diagnósticos psiquiátricos e a fabricação de doenças mentais: do DSM-I ao DSM-5	106
Apontamentos sobre a polêmica que envolve o DSM-5.....	109
O conluio entre a indústria farmacêutica e a psiquiatria na ampliação diagnóstica do DSM-5.....	118
A mercantilização da doença: sobre os jogos de interesse entre laboratórios farmacêuticos e a psiquiatria	123
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	131
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	138

A PSIQUIATRIZAÇÃO DA EXISTÊNCIA
dos manicômios à neuroquímica da subjetividade



Dom Quixote
Cândido Portinari (1903-1962)

*Que é loucura ser cavaleiro andante
ou segui-lo, como escudeiro?
De nós dois, quem o louco verdadeiro?
O que, mesmo vendado,
vê o real e segue o sonho
de um doido pelas bruxas embruxado?
Eis-me, talvez, o único maluco,
e me sabendo tal, sem grão de siso,
sou – que doideira – um louco de juízo.*

Disquisição na Insônia
Carlos Drummond de Andrade (1902-1987)

APRESENTAÇÃO

O serviço prestado por essas substâncias na luta pela felicidade e no afastamento da desgraça é tão altamente apreciado como benefício, que tanto indivíduos quanto povos lhes concederam um lugar permanente na economia de sua libido.

O mal estar na civilização,
de Sigmund Freud, 1930

Quando, ainda nas primeiras décadas do século XX, o criador da psicanálise teceu essas considerações, pretendia destacar o papel auxiliar dos alteradores químicos do psiquismo, substâncias de uso comum em todas as culturas, no enfrentamento do sofrimento psíquico que reputava próprio à condição humana (FREUD, 1930/1980). Não poderia, no entanto, supor que certos tipos desses alteradores, os psicofármacos, viessem a se tornar uma verdadeira panaceia no enfrentamento de todo o tipo de mal-estar social em nossa civilização, revelando a propensão a substituir por pílulas coloridas toda a reflexão que o mestre dedicava para compreender o drama humano e minorar a condição trágica de sofrimento que lhe considerava inerente. De fato, vários autores consideram que, em nossa contemporaneidade, qualquer sinal de sofrimento psíquico está sujeito a ser transformado em objeto de práticas médicas limitadas a sumárias rotulações diagnósticas quase sempre acompanhadas pela prescrição de algum tipo de psicofármaco (CAPONI, 2012a; COSTA-ROSA, 2011; RABELO, 2011; FERRAZZA, et. al., 2010; TESSER, 2010). À mercê desse reducionismo pouco atento às complexidades do ser humano, a tendência que propala seu embasamento na moderna neurofisiologia tem promovido a extensão dos discursos e práticas psiquiátricas para amplos contingentes populacionais.

A medicalização¹ da subjetividade, a patologização de aspectos da existência humana, a terapeutização da diversidade e das escolhas do homem contemporâneo são

¹ O termo medicalização pode ser compreendido como uma forma da medicina se apropriar de aspectos relacionados ao modo de vida dos homens e aos processos próprios da existência humana para transformá-los em questões de ordem médica, descritas e compreendidas conforme uma linguagem e uma racionalidade médica e, conseqüentemente, “tratadas” por intervenções e prescrições médicas (GUAUDENZI, ORTEGA, 2012; CONRAD, 2007; 1992; ILLICH, 1975). O fenômeno também pode ser compreendido como uma forma da medicina, através da utilização de um conjunto de tecnologias e estratégias que irão determinar regras de higiene, condutas morais e costumes sexuais, alimentares e de

sinais da ampliação dos domínios da biomedicina e da expansão do âmbito do patológico para dentro do que tradicionalmente sempre esteve no campo da normalidade (MALUF, 2010). Nesse processo de extensão dos discursos e práticas médicas a âmbitos maiores, a psiquiatria estenderia sua listagem diagnóstica e se apoiaria em um novo dispositivo, as drogas psicofarmacológicas.

Com promessas de alívio para sofrimentos, mal-estares, tristezas e todo tipo de angústia que possa atingir a humanidade, a psiquiatria aliada às indústrias farmacêuticas investiria em drogas para o enfrentamento de “perturbações psíquicas”, para a hipotética maximização das capacidades individuais e, também, para uma suposta prevenção dos riscos de desenvolvimento de suas futuras “doenças mentais”. Todo o investimento de ampliação da psiquiatria atual está centrado em drogas psicofarmacológicas que podem ser prescritas para todos, sem exceções e sem restrições, atingindo desde a infância à terceira idade.

No entanto, para a prescrição a âmbitos antes inestimáveis, a psiquiatria continuaria a determinar a existência de “doenças mentais” que justifiquem suas práticas. Dessa forma, vem ampliando as listagens diagnósticas nas edições de seu Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM*), fazendo com que se apliquem às mais diversas características da humanidade. Mas as amplas possibilidades do alcance diagnóstico, que envolvem desde as alucinações e delírios até tristezas e ansiedades, determinam a existência das mais variadas doenças que, entretanto, seriam remetidas a uma mesma matriz explicativa: os desequilíbrios neuroquímicos e as desregulações cerebrais que, essencialmente, vêm se prestando a justificar as intervenções medicamentosas. Assim, a diversidade e pluralidade do humano, reduzida às neurotransmissões cerebrais, passam a ser submetidas a medicamentos psicofarmacológicos para a regulação de comportamentos e condutas e modulação de vontades e desejos.

No intuito de fundamentar seus postulados biológicos sobre as origens dos mal-estares, a psiquiatria atual tentaria se respaldar nas técnicas de neuroimagens que prometem desvendar os substratos cerebrais e elucidar os diagnósticos psiquiátricos, buscaria se apoiar nos estudos que utilizam modelos animais para identificar mecanismos neuronais e fazer correlações com sintomas e comportamentos humanos, se

esforçaria para sustentar as investigações genéticas para identificar genes relacionados a “patologias mentais” e, finalmente, incentivada por pesquisas farmacêuticas de sintetização de novas drogas, prometeria alterar emoções, desejos, disposições, emoções e inteligências.

Aquelas seriam as tecnologias das neurociências que descansam sobre a certeza de existir explicações biológicas para todo e qualquer tipo de sofrimento humano (ROSE, 2010; CAPONI, 2009a; ORTEGA, 2006). Essa convicção tem, fundamentalmente, excluído qualquer problematização das dimensões políticas, sociais, culturais e subjetivas do sofrimento humano e, conforme Serpa (2004), tem levado ao desenvolvimento de discursos que remontam a explicações neurobiológicas os mais variados aspectos da existência humana, buscando reduzir o subjetivo a estados cerebrais.

Tem sido intensa a veiculação midiática de discursos sobre as bases neurobiológicas dos “transtornos mentais” (BONELLI, 2011; BUCHALA, 2007), cuja terapêutica proposta seria exclusivamente a prescrição de pílulas que prometem, conforme Cocchi et. al. (2012), restabelecer os déficits cerebrais. Tais discursos, que repercutem na mídia campanhas de marketing das indústrias farmacêuticas, instalam-se no imaginário público e influenciam as concepções da população em geral. A extensa informação propagada pelos meios de comunicação de massa, que disponibiliza dados sobre as características de velhos e novos diagnósticos, bem como modos e testes para facilitar a identificação de supostos “transtornos psiquiátricos”, tem promovido o uso comum de elementos dos discursos neurocientíficos e o estabelecimento de práticas de autocontrole e vigilância para que qualquer pessoa possa reconhecer seus filhos, seus vizinhos ou ela própria, como “portadores de uma doença mental” (IRIART; IGLESIAS RÍOS, 2012). A veiculação de todas essas informações, obviamente, costuma ser acompanhada pelo *slogan* “procure seu médico” ou o psiquiatra mais próximo.

No exercício da expansão de seus discursos e práticas, a psiquiatria contemporânea ainda construiria complexas alianças com as grandes indústrias farmacêuticas, setor muito pouco preocupado com as condições de saúde e bem-estar da população mas sempre atento às formas de aumentar seus lucros através da venda ampliada de drogas farmacológicas. Não por acaso, os conglomerados farmacêuticos situam-se entre as principais atividades lucrativas no mundo, competindo com a indústria armamentista, os grandes bancos internacionais e a indústria petrolífera

(GARRAFA; LORENZO, 2010). O mercado farmacêutico movimentaria, no ano de 2006, aproximadamente 643 bilhões de dólares, apresentando crescimento a uma taxa de 14% ao ano (LONGWELL, 2007). Os números não estão atualizados para o ano de 2013, mas pode-se estimar que os valores movimentados anualmente pela indústria farmacêutica ultrapassem um trilhão e meio de dólares na atualidade. Deriva-se daí o considerável poder do mercado farmacêutico em investir na atividade psiquiátrica para ampliar o uso de seus psicofármacos a um enorme e crescente número de pessoas.

Esse processo de ampliação dos discursos e práticas psiquiátricas, aqui denominado de psiquiatrização da existência, pode ser compreendido como um modo de transformar algo ou alguém em objeto do saber, da prática, ou da tutela médica. Nessa perspectiva, os fenômenos relacionados à subjetividade e à existência humana vêm sendo transformados em queixas de âmbito médico-psiquiátrico, em sintomas de supostos “transtornos mentais” e, finalmente, em categorias diagnósticas que sustentariam as práticas de tutela psiquiátrica, as indispensáveis prescrições psicofarmacológicas e as atuais internações manicomiais. Entretanto, esse processo de ampliação das práticas psiquiátricas não significaria que a psiquiatria no decorrer dos tempos conquistou finalmente um *status* científico pela sua vinculação às ciências biológicas, mas conforme elucida Foucault (2000, p. 481) em sua obra, *As palavras e as coisas*, a explicação para sua expansão deve-se às características de “pretensão ao universal” que todas as ciências humanas carregam consigo, daí “o perigo do psicologismo”, do “sociologismo” e, aqui, acrescentaríamos também de um “psiquiatrismo”.

Em nossa dissertação de mestrado pudemos desenvolver um estudo exploratório sobre as complexidades envolvidas no fenômeno da psiquiatrização do social e realizar uma pesquisa amostral sobre a prescrição de psicofármacos no âmbito de um serviço de atendimento à saúde mental de uma pequena cidade do interior paulista. Naquela instituição, observamos que todos aqueles que passaram pelo atendimento psiquiátrico receberam prescrição de psicofármacos e que não há qualquer sinal de alta nos tratamentos da psiquiatria, no qual seus usuários permanecem, indeterminadamente, sob medicação psicofarmacológica. Ainda que não pudéssemos cobrir toda a extensão da temática abordada, os resultados da pesquisa nos conduziram a ponderações inquietantes: a expansão do alcance de instituições de atendimento em saúde mental que reproduzem o modelo médico tradicional, como aquela de nosso estudo, poderá realizar tendências

pretéritas alicerçadas na psiquiatria desde o século XIX de expandir o tratamento psiquiátrico para amplos contingentes populacionais. E, sob o atual formato da práxis médica, isso poderá significar a extensão da medicação psicofarmacológica para a população em geral. Nesse âmbito, podemos pensar que até mesmo o direito universal à saúde, estabelecido no direito constitucional brasileiro, corre o risco, nos termos em que vem sendo praticado nos serviços públicos de saúde, de constituir-se numa forma de drogadição da população promovida por aparelhos do Estado que, ao contrário de cumprir direitos constitucionais, acabaria por colocar em risco a própria autonomia da população ao promover sua dependência em relação a drogas produzidas por oligopólios industriais privados e distribuídas pelos serviços médicos estatais (FERRAZZA, 2009).

Nessa perspectiva, longe de qualquer pretensão de esgotar todos os fenômenos relacionados ao complexo processo de psiquiatrização e de biologização da existência humana que se enfrenta na atualidade, o presente trabalho tem o objetivo de organizar elementos críticos sobre a história constitutiva da psiquiatria, com especial atenção às relações dos diferentes formatos assumidos pela fundamentação de seu organicismo e das diversas estratégias desenvolvidas para a ampliação de seus discursos e práticas a contingentes populacionais cada vez maiores e às circunstâncias mais variadas da existência humana.

Dessa forma, o presente estudo se apresenta disposto em seus cinco capítulos, cujos respectivos objetivos são agora apresentados.

O primeiro capítulo caminha por questões que se colocam mais no âmbito das concepções de fundo teórico-epistemológicas que sustentam nossa compreensão do processo de psiquiatrização do social e de gerenciamento da vida de populações. Seu objetivo consiste em explorar aspectos envolvidos na noção foucaultiana de sociedade disciplinar para compreender a constituição dos domínios de saber que tomaram o ser humano como objeto de estudo, como a psiquiatria, a psicologia, a pedagogia. Nele aborda-se, também, a noção de biopolítica elaborada por Foucault para compreender as estratégias de políticas de população em sociedades normativas como a nossa.

O segundo capítulo tem como objetivo analisar, através de uma perspectiva histórico-genealógica, o nascimento e consolidação da psiquiatria manicomial conforme aparece nos desdobramentos do modelo alienista francês do século XIX. Dado o enfoque adotado, a análise do período será abordada com atenção especial aos seus

antecedentes históricos, aqui compreendidos como o estabelecimento e a difusão do chamado “grande enclausuramento dos pobres”, matriz das instituições de internação disciplinar do século XIX, como os manicômios, as prisões, as escolas correcionais.

O terceiro capítulo objetiva analisar, no âmbito da história constitutiva da psiquiatria no século XIX, os sucessivos formatos da tendência organicista, que faria da medicina anatomopatológica seu modelo para postular a etiologia orgânica da loucura. Em um primeiro momento, o capítulo pretende examinar a história constitutiva da psiquiatria alienista, enquanto medicina especial, com especial atenção a suas relações com a medicina anatomopatológica e com a ascensão de posições organicistas no trato da loucura. Em seguida, o capítulo aborda o surgimento da teoria moreliana da degenerescência, introdutora da noção de determinação orgânica e de hereditariedade na psiquiatria. Por fim, o capítulo procura analisar as derivações dessa teoria nas noções da psiquiatria de Magnan e de Kraepelin, e na disseminação dos discursos higienistas e eugenistas que culminariam nas políticas biológicas de população da Alemanha nazista.

O quarto capítulo objetiva, primeiramente, abordar a importância de alguns movimentos reformistas, surgidos da sensibilidade do pós-guerra, na crítica do manicomialismo e no início de seu desmonte. Em seguida, o capítulo aborda o papel dessas reformas no estabelecimento do preventivismo psiquiátrico, que promoverá a extensão da psiquiatria a amplos contingentes da população. E, finalmente, aborda a influência da psicanálise na psiquiatria norte-americana organizadora dos dois primeiros DSM, principalmente, em seu papel de possibilitar a ampliação dos saberes psiquiátricos a pessoas consideradas “normais”.

O quinto capítulo tem o objetivo de focar a psiquiatria contemporânea na configuração de sua atual ênfase psicofarmacológica. Nele são examinados o afastamento da psicanálise e a retomada do organicismo promovido pelo surgimento dos primeiros psicofármacos, bem como, o andamento da psiquiatria em sua tentativa de legitimação com um ramo da medicina fundamentada na neurologia e, em especial, em uma psicofarmacologia baseada nos estudos da química das neurotransmissões. São analisados os rumos de uma psiquiatria ampliada que se dispõe a estender seus serviços a contingentes cada vez mais abrangentes de pessoas e examina-se a ampliação diagnóstica operada pelas sucessivas edições do DSM. Por fim, o capítulo foca o novo papel que vai assumindo a psiquiatria em sua associação com a indústria farmacêutica e

problematiza sua tendência em abandonar radicalmente a clínica da subjetividade para forjar uma nova identidade de medicina psicofarmacológica.

Finalizada a apresentação introdutória deste estudo deseja-se, por fim, registrar que o presente trabalho não desconhece que a elaboração dos pressupostos compreensivos dos fenômenos estudados cumpre um papel de andaimes na construção de qualquer trabalho intelectual e, como tal, deveria ser cuidadosamente retirada depois da obra pronta e acabada. Entretanto, certa ou não, foi uma opção da construtora desta obra não fazer tal retirada, de forma que o leitor perceberá que os andaimes da construção foram mantidos e que suas permanências podem ser notadas em todo o trabalho. Essa opção decorre da concepção permanentemente aprendiz de que uma obra que não oculta os recursos de sua sustentação pode apresentar-se de forma mais viva e transparente à apreciação do leitor e, bem por isso, ser mais propiciadora de uma discussão franca e produtiva no processo da interlocução e troca a que se apresenta.

SOBRE O ENFOQUE TEÓRICO-METODOLÓGICO

Uma teoria é exatamente como uma caixa de ferramentas. Nada a ver com o significante... É preciso que isso sirva, é preciso que isso funcione. (...) como um par de óculos voltados para fora; pois bem, se eles não lhe caem bem, peguem outros, encontrem vocês mesmos seu aparelho que, forçosamente, é um aparelho de combate.

Os Intelectuais e o Poder
Gilles Deleuze, 1982

A apresentação de nosso enfoque teórico-metodológico ocupa-se de dois aspectos intimamente relacionados, porém distintos, que estabelecem nosso norteamento no plano das concepções teóricas e dos pressupostos metodológicos deste trabalho.

O primeiro aspecto relacionado ao enfoque teórico-metodológico do presente estudo coloca-se mais no âmbito das concepções de fundo teórico-epistemológicas que sustentam nossa compreensão da psiquiatria e das práticas que lhe são correlatas ou mesmo adversárias, como a psicologia e a psicanálise: aqui é necessário dizer que esses saberes-fazer, tanto quanto seus inerentes poderes de produção de efeitos de verdade, serão compreendidos como disciplinas, particularmente na sua acepção de domínios de saber derivados de práticas sociais de correção e controle, que têm o ser humano - indivíduo, população ou espécie - tomado como objeto.

O segundo aspecto tem um caráter mais propriamente metodológico e dispõe de uma modalidade de enfoque histórico social inspirado na genealogia foucaultiana (FOUCAULT, 2006; 1982), que consiste, em traços largos, a buscar elementos elucidadores das questões abordadas por meio do exame de suas histórias constitutivas. Nessa configuração, estudar a história constitutiva dos saberes disciplinares, mais especificamente da psiquiatria e de seus discursos e práticas medicalizantes, tem como objetivo tentar compreender o presente pelas vias do passado de forma que todo o conhecimento construído, a partir desta perspectiva, permita “a constituição de um saber histórico das lutas e a utilização deste saber nas táticas atuais”. (IDEM, 1982, p. 171).

A genealogia pode ser entendida como uma estratégia utilizada para compreender o significado das práticas sociais com o intuito de diagnosticar as relações de força, os mecanismos de saber, as tecnologias de poder sobre o corpo e a vida do homem que constituiriam tudo aquilo relacionado à sociedade moderna (DREYFUS, RABINOW, 1995). Na conferência *Nietzsche, a genealogia e a história*, Foucault (1982) considera que a estratégia genealógica permitiria marcar a singularidade dos acontecimentos, no formato de espreitar também aquilo que é tido como não possuindo história. Sem pretensões de apreender o retorno histórico das coisas para traçar uma evolução, de reconstituir uma história tradicional e racionalista que buscaria a evolução e o progresso das ideias ou o restabelecimento de uma grande continuidade que demarcaria um processo linear de constituição e origem das coisas, a genealogia exigiria a minúcia do saber para desvelar “pequenas verdades inaparentes estabelecidas” (IDEM, p. 16). Ao contrário das pesquisas que buscam identificar as origens das coisas com o objetivo de encontrar sua essência e sua identidade mais pura e primeira, a aplicação de estratégias genealógicas não acalentam pretensões de apreender uma identidade e uma essência metafísica, mesmo porque prefere entendê-las como efeitos de processos de naturalização resultantes de estudos deterministas prescritivos de seus saberes.

Dessa forma, pensar na constituição histórica do fenômeno da psiquiatrização do social não é necessariamente pensar uma continuação, uma evolução histórica. Conforme Alfredo Bosi (1995, p. 22) “a sequência dos tempos não produz necessariamente e automaticamente uma evolução do inferior para o superior”, ou seja, o hoje estava no ontem não porque tenha evoluído dele, mas porque se transformou a partir dele.

Para Michel Foucault (1982) a história se faz pelas diferenças dadas a cada época e só é possível compreender o modo de funcionamento de uma época conhecendo-se suas várias tensões econômicas, políticas, sociais, culturais, existenciais. Essas transformações devem ser entendidas quanto às construções de significados e valores que, uma vez conhecidos, dão sentido ao presente. Nas palavras de François Ewald (2000, p. 15):

Foucault não pretende, pois, denunciar os erros, para em seu lugar colocar novas verdades, substituir os erros da psiquiatria pela verdade da loucura, as mentiras da justiça pela verdade do criminoso, as do humanismo, pela verdade do homem, mas estudar, numa dada sociedade, neste ou naquele período histórico, como é que algo como verdade aí foi produzido e extraído,

como é que ela funciona, com que efeitos de exclusão, de invalidação e de desqualificação em face de outros discursos e de outros saberes.

Com Foucault (1982), compreendemos que o projeto genealógico busca evidenciar a luta contra a determinação de saberes, discursos e práticas que irão constituir efeitos de verdade atrelados aos poderes centralizadores ligados a instituições, como exemplarmente destacam-se os manicômios e as prisões. Nas palavras do próprio Foucault, o projeto genealógico visa:

ativar saberes locais, descontínuos, desqualificados, não legitimados, contra a instância teórica unitária que pretenderia depurá-los, hierarquizá-los, ordená-los em nome de um conhecimento verdadeiro, em nome dos direitos de uma ciência detida por alguns. As genealogias não são portanto retornos positivistas a uma forma de ciência mais atenta ou mais exata, mas anti-ciências [...] uma insurreição dos saberes antes de tudo contra os efeitos de poder centralizadores que estão ligados à instituição e ao funcionamento de um discurso científico organizado no interior de uma sociedade como a nossa. (IDEM, p. 171).

Na perspectiva genealógica, o pesquisador irá tomar o acontecimento em sua potência e intensidade, sem o intuito de encontrar o sentido final, o valor primeiro e último. Ao contrário, o genealogista será atravessado por acontecimentos entrelaçados “maravilhosamente coloridos e confusos, profundos e repletos de sentido [...] onde uma multidão de erros e fantasmas lhe deu movimentos e ainda o povoa em segredo.” (IBIDEM, 1982, p. 29). Dessa forma, o papel do pesquisador está relacionado as estratégias de vasculhar o passado e será somente com a destruição de significações ideais e verdades originais que será possível visualizar como a subjetividade emerge em um espaço estabelecido por práticas sociais.

O enfoque de tipo genealógico será a inspiração presente no desenvolvimento geral do estudo aqui apresentado que toma os atuais processos de medicalização do social e psiquiatrização da existência humana como objetos a serem investigados através da organização de elementos críticos sobre a história constitutiva desses fenômenos sempre na tentativa de construir um entendimento transformador de seus mecanismos utilizados na atualidade.

CAPÍTULO I

SOBRE DISCIPLINA E BIOPOLÍTICA:

pegadas de um saber-poder sobre o ser humano



Stultifera navis
Hieronymus Bosch (1450-1516)

As ciências humanas não apareceram quando, sob o efeito de algum racionalismo premente, de algum problema científico não resolvido, de algum interesse prático, decidiu-se fazer passar o homem (...) para o campo dos objetos científicos — em cujo número, talvez, não esteja ainda provado que seja possível incluí-lo de modo absoluto; elas apareceram no dia em que o homem se constituiu na cultura ocidental, ao mesmo tempo como o que é necessário pensar e o que se deve saber.

As palavras e as coisas,
de Michel Foucault, 2000.

Foucault considera que os domínios de saber que têm o ser humano como objeto não teriam se originado da evolução, extensão ou aperfeiçoamento de modalidades científicas ou mesmo como um efeito do racionalismo científico da época, mas sim de práticas sociais que, ao forjarem domínios de saber que, além de engendrar conceitos, trariam à luz novos objetos, novos sujeitos, a par mesmo de novas modalidades de sujeitos de conhecimento (FOUCAULT, 2000). Nessa perspectiva, o sujeito de conhecimento não teria uma essência sobre a qual se depositaria o conhecimento, ou mesmo uma natureza que ancoraria uma identidade psicológica, mas seria determinado por práticas localizadas em um tempo e espaço organizadas por domínios de saber-poder.

Na prospecção sobre quais seriam as exigências da época, os problemas a serem enfrentados ou as questões práticas e teóricas que levariam a criação desses novos domínios de saber, pode-se assinalar problemas de ordem técnica, institucional, moral, social ou político-econômico que promoveriam o nascimento da psiquiatria. As novas concepções de homem formuladas pelo pensamento iluminista promoveria o fortalecimento de discursos sobre a necessidade da tutela àqueles que se encontravam incapazes de fazer uso da própria razão, denominados não por acaso de alienados, e que por isso dependeriam do entendimento e resolução de outrem. A existência, em um panorama europeu de fins do século XVIII marcado pelas reformas legalistas, de uma população trancafiada nas casas de detenção de pobres herdadas da idade clássica que, diferentemente do criminoso ao qual cabia uma justificativa judicial, só teriam um plausível motivo de tratamento para a manutenção do enclausuramento que os sacava de um meio social cada vez mais marcado por uma ordem derivada do

processo de urbanização. Uma necessidade de transformar sujeitos improdutivos em braços aptos às regradas manufaturas que marcavam aquilo que seria conhecido como a revolução industrial fundadora do formato utilitarista das sociedades da contemporaneidade.

Não há que se desconsiderar estas questões, que compõem o conjunto complexo de fatores e exigências práticas e ideológicas que levariam ao engendramento das práticas e dos saberes asilares característicos da origem daquilo que seria chamado de psiquiatria um século mais tarde. Mas o escopo do aporte foucaultiano está em destacar que o nascimento da psiquiatria está profundamente vinculado ao próprio exercício da tutela em encarceramento daquelas populações pobres caracterizadas por certa inconveniência social, por comportamentos vistos como imorais, pelas condutas consideradas desviantes da norma. Seriam essas práticas de vigilância e correção desenvolvidas no interior desses internatos que iriam gerar a possibilidade de constituição um saber-poder de gestão do ser humano e de seu correlato, a construção de um conjunto de “ciências do homem” com seus respectivos especialistas.

De fato, é possível dizer que é na inércia das práticas de enclausuramento de pobres do Antigo Regime francês que as reformas pinelianas estabeleceriam o alienismo fundador do manicomialismo característico das origens da psiquiatria. E o manicômio não seria o único dispositivo originado daqueles estabelecimentos. Outras instituições, como as escolas correcionais e as prisões, também teriam a mesma origem e constituiriam o aparato institucional próprio daquele período denominado por Foucault de sociedade disciplinar.

Pode-se compreender que a constituição desses dispositivos que iriam surgir a partir do século XVIII como um legado dos estabelecimentos de pobres, apresentavam duas faces relacionadas ao “disciplinar”. A primeira refere-se à prática de submeter os indivíduos a regulamentos institucionais, à imposição de certa ordem social de formato normativo. É a sujeição à disciplina, enfim, como pode ser percebida nas formas do tratamento moral típicas do alienismo de Pinel. Já a segunda face do disciplinar estaria relacionada à própria constituição de um saber extraído da observação e das práticas de correção de indivíduos submetidos à internação. Há aqui a construção de um poder de certa forma epistemológico, que engendraria saberes difundidos como verdadeiros do tipo da psiquiatria, da psicologia, da criminologia, da pedagogia, da psicossociologia (FOUCAULT, 1999). Essas duas faces do disciplinar estão presentes na noção de

sociedade disciplinar de Michel Foucault e, em seu desenvolvimento, na modalidade de compreensão das políticas de população que o autor denominaria de biopolítica (FOUCAULT, 2002; 1999; 1982), sempre assinalando a importância da psiquiatria na construção das estratégias de poder marcantes da era contemporânea.

Sobre sociedade disciplinar e seus principais mecanismos

Michel Foucault, que forjou o conceito de sociedade disciplinar em seus estudos da década de 70, iria situar seu surgimento em fins do século XVIII e início do século XIX, época da criação das formas modernas de confinamento, cujos exemplos mais marcantes são os manicômios e as prisões. (FOUCAULT, 2006; 1999; 1986). Conforme Deleuze (1999, p. 219), aquela seria a época em que “o indivíduo não cessa de passar de um espaço fechado para outro, cada um com suas leis: primeiro a família, depois a escola, depois a caserna, depois a fábrica, de vez em quando o hospital e eventualmente a prisão que é, por sua vez, o meio de confinamento por excelência”. Machado (1981), em seu entendimento da sociedade disciplinar, explica que a vida dos homens seria gerida em todas suas ações para que fosse possível utilizar ao máximo sua força de trabalho, aproveitando suas potencialidades e aperfeiçoando suas capacidades, com intuito de aumentar sua capacidade de produzir valor, conforme a economia política de Adam Smith doutrinara em meados do século XVIII. O período das tecnologias disciplinares é o momento em que seriam produzidos procedimentos sobre o corpo humano que visavam, nas palavras de Foucault,

não unicamente o aumento de suas habilidades, nem tampouco aprofundar sua sujeição, mas a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto é mais útil, e inversamente. Forma-se então uma política das coerções que são um trabalho sobre o corpo, uma manipulação calculada de seus elementos, de seus gestos, de seus comportamentos. O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadriha, o desarticula e o recompõe. Uma “anatomia política”, que é também igualmente uma “mecânica do poder”, está nascendo; ela define como se pode ter domínio sobre o corpo dos outros, não simplesmente para que se façam o que se quer, mas para que se operem como se quer, com as técnicas, segundo a rapidez e a eficácia que se determina. A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos “dóceis”. (FOUCAULT, 1986, p. 127, *grifos nossos*)

Essa multiplicidade de corpos submissos e dóceis da nascente sociedade industrial seria composta a partir de camponeses expulsos do campo devido a

apropriação de terras comuns, de indigentes sob a custódia de paróquias ou detidos em depósitos de mendigos, de mulheres que a miséria empurrava para o trabalho e, finalmente, de crianças órfãs que, abandonadas em asilos para pobres, ofereceriam a mão-de-obra barata e abundante selecionada para constituir a população de miseráveis dos primeiros empreendimentos industriais. A organização no interior daquelas primeiras instituições fabris estava vinculada a um rígido aparato disciplinar que tinha como finalidade tirar desses miseráveis operários o máximo de vantagens e neutralizar qualquer tipo de inconveniente relacionado a roubos, revoltas ou agitações.

O pessoal das fábricas foi no início composto pelos mais disparatados elementos: camponeses expulsos de suas aldeias pela extensão das grandes propriedades, soldados licenciados, indigentes sob o encargo das paróquias, o rebotalho de todas as classes sociais e de todas as profissões. O manufactureiro tinha de instruir, levar adiante, sobretudo disciplinar esse pessoal inexperiente, pouco preparado para o trabalho em comum; tinha de transformá-lo, por assim dizer, num mecanismo humano, tão regular em sua marcha, tão preciso em seus movimentos, tão exatamente combinado, visando uma obra única quanto o mecanismo de madeira e de metal do qual ele se tornava auxiliar. O desleixo que reinava nas pequenas oficinas é substituído pela mais inflexível regra: a entrada dos operários, a refeição deles e a saída ocorrem ao som do sino. No interior da fábrica, cada um tem seu lugar marcado, a tarefa estreitamente delimitada e sempre a mesma; todos devem trabalhar regularmente e sem parar, sob o olhar do contra-mestre que o força à obediência mediante a ameaça de multa ou da demissão, por vezes até mesmo mediante uma coação mais brutal (MANTOUX, 1989, p. 417).

A descrição de Mantoux sobre o funcionamento da fábrica exemplifica as características de todas as outras instituições que seriam denominadas por Foucault de disciplinares, onde a separação das individualidades iria permitir que o exercício do poder fosse mais incisivo sobre os indivíduos, obrigados a seguir determinados regulamentos e normas. Entretanto, o surgimento das fábricas, assim como dos manicômios e prisões, não foi um acontecimento tecnológico com objetivos exclusivamente econômicos. Mas sim, resultado de uma ação política relacionada com a constituição de novos sistemas de controle social na qual uma série de instituições seriam forjadas - a escola, o hospital, o manicômio, a prisão - que iriam enquadrar os indivíduos pela vigilância, pela correção e pelo controle de suas virtualidades. É o período caracterizado por aquilo que Foucault (1999) denominou, no seu *As verdades e as formas jurídicas*, editado em 1974, como uma “ortopedia social”, cujos mecanismos de coerção ininterrupta e de codificação do tempo e espaço operam “o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e

lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade, são o que podemos chamar as disciplinas” (FOUCAULT, 1986, p. 126).

As instituições disciplinares apresentariam quatro funções que sublinhariam os objetivos da sociedade disciplinar.

Primeiramente, aquelas instituições operariam o objetivo da sociedade disciplinar de se encarregar de toda a dimensão temporal da vida dos sujeitos. Diferentemente da sociedade feudal, na qual o controle dos indivíduos ocorreria por meio da inserção do sujeito em um espaço geográfico determinado, a sociedade disciplinar não se pauta pelo pertencimento a um lugar. É, sobretudo, o tempo dos homens ou o tempo da vida que deve ser transformado em tempo de trabalho.

A segunda função é a de controle dos corpos. Trata-se não apenas de extrair a quantidade máxima de tempo, mas também de controlar, formar e valorizar o corpo do indivíduo, fazendo-o dócil, apto e produtivo, ao mesmo tempo em que se esvazia seu inerente caráter político.

A terceira função estaria relacionada à produção de poderes de tipo judiciário que funcionariam no interior daquelas instituições, dando-lhes uma capacidade de criar regulamentos, de julgar e de punir que a organização do estado moderno reserva formalmente às instâncias judiciárias. Dessa forma, cria-se um exercício judiciário no interior da instituição, que se estabelecem regras e ordens como se fossem leis e exerce o poder de julgar e punir como se tomasse para si o exercício de um poder republicano.

Finalmente, em sua quarta função, as instituições disciplinares exercem um poder que Foucault denominou de epistemológico e que apresenta duas facetas. A primeira extrai o saber próprio de quem faz, produzindo uma tecnologia que pode ser acumulada em fórmulas e mapas que doravante deverão ser cumpridos por trabalhadores que não detêm mais esses conhecimentos, mas que podem ser dispostos de maneira a operá-los. Cria-se assim, um saber abstrato - na forma de um *know how* que pode ser vendido e comprado independentemente de quem vá fazê-lo funcionar - que pode ser operado, na forma de procedimentos fracionados, mesmo por quem não o domina mais na totalidade em que fazia sentido. Essa faceta desse poder de tipo epistemológico é profundamente desqualificadora, na medida em que acumula nas mãos empresariais o saber que outrora era próprio do artesão ou do profissional, tornando-o substituível e descartável. Mas a segunda faceta desse poder epistemológico é ainda

mais desqualificadora. Trata-se da produção, pela observação e pelo exercício do controle, de um saber especializado que tem o próprio ser humano como objeto. Dessa forma, de sujeito do conhecimento, o ser humano é reduzido a objeto de saberes especializados que têm por objetivo o seu controle sistemático. Temos aqui a pedra de toque para o entendimento foucaultiano do caráter das chamadas ciências do homem - na sua variedade de psicologias, pedagogias, psicossociologias - que apresentarão saberes oriundos do exercício do controle dos homens como um saber pretensamente objetivo sobre sua natureza. Não sem motivo, esses saberes forjados na prática da sujeição erigirão a norma imposta como normalidade natural e se farão capazes de normalizar os afastamentos que considerarem inconvenientes.

Sobre a constituição de saberes disciplinares e o processo de normalização

As disciplinas, aqui tomadas em sua acepção de domínios de saber sobre o ser humano, teriam, então, sua origem nas práticas de reclusão e internamento de pobres, seriam técnicas de controle e distribuição do tempo e dos corpos, seriam saberes que têm como objeto o ser humano e como objetivo o seu controle. Esses domínios de saber, nas palavras de Foucault seriam “um saber sobre os seres humanos que nasce da observação dos indivíduos, da sua classificação, do registro e da análise de seus comportamentos” (FOUCAULT, 1999, p. 121). Esse seria o resultado, que se tornaria múltiplo em diversas especialidades, daquilo que Foucault denominou efeito de um poder epistemológico das instituições de encerramento disciplinar: “vemos assim nascer um saber de observação, de certa forma clínico, do tipo da psiquiatria, da psicologia, da psicossociologia, da criminologia, etc.” (p. 121). Nessa perspectiva, destaca-se a outra face das disciplinas que, em absoluto, não deixariam de “disciplinar”, mas acabariam por erigir aparelhos de saber e domínios de conhecimento que seriam fundamentais para disciplinar não só os corpos, mas as próprias populações que anteriormente compreendíamos afeitas apenas aos controles jurídicos:

As disciplinas têm o seu discurso. Elas são criadoras de aparelhos de saber e de múltiplos domínios de conhecimento. São extraordinariamente inventivas ao nível de aparelhos que produzem saber e conhecimento. As disciplinas são portadoras de um discurso que não pode ser o do direito; o discurso da disciplina é alheio ao da lei e da regra enquanto efeito da vontade soberana. As disciplinas veicularão um discurso que será o da regra, não da regra jurídica derivada da soberania, mas o da regra “natural”, o quer dizer, da norma; definirão um código que não será o da lei mas o da normalização;

refere-se a um horizonte teórico que não pode ser de maneira alguma o edifício do direito mas o domínio das ciências humanas; a sua jurisprudência será a de um saber clínico. (FOUCAULT, 1982, p.189).

A disciplina seria uma tática que teria como finalidade observar e analisar para, então, distribuir os corpos de acordo com as supostas características de cada indivíduo. “Esse novo saber se ordena em torno da norma, em termos do que é normal ou não, correto ou não, do que se deve ou não fazer.” (IDEM, 1999, p. 88). O estabelecimento de uma norma, de um modelo a ser seguido, permitiria a identificação e determinação de indivíduos capazes de se conformarem a essa norma, considerados então normais, e daqueles que incapazes de se adequarem a norma, seriam definidos como anormais. Sobre esse processo, Foucault explica que:

A normalização disciplinar consiste em primeiro colocar um modelo, um modelo ótimo que é construído em função de certo resultado, e a operação de normalização disciplinar consiste em procurar tornar as pessoas, os gestos, os atos, conformes a esse modelo, sendo normal precisamente quem é capaz de se conformar a essa norma e o anormal quem não é capaz. Em outros termos, o que é fundamental e primeiro na normalização disciplinar não é o normal e o anormal, é a norma. Dito de outro modo, há um caráter primitivamente prescritivo da norma, e é em relação a essa norma estabelecida que a determinação e a identificação do normal e do anormal se tornam possíveis. (IDEM, 2008, p.75).

Identificar o normal e o anormal a partir da norma estabelecida significava decompor todos os elementos característicos dos sujeitos – dimensões e modalidades corporais, gestos, atos – para comparar e classificar, de um lado, suas potencialidades, virtualidades, capacidades e, de outro, seus defeitos, vícios, limites e incapacidades. Dois grandes conjuntos categóricos seriam constituídos em torno dessa lógica binária: o primeiro grupo seria composto por sujeitos considerados produtivos e úteis para as exigências da sociedade da época, compreendidos entre aqueles homens considerados saudáveis, são e bons; o segundo grupo seria constituído por indivíduos improdutivos e nocivos, caracterizados pelos doentes, loucos, criminosos. Esquadrinhamento disciplinar que deveria estabelecer procedimentos de adestramento e de controle permanentes, suficientes para a modificação daqueles demarcados como incapazes, inaptos e fora da norma.

Ao contrário do que ocorria na Idade Média, em que as instituições de enclausuramento de pobres tinham como principal função a exclusão dos miseráveis, os novos dispositivos disciplinares teriam a finalidade de incluir os indivíduos em regimes

disciplinares, fixá-los em papéis definidos por domínios específicos de saber-poder e ligá-los aos “aparelhos de normalização” relacionados a produção, formação ou correção:

Na época atual, todas essas instituições - fábrica, escola, hospital psiquiátrico, hospital, prisão – têm por finalidade não excluir, mas, ao contrário, fixar os indivíduos. A fábrica não exclui os indivíduos; liga-os a um aparelho de produção. A escola não exclui os indivíduos; liga-os a um aparelho de correção, a um aparelho de normalização dos indivíduos. O mesmo acontece com a casa de correção ou com a prisão. Mesmo se os efeitos dessas instituições são a exclusão do indivíduo, elas têm como finalidade primeira fixar os indivíduos em um aparelho de normalização dos homens. A fábrica, a escola, a prisão ou os hospitais têm por objetivo ligar o indivíduo a um processo de produção, de formação ou de correção dos produtores. Trata-se de garantir a produção ou os produtores em função de uma determinada norma. (FOUCAULT, 1999, p. 114)

Essas instituições, mesmo na variação que as adaptava a cada função específica, apresentavam características comuns. Todas eram atravessadas por aquela disposição própria ao exercício de uma microfísica de poder, que Foucault toma como característica do novo formato de organização do social que nomeia de disciplinar, cuja expressão modelar vai encontrar em um tipo de plano arquitetônico apresentado nas últimas décadas do século XVIII, o *Panóptico* de Bentham.

O modelo arquitetônico da sociedade disciplinar

O *Panóptico* foi criado em 1787 por Jeremy Bentham, um filósofo vinculado à corrente utilitarista reconhecível nas reformas penais e judiciárias marcantes da época, e apresentava-se como um modelo arquitetônico para a construção não só de uma prisão, mas também como protótipo para um hospital, um manicômio, uma fábrica, uma escola, um orfanato.

É polivalente em suas aplicações: serve para emendar os prisioneiros, mas também para cuidar dos doentes, instruir os escolares, guardar os loucos, fiscalizar os operários, fazer trabalhar os mendigos e ociosos. É um tipo de implantação dos corpos no espaço, de distribuição dos indivíduos em relação mútua, de organização hierárquica, de disposição dos centros e dos canais de poder, de definição de seus instrumentos e de modos de intervenção, que se podem utilizar nos hospitais, nas oficinas, nas escolas, nas prisões. Cada vez que se tratar de uma multiplicidade de indivíduos a que se deve impor uma tarefa ou um comportamento, o esquema panóptico poderá ser utilizado. (FOUCAULT, 1986, p. 181)

O próprio Bentham, em carta de 1791, propõe à Assembleia francesa um minucioso plano para a construção de um dispositivo onipotente, no qual nada escapasse do controle do vigilante, um instrumento universal que aos olhos daquele filósofo seria de extrema utilidade para os novos meios de governar:

Se encontrássemos uma maneira de tornarmo-nos senhores de tudo o que pode acontecer a um certo número de homens, de dispormos tudo aquilo que os rodeia, de maneira a produzir sobre eles a impressão que desejamos, de assegurarmo-nos de suas ações, de suas ligações, de todas as circunstâncias de suas vidas, de forma que nada pudesse escapar nem contrair o efeito desejado, teríamos sem dúvida por esse meio um instrumento bastante útil que os governos poderiam aplicar a diferentes objetos da mais alta importância. (BENTHAM, 1987, p. 200).

Esse instrumento seria a tecnologia ideal a instruir o formato das novas instituições que se formavam no bojo dos movimentos de reforma daqueles estabelecimentos de enclausuramento de pobres, onde se inventavam as artes de separá-los e distribuí-los em pequenos espaços de um hospital, de uma prisão, de um manicômio. Na transparência de cada uma das muitas celas do dispositivo estaria disposto apenas um corpo, mas submetido à vigilância constante. Uma tecnologia de administração de corpos que se exercitava na transformação daquelas “multidões confusas, inúteis e perigosas” da época do grande enclausuramento de pobres em “multiplicidades organizadas” (FOUCAULT, 1986, p.135). Nas palavras de Foucault, temos o plano arquitetural daquele modelo dos dispositivos disciplinares:

Na periferia uma construção em anel; no centro, uma torre; esta é vazada de largas janelas que se abrem sobre a face interna do anel; a construção periférica é dividida em celas, cada uma atravessando toda a espessura da construção; elas têm duas janelas, uma para o interior, correspondendo às janelas da torre; outra, que dá para o exterior, permite que a luz atravesse a cela de lado a lado. Basta então colocar um vigia na torre central, e em cada cela trancar um louco, um doente, um condenado, um operário ou um escolar. Pelo efeito da contraluz, pode-se perceber da torre, recortando-se exatamente sobre a claridade, as pequenas silhuetas cativas nas celas da periferia. Tantas jaulas, tantos pequenos teatros, em que cada ator está sozinho, perfeitamente individualizado e constantemente visível. O dispositivo panóptico organiza unidades espaciais que permitem ver sem parar e reconhecer imediatamente. Em suma, o princípio da masmorra é invertido; ou antes, de suas três funções – trancar, privar de luz e esconder – só se conserva a primeira e suprimem-se as outras duas. A plena luz e o olhar de um vigia captam melhor que a sombra, que finalmente protegia. A visibilidade é uma armadilha. (FOUCAULT, 1986, p. 177)

A armadilha da visibilidade panóptica captura sua vítima pela observação, da qual são extraídos todos os elementos para a administração dos corpos submetidos a

esse poder permanente do vigilante na prisão, no manicômio, na fábrica. Ademais, uma semitransparência das viseiras da torre deveria produzir nos observados a sensação de estar constantemente sob uma vigilância que, contudo, lhe é opaca. Destarte, conforme Foucault (1999), o *panoptismo* pode ser considerado uma forma de poder que não se sustenta fundamentalmente no inquérito, aquele saber-poder que se exercia a reconstituição do acontecimento, mas na composição de um saber por meio daquilo que denominaria exame (*examen*) dos indivíduos. Seriam caudatárias do exercício desse *examen* todos aqueles domínios de saber que têm o indivíduo como objeto. Mas vigiar e corrigir os corpos não são tudo naquela época na qual se funda, também, o gerenciamento de população.

O nascimento das estratégias biopolíticas e o gerenciamento da população

A produção de um saber-poder sobre o ser humano seria um produto da vigilância e do controle dos corpos que, sob o olhar atento e perscrutador do vigilante, foram transformados em objetos a serem investigados por meio das técnicas de exame. O procedimento do exame combina as estratégia de vigilância e as técnicas de normalização, o que permite, por meio da qualificação, da classificação e do controle de sujeitos submetidos ao poder disciplinar, duas coisas relacionadas, mas distintas: a primeira é a transformação desses indivíduos em objetos organizados e disciplinados, e a segunda é a organização de um sistema descritivo de fenômenos relacionados ao grupo com a possibilidade de criação de estimativas sobre a distribuição desses aspectos em âmbito populacional. Nas palavras de Foucault (1986):

Graças a todo esse aparelho de escrita que o acompanha, o exame abre duas possibilidades que são correlatas: a constituição do indivíduo como objeto descritível, analisável, não contudo para reduzi-lo a traços “específicos”, como fazem os naturalistas a respeito dos seres vivos; mas para mantê-lo em seus traços singulares, em sua evolução particular, em suas aptidões ou capacidades próprias, sob o controle de um saber permanente; e por outro lado a constituição de um sistema comparativo que permite a medida de fenômenos globais, a descrição de grupos, a caracterização de fatos coletivos a estimativa dos desvios dos indivíduos entre si, sua distribuição numa “população”. (FOUCAULT, 1986, p. 169).

Dessa forma, Foucault propôs no seu “Vigiar e Punir”, publicado em 1975, que o registro de dados referentes ao exame individual serviria tanto à comparação entre os indivíduos e à determinação de uma norma, como para a composição de um sistema

cumulativo de informações que poderiam repercutir nos cálculos do conjunto da população. Assim, pelas disciplinas, a população também ganharia visibilidade e atenção dos cálculos de poder. “Tratava-se de uma tarefa política voltada para a biorregulamentação, realizada pelo poder de Estado, que utilizava um sistema comparativo de dados e a estimativa de desvios”. (MANSANO, 2009, p. 39). Entretanto, a administração da massa coletiva de sujeitos não significaria a eliminação da disciplina. Bem ao contrário, as tecnologias disciplinares seriam ainda mais importantes para o gerenciamento populacional:

A disciplina também não é eliminada; é certo que sua instauração – todas as instituições no interior da qual ela se desenvolveu no século XVII e início do século XVIII, a escola, as oficinas, os exércitos, etc. – só se compreende a partir do desenvolvimento da grande monarquia administrativa. Mas nunca a disciplina foi tão importante, tão valorizada quanto a partir do momento em que se procurou gerir a população. E gerir a população não queria dizer simplesmente gerir a massa coletiva dos fenômenos ou geri-los somente ao nível de seus resultados globais. Gerir a população significa geri-la em profundidade, minuciosamente, no detalhe. A ideia de um novo governo da população torna ainda mais agudo a necessidade de desenvolver a disciplina. Devemos compreender as coisas não em termos de substituição de uma sociedade de soberania por uma sociedade disciplinar e desta por uma sociedade de governo. Trata-se de um triângulo: soberania-disciplina-gestão governamental, que tem na população seu alvo principal e nos dispositivos de segurança seus mecanismos essenciais. (FOUCAULT, 1982, p. 291).

Nessa configuração, o Estado moderno, com a preocupação de gerenciar a vida de populações, engendraria toda uma série de controles e regulações que Foucault compreenderia sob a noção de estratégias biopolíticas de poder.

O manejo biopolítico teria, conforme Foucault (2002), seu surgimento na segunda metade do século XVIII, mesma época de instauração da sociedade disciplinar, e seria como uma nova tecnologia de poder que, por sua vez, não descarta o poder disciplinar, mas o integra em uma política de gerenciamento geral da população por meio de recursos das disciplinas ditas científicas que tomam o homem como objeto.

O poder biopolítico, diferentemente do poder disciplinar que se dirigia ao homem-corpo, vai estender-se ao homem ser vivo, ao homem-espécie e, dessa forma, a toda a população humana. Assim, ombreada às disciplinas que se dirigiam à multiplicidade dos homens enquanto indivíduos sujeitos à vigilância e à correção, surge uma biopolítica da espécie humana. Seu objetivo é reger a multiplicidade dos homens

enquanto massa global, enquanto população afetada por processos próprios da vida, como o nascimento, a morte, a saúde e a doença. Nas palavras do próprio Foucault:

Concretamente, esse poder sobre a vida desenvolveu-se a partir do século XVII, em duas formas principais; que não são antitéticas e constituem, ao contrário, dois pólos de desenvolvimento interligados por todo um feixe intermediário de relações. Um dos pólos, o primeiro a ser formado, ao que parece, centrou-se no corpo como máquina: no seu adestramento, na ampliação de suas aptidões, na extorsão de suas forças, no crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade, na sua integração em sistemas de controle eficazes e econômicos – tudo isto assegurado por procedimentos de poder que caracterizam as disciplinas: *anátomo-política do corpo humano*. O segundo, que se formou um pouco mais tarde, por volta da metade do século XVIII, centrou-se no corpo-espécie, no corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos: a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade, com todas as condições que podem fazê-los variar; tais processos são assumidos mediante toda uma série de intervenções e controles reguladores: *uma bio-política da população*. (FOUCAULT, 1977a, p. 131).

Aquele seria o período de transição da soberania clássica, tão característica da Idade Média, onde o soberano tinha o poder sobre a vida e morte de seus súditos, para a construção da sociedade moderna caracterizada pela transformação no modo de organizar e gerir o poder.

Na teoria clássica da soberania, o poder soberano podia ser sintetizado no direito de *fazer morrer e deixar viver*. Dessa forma, o poder soberano sobre a vida se exerceria exatamente pelo fato de poder matar, ou seja, é do poder do soberano de determinar a morte que emana seu poder sobre a vida dos súditos.

Com a introdução de uma nova tecnologia de poder direcionada aos corpos e a vida das populações, o velho *direito de deixar viver e de fazer morrer* característico da soberania seria substituído pelo poder de um Estado moderno que passaria a *fazer viver e deixar morrer*. Essa transformação ocorreria como se o poder de soberania descobrisse sua inoperância em lidar com uma série de fenômenos surgidos da nascente sociedade industrial, como a explosão demográfica das concentrações operárias, os problemas referentes à urbanização acelerada e os novos conflitos derivados da industrialização.

O poder de soberania já sofrera um primeiro impacto com o surgimento das tecnologias disciplinares que, dirigidas aos corpos individuais, teriam o objetivo de aumentar-lhes a capacidade de trabalho e diminuir-lhes a força política. Um segundo impacto surgiria mais tarde, e se fortaleceria principalmente ao longo do século XIX.

Sem excluir ou substituir as tecnologias disciplinares, uma nova modalidade de exercício de poder as integraria e as utilizaria para dirigir-se a um novo objeto de intervenção: os processos biológicos próprios da vida de populações. Aquele seria um período em que a gestão da vida pelo Estado demarcaria, por meio de diversas estratégias, o formato de regular e manejar populações. “A biopolítica lida com a população, e a população como problema político, como problema a um só tempo científico e político, como problema biológico e como problema de poder”. (FOUCAULT, 2002, p. 293).

A noção de população emergiria ao longo do século XVIII, quando o Estado moderno começaria a perceber que o contingente de pobres sob o alcance de seu poder poderia promover fortuna, uma vez que já tomara ciência de que o trabalho humano era capaz de constituir valor. As intervenções do Estado no manejo e gerenciamento da vida seria uma das estratégias de governo, em um processo que Foucault (2008; 1982) denominaria, na década de 70, de governamentalidade.

Dessa forma, o Estado a partir do século XVIII seria a resultante de uma multiplicidade de agenciamentos políticos situados em níveis diferentes e que constituiriam uma “microfísica do poder”. O funcionamento dos mecanismos de poder na sociedade e de suas relações com o Estado estaria relacionado com as táticas gerais do processo de governamentalidade, que pode ser compreendido como um “conjunto constituído pelas instituições, procedimentos, análises e reflexões, cálculos e táticas que permitem exercer esta forma bastante específica e complexa de poder, que tem por alvo a população.” (IDEM, 1982, p. 291).

Desde o século XVIII, vivemos na “era da governamentalidade”. No Estado moderno não haveria como no Estado absolutista a centralização do poder na figura do soberano. Dessa forma, as práticas de governo não seriam ações assumidas ou executadas por indivíduos que ocupariam a posição central no Estado, seriam “ações distribuídas microscopicamente pelo tecido social”. (VEIGA-NETO, 2005). Ao contrário das análises clássicas do pensamento marxista, o poder, em uma perspectiva foucaultiana, não pode ser localizado no Estado e nos seus “aparelhos ideológicos”, mas deve ser compreendido um exercício em rede que se dissemina por toda a parte em níveis micropolíticos (AGUIAR, 2008). Esse entendimento é central para a compreensão foucaultiana de poder:

O poder deve ser analisado como algo que circula, ou melhor, como algo que só funciona em cadeia. Nunca está localizado aqui ou ali, nunca está nas mãos de alguns, nunca é apropriado como uma riqueza ou um bem. O poder funciona e se exerce em rede. Nas suas malhas os indivíduos não só circulam mas estão sempre em posição de exercer este poder e de sofrer sua ação; nunca são o alvo inerte ou consentido do poder, são sempre centros de transmissão. Em outros termos, o poder não se aplica aos indivíduos, passa por eles. Não se trata de conceber o indivíduo como uma espécie de núcleo elementar, átomo primitivo, matéria múltipla e inerte que o poder golpearia e sobre o qual se aplicaria, submetendo os indivíduos ou estraçalhando-os. Efetivamente, aquilo que faz com que um corpo, gestos, discursos e desejos sejam identificados e constituídos enquanto indivíduos é um dos primeiros efeitos de poder. Ou seja, o indivíduo não é o outro do poder: é um de seus primeiros efeitos. O indivíduo é um efeito do poder e simultaneamente, ou pelo próprio fato de ser um efeito, é seu centro de transmissão. O poder passa através do indivíduo que ele constituiu. (FOUCAULT, 1982, p. 183).

No âmbito dessa compreensão do funcionamento das relações de poder, o processo de governamentalização do Estado moderno, caracterizado pela ativação dos mecanismos de regulação das condutas dos corpos, ocorreria no âmbito individual, mas atingiria principalmente o conjunto da população, o que colocaria pela primeira vez o problema da população, compreendida não como a soma de sujeitos de um determinado território, mas como objeto construído pela gestão biopolítica dos processos próprios da vida dos indivíduos.

As estratégias biopolíticas utilizadas para o gerenciamento da vida

As novas tecnologias de poder, que surgem no final do século XVIII, demandariam a constituição de outros saberes não mais direcionados apenas a observação de corpos individuais como aqueles das sociedades disciplinares. Seria necessário o engendramento de saberes que pudessem calcular a força ativa da população e descrever todos os processos relacionados à vida da multiplicidade dos homens. É assim que se estabeleceriam os primeiros registros e estatísticas que demarcariam proporções de nascimentos e mortes, taxas de reprodução e fecundidade, índices estatísticos de propagações de doenças, percentagens de longevidade e os índices de saúde com preocupações em aumentar a população.

A princípio, dados demográficos e estatísticos começariam a ser coletados em nível regional e bem localizados para posteriormente serem utilizados em comparações com outras localidades e para a constituição de registros nacionais. O levantamento e a organização de indicadores quantitativos permitiriam aos governos construir um

panorama sobre a condição econômica e social de uma localidade ou país. E na medida em que esses dados passam a ser considerado o reflexo fiel da realidade de uma multiplicidade de homens, com base neles seriam emanadas as considerações sobre o progresso dos povos e fundamentados nessa urdidura seriam tecidas as malhas do planejamento das intervenções sobre as populações (CAPONI, 2012b).

As estratégias biopolíticas estariam presentes em diversos âmbitos. Em políticas de controle de natalidade, com foco principalmente na reprodução e fecundidade da população; em políticas de controle de morbidades e endemias, que substituiriam as medidas de isolamento provocadas pelas grandes epidemias que ameaçaram milhares de pessoas na Idade Média; em políticas de levantamento e controle da duração de patologias prevalentes em uma determinada população e região, com objetivos de diminuir custos econômicos da desabilitação da força de trabalho; em intervenções sobre a velhice, sobre doenças e anomalias que excluía contingentes da população do mercado de mão de obra economicamente ativa; no gerenciamento das relações entre o homem e seu meio externo, com o intuito de intervir sobre os problemas relacionados ao clima e a natureza. Com a variedade dos campos de intervenção, diversos domínios de saber seriam criados, aprimorados e articulados entre si como consequência de ações políticas de enriquecimento e fortalecimento do Estado e dos setores privados que ele representa.

Aliados ao Estado, os domínios de saber que estabeleceram o ser humano como objeto, como a medicina, a psicologia, a psiquiatria, a antropologia, a pedagogia, constituiriam formas de governança capazes de classificar segmentos populacionais, de determinar padrões de normalidade e de desvio, de propor intervenções de correção e tratamento e de prescrever estratégias preventivas e educacionais. Período marcado pelas políticas de higienização e moralização das massas, das intervenções biopolíticas direcionadas à infância, às famílias, aos trabalhadores e a todo aquele grupo de desprovidos e inconvenientes compreendidos pelos idosos, loucos, desvalidos e doentes. (GUARESCHI et. al., 2010). Marca dos princípios da medicalização do social e da psiquiatrização da vida cotidiana, em que o Estado moderno aliado aos saberes disciplinares - psiquiatria, psicologia, pedagogia - desenvolveria estratégias biopolíticas de controle dos mais diversos âmbitos relacionados ao humano em um processo de ampliação de suas práticas e intervenções para maiores alcances populacionais.

CAPÍTULO II

SOBRE A MEDICALIZAÇÃO DA LOUCURA:

a invenção da psiquiatria manicomial



Philippe Pinel à la Salpêtrière

Tony Robert-Fleury

(1838-1912)

O hospício de alienados, sob o manto da ciência e da justiça, é comparável à caserna, à prisão, à masmorra. Não levantaremos aqui a questão dos internamentos arbitrários, para vos poupar o trabalho dos desmentidos fáceis. Afirmamos que uma grande parte dos vossos pensionistas, perfeitamente loucos segundo a definição oficial, estão, eles também, arbitrariamente internados. Não admitimos que se freie o livre desenvolvimento de um delírio, tão legítimo e lógico quanto qualquer outra sequência de ideias e actos humanos. A repressão dos actos anti-sociais é tão ilusória quanto inaceitável no seu fundamento. (...) Todos os actos individuais são anti-sociais. Que tudo isso seja lembrado amanhã pela manhã, na hora da visita, quando tentarem conversar sem dicionário com esses homens sobre os quais, reconheçam, os senhores só têm a superioridade da força.

Carta aos médicos-chefes dos manicômios,
de Antonin Artaud, 1948.

Sobre os primórdios das políticas de controle social da população pobre

O grande enclausuramento de pobres, que no entendimento foucaultiano é a matriz de todos os internatos disciplinares, notadamente do manicômio, teve sua pedra de toque europeia no cercamento da terra e na gradativa privatização das terras comuns, processo que encontra, talvez, sua manifestação mais remota na promulgação inglesa da “Lei dos Pobres” por Henrique VIII, ainda no século XVI. Como se sabe, a “Lei dos Pobres” preocupava-se em regrar, por meio de punições sanguinárias, a existência da população pobre inglesa, que na época crescia enormemente dado o sistema de cercamento e privatização das terras comuns. A privatização das terras resultava na expulsão de milhares de camponeses que, privados de seus meios de subsistência ancestrais, passavam a vagar pelo solo inglês, o que causava viva preocupação aos proprietários de terras. É uma época em que enormes contingentes populares seriam não só desalojados das terras que lhes provia o sustento, mas também desabilitados de suas formas costumeiras de vida, que compreendiam a coleta, a caça e todas as atividades que das terras comuns lhes davam o sustento. Expulsos das terras da qual viviam há séculos, esses contingentes passam a vagar por territórios que também estavam em processo de privatização, o que faz com que sejam observados como uma ameaça. A lei, em suas primeiras formulações, estabeleceu punições muito fortes à mendicância e ao nomadismo, que compreendiam o açoitamento, a mutilação e o

enforcamento. Um dos seus primeiros comentadores foi Thomas Morus, ministro de Henrique VIII, que em 1516 registraria esse pungente testemunho:

Um voraz e insaciável avarento, terrível praga de sua terra natal, trama e consegue apossar-se de milhares de acres, contorna-os e fecha-os com cercas e valados, expulsa os lavradores que os ocupavam, utilizando a fraude e a violência. De um modo ou de outro, por bem ou por mal, forçou-os a irem embora, pobres, simples e desventuradas almas! (...) E quando vagueiam depois de consumir o último centil, que poderão fazer além de roubar (e então, meu Deus, serem enforcados com todas as formalidades jurídicas) ou pedir esmolas? E se mendigarem serão lançados ao cárcere como vagabundos, por estarem perambulando sem trabalhar; eles, a quem ninguém quer dar trabalho, por mais que implorem.(MORUS *apud* MARX, 1988, p.853).

As transformações que se iniciam em solo inglês atingem, com o tempo, a Europa continental e o aprisionamento de pobres passa a ser fundador do formato prisional para enfrentamento de problemas sociais, criando um modelo que vai se espalhar pelo mundo europeizado.

A prática de enclausuramento cumpriria a função de exclusão nos períodos de crise econômica, caracterizados pelo desemprego e diminuição dos salários. Fora dos períodos de crise, a função dessas instituições era transformar a população ociosa em mão-de-obra barata com o intuito de gerar riqueza. Conforme Foucault (1972, p. 67), “a alternativa é clara: mão-de-obra barata nos tempos de pleno emprego e de altos salários; e em período de desemprego reabsorção dos ociosos e proteção social contra a agitação e as revoltas”.

Os estabelecimentos do grande enclausuramento de pobres, denominados *Hospitais Gerais* na França, *Workhouses* paroquiais na Inglaterra, *Rasphuis* nos Países Baixos e *Hospícios* nas cidades italianas, apresentavam como característica comum o aprisionamento e a submissão a trabalhos forçados daqueles que apresentassem uma ameaça à ordem. Considerava-se que a essência da desordem seria a ociosidade e a forma precisa de remediar tal situação seria a prescrição do trabalho compulsório, indicação considerada segura para a solução de qualquer tipo de miséria humana. Dessa forma, o trabalho forçado apresentava um sentido ético, moral, valia como punição e ascese, e tinha como finalidade evitar a preguiça que conduziria à mendicância e a todo tipo de vícios. Aqueles asilos de pobres destinados a velhos e doentes, inválidos e soldados desertores, crianças órfãs e abandonadas, homens e mulheres sem recursos e

todo tipo considerado inconveniente, também teria espaço para o enclausuramento da loucura.

O grande enclausuramento de pobres e a sequestração da loucura

As instituições de grande enclausuramento da era clássica eram estabelecimentos com uma estrutura semi-jurídica, uma espécie de entidade assistencial e administrativa situada entre a polícia e a justiça. (MACHADO, 1981). Fundações da realeza ou da Igreja, as instituições de aprisionamento de pobres ora eram administradas por pessoal leigo, ora controlados por entidades religiosas que deveriam seguir ordens de serviço de intendentess e chefes de polícia. Saberes médicos se faziam presentes naquelas casas de detenção muito esporadicamente, apenas quando fosse necessária a intervenção para se evitar a proliferação de doenças contagiosas e das diversas epidemias.

A loucura, na época clássica, também não era uma problemática da alçada médica. O louco era considerado apenas mais uma dentre tantas outras figuras indesejadas e visto, eventualmente, mais como um pecador. Qualquer tentativa de separar os lunáticos do restante da população de desviantes não tinha nenhum intuito de observar, classificar e tratar a loucura, eram apenas diferenciações relacionadas às preocupações com a gestão da ordem e da disciplina daqueles estabelecimentos. Sobre o panorama francês, comenta Castel (1978):

o parlamento de Paris decidia que um pavilhão especial estaria reservado à “reclusão dos loucos e das loucas”. A partir do início do século XVIII, distinções cada vez mais apuradas começam a operar no seio da categoria geral de insano. Mas tais diferenciações dizem respeito às exigências de gestão e de disciplina interna e não à preocupação de realizar diagnósticos e tratamentos (p.28).

Raros eram os casos de instituições hospitalares que reservavam leitos destinados ao tratamento médico de insanos reconhecidos como doentes curáveis, caracterizados como aqueles que escapavam do quadro de uma doença permanente ou de nascença. Foucault (1972) comenta que o Hôtel-Dieu, em Paris, e o Bethleem, em Londres, eram estabelecimentos desse tipo que recebiam lunáticos pobres, identificados como doentes passíveis de cura e que receberiam um tipo de tratamento que prefigurava aqueles que o século XIX consagraria. Contudo, a grande maioria dos insanos enclausurados da época clássica estava contida em instituições que mais se

assemelhavam a prisões, onde a massa heterogênea dos mais diversos personagens tidos como associáveis eram condenados a medidas de exclusão ou correccionais.

Os insanos do Hôtel-Dieu e os lunáticos de Bethleem seriam aqueles que já receberam o estatuto de doentes. Melhor, e mais cedo que os outros, teriam sido conhecidos e isolados e, em seu favor, se teria instituído um tratamento hospitalar que já parece prefigurar aqueles que o século XIX deveria conceder de pleno direito a todos os doentes mentais. Quanto aos outros – aos que se encontram indiferentemente nos hospitais gerais, nas *workhouses*, nas casas de correção ou nas prisões, inclinamo-nos facilmente a pensar que se trata de toda uma série de doentes que ainda não foram localizados por uma sensibilidade médica que estava justamente começando a nascer (IBIDEM, 1972, p. 118).

O aprisionamento nos estabelecimentos de pobres, mesmo daqueles que se encontravam doentes, não tinha nenhuma finalidade médica, eram encarceramentos que tinham significados morais, políticos, religiosos, econômicos. Dessa forma, a sequestração de qualquer pessoa que à época configurasse uma ameaça à ordem seria legitimada não por qualquer juízo médico, mas por ordem real ou judiciária, tais eram as instâncias que compartilhavam a autoridade de determinar o enclausuramento comum de todo tipo de indesejável. No caso da loucura, a internação não se estabelecia de forma diferente. Na França da época, a sequestração dos insanos poderia ser prescrita de duas formas. Uma delas era as “ordens da justiça”, medida menos solicitada, na qual a família demandava a interdição do louco que, se enclausurado, teria seus bens colocados sob tutela. A outra, mais comum, eram as “ordens do rei” ou *lettres de cachet* que decretavam a detenção do insano perturbador da ordem a partir da iniciativa de religiosos, dos serviços de polícia e, principalmente, das famílias. (FOUCAULT, 2006).

Importante observar que a sequestração do insano no Antigo Regime, não muito diferente dos dias de hoje, se configurava fundamentalmente como uma demanda das famílias. Havia casos em que a família assumia totalmente a tarefa de assistir e vigiar o insano, enquanto em outros a impossibilidade ou a hesitação da família em desincumbir-se da manutenção e neutralização do louco poderia levar ao requerimento de uma ordem de internação ou interdição. Aqueles casos de falta de controle familiar ou de ausência da família levariam as autoridades, por meio dos serviços de polícia, a requerer as *lettres de cachet* que, por sua vez, bastariam para respaldar qualquer caso de enclausuramento (CASTEL, 1978). As *lettres de cachet* não tinham, nem de longe, qualquer caráter de enfrentamento específico do problema da loucura. Sua demanda era muito mais geral e inespecífica, onde o poder real era demandado para legitimar uma

profusa pluralidade de ajustes no corpo social cobertos pelos mais variados interesses. Conforme Foucault (1999),

as dezenas de milhares de *lettres de cachet* enviadas pela monarquia eram, na verdade, solicitadas por indivíduos diversos: maridos ultrajados por suas esposas, pais de família descontentes com seus filhos, famílias que queriam se livrar de um indivíduo, comunidades religiosas perturbadas por alguém, uma comuna descontente com seu cura, etc. [...] De forma que a *lettre de cachet* apresenta, sob seu aspecto de instrumento terrível da arbitrariedade real investida de uma espécie de contra poder, poder que vinha de baixo e que permitia a grupos, comunidades, famílias ou indivíduos exercer um poder sobre alguém. Eram instrumentos de controle, de certa forma espontâneos, controle por baixo, que a sociedade, a comunidade, exercia sobre si mesma. A *lettre de cachet* consistia portanto em uma forma de regulamentar a moralidade cotidiana da vida social, uma maneira do grupo ou dos grupos – familiares, religiosos, paroquiais, regionais, locais, etc. – assegurarem seu próprio policiamento e sua própria ordem. (FOUCAULT, 1999, p. 96-97)

Nessa configuração, a legalidade das sequestrações e das internações naquelas casas de encerramento se daria por eventuais intervenções de caráter judiciário e por frequentes ordens reais. Contudo, raros eram os casos em que se recorria à solicitação de qualquer tipo de opinião médica para apoiar a condição de insanidade do suposto louco que se desejava interditar.

Com a Revolução Francesa de 1789 e com a abolição das *lettres de cachet*, coloca-se o problema da legalidade da sequestração do insano, que seria considerada um procedimento legal apenas quando determinada exclusivamente pela lenta autoridade judiciária. As autoridades administrativas das cidades, que também determinavam a neutralização da loucura, garantiam a exclusão do louco furioso e, ultrapassando a lentidão do judiciário, assumiam a maior parte das sequestrações de inconvenientes. Suas medidas, no entanto, não eram ordens legais. Devia-se, então, legalizar as determinações das autoridades administrativas para que esse tipo de sequestração fosse normatizado. Entretanto, segundo Castel (1978), a “Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão”, promulgada na França no mesmo período, anunciava que nenhum homem deveria ser preso sem ter cometido um delito. O louco, que não era transgressor da lei, como era o criminoso, não deveria mais ser sequestrado e confinado em instituições de detenção sem uma determinação do poder judiciário.

Os problemas gerados pela lentidão do poder judiciário, que não conseguia cobrir as carências familiares, e os inconvenientes produzidos pelas ações administrativas, que contradiziam os novos fundamentos jurídicos de direito à

liberdade, teriam como solução a tutelarização da loucura pela medicina que, já às vésperas da Revolução Francesa apresentara anseios de intervir nas questões colocadas pela loucura. Se em fins do século XVIII, a autoridade judiciária era a única a poder determinar o procedimento legal de sequestração do insano, com o surgimento da medicina mental as sequestrações e as internações passariam a buscar legitimação em ato médico que determinasse a existência de uma doença e a necessidade do enclausuramento, agora alçado à medida de tratamento para a cura da loucura.

De fato, desde a segunda metade do século XVIII, iniciara-se o projeto de medicalização da loucura, marcado pela publicação de tratados de medicina que exploravam o problema e pelas manifestações de médicos que, indignados com a presença dos insanos misturados com outros desviantes da ordem, proporião a reorganização do espaço do enclausuramento. Surgem os primeiros internatos de alienados, onde logo se estabelece uma parte destinada aos loucos tratáveis e outra àqueles considerados intratáveis. Esses seriam os primeiros indícios do que viria a ser o processo de medicalização da loucura que culminaria em transformações de ordem teórica, prática, legal, institucional e forjaria um novo tipo de poder e uma nova forma de dominação. Conforme Castel (1978, p. 52):

Essa tutelarização dos loucos operou-se através de séries de transformações práticas bem precisas, cujas peripécias será preciso acompanhar: transformações dos dispositivos institucionais, recondicionamento dos códigos teóricos, refinamento das tecnologias disciplinares, constituição de novos papéis profissionais, etc. Isto é o mais importante, se não esquecermos que a constituição destas práticas instaurou e, posteriormente, dividiu os poderes de uma nova relação de dominação que coexistiu com a ordem legal antes de suplantá-la parcialmente, a fim de normalizar setores cada vez mais significativos da vida cotidiana.

Tanto Castel (1978) como Foucault (1972) consideram que a apropriação da loucura pela medicina alçaria as práticas administrativas dos internatos a um novo *status*. Essas práticas administrativas seriam sistematizadas na forma de um saber clínico sobre a loucura e iriam instaurar o nascimento de uma medicina especial. Assim, se a medicina intervém no internato, não é para negar sua existência ou recusar sua necessidade. Pelo contrário, as instituições médicas manicomiais serão a herança viva daqueles estabelecimentos do grande enclausuramento de pobres, cujas técnicas e procedimentos próprios do aprisionamento serão filtrados por uma racionalidade capaz de lhes dar o formato de um método de tratamento. Assim, o manicomialismo moderno

tem seu surgimento em moldes tipicamente disciplinares, ou seja, é a partir de práticas de controle e correção dos internatos que se constitui o saber manicomial alienista.

Sobre as técnicas disciplinares manicomiais: a reclusão alienista e o tratamento moral

O hábito de viver constantemente no meio dos alienados, o hábito de estudar seus costumes, seus caracteres diversos, os objetos de seus prazeres ou de suas repugnâncias, a vantagem de seguir o curso de seus desvarios dia e noite nas diversas estações do ano, a arte de conduzi-los sem esforço e de reduzir arrebatamentos e murmúrios, o talento de adotar com eles, propositadamente, um tom benevolente ou um ar impositivo, e de subjugar-los pela força quando as vias da brandura não são suficientes; enfim, o espetáculo contínuo de todos os fenômenos da alienação mental, e as funções de supervisão devem necessariamente comunicar a homens inteligentes e zelosos múltiplos conhecimentos e pontos de vista minuciosos que faltam ao médico. (PINEL, 1800/2007, p. 63).

É dessa forma que Pinel, em seu *Traité* fundador do alienismo, relata ter descoberto os elementos do tratamento médico da alienação na própria prática dos funcionários responsáveis pela administração daquelas antigas instituições de aprisionamento. Segundo ele, aqueles empíricos já “havam reunido resultados preciosos e longas experiências, a que seria necessário somente esclarecer e articular a princípios sólidos”. (IBIDEM, p. 62). Assim, é pela organização formalmente médica da experiência acumulada pelas casas de internação que se forma o tratamento moral pineliano, a espinha dorsal terapêutica que dará o novo feitio alienista às antigas casas de internação.

Entretanto, a transformação da casa de internamento de pobres não ocorreria somente por meio da progressiva entrada da medicina como um sobredeterminante das práticas empíricas das instituições de internação. A alteração ocorreria, também, quando da redução daquela população enclausurada libertada por reformistas humanitários, se perceberia a impossibilidade de soltura de certas categorias consideradas perigosas. Colocava-se o problema do que fazer com essas categorias que, incapazes de cumprir com o contrato social de um regime pós-revolução, não poderiam permanecer abandonadas a si mesmas. A solução para esse problema social seria a permanência dessas casas de internamento, então reformadas em um novo dispositivo de assistência

que teria como finalidade enclausurar aquelas populações indicativas de perigo social, como era o caso da loucura.

Sobre o pano de fundo da sociedade contratual instaurada pela Revolução Francesa, o louco é uma nódoa. Insensato, ele não é sujeito de direito; irresponsável, não pode ser objeto de sanções; incapaz de trabalhar ou de “servir”, não entra no circuito regulado das trocas, essa “livre” circulação de mercadorias e de homens à qual a nova legalidade burguesa serve de matriz. Núcleo de desordem, ele deve, mais do que nunca, ser reprimido, porém, segundo um outro sistema de punições do que o ordenado pelos códigos para aqueles que voluntariamente transgredirem as leis. Ilha de irracionalidade, deve ser administrado, porém, segundo normas diferentes das que designam o lugar às pessoas “normais” e as sujeitam a tarefas em uma sociedade racional. (CASTEL, 1978, p. 19).

É bem nessa perspectiva que, em fins do século XVIII, fora Philippe Pinel designado para promover a reestruturação e ordenamento de uma daquelas antigas instituições de internamento de pobres em Paris. Era a reorganização da antiga Bicêtre e o início de uma nova tecnologia de administração da loucura. Nas palavras de Foucault, a nomeação de um médico para atuar naquela instituição já indicaria que a loucura seria, então, transformada em um problema de ordem médica:

A função médica é claramente introduzida em Bicêtre; trata-se agora de rever todos os internamentos por demência que foram decretados no passado. E, pela primeira vez na história do Hospital Geral, é nomeado para as enfermarias de Bicêtre um homem que já adquiriu certa reputação no conhecimento das doenças do espírito; a designação de Pinel prova por si só que a presença de loucos em Bicêtre já é um problema médico. (FOUCAULT, 1972, p. 464).

A apropriação da loucura pela psiquiatria teria como marco a obra que iria influenciar clínicos de todo o século XIX e que fundamentaria as bases da nascente medicina alienista, o *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, de Philippe Pinel (1745-1826), publicado na França em 1800 e, com o título de *A treatise on insanity*, publicado na Inglaterra seis anos depois. Entretanto, ilustrar através da obra pineliana os fundamentos do alienismo, não significa, como lembra Castel (1978), atribuir a um único homem o mérito de fundador da psiquiatria alienista. Figuras como Haslam e Tuke na Inglaterra, Chiarrugi na Itália, Reil e Heinroth na Alemanha, Colombier e Tenon na França e, até mesmo do outro lado do Atlântico, como Rush nos Estados Unidos da América já participavam de movimentos “reformistas” semelhantes (BIRMAN, 1978; CASTEL, 1978; FOUCAULT, 1972).

Entretanto, seria Pinel em seu *Traité* que estabeleceria as três dimensões técnicas da tecnologia alienista caracterizada, em primeiro lugar, pela estruturação do espaço de internamento, em segundo pela classificação das loucuras e, finalmente, pela imposição de uma relação de poder entre médicos e alienados. E é do saneamento do velho Hospital Geral, da ordenação da mistura confusa de seu interior, que emergem as diretrizes estruturantes do novo alienismo médico.

A mistura das espécies propiciava, no Hospital Geral, uma confusão, cujos efeitos invalidavam, ao mesmo tempo, a possibilidade de um conhecimento (impossibilidade de observações exatas, e de diagnósticos precisos), de um tratamento (impossibilidade de domínio específico sobre a doença na indiferenciação dos gêneros) e de uma regeneração moral (a “desmoralização”) seria causada pelo contágio das influências suspeitas: transmissão dos vícios, como das doenças, pela promiscuidade. Inversamente, é pelo mesmo ato que, ao ordenar o caos, institui um saber (as classificações nosográficas), uma prática eficaz (o tratamento moral), e uma redução dos focos de epidemias (a moralização). (CASTEL, 1978, p. 84).

Interessante observar o poder que o médico alienista começa a exercer sobre as questões referentes à loucura. Um poder de certificar de forma arbitrária quem é ou não louco, de promover a legitimação da sequestração e do enclausuramento do insano em instituições manicomiais sob a alegação de tratamento de uma doença, de organizar o espaço institucional de forma a submeter os indivíduos a uma disciplina de vigilância e controle permanentes, de fabricar as formas da doença mental através da classificação dos internos e, finalmente, de prescrever o tratamento adequado baseado, fundamentalmente, na submissão do paciente em relação ao médico, o que constituiria o próprio cerne da suposta cura do insano. E isso acontece, como nos alerta Foucault (1972), por motivos muito distintos de qualquer desenvolvimento de um conhecimento objetivo e científico.

É preciso notar que a internação se impõe aos alienistas como um formato herdado, com a força que o costume já secular de encarcerar a inconveniência derrama sobre as formas de controle social daquela época. Como ensinou Marx, o homem faz a história, porém nas condições que a história oferece. Assim, a reforma alienista “escolhe” a internação em grande parte sem sequer suspeitar que ela se impõe pelos imperceptíveis determinantes históricos que faziam do aprisionamento a forma própria de atuar no extremo da regulação social. Bem por isso, o que se verá será uma elaboração centrada, sobretudo, no próprio encerramento, que do alto de sua condição de forma largamente exercida por uma sociedade aprisionadora, acabará por erigir o

aprisionamento como forma essencial daquilo que começará a se chamar terapêutica alienista. E são aquelas práticas disciplinares do interior das instituições de enclausuramento que vão dar forma às técnicas alienistas. Devidamente sistematizada, essa ordenação que emana da administração do encerramento será batizada por Pinel de tratamento moral.

Ao se apoderar da loucura, a medicina alienista autoriza-se a exercer o poder de identificar e determinar, dentre a população, aqueles que, incapazes de se adequarem a um novo sistema normativo, seriam considerados anormais, alienados, doentes mentais. E por isso seriam encarcerados. Vive-se, então, o momento em que o poder médico estabelece o certificado que iria validar a condição de doente mental e que legitimaria o recurso da internação manicomial.

É necessário, aqui, atentar para a presença de uma contradição que permeia aquela França que adentra o século XIX, e que ao mesmo tempo em que herdava uma imposição aprisionadora, aprendera a ver como detestável o arbítrio aprisionador que mantivera em cativeiro também os representantes da revolução anti-aristocrática. Adota-se, então, a internação como uma determinação histórica que ainda não pode ser enfrentada, mas procura-se avidamente um motivo aceitável para que ela não se pareça demais com aquela predecessora, ainda há pouco marcada por uma detestável arbitrariedade aristocrática. Nota-se a presença incômoda dessa contradição quando Jean-Étienne Esquirol (1772-1840), discípulo de Pinel, ao examinar as discussões para a preparação da lei sobre os alienados promulgada na França em 1838, elogia a importância dada à presença da determinação médica para a detenção de alienados, criando um aprisionamento legal que, afinal, se justificaria por depender não de sentenças judiciais, mas de certificados médicos²: “Assim, nenhum indivíduo afetado poderá ser isolado, enclausurado, sem um certificado da doença mental assinado por dois médicos que constatem a necessidade do isolamento.” (ESQUIROL, 1838, p. 38). Estabelece-se, então, uma razão nova para a velha internação, uma vez que a reclusão já era, de muito, aquela velha forma de lidar com as dificuldades de ordem social.

A identificação daqueles considerados loucos e o estabelecimento de sua doença mental autorizaria a psiquiatria nascente a sequestrar e deter, em suas instituições

²Na lei francesa decretada em 30 de Junho de 1838 sobre os alienados, no item sobre as internações nos asilos manicomiais, há a seguinte descrição: “Um certificado médico é a constatação do estado mental da pessoa a ser internada, da indicação das particularidades de sua doença e da necessidade de tratar a pessoa designada num estabelecimento de alienados, e nele mantê-la enclausurada.” (CASTEL, 1978, p. 307).

manicomiais, os insanos que deveriam receber o aprisionamento como tratamento e perspectiva de cura. Sob a alegação de que seria a sequestração a primeira condição para qualquer terapêutica da loucura, a ordenação da época podia considerar que o sequestro alienista não era um “ato arbitrário de uma autoridade usurpadora”, mas que o encerramento seria um mal necessário requerido “pela situação particular do alienado”. (CASTEL, 1978, p. 188).

Diferente daquilo que ocorria no Antigo Regime, quando o aprisionamento do louco perturbador era uma medida de polícia de âmbito jurídico ou do arbítrio soberano, a nova sequestração seria, então, uma intervenção médica sob a justificativa de ser inevitável a internação por conta da natureza de uma doença que demandava o enclausuramento, não mais como prepotência de um poder, mas agora como um suposto cuidado terapêutico necessário. E a psiquiatria alienista consideraria imprescindível a reclusão do louco como uma medida terapêutica pelo fato da alienação mental ser concebida como um distúrbio das paixões da alma, pelos excessos relativos ao amor, à raiva e às resistências à regulação da razão (BIRMAN, 1978). O isolamento do mundo exterior seria, então, justificado pelo intuito de excluir o insano do âmbito da desordem do contexto social no qual se alienara. Se a liberdade em meio à desordem social conduzira à alienação, seria o aprisionamento em meio ordenado a forma de levar à cura. Pinel, em seu *Traité*, estabelece claramente a necessidade incontestável da internação em estabelecimentos médicos para o tratamento da alienação:

Enuncio penosamente uma verdade triste, mas constatada pela experiência repetida, qual seja, a absoluta necessidade de confiar os alienados a mãos estranhas e de isolá-los de seus parentes. As ideias confusas e tumultuosas que os agitam e são provocadas por tudo o que os rodeia; sua irritabilidade continuamente provocada por objetos imaginários; gritos, ameaças, cenas de desordem ou atos extravagantes; o emprego judicioso de uma repressão enérgica, uma vigilância rigorosa sobre o pessoal de serviço cuja grosseria e imperícia também se deve temer, exigem um conjunto de medidas adaptadas ao caráter particular dessa doença, que só podem ser reunidas em estabelecimentos que lhe sejam consagrados. (PINEL, 1800/2007, p. 7)

Aqueles estabelecimentos, a que se refere Pinel, deveriam ser administrados pela única autoridade a solucionar o problema infundável da loucura: o alienista. No âmbito desse poder exercido pelo psiquiatra na instituição manicomial, destaca-se a organização minuciosa do espaço interno, onde os doentes deveriam ser distribuídos de forma ordenada e regulada para serem submetidos às táticas disciplinares de vigilância constante e de controle permanente. Jean-Pierre Falret (1794-1870), considerado como

um dos grandes alienistas daquela época, em sua obra *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés: leçons cliniques et considérations générales*, de 1864, reitera que para a conquista da cura e da melhora do doente mental, os estabelecimentos de alienados deveriam ser lugares onde imperasse a ordem, os regulamentos e a submissão:

Tudo, num asilo bem ordenado, as localidades, os regulamentos e as pessoas, encontra-se como que impregnado desse espírito de ordem e submissão e coopera, assim, mesmo a despeito dos que dele são objeto ou instrumento, para a plena realização do objetivo geral que é a cura ou, pelo menos, a melhoria dos alienados. (FALRET, 1864, p. 685).

Para os alienistas, o asilo deveria ser um espaço ordenado onde todas as normas, os poderes e as hierarquias seriam absolutamente fortes de forma a propagar a estrutura da moral social, das virtudes e dos valores da família e do trabalho com o intuito de anular a desordem que era própria da alienação mental. Conforme explicita Esquirol: "Uma casa de alienados é um instrumento de cura; nas mãos de hábil médico ela é um agente terapêutico mais poderoso contra as doenças mentais". (ESQUIROL, 1838, p.398). Foucault (2006), ao analisar as tecnologias alienistas e a máxima de Esquirol, concluirá que, para aqueles psiquiatras originais, o que promoveria a almejada cura dos enfermos seria, fundamentalmente, o próprio hospital, cuja estrutura arquitetônica ideal para alcançar os objetivos de vigilância permanente, essencial para o tratamento do insano, seria o modelo no qual se reconhece o panóptico de Bentham:

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. (...) o hospital é uma máquina panóptica, é como um aparelho panóptico que o hospital cura. (IBIDEM, 2006, p. 127-128).

É o internato, então, na sua própria estrutura física que enclausura, controla e observa, o próprio âmago da terapêutica alienista.

Com a vigilância constante e a ordenação do espaço nosocomial, seria possível classificar os mais diferentes tipos de loucura e criar nosografias de acordo com a descrição de sintomas. Conforme Pinel, a classificação e especificação dos diferentes tipos de alienação proporcionariam a determinação de um tratamento adequado e eficaz, diferente do que ocorrera na época do encarceramento indiferenciado: "Cabe, porém, reconhecer que o tratamento da loucura, até então dirigido sem a devida atenção às distinções genéricas e específicas, têm algumas vezes sido supérfluo, raramente útil e, muitas vezes, prejudicial". (PINEL, 1800/2007, p. 240). Os alienistas distinguiam o

comportamento anormal e patológico das alienações mentais com base nas condutas consideradas como socialmente reguladas e, assim sendo, determinavam aos indivíduos desviantes da norma diagnósticos decorrentes da descrição daquilo que observavam, exercício de uma nomeação classificatória que, pela etiquetagem médica, havia de angariar credibilidade àquela medicina alienista e ao internato que ela comandava.

O poder da internação psiquiátrica se exerceria não somente na determinação de diagnósticos, mas, sobretudo, na prescrição de tratamentos essencialmente morais fundamentados na submissão do alienado à figura suprema do médico. Na realidade, apesar dos discursos nosográficos, das investigações sobre causas físicas ou morais da alienação, o que importava para a internação alienista e consolidava toda sua prática eram os mecanismos terapêuticos (BIRMAN, 1978).

O tratamento moral era fundamentado, primeiramente, na exclusão do indivíduo de seu meio social e familiar, elemento que o alienismo considerava já ter, por si só, um efeito terapêutico. Segundo, a imposição de horários fixos, divertimentos regularizados, disciplinas gerais, trabalhos rotinizados eram as características desse tipo de tratamento imposto naqueles estabelecimentos de insanos. Havia, também, a aplicação de duchas frias ou quentes, o uso de cadeiras-fixas ou móveis, de camisas-de-força, de algemas, a aplicação de sedativos como ópio e morfina, de purgativos, de vomitórios ou de sangrias. Mas há que se reconhecer que Pinel já considerava essas terapêuticas físicas absolutamente secundárias em relação ao tratamento moral, e elas se mantinham muito mais como instrumentos punitivos e intimidadores do que como recursos propriamente terapêuticos.

Entretanto, o principal aporte do tratamento moral era uma concepção clara de que a submissão do doente a um poder superior, não por acaso encarnado pelo próprio médico alienista era, ao mesmo tempo, o mais importante recurso terapêutico e o mais seguro critério de progresso no tratamento. Somente com a introjeção da obediência ao poder incontestável do médico que o alienado poderia recuperar o juízo que perdera pela desordem de suas paixões. Os alienistas, cuja ascensão ocorreria em pleno declínio do absolutismo, acreditavam, no entanto, que o seu próprio poder era essencial para o tratamento do paciente, para a organização da instituição e para a própria existência do internato terapêutico. As palavras de Falret, de 1864, explicitam exemplarmente essa concepção, que não parece isenta de certo delírio de poder:

Pois bem, ninguém pode duvidar disto: todas as circunstâncias da qual é rodeado um doente, constituem uma parte essencial do tratamento moral, e não é senão com a condição de dispor de todas estas circunstâncias que o médico pode opor a variedade de meios para a diversidade de afecções e de caracteres. (...) Todo médico de alienados sabe que o concurso dos servidores de toda ordem deve ser regulado por sua autoridade, que só a este preço sua influência pode ser favorável. Só ele deve escolhê-los, e não se deixará dirigir, como a administração, por uma estreita economia, pois ele conhece toda a importância de seus auxiliares. Uma vez escolhidos, os servidores devem agir conforme às suas indicações e fazer calar todos os seus sentimentos particulares, para só escutar a voz do médico; pois só ele conhece tudo o que é relativo aos alienados, e o modo de concurso que cada servidor deve lhe dar para atingir o fim desejado. (...) Vê-se, pois, para ser eficaz, a ação do médico sobre o pessoal deve ser onipotente. (FALRET, 1864, p. 384-385).

Castel (1978), ao analisar a relação de autoridade exercida pelo médico dentro do asilo, considera que a psiquiatria alienista, que se considerava “progressista”, “humanista” e “moderna”, não teria apenas se moldado nas velhas instituições totalitárias de enclausuramento de pobres, herança do sistema absolutista, mas herdado do absolutismo uma concepção de poder que enxerga a submissão como um tipo de elemento natural e indispensável no enfrentamento da desordem. É bem verdade que, pelo menos em Pinel (1800/2007), a obediência do paciente deveria ter por objeto uma organização racional distinta de uma plutocracia. Mas quando o próprio médico instala a si mesmo no topo incontestável de uma hierarquia supostamente meritocrática, não há como desconhecer que estamos mais próximos da reprodução da antiga relação de submissão da sociedade de soberania, que acabava por pesar sobre aquele racionalismo autocrático como uma herança inelutável:

O médico é a lei viva do asilo e o asilo é o mundo construído à imagem que ele encarna. O espaço hospitalar concentra seus poderes e, inversamente, a ordem inscrita nas coisas ganha vida como ordem moral por ter como suporte a vontade do médico. O tratamento moral é essa estratégia através da qual o poder médico se apoia em todas as relações institucionais que, por sua vez, foram articuladas para lhe servir de intermediário. (...) O alienado nada mais é do que um 'enfermo'... (...) É necessário dobrá-lo, dominá-lo através de uma relação terapêutica que se assemelha a uma justa entre o bem e o mal. Não é por acaso que a psiquiatria nascente se inscreveu numa forma institucional que é herança do absolutismo político. A relação que se desenrola entre o médico e o doente, e que representa o primeiro paradigma da relação terapêutica em medicina mental, é uma relação de soberania. (CASTEL, 1978, p.88-89).

A apropriação da loucura pela medicina e sua constituição em uma doença mental promoveria o nascimento do alienismo, medicina especial, que estaria

essencialmente fundamentada nas estratégias disciplinares tão característica daquela sociedade do século XIX. Entretanto, aquela medicina da loucura seria considerada essencialmente uma medicina especial, de certa forma excetuada da medicina geral que, em seu formato moderno anatomopatológico procurava, na materialidade das lesões orgânicas, outra racional explicativa para a loucura.

CAPÍTULO III

A PROCURA DA PEDRA DA LOUCURA:

a história da biologização da psiquiatria no século XIX



A extração da pedra da loucura
Hieronymus Bosch (1450-1516)

No conceito dele a insânia abrangia uma vasta superfície de cérebros.

O alienista, de Machado de Assis, 1882.

Os primórdios da biopsiquiatria entre o alienismo e a medicina anatomopatológica

Em 1793, o ato de Pinel de desacorrentar loucos dos porões de uma casa de enclausuramento de pobres marcaria uma nova trajetória para a loucura que, tomada como doença, tornar-se-ia suscetível ao discurso daquela nascente medicina alienista. A instituição da loucura como doença seria o fator determinante para que ela fosse colocada no âmbito dos saberes e da intervenção médica.

Para que os loucos passassem a ser objeto da percepção e da escuta médica, seria necessário que a loucura fosse tornada uma doença. Se o médico é definido como quem possui o saber sobre as doenças, para que os loucos sejam cuidados pelos médicos é preciso que sejam transformados em doentes. (BIRMAN, 1978, p. 56)

A apropriação da loucura pela medicina, no entanto, apresentaria desde o seu início um caráter duplo e bastante diferenciado. Por um lado, a nascente medicina alienista iria considerar a loucura no âmbito do desregramento do controle das paixões. Por outro, a também nascente medicina clínica de base anatomopatológica procuraria perceber a loucura como a consequência de uma lesão orgânica.

A medicina anatomopatológica, que se originaria em fins do século XVIII, constituiria um saber sobre o corpo do doente e a doença como objeto de investigação, tecnologias médicas que constituiriam a possibilidade para a construção de uma linguagem sobre o indivíduo pautada no discurso da cientificidade (FOUCAULT, 1977b). A partir dos estudos anatomopatológicos desenvolvidos por Morgagni e Bichat, foi possível aos médicos descreverem “o que durante séculos permanecera abaixo do limiar do visível e do enunciável” (IBIDEM, p. X). Seria por meio da dissecação de cadáveres e investigação dos espaços invisíveis do corpo, da tomada do corpo como espaço para a evolução de uma doença, e do desenvolvimento de explicações sobre as relações entre os órgãos e suas funções que a medicina clínica moderna iria constituir seus discursos e práticas.

A princípio, o “nascimento da clínica” e a organização de um saber médico anatomopatológico no mesmo período de origens da medicina mental alienista, podem

parecer um desenvolvimento combinado de uma medicina que se instrumentaliza para o enfrentamento de novos desafios. Entretanto, a forma da medicina anatomopatológica observar, identificar, diagnosticar e tratar doenças não teria qualquer relação com o modo daquela medicina alienista explicar e tratar a enfermidade mental.

A medicina anatomopatológica da época constituiria um modelo epistemológico pautado na observação do interior dos corpos, o que permitiria a ela inscrever-se nos discursos científicos propugnados pela fisiologia e pela biologia. Já a psiquiatria alienista fundamentava-se essencialmente na observação dos corpos enquanto suporte físico de comportamentos e condutas que teriam neles se instalado, constituindo um aporte psicogênico da doença mental, cujo entendimento passaria pelo sistema de classificações e categorizações que a zoologia e a botânica modernas praticavam exemplarmente. Assim, a medicina alienista, na contracorrente do desenvolvimento do saber médico anatomopatológico, apresentaria outras formas de observar, diferentes modos de diagnosticar e distintas maneiras de intervir:

Tem-se o hábito de pensar que a psiquiatria aparece nesse momento, pela primeira vez, como uma especialidade dentro do domínio médico. Parece-me que, entre os que podemos considerar como fundadores da psiquiatria, a operação médica que efetuam quando curam não tem em sua morfologia, em sua disposição geral, praticamente nada a ver com o que esta se tornando a experiência, a observação, a atividade diagnóstica, o processo terapêutico da medicina. Seus procedimentos são absolutamente irreduzíveis aos que acontece na mesma época na medicina. (FOUCAULT, 2006, p. 16).

Para o alienismo, a determinação da doença mental deveria ocorrer por meio da observação atenta do interno dentro do espaço asilar organizado, lugar onde seria possível identificar características, condutas, costumes, clamores, murmúrios para compreender as alienações mentais. Conforme Pinel, para apreender sobre os fenômenos da alienação mental, o alienista deveria viver constantemente no meio dos alienados, estudar seus costumes, suas características e os objetos de suas paixões. Essa conduta atenta e meticulosa deveria levar o alienista à possibilidade de diferenciar variedades de sintomas para engendrar a classificação de subespécies de alienações mentais. O próprio Pinel (1800/2007, p. 71) considerava que “sintomas tão diferentes, todos compreendidos sob o título geral da alienação, deveriam ser cuidadosamente estudados” e, logo em seus primeiros escritos, diferenciaria quatro espécies de alienação mental: a mania, a melancolia, a demência e o idiotismo.

Enquanto a medicina alienista criava seus primeiros quadros diagnósticos fundamentados na concepção psicogênica da doença mental, a medicina clínica, com o desenvolvimento de estudos anatomopatológicos, inauguraria a possibilidade de correlacionar determinados sinais e sintomas a certas lesões localizadas no corpo. A correspondência entre lesão e sintoma tornaria possível à medicina experimentar algum avanço na construção de diagnósticos diferenciais.

Entretanto, no âmbito da medicina alienista, conforme Foucault (2006), a situação seria totalmente diferente por dois motivos:

Em primeiro lugar, é preciso notar que a constituição de diagnósticos diferenciais não é um aspecto central da preocupação alienista. Ainda que exista uma variedade de diagnósticos que, diga-se de passagem, já no século XIX estariam em processo de ampliação a cada novo *Traité* que surgia dentre os seguidores de Pinel, conforme Foucault (2006), tudo isso não passaria “de uma atividade superficial e secundária em relação à verdadeira questão que é colocada em todo diagnóstico da loucura; e a verdadeira questão não é saber se é esta ou aquela forma de loucura, mas de saber se é loucura ou não” (p. 346). Segundo Caponi (2012a), o problema de a medicina alienista estabelecer uma posição binária - louco ou não louco - estaria relacionada, a princípio, a uma decisão institucional de aceitar ou não o indivíduo em um asilo psiquiátrico. Entretanto, a partir do momento em que se suspeitasse da loucura e que se diagnosticasse alguém como alienado, seu destino estaria traçado, e não seria diferente de tantos outros que já se encontravam encerrados em asilos manicomiais. Dessa forma, portanto, “a psiquiatria funcionaria segundo um diagnóstico absoluto e não do diagnóstico diferencial”, como pretendia a medicina clínica. (FOUCAULT, 2006, p. 347). Conforme aponta Caponi:

O certo é que aquilo que caracteriza a medicina, a possibilidade de estabelecer diagnósticos diferenciais localizando as lesões no corpo, não pode ser realizado no âmbito da psiquiatria. Por essa razão, a psiquiatria deve limitar-se a enunciar diagnósticos absolutos, diferenciando-se assim dos diagnósticos médicos, que se organizam mediante a correlação entre sintomas e localização de lesões. (CAPONI, 2012a, p. 38).

Em segundo lugar, o alienismo, tal como surge no século XIX, também se distanciaria da medicina clínica orgânica pelo papel que o corpo desempenha nesses dois âmbitos do saber médico. De acordo com Foucault (2006, p. 347), a psiquiatria alienista seria “uma medicina na qual o corpo está ausente”. Mesmo que pese a

obstinação do alienismo em procurar algo como a “pedra da loucura” ou o tipo de órgão envolvido no aparecimento do desatino, a lesão corporal que causaria a insanidade permanecia desconhecida e nada se identificava no corpo.

Nessa perspectiva, aquela medicina especial pineliana que teria transformado a loucura numa enfermidade mental fundamentava-se em uma fenomenologia descritiva dos sinais e sintomas sem se remontar às fontes do mal, à causa orgânica e, dessa forma, não conseguiria adequar sua racionalidade teórica e sua prática clínica ao novo paradigma da medicina anatomopatológica. Entretanto, a psiquiatria alienista sempre teve pretensões de pertencer ao campo da medicina. Mas como fundamentar seus discursos, procedimentos e práticas na medicina sem ter encontrado uma lesão no corpo, um órgão em mau funcionamento ou uma enfermidade cerebral? Isso conduziria a uma contraposição entre o saber psiquiátrico alienista e a medicina clínica, na qual se estabeleceria um debate entre duas correntes que disputariam a natureza da alienação mental: a escola somaticista e a escola psicológica (BIRMAN, 1978).

A polêmica envolveria, conforme Castel (1978), embates dos alienistas com médicos fisiologistas de grande renome na época, como Bichat que expressaria a incompatibilidade entre os princípios do alienismo e os da medicina científica. Naquele período, duas correntes de pensamento iriam debater explicações referentes às enfermidades mentais. A primeira, composta por alienistas vinculados às noções de uma escola psicológica, considerava que a alienação estaria relacionada a uma causalidade moral e poderia ser compreendida como um distúrbio da vontade e das paixões. A segunda seria composta por médicos somaticistas que buscavam a origem orgânica da loucura e encaravam a alienação como uma enfermidade corporal, produzida por lesões no corpo, em particular, no cérebro (BIRMAN, 1978).

Pinel, um dos principais protagonistas daquela corrente de pensamento que compreendia a loucura como uma doença das paixões da alma, marcadas por excessos relativos à ordem social, aos sentimentos e ao amor, concebia a alienação mental como um “termo feliz para expressar em toda sua extensão as diversas lesões do entendimento, das faculdades intelectuais e afetivas” (PINEL, 1800/2007, p. 161). Orgulhava-se de ter introduzido em seu *Traité* um método “filosófico” para identificar a alienação mental por meio da observação dos sinais e sintomas na ordem de sua aparição, de seu desenvolvimento e de seu término natural. Para ele e seus seguidores, o alienista deveria identificar as causas morais das doenças mentais, descrever seus

sintomas e desenvolver estudos sintomatológicos para a construção de classificações das alienações mentais. A proposição é frontalmente divergente daquelas posições organicistas abordadas por médicos que acreditavam ser necessário encontrar as causas orgânicas da loucura. Como Georget que, conforme Castel (1978), concebia o delírio apenas como um dos sintomas da alienação mental e que não poderia ser confundido com a “natureza” da doença que, por sua vez, deveria ser procurada por meio da dissecação de cadáveres, da abertura de crânios e do exame minucioso de cérebros.

Para os alienistas, seguidores de Pinel e Esquirol, as enfermidades mentais “não apresentavam lesão orgânica do cérebro, nem do crânio” (PINEL, 1800/2007, p. 73) e deviam ser consideradas uma doença das paixões. Como esta compreensão se atem ao âmbito das dimensões morais do indivíduo, as terapêuticas prescritas deveriam ser essencialmente morais, com o objetivo de reeducar as mentes desregradadas. O tratamento mais potente seria de reconstituição da moral daqueles que haviam perdido a capacidade de discernimento. Tal terapêutica deveria ser aplicada em um manicômio bem organizado, por meio da estratégia de “subjugar e de dominar, por assim dizer, o alienado, colocando-o na estreita dependência de um homem que, por suas qualidades físicas e morais, esteja apto a exercer sobre ele um irresistível império, e a mudar a cadeia viciosa de suas ideias.” (IBIDEM, p. 108). Para o fundador do alienismo a nova medicina alienista deveria municiar-se de remédios morais que seriam muito mais eficazes no tratamento da insânia do que as terapêuticas físicas de aplicação de sangrias, duchas e vomitórios. O estado dos recursos medicamentosos da época levava Pinel a argumentar, no decorrer de toda a sua obra, que a “habilidade do médico estaria longe de consistir no uso exclusivo dos medicamentos”, pois não havia nenhuma teoria que validasse essa prática (IBIDEM, p. 73).

Do outro lado, os somaticistas, que buscavam aproximar a psiquiatria alienista da medicina anatomopatológica, acreditavam que a descoberta da causa da loucura os levaria à possibilidade de tratamentos médicos que teriam por objetivo atacar o foco causal do mal e, devido a essa concepção, poderiam até mesmo romper com o tratamento moral, uma vez que não encontravam seus constructos anatômicos na lógica daquela terapêutica.

Entretanto, muito pouco se podia falar de substantivo sobre uma anatomopatologia da loucura. Ainda que a descoberta de Bayle, em 1822, sobre as lesões cerebrais na paralisia geral pudesse gerar novas esperanças àqueles médicos que

nutriam esperanças anatomopatológicas, a loucura permaneceria irreduzível às investigações anatômicas e teciduais, à abertura de cadáveres, à dissecação de cérebros. (FOUCAULT, 2006; BERCHERIE, 1980; BIRMAN, 1978) E resistente, principalmente, à racionalidade daquela medicina anatomopatológica (CASTEL, 1978).

Em crítica aos somaticistas, Pinel expõe que “abrir cadáveres” não revelaria a verdade sobre a loucura e a fixação numa loucura fundada em lesões ainda estaria promovendo o deplorável estado de abandono de asilados manicomiais:

Um dos preconceitos mais funestos para a humanidade e que, talvez, constitua a causa deplorável do estado de abandono no qual se deixam quase todos os alienados é o de focalizar seu mal como incurável e de atribuir-lhe uma lesão orgânica no cérebro ou em qualquer outra parte da cabeça. Posso assegurar que, na maioria dos casos que reuni sobre mania delirante tornada incurável ou terminada com uma outra doença funesta, todos os resultados da abertura dos corpos, comparados com os sintomas que se manifestaram, provam que essa alienação possui, em geral, um caráter puramente nervoso e que ela não é produto de nenhum vício orgânico da substância do cérebro. (PINEL, 1800/2007, p. 73).

As palavras de Pinel revelam o conflito existente entre uma medicina asilar com preocupações terapêuticas e humanistas relacionadas à tentativa de melhorar as condições de alienados internos e, do outro lado, a existência de uma medicina experimental de orientação tecnicista forjada em laboratórios que tentava se aproximar da medicina anatomopatológica moderna. Afinal, a inquietação de alguns alienistas permanecia acesa, pois “se a psiquiatria pretendia ser um ramo da medicina, seria necessário que a alienação mental fosse uma enfermidade e, para tal, teria que ter um corpo anatomopatológico”. (BIRMAN, 1978, p. 46). O relato de Falret, discípulo de Pinel e Esquirol e mestre de Morel, revela o grande dilema enfrentado por ele e pelos jovens médicos que escolhiam trabalhar com insanos:

Os jovens médicos que estudavam então as doenças mentais dirigiam sua atenção, de preferência, para as lesões encontradas nas autópsias dos alienados, no cérebro e nas suas membranas. Contrariamente às doutrinas de nossos mestres, acabamos por ceder, como os demais, a essa direção anatômica da ciência, a qual se considerava na época a verdadeira base da medicina. (FALRET, 1863/2010, p. 308).

E o próprio Falret, entre outros personagens, iria explorar uma nova perspectiva teórica que tentava articular as duas posições anteriores, de forma a tentar compor um discurso que justificasse a relação da psiquiatria com a medicina clínica e que fundamentasse as práticas asilares que continuavam essencialmente pautadas no

tratamento moral. A inovação em seu método clínico consistia em abandonar a simples fenomenologia descritiva de sintomas para a constituição de uma “semiologia da loucura, através da qual a doença adquire um sentido subjacente às suas manifestações exteriores, ao mesmo tempo que um potencial evolutivo.” (CASTEL, 1978, p. 258-9). Assim, Falret (1863/2010, p. 314) passou a considerar a existência de uma “modificação orgânica primitiva” que estaria na origem da loucura, mas que era passível de ser compreendida por meio dos efeitos que dariam aos insanos a possibilidade daquilo que ele denominava de “aptidão a delirar.” O próprio Falret se colocaria pertencente a um novo grupo que buscaria uma posição eclética que combinasse a escola anatômica com a psicológica:

Em síntese, pertencemos, portanto, à escola anatômica, pois admitimos a existência de alguma lesão orgânica em toda doença mental, contudo, nos aproximamos ainda mais dos médicos da escola psicológica, visto que, como estes, procuramos na observação atenta e minuciosa dos fenômenos psíquicos, e na produção do delírio pelo delírio, o fundamento principal da patogenia, da sintomatologia e da terapêutica das enfermidades mentais. (IBIDEM, 1863/2010, p.314).

As novas perspectivas sobre as explicações das patologias mentais, ainda que pudessem reunir alguns divergentes e justificar a “eficácia possível do tratamento moral” (IBIDEM, p. 315), não sossegariam os ânimos mais exaltados daqueles que continuavam a aguardar alguma evidência da causa orgânica da loucura que a medicina clínica postulava por dever de ofício. Essas inquietações só encontrariam alguma guarida segura após a publicação, em 1857, do *Traité des dégérescences physiques, intellectuelles et morales de l' espèce humaine* de Bénédict Augustin Morel (1809-1873).

Sobre a teoria da degenerescência e a constituição da loucura biológica

A reviravolta que iria operar a teoria da degenerescência não apenas prevaleceria entre os alienistas da época, como também, teria uma influência decisiva para o futuro da psiquiatria.

A psiquiatria moreliana surgiria como uma tentativa de estabelecer um consenso entre a medicina mental e a medicina orgânica (SERPA, 2010; CASTEL, 1978). Enquanto a primeira pautava-se em classificações sintomatológicas das patologias mentais construídas pelos alienistas seguidores do legado pineliano, a medicina geral

criava classificações de doenças orgânicas fundamentadas pelas descobertas anatomopatológicas de lesões no corpo, e cobrava da psiquiatria que se pretendia médica alguma coisa semelhante e adequada às exigências das ciências positivas. O próprio Morel considerava que sua obra traria boas perspectivas de vincular alienação mental à medicina geral: “Procurei seguir minha ideia predominante que era a de vincular, de maneira mais vigorosa do que se tinha feito até então, a alienação mental à medicina geral”. (MOREL, 1857/2008, p. 478).

Morel, aluno de Falret, carregava as angústias de seu mestre que tentava promover um alienismo que articulasse as correntes somaticista e psicológica. E iria propor em seu *Traité* uma teoria organicista sobre a etiologia das patologias mentais e em uma especial evolução hereditária das enfermidades mentais.

A originalidade de sua obra estaria na proposta de um fator causal orgânico – a degenerescência - que estaria na origem da loucura. A noção de degenerescência da espécie humana poderia ser compreendida como “um desvio doentio do tipo normal da humanidade.” (IBIDEM, p. 500). A nova concepção postularia a alienação como decorrente de um estado orgânico, operação conceitual que parecia ter finalmente desvendado a obscuridade da loucura, a ponto de conseguir traduzi-la na objetividade do organicismo que embasava as teorias científicas da medicina anatomopatológica.

A teoria que dissolveria as fortes divergências entre psiquiatria e medicina por fazer crer que elucidaria a verdade sobre a gênese da alienação, parecia ser o resultado do espírito científico do século XIX. Entretanto, bem ao contrário disso, Morel, marcado fortemente por uma intensa formação religiosa (PEREIRA, 2008), fundamentava toda sua teoria e principalmente a noção de degenerescência nas concepções da teologia medieval (PEREIRA, 2008; ROCHA, 1994). E não ocultaria suas fundamentações ao citar, já nas primeiras páginas de seu Tratado, os capítulos da Gênese para explicar sobre a existência do tipo primitivo da humanidade, criado conforme a imagem e semelhança da perfeição de Deus. Para Morel, no entanto, o sujeito primitivo, resultado perfeito da criação, se distanciaria da perfeição de seu criador devido ao pecado original da desobediência. Essa “queda”, como doutrinava a teologia medieval, condenava o homem a todo o tipo de sofrimento humano. A degenerescência representaria todos aqueles que haviam se desviado dessa “obra-prima” e significaria a degradação física e moral da porção da humanidade que se afastava da perfeição de seu Deus criador. Nas palavras de Morel:

A existência de um tipo primitivo que o espírito humano tem prazer em constituir em seu pensamento como a obra-prima e a síntese da criação é um outro fato tão de acordo com nossas crenças que a ideia de uma degenerescência de nossa natureza é inseparável da ideia de um desvio desse tipo primitivo, que encerrava em si mesmo os elementos da continuidade da espécie. (MOREL, 1857/2008, p. 498).

Segundo Morel, as degenerescências, desvio desse tipo normal da humanidade, seriam transmitidas hereditariamente e poderiam ser explicadas por uma diversidade de causas “mórbidas que atingiriam profundamente o organismo” (IBIDEM, p. 499).

A postulação respondia a um dos principais propósitos de Morel, o de compreender as patologias mentais no âmbito da medicina geral. E suas conquistas foram inegáveis no âmbito da transposição do abismo que separava as teorias da psiquiatria clássica alienista da medicina anatomopatológica. Entretanto, ao contrário das pesquisas em busca da lesão anatômica de cérebros de alienados, Morel introduziria, conforme Serpa (2010, p. 451), um novo “elemento unificador das investigações dos processos patológicos, no lugar das lesões, a noção de hereditariedade”.

A nova perspectiva da medicina mental traria possibilidades de organizar as classificações das enfermidades de uma forma totalmente diferente daquela psiquiatria alienista. Morel construiria uma classificação na qual os diferentes processos de degeneração seriam resultados de “influências mórbidas, seja de ordem física, seja de ordem moral, e, como todos os estados doentes, têm suas características especiais e suas características gerais.” (MOREL, 1857/2008, p. 499). Assim, as diferentes formas de degenerescências poderiam ser classificadas conforme os seis tipos de causas definidas por ele:

A primeira causa seriam as degenerescências por intoxicação, que agrupariam desde os abusos de álcool, haxixe, intoxicações por chumbo e mercúrio, influências da constituição climática, até a fome, as epidemias e a natureza dos alimentos. A segunda causa seriam as degenerescências resultantes do meio social, que envolveriam as profissões insalubres e as produzidas pelas atividades industriais, mas principalmente os males provocados pela miséria que atingia as classes pobres. A terceira causa estaria relacionada às degenerescências resultantes de uma afecção mórbida anterior ou de um temperamento doentio, essa seria a degenerescência que atingiria necessariamente todos os tipos de doentes que habitavam os hospitais psiquiátricos. A quarta causa seriam as degenerescências derivadas da imoralidade, que estariam relacionadas a marcas no

corpo e a traços biológicos. A quinta causa seriam aquelas degenerescências provenientes de doenças congênitas ou adquiridas na infância, que abarcaria os padecimentos da infância e que influenciariam o desenvolvimento do sistema nervoso. E, finalmente, a sexta causa seriam as degenerescências relacionadas às influências hereditárias, causa mais geral e universal de todas as formas de degeneração. (CAPONI, 2010; SERPA, 2010; 1999).

A última forma de degenerescência, a hereditariedade, seria a causa central que perpassaria por todas as classificações de tipos de degenerescência humana que tanto seria um fator universal de propagação da enfermidade até a esterilidade das gerações, quanto seria um fator que definiria, particularmente, um subgrupo de degenerescências que prenunciaria a categoria diagnóstica loucura hereditária (SERPA, 2010). Morel considerava que, independente das causas implicadas na origem, todas as degenerescências seriam inevitavelmente transmitidas aos descendentes e se agravariam pelas sucessivas gerações até a extinção da espécie.

A hereditariedade da degeneração era algo central na concepção moreliana. A noção de herança apresentada era, contudo, um tanto mais sofisticada e diferenciava-se das antigas teorias sobre semelhança que supunham uma repetição nos descendentes do mesmo delírio, da mesma conduta ou do mesmo comportamento desviante que acometera o alienado. A originalidade de sua obra estava nas concepções um tanto esdrúxulas de hereditariedade de que causas predisponentes, relacionadas aos mais variados fatores morais ou físicos, poderiam causar padecimentos mentais que, ainda que não fossem graves, seriam necessariamente transmitidos aos descendentes, ainda que sob formas diversas e notadamente agravadas. Os herdeiros da degenerescência teriam, então, maior predisposição frente a causas internas ou externas, intelectuais, físicas ou morais, para desenvolverem enfermidades mentais severas que seriam, então, transmitidas as gerações como uma disposição hereditária. (CAPONI, 2012a; SERPA, 2010; PEREIRA, 2008; CASTEL 1978).

Conforme Morel, haveria uma séria degradação progressiva da estirpe degenerada, que levaria o primeiro predisposto a transmitir seu mal hereditário a seus descendentes de forma a constituir, ao fim, degenerados “marcados pela esterilidade e, conseqüentemente, incapazes de transmitir seu tipo de degenerescência” (MOREL, 1857/2008, p. 500).

A mais clara ideia que poderíamos formar da degenerescência de espécie humana é a de representá-la como um desvio doentio de um tipo primitivo. Esse desvio, por mais simples que seja suposto em sua origem, encerra, no entanto, elementos de transmissibilidade de tal natureza que aquele que carrega seu germe torna-se cada vez mais incapaz de cumprir sua função na humanidade, e que o progresso intelectual já bloqueado em sua pessoa, encontra-se ainda mais ameaçado na de seus descendentes. (IBIDEM, 1857/2008, p. 500).

A transmissão hereditária das degenerescências acompanhada das mais diversas causas intelectuais, morais ou físicas poderiam produzir o ser mais degradado da cadeia de degenerações que marcariam uma geração: o “portador” da alienação mental ou o denominado “alienado degenerado”, uma combinação que significaria a potencialização de valores negativos (AMARANTE, 2008). A partir das leituras do Tratado de Morel, Caponi (2012a, p. 93) considera que a concepção moreliana estabeleceu que “a alienação é o ponto final, muitas vezes irreversível, da sucessão de degenerações herdadas por famílias afetadas pelas mais diversas patologias”.

As degenerescências que provocariam a alienação mental, além de serem hereditárias e acometerem os descendentes daqueles que carregavam o mal em seu organismo, ainda apresentavam a característica de serem incuráveis. Morel considerava impossível pensar na cura ou recuperação dos alienados: “no estado que designo pelo nome de degenerescência, não se nota essa propensão do indivíduo de retornar ao seu tipo normal (...)” (MOREL, 1857/2008, p. 502). Suas explicações sobre a alienação mental como o estado mais avançado das degenerescências incuráveis explicaria a razão pela qual o tratamento moral determinado aos asilados manicomialmente frequentemente fracassava. Mas o niilismo terapêutico dessa modalidade de organicismo, longe de resignar-se à imobilidade, era o mote para propor a necessidade de se criar novas intervenções em psiquiatria, agora já sob a modalidade de políticas profiláticas de população.

A profilaxia moreliana e as estratégias biopolíticas de “moralização das massas”

A incurabilidade da alienação mental e, portanto, o reconhecimento da ineficácia de intervenções médico-psiquiátricas, a princípio poderia nos levar a pensar na total dissolução do tratamento moral. No entanto, ao contrário dessa perspectiva, Morel propunha a ampliação da aplicação do tratamento moral com seu deslocamento para

fora dos espaços manicomiais. Seus objetivos de promover “a aplicação mais fecunda e universal do tratamento moral” (MOREL, 1857/2008, p. 498) significava um movimento de extensão das intervenções da psiquiatria para todos os âmbitos que poderiam ocasionar as degenerescências. E, como vimos, os seis tipos de causas de degenerescências definidas por ele, que vão desde fatores físicos como alterações climáticas, intoxicações por álcool ou por tipos de alimentos consumidos até as causas morais como a miséria, atividades insalubres e a própria imoralidade, são aspectos extremamente amplos para não deixarem de abranger qualquer condição da vida cotidiana da época, sobretudo nas populações empobrecidas.

Segundo Morel, os alienistas até aquele momento haviam instaurado uma “profilaxia defensiva” consubstanciada no sequestro e confinamento daqueles indivíduos acometidos por enfermidades mentais. A proposta inovadora de Morel consistia em aplicar uma “profilaxia preservadora”, compreendida pelo exercício de uma série de regras de higiene física e moral que deveriam ser estendidas não apenas aos alienados asilados, mas a toda a população suspeita de desvio, com o intuito de prevenir e combater as causas que gerariam aquelas degenerescências infensas ao tratamento. (BIRMAN, 1978; CASTEL, 1978). Tratava-se, portanto, de uma estratégia biopolítica tipicamente de política de população, uma proposta de “moralização das massas” que só poderia ser efetivada pela medicina mental que Morel tão bem representava.

A concepção moreliana marcaria uma nova perspectiva para a psiquiatria, que não apenas se aproximaria da medicina geral através da noção de hereditariedade, como também ampliaria seu campo de intervenção para fora dos muros manicomiais e passaria a discursar e agir sobre os mais variados fatos e condutas da existência humana.

As inovações apresentadas no *Traité dès dégérescences* não seriam esquecidas após a morte de seu criador. Pelo contrário, Morel influenciaria profundamente todo o campo da psiquiatria e deixaria seu legado a numerosos discípulos, dentre os quais se destaca Valentin Magnan (1835-1916), que forjaria uma noção de predisposição que alavancaria um processo vigoroso de psiquiatrização do social.

Valentin Magnan e as noções de predisposição e de desequilíbrio na ampliação da psiquiatria

Ainda que Magnan fizesse algumas alterações e adaptações da teoria da degenerescência, suas argumentações em textos, aulas e artigos estariam pautadas essencialmente nas ideias de Morel, com a evidente valorização do papel da hereditariedade nas causas da degenerescência e da dimensão etiológica na classificação das patologias mentais.

Magnan, no último quarto do século XIX, se proporia a dar prosseguimento às ideias de seu mestre, mas tentaria transformar as concepções de degenerescência em uma teoria respaldada pelos pressupostos científicos da época. Dessa forma, descartaria a definição antropológica do degenerado que Morel ancorara em concepções teológicas de um desvio, uma degradação do tipo primitivo perfeito da humanidade criado pelo deus dos cristãos. Influenciado já pela efervescência da teoria darwinista, compreenderia a perfeição como algo que deveria ser buscado não na origem, mas no fim, desde que não houvesse nada que pudesse interpor o progresso do indivíduo e de sua espécie (SERPA, 1999). Assim, a degeneração não estaria mais relacionada a um tipo ideal criado por um deus, mas a um modelo socialmente desejado que, pela incapacidade de alcançá-lo pelo cumprimento das normas sociais, degradaria o incapaz na degeneração da loucura (CAPONI, 2012a).

Contudo, pensar no degenerado como aquele que se distanciava das normas sociais não significaria o abandono dos estudos anatomopatológicos cerebrais realizados nos cadáveres daqueles sujeitos afetados pelo mal da insânia. Pelo contrário, o fortalecimento da medicina clínica e a divulgação de pesquisas sobre a anatomia craniana e cerebral, principalmente com os estudos de Gall e Broca (BIRMAN, 1978), seria mais um aporte que levaria Magnan a considerar imprescindível que a psiquiatria buscasse explicações etiológicas das doenças mentais no âmbito das patologias cerebrais.

A localização de lesões cerebrais para identificar doenças mentais continuaria uma grande incógnita entre os psiquiatras do fim do século XIX. Para dar explicações que se aproximassem das pesquisas anatomopatológicas produzidas pela medicina e pela neurologia, Magnan introduziria a ideia de que sujeitos degenerados apresentariam não necessariamente lesões, mas desequilíbrios das funções do sistema nervoso. “O desequilíbrio entre os centros do eixo “cérebro-espinhal” responsáveis pelas funções

intelectuais, afetivas, sensitivas e instintivas seria o novo responsável, portanto, pelas diferentes formas clínicas dos ‘hereditários degenerados’’. (SERPA, 1999, p. 143). Essa seria a origem da concepção de desequilíbrio cerebral que marcaria a psiquiatria francesa do início do sec. XX e viria substituir as pesquisas que buscavam, sempre em vão, encontrar em cada patologia uma lesão cerebral específica.

Nessa nova concepção, os desequilíbrios cerebrais teriam diversas formas de se manifestar, o que constituiria quadros diferentes de sintomas que seriam denominados por Magnan de “síndromes”. Os diferentes sintomas apresentariam uma diversidade referente aos mais variados aspectos da vida de homens e mulheres daquela época, que abrangeriam desde o consumo abusivo de álcool e outros tóxicos até atos comezinhos, como o de lavar repetidamente as mãos (CAPONI, 2012a). Todos os fenômenos que constituiriam as denominadas “síndromes” somente poderiam se desenvolver naqueles sujeitos degenerados que apresentassem uma “predisposição” hereditária, noção difundida por Magnan que ampliaria em muito o alcance social do discurso psiquiátrico e seria uma das principais marcas de fundamentação das práticas higienistas.

Nessa perspectiva, a possibilidade de transformar comportamentos cotidianos em “síndromes” ampliaria ainda mais as possibilidades de intervenção da psiquiatria, que deixaria de centrar-se apenas nos delírios e alucinações para ingressar no âmbito dos mais diversos comportamentos cotidianos, nos pequenos medos e angústias diárias, nos mais diferentes estados existenciais, nos pequenos desequilíbrios cotidianos:

Serão deixados de lado os problemas que eram centrais para a psiquiatria clássica. Saber se o paciente tem alucinações, escuta vozes, imagina ser uma pessoa que não é, confunde realidade com fantasia, ou fazer com que o paciente reconheça sua própria loucura deixarão de ser as questões articuladoras do saber e do poder psiquiátrico. A teoria da degeneração permite que os pequenos desvios de conduta, os estigmas físicos ou psíquicos e, em menor medida, os delírios insignificantes se transformem em signos anunciadores de alienação mental. (CAPONI, 2012a, p. 119).

A persistência da ingerência da psiquiatria nas mais variadas questões relacionadas à vida cotidiana de homens e mulheres culminaria no engendramento de práticas higienistas e profiláticas que tinham como objetivo principal tentar identificar, nos mais simples gestos, possíveis signos que viessem anunciar o perigo de uma patologia mental.

A possibilidade de ampliação da psiquiatria com a criação da teoria da degenerescência moreliana, disseminada e emponderada por seu discípulo mais destacado, Valentin Magnan, levaria a uma ampliação da detecção de perturbações mentais e à necessidade de construção de um novo sistema de classificação, que visava superar as antigas categorias existentes. A tentativa de criar uma classificação universal das patologias mentais marcaria os estudos de Magnan, e seria justamente por intermédio de suas pesquisas que as noções de degenerescência e predisposição chegariam à Alemanha de Emil Kraepelin (1856-1926), o homem que seria considerado o organizador da psiquiatria moderna.

Emil Kraepelin, o kaiser da psiquiatria moderna e os programas de higienização das massas

Kraepelin, assim como Morel, consideraria essencial a promoção de estratégias higiênicas e de intervenções psiquiátricas preventivas com o intuito de controlar influências de um ambiente social considerado inadequado e antecipar desvios para prevenir patologias mentais (CAPONI, 2010). Na compreensão da mesma autora, o “pai” da psiquiatria moderna, “ao mesmo tempo em que estabeleceu as bases do que hoje entendemos por psiquiatria, manteve viva e intacta a ambição dos higienistas do século XIX de pensar os problemas existenciais e sociais como categorias médicas e orgânicas.” (p. 476).

Ainda que Kraepelin substituísse progressivamente a concepção de degenerescência pela noção de “congénito” e “endógeno” (SERPA, 1999), é preciso considerar, como pondera Amarante (2008, p.57), que “a teoria de Morel estaria na base da condição de possibilidade epistêmica do sistema de Kraepelin”.

Assim como Morel, Kraepelin revê a concepção do antigo alienismo, que adotava uma fenomenologia de sintomas para determinar o tipo de insanidade que acometia o suspeito. Entretanto, diferentemente da concepção moreliana, que privilegiava uma hipótese etiológica, a da degenerescência, Kraepelin propôs uma nova nosologia que marcaria profundamente a psiquiatria moderna. Conforme Pereira (2009) o psiquiatra alemão sistematizaria uma psiquiatria de longo alcance propondo uma classificação de transtornos mentais baseada não mais no mero conjunto de sintomas, mas na sintomatologia, na evolução e no prognóstico de cada entidade clínica isolada:

“dessa maneira, o projeto nosográfico kraepeliniano é fundamentalmente categorial, ou seja, as entidades diagnósticas deveriam ser descritas idealmente como unidades mórbidas isoladas, claramente delimitadas em oposição às demais.” Compreende-se, assim, conforme o mesmo autor, a tendência de considerar de fundo kraepeliniana a sistemática comum ao DSM-IV de estabelecer inúmeros “transtornos mentais” com base em um conjunto descritivo de características sindrômicas:

Quando, modernamente, certos autores referem-se aos modelos classificatórios contemporâneos em psiquiatria como sendo "neo-kraepelinianos", aludem com essa expressão à sua característica de tentar isolar sobre bases sintomatológicas objetiváveis entidades mórbidas nitidamente distintas. (PEREIRA, 2009, p. 163).

Além desses importantes fatores que marcariam novas possibilidades e um extraordinário alcance diagnóstico à psiquiatria contemporânea, a obra de Kraepelin é marcada pela tentativa de remeter o envolvimento do paciente com os mais diversos fenômenos sociais relacionados à vida humana a alterações biológicas que produziriam patologias mentais. Para Kraepelin (1917), diversas contingências de vida, tais como pobreza, aglomeração urbana, uso abusivo de álcool e de outras substâncias tóxicas, prostituição, dificuldades educacionais e processos de degradação moral poderiam ser elencados como produções aparentemente sociais de uma constituição biológica associada a enfermidades mentais. Nas palavras do próprio psiquiatra: “As assim chamadas causas psíquicas - um amor infeliz, negócios fracassados, excesso de trabalho - são produto, mas não a causa da doença, são a mera manifestação de uma condição preexistente, e seus efeitos dependem da constituição biológica do sujeito.”³ (IBIDEM, p. 132). Nessa verdadeira biologização dos fatos sociais, a concepção kraepeliniana propõe o entendimento de que é somente a partir de uma prévia insanidade orgânica produtora do mal-estar social que se constitui a possibilidade de novas afecções neurológicas que resultarão em herança mórbida de características adquiridas por causa de um ambiente insano. (CAPONI, 2010, p. 131).

A preocupação em explicar a transmissão hereditária e a constituição orgânica das perturbações mentais, que Bercherie (1980) considera também presentes em alienistas franceses da época, são características marcantes da obra de Kraepelin (1917, p. 147), que consideraria que “distúrbios mentais são hereditários, constitucionais ou, de

³ So-called psychic causes – unhappy love, failure in business, overwork – are the product rather than their effects of a pre-existing condition, and finally that their effects depend for the most part on the subject’s anlage. (KRAEPELIN, 1917, p. 132).

alguma outra forma, ‘organicamente’ determinados” e, como tal, tanto poderiam debilitar corpos individuais como poderiam degenerar famílias e mesmo conjuntos raciais. De fato, a confiança de Kraepelin na hereditariedade da afecção mental se remete a um credo compartilhado com antigos preceitos morelianos: “A transmissão de defeitos hereditários foi notada pelos primeiros alienistas, que também notaram que não apenas os distúrbios mentais severos, mas também, os vários tipos de defeitos relacionados a condições perniciosas podem ser transmitidas pela descendência das gerações.”⁴ (IBIDEM, p. 133).

O final do século XIX e início do século XX, marcados pela disseminação das noções derivadas da velha hipótese da degenerescência, de hereditariedade e por práticas higienistas, permitiria à psiquiatria exercitar-se como medicina social e promover a ampliação de seu campo de intervenção para os mais diversos aspectos e contingências da existência humana. Tais concepções assumiriam tal relevância que noções históricas tão comprometidas e duvidosas, como a de hereditariedade, seriam alçadas ao lugar de verdade incontestável no âmbito psiquiátrico.

Sobre a noção de hereditariedade e sua função na psiquiatria de população

Foucault considera que a atribuição de fatores hereditários para explicar o engendramento de estados “anormais” ou degenerados, produziria uma série de vantagens para a psiquiatria que tanto poderia considerar que uma determinada doença mental provocaria uma enfermidade semelhante ou uma enfermidade diferente entre gerações, quanto definiria que qualquer ponto considerado desviante da rede da hereditariedade, como um vício ou um defeito, poderia também provocar uma doença mental:

O estudo da hereditariedade apresenta por sua vez certo número de vantagens na tecnologia psiquiátrica. Primeiro um laxismo causal indefinido, laxismo que se caracteriza ao mesmo tempo pelo fato de que tudo pode ser causa de tudo. Na teoria da hereditariedade psiquiátrica, está estabelecido que não apenas uma doença de certo tipo pode provocar nos descendentes uma doença do mesmo tipo, mas que ela também pode produzir, com idêntica probabilidade, qualquer outra doença de qualquer tipo. Muito mais, não necessariamente uma doença que provoca outra, mas algo como um vício, um defeito. (FOUCAULT, 2002, p. 399).

⁴ Hereditary defects were noted by the first alienists; also noted was the fact that not only severe mental disorders but also various types of related defects or pernicious conditions can be transmitted from parent to offspring. (KRAEPELIN, 1917, p. 133).

A noção de hereditariedade foi estabelecida na psiquiatria pela teoria da degenerescência. E ainda que não se apoiasse na herança darwinista, que só seria apresentada dois anos depois da publicação do Tratado de Morel, nem na genética mendeliana, que só seria apareceria quase dez anos depois, e muito menos na noção de “gene”, que só seria concebida no início do século XX (PEREIRA, 2008; SERPA, 1999; ROCHA, 2004), “cairia como uma luva” para uma psiquiatria que buscava desesperadamente dissimular-se nos cânones da medicina científica. Para Serpa (2010), de fato, a noção de hereditariedade, ainda que sob uma formulação trôpega e pungentemente preconceituosa, cumpriria uma conveniente “função redentora” para a psiquiatria:

Em um momento em que o saber psiquiátrico se constituía sem conseguir reduzir o hiato que o separava do restante da medicina, e permanecia, portanto, em pane de legitimidade científica e social, a hereditariedade teve função redentora, pois ofereceu um vocabulário do qual se serviu em sua abrangência, a teoria da degenerescência, e que, por um lado era comum ao das disciplinas que alimentavam a medicina – as ciências naturais, a fisiologia, a patologia – e que, por outro, era suficientemente vago e aberto para acolher todas as incertezas da qual padecia o saber sobre a loucura, além de permeável ao plano dos valores morais. Dessa forma, a adoção da hereditariedade como mecanismo etiológico principal da degenerescência e da loucura permitia uma flexibilidade explicativa de eficiência dificilmente comparável no contexto da época, além de fornecer uma ancoragem fiscalista ao estudo da loucura. (IBIDEM, p. 455).

A teoria da degenerescência traria novas perspectivas para a psiquiatria que conceberia qualquer psicopatologia, a partir de então, como hereditária. A invenção de que a degenerescência era hereditária possibilitaria à psiquiatria, além de articular suas observações, classificações e intervenções nos corpos individuais, que deveriam ser disciplinados por seus manejos manicomiais, se prestava também, e principalmente, às estratégias de gerenciamento biopolítico de populações que lhe abria extraordinárias possibilidades de exercício de poder. Uma vez que se supõe que o degenerado carrega consigo a hereditariedade de sua terrível doença, que deverá ser fatalmente espalhada aos seus descendentes e agravada de geração em geração, a psiquiatria pode oferecer-se como autoridade de intervenção saneadora no corpo social, nas populações em geral e na própria espécie humana. Infiltrada então na medicina social, que desde o século XVIII já respondia às preocupações de higienização dos espaços públicos e de regulamentação da vida da população, a teoria da degenerescência emprestaria a legitimidade que faltava à psiquiatria alienista para proferir discursos sobre os costumes

populares e para intervir no âmbito das populações, levando seu tratamento moral, agora como profilaxia, a um processo de “moralização das massas”. As políticas de população de gerenciamento da vida, que logo assumiriam o feitiço de estratégias biopolíticas de regência da espécie humana, exerceriam suas concepções de hereditariedade e também deixariam heranças tragicamente indelévels à humanidade, como é o caso das políticas de população prescritas pelas ciências eugenistas.

Eugenismo e Racismo de estado: heranças das postulações organicistas de degenerescência e hereditariedade

As concepções sobre hereditariedade apresentadas pela teoria da degenerescência, que tiveram presença importante nas obras de Magnan e de Kraepelin, em conjunto com interpretações muito particulares das teorias evolucionistas e das ideias de seleção natural, seriam manejadas de forma extremamente oportunistas pela razão biopsiquiátrica da segunda metade do séculos XIX e da primeira do século XX. As correntes ditas científicas da época, que tentavam justificar as desigualdades sociais entre povos e as classes em termos de diferenças de evolução, cunhariam significados biológicos hereditários para concepções sobre o ‘mais forte’, o ‘mais inteligente’, o ‘mais apto’, que passariam a expressar ideias de evolução diferencial da humanidade e de uma seleção natural que deveria ser energicamente apoiada por ações de aperfeiçoamento de “raças”. Os argumentos forjados pela biopsiquiatria prestavam-se a justificar não apenas as desigualdades sociais que a Europa enfrentava e tentava administrar por meio de políticas de população como, principalmente, para dar a forma de uma racionalidade ao imperialismo europeu dos séculos XVIII e XIX, apoiando o submetimento, agora regenerador e desenvolvimentista, dos povos considerados oportunisticamente considerados degenerados e primitivos.

Uma das figuras mais importantes para ilustrar a promoção de investigações sobre os processos de seleção natural e aperfeiçoamento da espécie humana seria Francis Galton (1822-1911), que em 1883 cunharia o termo “eugenia” a partir de duas expressões gregas: *eu* (boa) e *genus* (geração), com consequentes objetivos de definir e apoiar a reprodução daqueles aptos para a produção da boa prole e restringir a existência daqueles marcados pela degradação e pelo atraso.

Influenciado pela obra de seu primo Charles Darwin (1809-1882), *A origem das espécies* de 1859, que originalmente não tinha pretensões de estender explicações sobre seleção natural aos seres humanos, Francis Galton desenvolveria modelos matemáticos e estatísticos para compor as bases de uma biopolítica da espécie humana, para a qual a noção de hereditariedade cunhada pela biopsiquiatria era oportuna e indispensável. Em seus estudos sobre a suposta hereditariedade de inúmeras características humanas, sustentava que, além das dimensões e características do corpo, traços de comportamento, de inteligência e até mesmo de moralidade eram traços inatos e transmitidos de pais para filhos. Dessa forma, o “pai da eugenia” sistematizaria um projeto com mecanismos próprios para o controle social que poderia, em suas concepções, melhorar a qualidade dos povos no âmbito físico, psicológico e moral, promovendo um processo de aperfeiçoamento da espécie pela regulação diferencial das “raças” e das dotações. Em suas palavras, a eugenia seria a “verdadeira religião do futuro, a ciência da felicidade, porque se esforçaria pela elevação moral e física do homem, a fim de dota-lo de qualidades ótimas, de fornecer-lhe elementos de paz na família, na sociedade, na humanidade.” (GALTON *apud* KEHL, 1935, p. 16).

Galton, e com ele os eugenistas que se espalhavam pelas classes dominantes de todo o mundo, acreditava que a “felicidade” dos povos estaria nas mãos daqueles que exercessem sobre os seres humanos os saberes adquiridos na criação de rebanhos. E constituiria programas eugênicos que estimulavam a multiplicação dos considerados eugênicos, e desencorajava e intervinha nas uniões e na procriação dos considerados degenerados ou inferiores através de programas de esterilização compulsória que atingiria tuberculosos, alcoolistas, epiléticos, sífilíticos, alienados, sentenciados e pauperizados além, é claro, de outros tantos considerados politicamente indesejáveis. Ao invés de conceber os graves problemas sociais como decorrentes de políticas econômicas espoliadoras e miserabilizantes, os eugenistas insistiam em procurar nos traços e características considerados inatos a origem de suas mazelas sociais. Consideravam, dessa forma, que a miséria e o sofrimento deveriam ser debelados pelo extermínio dos que viviam em situação miserável, dado o entendimento que essa condição era o resultado natural da proliferação de traços e características degenerativas e primitivas.

Naquele período marcado pela efervescência da ideologia do progresso das nações, Francis Galton, desejoso de arquitetar os rumos da humanidade, alertava e propunha:

As conseqüências de imperfeições congênitas, o estoque humano de nosso mundo civilizado é hoje em dia muitíssimo mais débil que de qualquer outro da espécie de animais domésticos ou selvagens [...] As forças cegas da seleção natural, como agente que nos impulsiona para o progresso, devem ser substituídas por uma seleção consciente; os homens devem utilizar todos os conhecimentos adquiridos pelos estudos e pelo processo de evolução dos tempos passados, para promover o progresso físico e moral do futuro. A nação que primeiro e conscientemente resolver este grande problema, não só vencerá em todas as matérias de competência internacional, mas ganhará um lugar de honra na história do mundo (GALTON *apud* BETZHOLD, 1941, p.7).

Esse lugar de honra seria pleiteado pelos mais distintos rincões, nos quais se destacavam os Estados Unidos da América, a Inglaterra, uma série de países nórdicos e até mesmo o Brasil, que quase incluiria em sua própria constituição os preceitos da esterilização eugênica. Mas nada se compararia as dimensões vigorosas que as práticas eugênicas ganhariam na Alemanha de Adolf Hitler que, tomando o modelo desenvolvido em estados americanos, já em inícios da década de 30 decretaria a lei de esterilização compulsória de diversas categorias consideradas “degeneradas” (GUERRA, 2006). Aquele seria apenas o início das atrozes aplicações de controles populacionais que, através do extermínio em massa dos indesejáveis, eliminaria todos aqueles que fugissem dos ideais nazistas de supremacia da raça no período da Segunda Grande Guerra, produzindo uma tragédia que marcaria nossa civilização para sempre:

A Era Hitler foi marcada pela lógica da destruição e descartabilidade da pessoa humana, que resultou no envio de dezoito milhões de pessoas a campos de concentração, com a morte de onze milhões, sendo seis milhões de judeus, além de comunistas, homossexuais, ciganos... O legado do nazismo foi o de condicionar a titularidade de direitos, ou seja, a condição de sujeito de direitos, ao pertencimento à determinada raça – a raça pura ariana. (...) A barbárie do totalitarismo significou a ruptura do paradigma dos direitos humanos, por meio da negação do valor da pessoa humana como valor e fonte de Direito. (PIOVESAN, 2008, p. 110).

Se Francis Galton supunha que as nações que desenvolvessem os programas eugênicos semeados por ele no final do século XIX logriam marcar para sempre a história do mundo, sem dúvida ele estava coberto de razão. As desumanas pesquisas e experimentações desenvolvidas nos campos de concentração e os milhões de mortos nos campos de extermínio seriam a marca deixada por um tipo de racismo biológico de

Estado caracterizado pelas concepções de uma sociedade normativa que, conforme Foucault (2002), comporia o grande exemplo de Estado racista promovendo a combinação de preceitos disciplinares com regulamentações biológicas. Dito de outro modo, pode-se considerar que o Racismo de Estado, como aquele do regime nazista, seria a tentativa de conciliar o discursos das raças com a gestão de uma polícia médica, que deveria assegurar todos os princípios de higiene pública quanto defender sua população do perigo interno composto por loucos, criminosos, pauperizados, adversários políticos e bodes expiatórios que prejudicariam o aperfeiçoamento da raça ariana rumo ao papel de liderança da humanidade que a própria natureza lhe reservara.

É certo que nem todos os psiquiatras organicistas aderiram ao eugenismo e muito menos às suas consequências nazistas. Mas é necessário reconhecer e deixar meridianamente claro, como fez Jurandir Freire Costa (2007), que as certezas do organicismo hereditarista da biopsiquiatria estava na própria base de sustentação da eugenia e do seu desastroso paroxismo nazista. Assim, a derrota do nazismo na Segunda Grande Guerra traria elementos importantes para o afastamento das concepções eugenistas, como também abriria espaço para a contestação do manicomialismo.

A derrota nazista e a atenuação do prestígio da biopsiquiatria e do manicomialismo

Como ponderava Foucault (2002) em sua célebre inversão da proposição de Clausewitz, é no jogo de força da guerra que as coisa se decidem, e é na política de paz que a sucede que elas se estabelecem e são inscritas por processos de naturalização. Assim, a derrota militar do nazismo deixaria um legado difícil de ser administrado pelo credo eugenista e pela razão manicomialista. Não que o eugenismo fosse banido das nações com a derrota nazista, nem que isso fosse suficiente para o estancamento da profusão manicomial. De fato, leis de esterilização eugênicas perdurariam até os anos 50 mesmo nos Estados Unidos da América e a disciplina da Eugenia seria mantida em currículos universitários ainda por muito tempo.

Mas a conclamação geral à luta contra o arianismo nazista obrigou o arrefecimento gradativo dos postulados eugenistas em todo o mundo e a gritante semelhança entre os campos de concentração alemães e a realidade manicomial

espalhada pelo mundo dariam força a um movimento reformista que inspiraria variadas experiências de revisão do manicomialismo e, ainda que não debelasse o determinismo biológico e o hereditarismo psiquiátrico, pelo menos abalaria a arrogância que se demonstrara tão desastrosa nas trágicas certezas nazistas. Assim, o campo da psiquiatria abriria espaços maiores para visões menos reducionistas e um tanto mais flexíveis aos direitos de existência e de voz daqueles que, contudo, não deixariam de ver suas diferenças e seus sofrimentos rotulados como doenças mentais.

CAPÍTULO IV

A CONSOLIDAÇÃO DA PSIQUIATRIA AMPLIADA:

a contribuição da psicanálise e das reformas psiquiátricas no pós-guerra



A casa dos loucos
Francisco de Goya (1746-1828)

A loucura, objeto de meus estudos, era até agora uma ilha perdida no oceano da razão; começo a suspeitar que é um continente.

O alienista, de Machado de Assis, 1882.

Com a hegemonia do organicismo originário da Teoria da Degenerescência, o alienismo manicomialista ficara sem terapêutica. A concepção de que a alienação fundava-se em uma degeneração própria do organismo dos alienados, portanto absolutamente inacessível a qualquer tratamento, mergulhara os asilos alienista na obscuridade dos depósitos de internos que, conforme vaticinava o organicismo hereditarista da teoria da degenerescência, estavam condenados ao agravamento de seus estigmas e a uma deterioração mortal, assim como seus descendentes. O velho tratamento moral já não se prestava como terapêutica, uma vez que suas práticas disciplinares não tinham nenhuma chance de debelar o mal orgânico pelo qual agora era entendido o estado de alienação. As antigas técnicas do tratamento moral eram exercidas, agora, como uma paródia, como forma de administração do espaço manicomial ou como recurso de intimidação e punição dos internos. Assim, como morredouros largados ao desleixo ou regidos pela brutalidade, os manicômios do organicismo foram mantidos por décadas, sem que esse horror, salvo pelo raro cuidado da caridade, sensibilizasse algum clamor reformista. Era um período de guerras, e à opinião pública de então faltava atenção e espaço para ouvir reclamos de outra loucura que não a da própria guerra e seus desdobramentos de desgraça.

Mas a II Grande Guerra terminaria, e os festejos pela derrota do nazismo seriam acompanhados de um conhecimento público dos horrores dos campos de concentração, cuja semelhança com a realidade manicomial não poderiam passar totalmente em branco na consciência do pós-guerra. Neste momento, começam a acontecer algumas experiências de reforma dos manicômios, a par do surgimento de uma sensibilidade para os problemas da enfermidade mental que permitiam algo mais que a mordada de uma psiquiatria que, salvo para as questões de ordem pública, tinha nada ou muito pouco a falar sobre a loucura, e nenhuma disposição para ouvi-la. Dessa sensibilidade emanam movimentos reformistas do manicomialismo, ao mesmo tempo, que se apuram

as disposições na psiquiatria para o uso de recursos de alguma escuta e de certa atenção para os acometidos da insanidade mental. Dessas experiências, que certamente deixariam suas marcas na psiquiatria, abordaremos aqui o verdadeiro surto de interesse pela psicanálise, que inventaria a psiquiatria dinâmica bem como a psiquiatria de setor francesa e a psiquiatria preventiva caplaniana que, pelo esquadrinhamento preventivo do social e a pela busca sistemática de suspeitos, ampliariam sobremaneira seu alcance.

Um novo olhar que emolduraria discursos críticos à degenerescência: a psicanálise

Seria no contexto das perseguições provocadas pelo nazismo, e principalmente no período pós-guerra que a psicanálise se constituiria nos Estados Unidos como um movimento capaz de disputar a hegemonia que a psiquiatria organicista conquistara desde meados do século XIX. Com presença marcante nos anos 50 e 60 do século passado, as teorias psicanalíticas penetrariam no âmbito médico-psiquiátrico de tal forma que dificilmente seria possível a um psiquiatra norte-americano progredir em sua carreira profissional sem certa formação, mesmo que rudimentar, na prestigiosa psicanálise (BEZERRA, 2007). Essa teoria que entusiasmou a psiquiatria de então não surgira, de forma alguma, de algum tipo de derivação ou evolução do organicismo, mas de certa modalidade de crítica e, sobretudo, de um marcante ceticismo em relação ao primado da noção de degeneração, de determinismo hereditário, e mesmo quanto às possibilidades da neurologia oferecer resposta ao mal psíquico.

Seria em fins do século XIX e inícios do século XX que essa nova teoria surgiria no panorama “psi” europeu, até então mergulhado no determinismo organicista, cujo pessimismo estreitara demais as possibilidades de desenvolvimento de terapêuticas ou de qualquer abordagem compreensiva do sofrimento psíquico.

Ao contrário de disseminar novos discursos fisicalistas ampliadores do organicismo, como faziam as noções de degenerescência e de predisposição hereditária, a nova teoria trazia novos horizontes para a compreensão do drama existencial da loucura. É a entrada em cena da psicanálise de Sigmund Freud (1856-1939), que abandonaria suas pesquisas neurológicas já no início de sua carreira, para eleger a escuta do discurso dos sujeitos como novo elemento de atenção e de estudo.

Freud teve como mestre Jean-Martin Charcot (1825-1893), que dirigia uma clínica de estudos psiquiátricos em Paris do final do século XIX e, com seus discípulos, traçava e aprimorava discursos sobre a hereditariedade da “doença nervosa” para explicar as histerias, fobias, obsessões e neurastenias, além de outras perturbações categorizadas naquela época (BERCHERIE, 1982). Mas logo se afastaria das concepções de Charcot para, profundamente influenciado pela leitura de Schopenhauer (1788-1860), desenvolver especulações terapêuticas inusitadas e elaborar uma teoria totalmente nova sobre os processos relacionados ao sofrimento psíquico e ao “mal-estar na civilização” do qual não escapava nem mesmo aquele espírito europeu que se expandia pelo mundo como modelo forçado de humanidade.

A despeito de muito cedo laureado por seus estudos de fisiologia, já nos primeiros anos do século XX teceria comentários críticos ao fenômeno da medicina mental biológica e da neurologia, que se amparava na noção de degeneração e as suas concepções de hereditariedade, verdadeira panaceia da época:

A degeneração está exposta às objeções que se levantam, em geral contra o uso indiscriminado dessa palavra. Tornou-se costume imputar à degeneração todos os tipos de manifestação patológica que não sejam de origem diretamente traumática ou infecciosa. A classificação dos degenerados feita por Magnan faz com que nem mesmo a mais primorosa conformação geral da função nervosa fique excluída da aplicabilidade do conceito de degeneração. Nessas circunstâncias, pode-se indagar que benefício e que novo conteúdo possui em geral o juízo degeneração (FREUD, 1905/1989, p.130).

O distanciamento da psicanálise em relação à teoria da degenerescência logo seria, de fato, absoluto. Também a pretensão localizacionista que atravessava os saberes e discursos psiquiátricos desde princípios do século XIX, seria denunciada por Freud, ainda em 1915, como um completo fracasso: “todas as tentativas de encontrar na localização cerebral o lugar dos processos psíquicos, todos os esforços por entender as representações como inscritas nas células nervosas, fracassaram radicalmente” (FREUD *apud* CANGUILHEM, 2006, p. 15).

Ainda que Michel Foucault, em seu *Os Anormais* (2002), viesse a considerar, não sem razão, que a psicanálise retomaria o projeto de uma tecnologia médica ao engendrar a noção de “instinto⁵ sexual”, é preciso reconhecer que Freud não se isentou

⁵A polêmica entre os intérpretes brasileiros da obra freudiana sobre a preferência por utilizar as palavras “instinto” ou “pulsão” na tradução dos textos de Freud demonstram a complexidade do tema. Enquanto alguns tradutores optam por traduzir o substantivo alemão *Trieb* pela palavra “instinto”, outros consideram que o termo utilizado pelo pai da psicanálise em toda sua obra deveria ser traduzido por

de procurar libertá-la da sua redução ao biológico, e rechaçou as concepções de hereditariedade da época, sobretudo para afastar-se dos discursos eugênicos e racistas. Dessa forma, no decorrer de suas reflexões e publicações, Freud se afastaria da noção da degenerescência e da enorme importância que psiquiatria creditava à etiologia hereditária das “doenças nervosas”:

Freud começa assim a afrouxar as amarras que atrelam os destinos humanos e uma determinação biológica para entregá-los à sua dimensão de linguagem e de cultura, possibilitando a construção, em todas as suas dimensões, de uma outra clínica da loucura. (SERPA, 1998, p. 150).

Destarte, a psicanálise levaria a psiquiatria tradicional a sofrer um “grande impacto” (ALEXANDER, 1971), que culminaria na constituição de uma nova tendência na área: a denominada psiquiatria dinâmica. A nova psiquiatria que, segundo Roudinesco (2000), iria privilegiar a psicogênese, ainda que obviamente não descartasse a organogênese, revolucionaria o pensamento da medicina mental clássica. No testemunho de Ey (1969, p. 60), ele mesmo um dos principais protagonistas da psiquiatria dinâmica, “as descobertas fundamentais da estrutura do inconsciente e de seu papel patogênico por Sigmund Freud revolucionaram a clássica psiquiatria kraepeliniana”.

A nova conjunção da psicanálise com a psiquiatria influenciaria exerceria sua dominante influencia muito mais no conforto dos consultórios, mas não deixaria de abalar as estruturas manicomiais com suas concepções humanísticas, provocando uma inevitável perplexidade a ponto de, inclusive, proporcionar certa sementeira que frutificaria pouco mais tarde.

No cenário pós-guerra, tanto nos Estados Unidos como nos países da Europa, contingentes importantes da opinião pública democrática se sensibilizariam profundamente com conhecimento dos horrores dos campos de concentração nazista, e reconheceriam, naquelas condições, vivências muito semelhantes às situações que eram submetidos os asilados manicomiais. Nas palavras de Félix Guatarri (1976, p. 72):

“pulsão”, termo muito utilizado no Brasil devido a grande influência da obra de Jacques Lacan. Entretanto, interessante considerar que a polêmica de traduzir *Trieb* por “instinto” estaria relacionada a uma tentativa de “biologizar” o aparelho psíquico freudiano (FUKS, 2011). Divergências brasileiras à parte, Michel Foucault (2002) considera que aquela noção desenvolvida pela psicanálise e, também presente nas ciências eugênicas, influenciaria a psiquiatria do fim do século XIX, principalmente por suas concepções vinculadas ao determinismo biológico.

Ao voltar dos campos de prisioneiros e de concentração, um certo número de enfermeiros e psiquiatras abordaram os problemas do hospital psiquiátrico com uma visão completamente nova. Não podendo suportar as instituições concentracionárias, dedicaram-se a transformar coletivamente os serviços, derrubando grades, organizando a luta contra a fome, etc.

Abria-se, assim, um período que seria marcado pelo desenvolvimento das primeiras experiências de reformas psiquiátricas, que tinham como principal aspecto a problematização, radical ou reformista, do papel desempenhado pela instituição manicomial, bem como de seus manejos interiores (AMARANTE, 2009). Experiências como a psicoterapia institucional francesa e as comunidades terapêuticas anglo-saxônicas, seriam marcadas por propostas de profundas transformações nas relações entre os atores da cena manicomial. Ou ainda as experiências da psiquiatria de setor francesa e a psiquiatria preventiva norte-americana que, caracterizadas por movimentos que visavam superar as práticas manicomiais, proporiã serviços abertos e comunitários com o objetivo de atender um maior número de pessoas com disposições que visavam, com atenção a qualquer indício, prevenir o desenvolvimento da “doença mental” (AMARANTE, 2007), seja pelas agruras do manicômio, seja pelo motivo menos nobre, mas mais tocante às razões de Estado, de seus elevados custos.

Entretanto, seria principalmente por meio dos movimentos da Antipsiquiatria e da Psiquiatria Democrática Italiana que as propostas de desinstitucionalização ganhariam forças para se concretizarem em experiências marcantes, tanto na Inglaterra de David Cooper e Ronald Laing, quanto na Itália de Franco Basaglia. Ambos os movimentos se estabeleceriam a partir de denúncias de violência que a psiquiatria exercia ao sujeitar homens e mulheres a suas práticas de controle e de tortura sustentadas por seus discursos de verdade (FOUCAULT, 2006). E desses movimentos surgiriam as críticas mais severas e radicais ao formato e à pretensa necessidade dos dispositivos e tecnologias manicomiais implantadas desde o alienismo e agravadas pela concepção exterminista que a teoria da degeneração plantara.

Ainda que houvesse particularidades e diferenças conceituais, conforme Venâncio e Russo (2006, p. 462), todos esses movimentos reformistas teriam como principais objetivos, quando não contestar a própria concepção de loucura como doença, pelo menos “devolver a palavra ao internado, erradicar as práticas repressivas e violentas que marcavam o funcionamento asilar e, no limite, reinsserir o louco na sociedade que o havia excluído”.

Naquele ambiente de mobilizações críticas e de inspirações libertárias baseadas nas ressonâncias da contracultura, muitas críticas seriam feitas em relação “ao papel das teorias organicistas no entendimento das doenças mentais, o lugar das intervenções biológicas no tratamento do sofrimento psíquico, o alcance do diagnóstico psiquiátrico, e o estatuto científico da doença mental.” (BEZERRA, 2007, p. 129). A psiquiatria da época seria tomada como ícone da sociedade conservadora, repressiva, medicalizante e alienante. Momento que proporcionaria a produção de obras críticas de diferentes orientações, que influenciariam importantes personagens a protagonizarem aqueles movimentos reformistas e de desinstitucionalização da psiquiatria. *A história da loucura* de Michel Foucault (1961/1972), *O mito da doença mental* de Thomas Szasz (1961/1979), *Manicômios, prisões e conventos* de Erving Goffman (1961/2001), *Anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia* de Gilles Deleuze e Félix Guatarri (1972/2005) seriam algumas das importantes publicações que denunciariam a psiquiatria como um dispositivo de poder caracterizado por práticas de exclusão e violência.

Diante dessas transformações, o período pós-guerra seria marcado por um forte abalo das noções de predisposição e hereditariedade que, fundamentadas pela noção da degenerescência moreliana e representadas pela reengenharia psiquiátrica de Kraepelin, buscavam enquadrar a pluralidade do humano no âmbito mais estreito da doença mental ancorada em lesões e anomalias do substrato orgânico.

Entretanto, ao mesmo momento que aqueles movimentos produziram novos saberes e novas práticas que distanciariam a psiquiatria de suas concepções clássicas de patologia mental e tratamento manicomial, também, proporcionariam àquela psiquiatria revitalizada ampliar seus discursos e práticas para contingentes populacionais bem mais amplos.

Os movimentos reformistas preventivistas: a extensão das práticas psiquiátricas no tecido social

O pós-guerra estava banhado por uma nova sensibilidade, que a Declaração Universal de Direitos Humanos (1948) repercutia e acentuava. Naquele momento, as denúncias e críticas à desumanidade das condições manicomiais era um convite a reformas, e a psiquiatria começaria a repensar sua principal estratégia de intervenção. Apareceriam, então, as primeiras propostas de implantação de serviços psiquiátricos na

comunidade, que visavam viabilizar atendimentos extra-manicomiais. França e Estados Unidos saíam na frente e criaram políticas para a implantação de um novo sistema de assistência médica, que pretendia oferecer atendimentos preventivos da “doença mental” que fossem, ainda que não francamente substitutivos da internação manicomial, pelo menos redutores desse recurso considerado oneroso e de dignidade e eficiência seriamente duvidosas.

Tanto a psiquiatria de setor francesa quanto a psiquiatria preventiva norte-americana, ainda que apresentassem críticas ao modelo tradicional da psiquiatria, relembrariam em suas intervenções as práticas profiláticas do higienismo psiquiátrico moreliano ainda do século XIX. Com preocupações de detectar precocemente os possíveis portadores de perturbações mentais, os adeptos daquelas reformas iriam buscar em todos os níveis da vida cotidiana os possíveis candidatos à enfermidade e para isso “(...) sairiam às ruas, entrariam nas casas e penetrariam nos guetos para conhecer os hábitos, identificar os vícios, mapear aqueles que, por suas vidas desregradas, por suas ancestralidades, por suas constitucionalidades, vinham a ser suspeitos daquele mal” (AMARANTE, 2009, p. 37). A “busca de suspeitos”, expressão literalmente utilizada por Gerald Caplan (1980), principal protagonista da psiquiatria preventiva norte americana, lembra muito a busca de outrora pelos predispostos de Mangan, e demarcava a principal estratégia dessa psiquiatria que objetivava se estender organizadamente para toda a sociedade.

Esse processo de transformação das práticas psiquiátricas no pós-guerra garantiria à medicina mental ratificar-se como uma disciplina de intervenção saneadora bastante generalizada nos conflitos sociais e nas mais diversas circunstâncias humanas que se mostrassem desviantes de uma normatividade que mostrava ter aprendido pouco com o desastre eugenista, e que se nutria agora do panorama da guerra fria.

No entendimento de Gilles Deleuze (1999), apresentado em seu texto *Post-scriptum sobre as sociedades de controle*, a crise geral das instituições disciplinares apontaria para novas práticas que ele considerou próprias daquilo que denominou sociedade de controle, noção perfeitamente compatível com a de biopolítica (MARTINS, 2005), onde práticas mais flexíveis e muito mais generalizantes substituiriam os procedimentos classificatórios engessados dos controles disciplinares típicos do período alienista. As modificações preventivistas e esquadrihadoras que a psiquiatria sofrera no pós-guerra respondiam a essas transformações, mas não faltava

quem percebesse nelas uma outra face da mesma moeda. E Deleuze escolhe a substituição do confinamento manicomial pela psiquiatria de setor francesa dos anos 60 para exemplificar essa metamorfose do mesmo:

na crise do hospital como meio de confinamento, a setorização, os hospitais-dia, os atendimentos a domicílio puderam marcar, de início, novas liberdades, mas também passaram a integrar mecanismos de controle que rivalizam com os mais duros confinamentos. (DELEUZE, 1999, p.220).

Naturalmente, quando Deleuze diz que essas novas formas podem rivalizar em “dureza” com a reclusão manicomial, não está pensando em equiparar igualdades, mas em enfatizar que a forma antiga podia ser mais bruta, mas a nova era mais insidiosa; a antiga era mais violenta, mas a nova apresentava-se muito mais abrangente e, por isso, talvez mais perigosa. E, de fato, seriam as experiências abertas e abrangentes, como a psiquiatria de setor francesa, que ensejariam a extensão do atendimento psiquiátrico a setores mais amplos da população, com a clara disposição de atingi-la em seu todo. A ela se somaria a psiquiatria preventiva caplaniana, que constituiria a base da expansão dos serviços psiquiátricos à população em geral, fator que ensejaria, ainda que não fosse o único, a psiquiatrização do mal-estar contemporâneo.

As expansões dos serviços de psiquiatria, impulsionada pelas lições modelares da psiquiatria preventiva caplaniana e pelo esquadramento da psiquiatria de setor francesa estavam dirigidas a intervenções preventivistas direcionadas às populações “suspeitas”, e como os suspeitos eram muitos, o resultado seria a expansão do alcance da psiquiatria a horizontes inusitadamente amplos que atingiriam, inclusive, os sujeitos antes considerados “normais”. E a aliança da psiquiatria com a psicanálise também cumpriria um papel nessa ampliação da cena psicopatologizante.

A psiquiatria psicanalítica: novas perspectivas para a ampliação da psiquiatria

Não há dúvida de que a psicanálise trouxe uma dose de humanismo a uma psiquiatria que, mergulhada no organismo, estava um tanto esquecida de que esse organismo tinha humanidade. Mas também é certo que a mesma psicanálise trazia condições extraordinárias de ampliação do alcance diagnóstico da psiquiatria, que se utilizaria, principalmente, da assimilação de suas terminologias das neuroses para etiquetar amplamente qualquer inquietação que estivesse ao alcance de seu discurso.

Essa nova psiquiatria, que sob influências das teorias psicanalíticas se tornara dinâmica, iria propor transformações nas terapêuticas promovidas em hospitais psiquiátricos, como seria o caso da clínica de *La Borde*, na França, assim como lograria influenciar uma série de novas instituições psiquiátricas que surgiram com as experiências reformistas da década de 50 e 60.

A fusão da psiquiatria com a psicanálise traria possibilidades para viabilizar as ideias de algumas reformas psiquiátricas que acreditavam em um projeto de despsiquiatrização da loucura, processo pelo qual a produção de uma verdade sobre a loucura não estaria mais atrelada e restrita às antigas regras do confinamento manicomial. Essas mudanças significavam que, sob os saberes psicanalíticos, ao louco abria-se a possibilidade, de produzir sua própria verdade a partir de um discurso que, não obstante interpretado, agora não estava mais condenado ao eco dos calabouços. Entretanto, a intervenção da psicanálise, ainda que possibilitasse um avanço no processo da despsiquiatrização da loucura e do deslocamento do poder psiquiátrico, não deixaria de reiterar um processo de medicalização, como pondera Foucault (2006) com a recodificação do poder médico na figura do analista.

A aproximação da psiquiatria e da psicanálise seria a tentativa da recodificação da prática psiquiátrica a partir das tecnologias e princípios engendrados pela teoria psicanalítica. Isso significa que a psiquiatria se orientaria pela identificação das causas psíquicas do sofrimento, sem precisar se preocupar com as fronteiras entre os quadros mórbidos que a psiquiatria krapeliana tanto valorizava. Na análise de Robert Castel (1987) isso significaria “o reconhecimento do fato de que a patologia mental é uma patologia relacional”, operação que só teria efetivo sucesso com o afastamento da psiquiatria da esfera médica que, dado que esta se baseava na identificação de entidades anátomo-clínicas e na definição precisa de quadros diagnósticos distintos. O próprio Henry Ey (1969), um dos principais nomes da psiquiatria dinâmica, reconheceria que as novas modificações significariam o afastamento da psiquiatria das bases orgânicas da clínica médica e principalmente da neurologia. Mas deixava o alerta temeroso para que a psiquiatria não se perdesse nas “nebulosas ciências humanas”. E, de fato, essas recomendações não seriam descartadas, pois a psiquiatria logo desenharia seu retorno ao objetivismo médico e a psicanálise continuaria seu percurso de disseminação de uma “cultura psicológica”. E seria exatamente essa função da psicanálise, e não a valorização do discurso do sujeito em detrimento do poder médico, que deixaria marcas e

influenciaria os saberes psiquiátricos na constituição e determinação de poderes mais efetivos e incisivos ao psiquiatra, que retomaria com novas roupagens a propagação seus discursos e de sua intervenção para além dos muros manicomiais iniciada no século XIX, mas que agora buscava alcançar, ainda que eventualmente no conforto do divã, os considerados “normais”.

A psicanálise não se tornaria apenas a referência teórica para a psiquiatria daquela época, como também, invadiria amplamente o imaginário social, penetrando no vocabulário de expressão da subjetividade com explicações centradas na interioridade psíquica (BEZERRA, 2007). Em um processo de difusão de uma “cultura psicológica” pela sociedade, as concepções psicanalíticas permitiriam ir além dos sintomas de delírios e alucinações e dos desajustes característicos de quadros patológicos, sempre tão presentes na trajetória da psiquiatria, para atingir os diferentes estados do “homem normal” e se aplicar no “tecido da sociabilidade comum”. A psicanálise, seja na obra freudiana ou nos escritos dos pós-freudianos, iria criar a possibilidade de trabalhar o próprio conceito de “normalidade” ao determinar que suas intervenções deveriam ser direcionadas inclusive para aqueles que gozavam dessa condição. Ao considerar que a subjetividade e os processos que envolvem o equilíbrio psíquico não seriam dados concretos e definitivos, a psicanálise criaria possibilidades de intervir em qualquer circunstância, suas práticas poderiam ser direcionadas não apenas à reparação e à prevenção do mal-estar, mas também ao aprofundamento do conhecimento de si mesmo, em um processo de prescrição de “terapia para os normais”. Nas palavras de Robert Castel:

Um equilíbrio psíquico não constitui nunca um dado definitivo, natural, no máximo um corte atual numa dinâmica interna, cujo acabamento não é ficado a priori. Uma análise é bem “interminável” nesse sentido: o trabalho de elucidação do eu e de transformação de si que ela instaura nunca termina. Além dessa descoberta, convidar a relativizar as noções de normal e de patológico, ela implica que a normalidade não é um estado definido, uma vez por todas, mas uma situação sobre a qual se pode sempre intervir. O recurso a uma tecnologia psicológica não tem por único objetivo reparar (curar), nem mesmo manter a saúde (prevenir), mas pode servir para explorar, aprofundar, trazer um acréscimo que não se contentaria em calafetar um funcionamento. A ambiguidade que trai a expressão de “terapia para os normais” já está inscrita no coração da psicanálise. Aproximada por razões históricas à tradição médica, ela é também uma teoria e uma prática geral do funcionamento psíquico. (CASTEL, 1987, p. 141-142)

A criação de uma nova terapia, agora direcionada aos considerados “normais”, seria apropriada pela psiquiatria dinâmica, que desde Adolf Meyer, importante

psiquiatra americano que influenciaria a constituição do primeiro DSM em 1952, consideraria imprescindível o trabalho da psiquiatria no que se refere aos valores da vida cotidiana. Era o princípio do abandono das difíceis e trabalhosas diferenciações entre aquilo que a psiquiatria considerava, anteriormente, como uma dicotomia de “normalidades” e “anormalidades”. Conforme análise de Mayes e Horwitz (2005), a psiquiatria dinâmica medicalizaria um número vasto dos mais diversos aspectos relacionados ao humano, que abrangeriam ambições fracassadas, nervosismo geral, qualquer ansiedade cotidiana, problemas escolares e de aprendizagem:

O foco da psiquiatria dinâmica nas neuroses possibilitaria a ampliação dos tratamentos para a padronização e adaptação dos mais generalizados comportamentos, caracteres e problemas pessoais. Seus clientes passaram a ser as pessoas que estavam insatisfeitas com elas mesmas, com seus relacionamentos, com suas carreiras e suas vidas em geral (MAYES; HORWITZ, 2005, p. 250).⁶

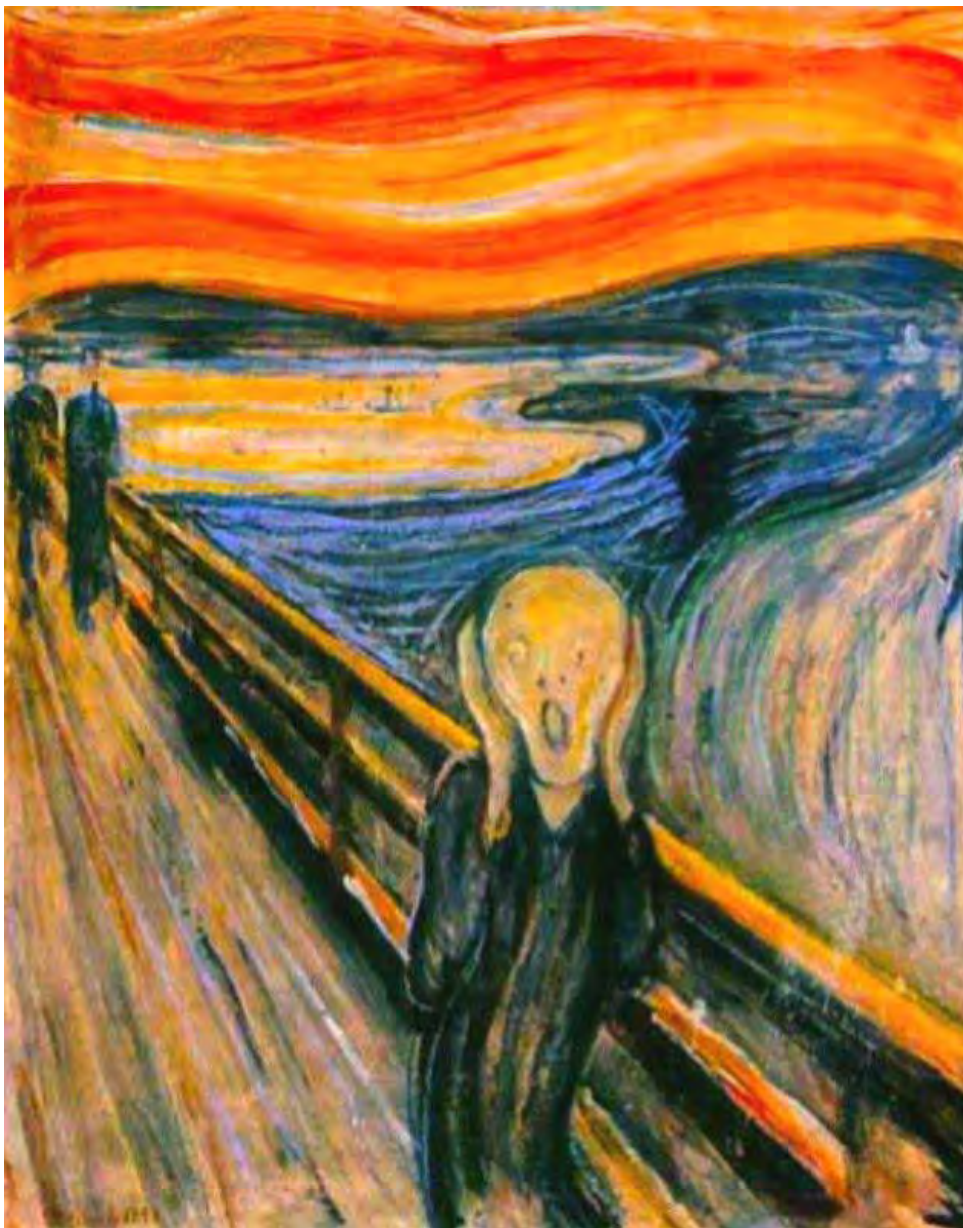
Nessa perspectiva, a psiquiatria ampliaria em muito seu campo de abrangência e criaria um maior número de diagnósticos para definir seus pacientes. E ainda que depois a psiquiatria se distanciasse da psicanálise, que relegasse a psiquiatria dinâmica e as terapêuticas de divãs e retomasse sua aproximação da clínica médica orgânica, inclusive com a reorganização de seu discurso, ela não abandonaria aquele princípio psicanalítico que lhe possibilitara recuperar suas antigas aspirações de ser direcionada à totalidade humana.

Seria, de fato, no panorama da disseminação de uma cultura psicanalítica, em pleno processo de “psicanalização” ou “psicologização” (CASTEL, 1987) que ocorreria “uma revolução silenciosa no campo da psicofarmacologia, que conviveria – no início muito bem – com o discurso e ideologia psicanalíticos e mesmo com a ideologia antipsiquiátrica, e que, no entanto, iria mudar a face da psiquiatria”. (RUSSO; VENÂNCIO, 2006, p. 463). E essa nova face, que se prolongaria até os dias de hoje, seria a da psiquiatria psicofarmacológica.

⁶The focus of dynamic psychiatry broadened from the treatment of neuroses to more generalized maladaptive patterns of behavior, character, and personal problems. Its clients came to be people who were dissatisfied with them-selves, their relationships, their careers, and their lives in general.(MAYES; HORWITZ, 2005, p. 250).

CAPÍTULO V

A PSIQUIATRIA FARMACOLÓGICA E OS (DES)CAMINHOS DA NOVA RAZÃO ORGANICISTA



O grito
Edvard Munch (1863-1944)

A invenção dos psicofármacos

A década de 50, marcada pela disseminação de discursos psicanalíticos no âmbito psiquiátrico e pelas primeiras experiências de reformas psiquiátricas, também seria palco da criação dos primeiros medicamentos psicofarmacológicos que, nos dias atuais, prometem eliminar todos os sofrimentos psíquicos e apaziguar qualquer mal-estar. Com a síntese do primeiro desses fármacos, a clorpromazina, seguido pela obtenção de outros medicamentos psicofarmacológicos, a psiquiatria daria seus primeiros passos na “era da farmacoterapia” (MUNHOZ, et. al., 2000).

Em 1952, respaldado por longa experiência de tratamento de feridos de guerra, o médico cirurgião francês Henri Laborit sintetizaria um medicamento que parecia apropriado a uma função anestésica para minimizar o choque operatório de soldados gravemente feridos que precisavam ser submetidos a procedimentos cirúrgicos (BOGOCHVOL, 2001; PICCINI, 2000). Ao realizar os primeiros ensaios, Laborit perceberia que o fármaco, que ficaria conhecido como clorpromazina, produzia um efeito tranquilizante que possibilitava a diminuição de reações orgânicas exageradas, produzindo um estado que ele mesmo denominaria de “hibernação artificial”, e que permitia ao médico dar prosseguimento ao tratamento necessariamente mais invasivo dos soldados feridos. Ao constatar os efeitos produzidos pelo novo medicamento, Laborit convenceria psiquiatras do serviço de Neuropsiquiatria do Hospital Militar *Val de Grâce* de Paris a experimentar aquele fármaco que prometia silenciar as mais agitadas enfermarias psiquiátricas (MEDRANO, 2012). O medicamento, a princípio testado em um jovem soldado diagnosticado com episódios maníacos e sintomas psicóticos, seria considerado a solução para delírios e alucinações que a psiquiatria não conseguia conter com seu tratamento moral manicomial. A notícia logo chegaria ao Hospital Psiquiátrico de *Saint Anne*, dirigido por Jean Delay e por seu assistente Pierre Deniker que, fortemente interessados pelos efeitos tranquilizantes do novo medicamento, iriam sugerir oficialmente o emprego da clorpromazina para combater a agitação daqueles pacientes hospitalizados (LAMB, 2008). Conforme Bogochvol (2003), aquele seria o momento de nascimento da psicofarmacologia moderna que, ao contrário, de uma história glamorosa de tenacidade e perspicácia científica, teria suas marcas na experimentação casual de um recurso de atenuação de efeitos indesejáveis de intervenções cirúrgicas, “que se descobriu por acaso que alteravam o estado mental” (ANGELL, 2011, p. 2).

Naquele período a clorpromazina seria recebida como uma grande conquista para o tratamento dos internos manicomiais e seria comparada, pelos seus próprios criadores, à principal e mais eficiente intervenção da psiquiatria na época, a lobotomia⁷. Conforme Medrano (2012, p. 852), a clorpromazina podia ser

definida também como “lobotomia química”, uma ideia que nos anos 50 se constituiria como um adequado cartão de visita devido a ampliada difusão de que gozava a psicocirurgia, cujo criador, Egas Moniz, havia recebido ainda o Prêmio Nobel em 1949, só três anos antes da introdução da clorpromazina⁸.

Seria somente em fins da década de 60, no auge do movimento da Antipsiquiatria e em meio às contestações de Maio de 68 (CASTEL, 1987), que a psiquiatria reconheceria, envergonhada, a pandega relação entre aquela psicocirurgia, já marcada por um uso francamente deletério, e a clorpromazina, provavelmente uma das piores comparações que se poderia fazer com os fármacos e com a própria psicofarmacologia (MENDRANO, 2012). Entretanto, muito antes disso já era possível reconhecer os severos efeitos colaterais provocados pelo uso da clorpromazina, uma vez que pareceres críticos colocavam sua capacidade terapêutica como proporcional aos seus efeitos parkinsonizantes (IBIDEM, 2012).

Ainda que a própria psiquiatria reconhecesse que o uso de drogas como a clorpromazina poderia, para além dos efeitos desejáveis, produzir também abundantes efeitos colaterais e secundários francamente deletérios, as inovações psicofarmacológicas não deixariam de crescer e de atingir populações nunca antes estimadas.

No mesmo ano da descoberta ocasional da clorpromazina, pesquisadores norte-americanos envolvidos em experimentos com uma substância para o tratamento de pacientes com tuberculose observariam que efeitos secundários da iproniazida provocavam uma melhora do humor e uma sensação de bem-estar relatada pelos sujeitos submetidos à medicação. Logo esse novo fármaco seria testado em pacientes

⁷ A lobotomia ou psicocirurgia, procedimento cirúrgico que consistia em desligar os lobos frontais direito e esquerdo de todo o encéfalo, foi criada pelo neurologista português Egas Moniz no ano de 1935. Foi uma técnica cirúrgica destinada principalmente aos asilados manicomiais insubmissos ao poder psiquiátrico e às regras disciplinares e que levaria inúmeras pessoas a condição de extrema passividade e total modificação da condição subjetiva. No Brasil, a lobotomia seria realizada em grandes manicômios do país até o ano de 1956 (MASIERO, 2003).

⁸ (...) definida también como “lobotomía química”, una idea que en los años 50 podía constituir una adecuada tarjeta de visita, dada la amplia difusión de la que gozaba la Psicocirugía, cuyo creador, Egas Moniz, había recibido además el Premio Nobel en 1949, sólo tres años antes de la introducción de la clorpromazina.

psiquiátricos e mais um grupo de medicamentos psicofarmacológicos seria lançado, os antidepressivos (BOGOCHVOL, 2003).

Alguns anos mais tarde, em 1954, um novo tipo de tranquilizante com resultados um tanto mais amenos que os da clorpromazina, o meprobomato, seria sintetizado, e uma nova classe de medicamentos seria inaugurada, os ansiolíticos (MUNHOZ, et. al., 2000). Comercializado nos Estados Unidos da América com o nome de *Miltown*, o sucesso das vendas permitiria à psiquiatria vislumbrar um novo campo de atuação relacionado ao tratamento de sofrimentos causados por problemas cotidianos. Não por menos, inicia-se naquela época uma verdadeira corrida de laboratórios farmacêuticos para a produção de pesquisas com o objetivo de produzir novos medicamentos para o tratamento de um ampliado conjunto de sofrimentos existenciais.

As consequências dessa corrida poderiam ser observadas já na década de 60, quando novos tipos de medicamentos marcariam presença no âmbito médico-psiquiátrico. Iniciava-se a era dos benzodiazepínicos para o tratamento das ansiedades, época do lançamento do *Librium*, que viria a ser substituído pelo psicofármaco mais célebre vendido nos Estados Unidos na década de 70, e que aqui no Brasil bateria recorde de venda, o *Diazepam*, comercializado à época com o nome de *Valium* (BOGOCHVOL, 2003; RUSSO; VENÂNCIO, 2006).

Embora a psiquiatria da “era farmacológica”, denominada por diversos autores como psiquiatria biológica (CAPONI, 2012b; SERPA, 2010; MARTINS, 2005; RUSSO; VENÂNCIO, 2006), tivesse seu início de forma casual, o sucesso indiscutível dos primeiros antidepressivos e ansiolíticos lançados no mercado ainda na década de 50 levaria a psiquiatria a visualizar novas possibilidades para ampliar o uso dessas medicações. Para bem além da aplicação a quadros sob internação manicomial, começava a chamar à atenção das indústrias farmacêuticas a possibilidade de fazer bons negócios com a venda direta ao consumidor dessas oportunas drogas psicofarmacológicas.

De fato, a década de 70 traria novas perspectivas para uma psiquiatria que, desde o século XIX, almejava a ampliação de suas intervenções a amplos contingentes populacionais e buscava ser reconhecida como uma especialidade verdadeiramente médica. Aqueles psicofármacos poderiam, enfim, realizar suas pretensões de remeter-se de novo às origens orgânicas da loucura, com a vantagem de, agora, poder apresentar-se munida de uma terapêutica própria e semelhante àquelas utilizadas pelas especialidades

propriamente médicas. Aquela seria uma época marcada, por um lado, pelo implemento de pesquisas sobre o cérebro. E por outro, pela expansão do número de drogas psicofarmacológicas que seriam sintetizadas por laboratórios farmacêuticos interessados em um novo mercado que pareceria extremamente promissor. Uma série de pesquisas sobre a estrutura e o funcionamento do cérebro começaria a ser produzidas por cientistas e médicos de diversas especialidades, que envolveriam a biologia molecular, a fisiologia e anatomia humana, a farmacologia, a psicologia comportamental e experimental que, junto com a psiquiatria, inaugurariam um novo campo de saber, as neurociências. Impulsionada por novas técnicas de pesquisa que prometiam desvendar a estrutura funcional do cérebro e definir os desequilíbrios que provocariam “perturbações mentais”, a psiquiatria, aliada às neurociências retomaria discursos orgânicos e reconfiguraria seus diagnósticos psiquiátricos, que deixariam de ser pautados na psicanálise para, então, serem formulados a partir de constructos neurocientíficos, processo que seria assinalado pela publicação do DSM-III, em 1980.

A revolução do DSM-III: o retorno à psiquiatria biológica

Se no período pós-guerra era possível identificar uma convivência amigável entre as “vertentes morais” da psiquiatria, representadas pela Antipsiquiatria e pela psicanálise, e sua “vertente biológica”, a psicofarmacologia, os limites para essa familiaridade seriam demarcados na década de 70 pela publicação da terceira edição do DSM (RUSSO; VENÂNCIO, 2006). Em suas duas primeiras edições, respectivamente publicadas em princípios da década de 50 e em fins da década de 60, é possível identificar a coexistência pacífica entre as duas vertentes psiquiátricas.

A primeira edição do Manual, posteriormente conhecida como DSM-I, seria lançada em 1952 pela Associação Psiquiátrica Norte-Americana (APA). A organização de um catálogo de diagnósticos psiquiátricos tinha o objetivo de superar as classificações do CID-06 (Código Internacional de Doenças), produzido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e que naquela sexta edição contaria, pela primeira vez, com uma sessão para os denominados “transtornos mentais” (BURKLEY, 2009). À época, psiquiatras norte-americanos consideravam o CID um sistema classificatório muito limitado, tanto para a prática clínica quanto para o desenvolvimento de pesquisas no âmbito psiquiátrico.

O DSM seria criado, então, como a primeira classificação de doenças mentais que se baseava em critérios que visavam articular as perspectivas biológicas, psicanalíticas e sociais relacionadas aos denominados “transtornos mentais” (CAPONI, 2012). A primeira versão, baseada nas concepções psicanalíticas de Adolf Meyer, considerado uma referência da psiquiatria americana no período pós-guerra, apresentava uma perspectiva “biopsicossocial” das doenças mentais, que eram consideradas como “reações” da personalidade aos mais diversos fatores psicológicos, sociais e biológicos. (MARTINS, 2005).

Naquela época, as teorias psiquiátricas constituídas para postular as causas orgânicas da loucura, similares às que vicejavam a todo vapor em fins do século XIX, pareciam ter perdido o espaço para as concepções psicanalíticas e para os movimentos anticonfinamentos que se fortaleciam como críticos à ideologia psiquiátrica. As primeiras classificações diagnósticas do DSM não descartavam concepções biológicas, entretanto a presença da teoria freudiana era muito mais marcante, com o uso frequente de expressões como “mecanismos de defesa”, “neuroses” e “conflitos neuróticos”, noções psicanalíticas que ainda influenciariam as concepções da versão subsequente do DSM.

Em 1968 seria lançada a segunda edição do Manual (DSM-II), que visava conquistar, conforme os psiquiatras associados à APA, a padronização de categorias diagnósticas para se evitar ambiguidades e para que o instrumento pudesse ser utilizado, também, em outros países. (MARTINS, 2005). Apesar de algumas modificações nas concepções sobre a constituição das nomenclaturas diagnósticas, que não estariam mais fundamentadas na noção de “reação” e na concepção “biopsicossocial” propostas por Adolf Meyer, a influência da psicanálise ainda seria marcante e a nova versão seria publicada com poucas alterações. Nessa nova edição, as noções psicanalíticas seriam mantidas como ancoragem teórica para explicar as causas daquelas patologias definidas pela psiquiatria, fenômeno evidenciado pela presença ainda mais marcante do termo neurose, que constituiria a maior das classes das perturbações presentes no DSM-II (BURKLEY, 2009).

A substituição da primeira pela segunda versão do DSM não significou grandes mudanças ou rupturas. Pelo contrário, a continuidade das mesmas formas de compreensão e tratamento das “doenças mentais” em ambas as versões reiterava a hegemonia da teoria psicanalítica, que se fazia presente na constituição dos quadros

diagnósticos e na fundamentação da compreensão do sintoma psíquico como uma reação do sujeito frente às dificuldades da vida e como uma forma de revelar conflitos subjacentes que não poderiam ser expressos pelo sujeito diretamente.

Entretanto, a nova versão, DSM-III, preparada entre os anos de 1974 e 1979 e publicada em 1980, traria novas concepções para as formulações diagnósticas, e significaria uma ruptura absoluta com as classificações utilizadas até aquele momento. Para Russo e Venâncio (2006), a ruptura teria ocorrido em três níveis: primeiro, significaria o rompimento com o ecletismo das concepções que fundamentavam as classificações anteriores, de maneira a inaugurar uma única lógica classificatória baseada em observações empíricas consideradas rigorosas; segundo, representaria a ruptura com as concepções psicanalíticas que perpassavam as categorias diagnósticas; terceiro, possibilitaria a criação de novas representações sociais sobre o “indivíduo moderno” através do engendramento de novas concepções sobre o normal e o patológico, o que levaria conseqüentemente, a psiquiatria a ampliar suas possibilidades diagnósticas. Nas palavras de Mayes e Horwitz (2005, p. 265):

A publicação do DSM-III em 1980 causou uma revolução na psiquiatria. E também provocou uma mudança de paradigma na forma como a sociedade passou a conceber a saúde mental. Antes do DSM-III, psiquiatras direcionavam-se, essencialmente, às causas psicológicas consideradas fundamentais para a compreensão das doenças e distúrbios mentais que seriam tratados com psicoterapia. Abordagens alternativas, como a própria terapia comportamental, seriam totalmente subordinadas aos domínios da teoria e da prática disseminada pela psicodinâmica. Com o DSM-III, gradualmente, passou-se a tratar os sintomas dos distúrbios mentais essencialmente com a psicofarmacologia, que considera o uso de medicamentos essencial para o tratamento das consideradas doenças mentais. As mudanças institucionais diretas e indiretas produzidas com o novo manual estenderam-se muito além da psiquiatria, devido ao fato do DSM ser utilizado por clínicos, pelos tribunais, por pesquisadores, pelas companhias de seguro, pelos planos de saúde e por órgãos governamentais (NIMH, FDA, Medicaid, Medicare). Como um método classificatório, ele categoriza as pessoas como normais ou deficientes, saudáveis ou doentes. E como manual definitivo para medir e definir doenças e distúrbios, ele atua como língua oficial dos cuidados de saúde mental para investigação clínica, reembolso financeiro e até mesmo competência profissional. Poucos documentos profissionais se comparam ao DSM em termos de afetar o bem-estar de tantas pessoas.⁹

⁹The publication of the DSM-III in 1980 caused a revolution in psychiatry. It also triggered a paradigm shift in how society came to view mental health. Prior to the DSM-III, psychiatrists primarily targeted the underlying psychological causes of mental illness and disorder with psychotherapy. Alternative approaches, such as behavioral therapy, were subordinated to the dominance of psychodynamic theory

O DSM-III importaria o modelo de diagnósticos da medicina clínica, cujo diagnóstico é considerado essencial tanto para a prática médica quanto para a pesquisa clínica. Proclamado como “ateórico”, o DSM-III adotaria uma visão fisicalista daquilo que considerava perturbações mentais, e seria recebido no meio médico acadêmico como uma “vitória da ciência”, por finalmente ter reaproximado a psiquiatria da medicina (MAYES; HORWITZ, 2005). Baseado em um sistema de classificação síndrômico, o DSM III se restringia à descrição de sinais e sintomas para definir seus “transtornos mentais”, o que possibilitaria à psiquiatria descartar qualquer diálogo estabelecido com o sujeito em sofrimento, assim como permitia desconsiderar a biografia e o contexto psicossocial relacionado às vivências daquele sujeito, fenômenos extremamente valorizados pelos psiquiatras vinculados à psicanálise. A psiquiatria da década de 70 estaria centrada em uma única dimensão: o campo somático (MARTINS, 2005), fato passível de ser evidenciado nas próprias páginas do DSM-III:

A diferenciação de desordens mentais orgânicas como uma classe separada não implica que desordens mentais não-orgânicas (funcionais) são independentes de processos cerebrais. Pelo contrário, é considerado que todos os processos psicológicos, normais ou anormais, dependem das funções cerebrais. (APA, 1980, p. 101).

É nessa perspectiva que a adoção de uma teoria biológica para explicar queixas e mal-estares psíquicos permitia que as novas classificações diagnósticas fossem validadas cientificamente. Enquanto as nomenclaturas diagnósticas das duas primeiras edições do DSM buscavam o estatuto ontológico da doença e eram utilizadas mais como códigos administrativos sem qualquer pretensão científica, a terceira edição possibilitaria a disseminação de categorias diagnósticas no panorama psiquiátrico mundial, globalizaria a influência da psiquiatria norte-americana e ainda seria um instrumento considerado primordial para a formação acadêmica do médico psiquiatra. Conforme Russo e Venâncio (2006, p. 465):

and practice. With the DSM-III, they gradually shifted to primarily targeting the symptoms of mental illness and disorder with psychopharmacology, the use of drugs to treat mental illness. The direct and indirect institutional change the new manual produced extended far beyond psychiatry, because the DSM is used by clinicians, the courts, researchers, insurance companies, managed care organizations, and the government (NIMH, FDA, Medicaid, Medicare). As a classificatory scheme, it categorizes people as normal or disabled, healthy or sick. And as the definitive manual for measuring and defining illness and disorders, it operates as mental healthcare's official language for clinical research, financial reimbursement, and professional expertise. Few professional documents compare to the DSM in terms of affecting the welfare of so many people (MAYES; HORWITZ, 2005, p. 265).

o surgimento e a difusão da nova nomenclatura presente no DSM-III corresponde à paulatina ascensão da psiquiatria biológica como vertente dominante no panorama psiquiátrico mundial.(...) Em vez de uma nomenclatura doméstica, pretendia ser uma classificação atórica, neutra e generalizável para todos os tempos e lugares e, na prática, levou à globalização da psiquiatria norte-americana.

Ao contrário de uma novidade incipiente, a vinculação da psiquiatria às concepções biológicas remontava um passado não tão distante. O interessante daquela história revivida pela psiquiatria da década de 70 seria sua tentativa de recuperar as teses defendidas no início do século passado por Emil Kraepelin.

O legado krapeliniano seria retomado por um grupo de pesquisadores-psiquiatras da Universidade de Washington, que se autodeclaravam como “neokrapelinianos” e que tentariam recuperar a hegemonia perdida pela psiquiatria biológica. O grupo de cientistas “compartilhava a certeza de que somente com base em pesquisas psiquiátricas empíricas, focadas na biologia, poderiam ser encontradas as respostas para as incógnitas sobre as doenças mentais”. (CAPONI, 2012a, p. 164).

Entretanto, ao contrário daquela reaproximação da psiquiatria às concepções biológicas e orgânicas significar que finalmente estava revelada toda a verdade sobre a loucura, de representar que a psiquiatria teria então possibilidades de identificar a “doença mental” da mesma forma como faziam as especialidades da medicina clínica ou de significar que os avanços da psicofarmacologia psiquiátrica representavam a prova cabal de que a “perturbação mental” teria origens cerebrais, a psiquiatria continuaria com um inquietante vazio em como comprovar, com marcadores sólidos, as origens biológicas das suas “doenças mentais” e de como identificar, com exames objetivos, seus “doentes mentais”. Em suma, repetia-se uma postulação vigorosa e esperançosa, como no passado, mas ainda, como aquela do século XIX, mais plena de convicção do que de elementos comprobatórios.

A inexistência de um marcador biológico em psiquiatria

Diferentemente de outras especialidades médicas, onde testes e exames laboratoriais conseguem identificar os elementos causais que levariam ao aparecimento dos sintomas e do adoecimento, a biopsiquiatria continuaria carente de um marcador biológico específico e reconhecível para aquilo que é considerado como “transtorno mental”. Mas longe dessa falta desautorizar seu exercício, é justamente esse vazio que

possibilitaria ao psiquiatra transformar qualquer aspecto relacionado ao homem e à existência humana em sintomas de uma suposta doença: afinal, nada prova o contrário. Nesse contexto, a ausência de um marcador biológico em psiquiatria a levaria, desde suas origens no remoto século retrasado, a postular algo orgânico e não pode ver nem mostrar, seja a antiga degeneração, a velha predisposição, aquela lesão ainda de ontem ou aquele novíssimo neurotransmissor de hoje. Assim, no tatear de sua prática, a psiquiatria ainda sofre da dependência da narrativa de seus pacientes para delimitar as fronteiras entre aquilo que poderia considerar como “normalidade” e “anormalidade”.

Na década de 70, a desafiadora experiência de David Rosenhan (1973) remexeria em algumas das certezas e verdades que a psiquiatria sempre alegou possuir.

Tratava-se de uma pesquisa que propunha investigar a determinação de diagnósticos e a admissão em hospitais psiquiátricos de pessoas consideradas “normais”, ou seja, que nunca haviam sofrido com sintomas significativos das consideradas “desordens psiquiátricas” e nunca haviam sido submetidas a diagnósticos e tratamentos psiquiátricos. A pesquisa tinha como objetivo principal verificar como seriam recebidas e identificadas pelas instituições psiquiátricas pessoas que se apresentariam munidas de queixas previamente combinadas. Na primeira consulta nas instituições psiquiátricas os pseudopacientes deveriam queixar-se de estar ouvindo vozes. De resto, salvo modificação de nome, profissão e emprego, todas as perguntas deveriam ser respondidas com base na vida real dos participantes que, caso fossem internados nas instituições, deveriam relatar não mais estarem ouvindo as vozes e agirem em conformidade com suas condutas normais cotidianas, participando normalmente de todas as atividades do internato psiquiátrico.

O resultado é que todos os pseudopacientes, que se apresentaram em diferentes instituições, foram internados sob o diagnóstico de esquizofrenia e, ainda que apresentassem comportamento absolutamente “normal” durante todo o tempo de permanência nas instituições, foram todos submetidos à medicação antipsicótica (que simulavam aceitar mas, obviamente, não engoliam) e tiveram que permanecer em internação psiquiátrica por períodos que variaram de sete a 59 dias. Depois disso, todos acabaram sendo liberados da internação sob o rótulo comum de “esquizofrenia em fase de remissão de sintomas”.

Rosenhan, que também participara do grupo de pseudopacientes que foram internados como esquizofrênicos, destaca o fato de que todos participantes, a despeito

de apresentarem durante a internação seus comportamentos normais de pessoas reconhecidamente portadoras de perfeita sanidade, nunca tiveram essa sanidade reconhecida pelos psiquiatras e demais técnicos das equipes das diversas instituições em que tiveram internados, nas quais foram mantidos sob uma das mais graves rotulações psiquiátricas, da qual a psiquiatria sempre afirmou possuir absoluta certeza de tratar-se de um mal orgânico perfeitamente reconhecível por suas técnicas especializadas.

Dessa forma, a pesquisa permitiu a Rosenhan (1973) e sua equipe concluir que, uma vez rotulados com o diagnóstico de esquizofrenia, os pseudopacientes continuaram marcados e percebidos através dessa rotulação sem que seus organismos e comportamentos absolutamente normais fossem capazes de promover sequer alguma desconfiança entre as equipes médicas de que se tratavam de pessoas em gozo de perfeita sanidade: sob os critérios supostamente capacitados da instituição psiquiátrica, “os pseudopacientes não estavam sãos nem nunca o haviam sido” (ROSENHAN, 1973, p. 6).

A pesquisa de Rosenhan é considerada um estudo clássico da demonstração da incapacidade da psiquiatria distinguir a doença da sanidade com base em suas postulações organicistas supostamente portadoras de criteriosa eficiência científica.

De fato, desde seu nascimento, a psiquiatria sempre propalou que as categorias de “normalidade” e da “anormalidade” que inventava eram rigorosamente tão objetivamente distintas que poderiam ser claramente reconhecidas por seu saber médico científico. Entretanto, é perfeitamente perceptível que o empreendimento da psiquiatria em distinguir o “normal” do “patológico” depende apenas da interpretação feita pelo médico, com base nas postulações de sua corporação de ofício, sobre a narrativa do paciente. Esse processo de exercício profissional, no entanto, longe de produzir a moderação que sua fragilidade recomenda, autorizaria a psiquiatria a intervir sobre tudo aquilo que esse domínio de saber venha a considerar como manifestação sintomática de uma doença. Foucault (2006), em suas conferências publicadas com o título *O poder psiquiátrico*, comenta que a psiquiatria, desde suas origens, sempre exerceu a função de transcrever qualquer queixa ou demanda em uma doença e que, por meio de mecanismos e estratégias muito próprias de seu saber-poder, sempre transformou os motivos da demanda em sintomas de uma suposta doença suscetível de ser submetida a sua intervenção profissional. Nas palavras daquele autor: “trata-se de fazer existir como doença, ou eventualmente como não-doença, os motivos dados para um internamento

ou uma intervenção psiquiátrica possível” (FOUCAULT, 2006, p. 346). Nesse contexto, Foucault nos apresenta uma perspectiva de entendimento sobre a compreensão do sintoma na prática da psiquiatria como operadora de uma demanda muito mais pesada que aquela da medicina orgânica, e que pode ser melhor compreendida no âmbito da definição de papéis de poder:

Na medicina orgânica, o médico formula obscuramente essa demanda: mostre seus sintomas e eu direi que doente você é. Na prova psiquiátrica, a demanda do psiquiatra é muito mais pesada, é muito mais sobrecarregada, é a seguinte: com o que você é, com a sua vida, com o que se queixa a seu respeito, com o que você faz e com o que você diz, forneça-me sintomas, não para que eu saiba que doente você é, mas para que eu possa ser médico diante de você. Ou seja, a prova psiquiátrica é a dupla prova de entronização. Ela entroniza a vida de um indivíduo como tecido de sintomas patológicos, mas entroniza sem cessar o psiquiatra como médico ou a instância disciplinar suprema como instância médica. (FOUCAULT, 2006, p. 349)

Assim como apresentado por Michel Foucault, a experiência de Rosenhan (1973) demonstraria o poder da psiquiatria sobre o discurso do sujeito, tanto em relação a constituição de sintomas de uma provável doença que levaria a determinação diagnóstica, quanto na imposição de um saber-poder sobre a vida do sujeito que o prenderia às malhas do discurso psiquiátrico por meio de rótulos. Aquela pesquisa, apesar de localizada em hospitais psiquiátricos norte-americanos da década de 70, se aplicada nas atuais instituições psiquiátricas obteria resultados muito semelhantes, àqueles que abalaram os sólidos preceitos da psiquiatria tradicional na época.

A pesquisa crucial de David Rosenhan e sua equipe, além de demonstrar a compulsão dos saberes psiquiátricos em diagnosticar e rotular qualquer sujeito com base nas poucas evidências de seu discurso, ainda forneceria subsídios para a desconstrução da proposição de uma distinção minimamente confiável entre as categorias de “normalidade” e “anormalidade”. E esse binarismo é tão caro à psiquiatria que seria a base constitutiva de seus discursos desde suas origens disciplinares até a constituição de suas estratégias de gerenciamento biopolítico. Mas mesmo esse postulado básico poderia ser flexibilizado para aumentar o alcance da psiquiatria.

Da lógica binária do normal e patológico ao gerenciamento de riscos

As exigências de adaptação do homem e a pouca aceitação quanto à ilimitada diversidade humana podem ser consideradas como um fenômeno social normativo

presente desde a constituição das tecnologias psiquiátricas disciplinares do século XIX. Essa tendência determinaria, em torno da norma, os indivíduos considerados “normais” e aqueles considerados “anormais”, desajustados e incapazes de se adequarem à norma (FOUCAULT, 2006). Em torno da norma, seriam criadas estratégias de poder disciplinares que submeteriam os corpos dos indivíduos, como seriam constituídas estratégias biopolíticas que regulamentariam e gerenciariam os processos relacionados à vida no âmbito populacional e da própria espécie humana. A vida dos homens seria, então, objetivada por discursos normativos, classificada, medida e avaliada pelos saberes médico-psiquiátricos conforme normas pré-estabelecidas (CAPONI, 2012).

Quanto a esse processo de normalização dos corpos e das populações, a obra clássica de Georges Canguilhem (2002), *O Normal e o Patológico*, de 1966, pode ser considerada como referência crítica para a compreensão de como os saberes médicos e biológicos iriam estabelecer parâmetros de comparação do indivíduo em relação à sua espécie que permitiria determinar sua “normalidade” e “anormalidade” a partir do estabelecimento de uma média, de uma norma. Para definir saúde e doença, normalidade e patologia seriam estabelecidos, então, valores e padrões de funções consideradas normais. Dessa forma, qualquer desvio dos valores padrões eliciaria a necessidade de investigar a situação considerada de risco e poderia representar a definição de um estado patológico, processo considerado como fundamental para o exercício e intervenção da medicina.

Posteriormente, esse processo seria apropriado pelo campo das ciências humanas, na busca pela legitimidade científica, e produziria a ampliação das ações de uma classificação biológica entre corpos e organismos para se referirem aos parâmetros de comparação de aspectos que envolveriam a vida social, psicológica, política e cultural de indivíduos. Nessa perspectiva, a psiquiatria, que nunca abandonara os propósitos de se aproximar do objetivismo médico, utilizaria procedimentos semelhantes aos da medicina clínica, que por meio de parâmetros de normalidade e desvios estatisticamente definidos como, por exemplo, os níveis de glicemia e as aferições de pressão arterial, estabeleciam estados de enfermidade (CAPONI, 2012a). Mais precisamente, a psiquiatria da década de 70, na construção da terceira edição de seu manual de doenças psiquiátricas, consideraria essencial basear a constituição de seus diagnósticos em mensurações empíricas dadas como rigorosas e em dados estatísticos considerados fidedignos e que poderiam criar, tanto parâmetros de

normalidade, como definir estatisticamente os desvios dos padrões pelos quais seriam estabelecidas as supostas “patologias mentais”.

A psiquiatria daquela época permaneceria centrada nas preocupações de definir a verdadeira e exata configuração de corpos e mentes considerados normais e patológicos, agora, na tentativa de utilizar-se de procedimentos das ciências médicas para medir, localizar e quantificar características do humano reduzidas às funções cerebrais. Entretanto, o próprio Canguilhem já alertava: “o normal não tem a rigidez de um determinante para toda a espécie, mas a flexibilidade de uma norma que se transforma em relação às condições individuais, então é claro que o limite entre o normal e o patológico se faz impreciso”. (CANGUILHEM, 2002, p. 145).

Na inexistência de precisão dos contornos definidores da normalidade e da anormalidade, a psiquiatria, a partir da década de 70, também se abriria para a possibilidade de ampliação de suas classificações diagnósticas a diferentes comportamentos, a diversos mal-estares psíquicos e existenciais e, principalmente, às inúmeras condutas consideradas de risco. A psiquiatria, dessa forma, iria investir na flexibilidade dos critérios diagnósticos, promoveria fronteiras difusas na antiga dicotomia entre o normal e o patológico para se apropriar das variações ilimitadas da existência humana (CAPONI, 2012a). Exercitaria sua capacidade de expansão e ampliaria as possibilidades de suas estratégias de intervenção a um número cada vez maior de pessoas, e cunharia novas determinações diagnósticas a partir da análise de situações da vida cotidiana que poderiam ser relacionadas a comportamentos e a condutas de risco.

A compreensão do processo de gerenciamento dos riscos é abordada na obra *A gestão dos riscos*, na qual Robert Castel (1987) considera que, na passagem da sociedade disciplinar para a sociedade pós-disciplinar, a forma de lidar com os indivíduos levaria à substituição da noção de “periculosidade”, anteriormente utilizada pelas políticas preventivas fundamentadas na teoria da degenerescência do século XIX, pela apropriação da noção de risco.

Na proposição de Castel, no período caracterizado por uma sociedade que podia ser denominada de disciplinar, a noção de risco atinha-se ao perigo projetado naqueles sujeitos considerados loucos, doentes e anormais suscetíveis de cometerem atos imprevisíveis e violentos, como também referia-se àqueles que os atributos sociais de pobreza e de insalubridade denunciavam. A psiquiatria disciplinar deveria, então,

neutralizar o indivíduo considerado potencialmente perigoso, seja por meio da disseminação das práticas profiláticas higienistas que pretendiam moralizar as classes perigosas, seja por meio do encarceramento, como forma de exclusão dos considerados abertamente inconvenientes.

Já no período posterior, caracterizado por uma sociedade pós-disciplinar, também denominada por Deleuze (1999) de sociedade de controle, a noção de risco tornar-se-ia independente da noção de perigo. Os indivíduos considerados em situação de risco estariam associados a fatores como correlações estatísticas e critérios de ordem médica, biológica e social que determinariam distâncias em relação às normas e às médias, e estimariam as prováveis ocorrências de comportamentos e atitudes consideradas de risco. Para a *gestão de riscos*, a psiquiatria não teria nem mesmo a necessidade de supor uma fonte patológica dos sintomas a serem tratados, já que o importante seria apenas considerar a distância dos comportamentos em relação às normas e às médias (CASTEL, 1987). Nesse processo de antecipação aos comportamentos e condutas considerados de riscos, a psiquiatria deveria se focar em toda a população de forma generalizada para construir combinações de fatores suscetíveis à produção de risco e afrontar todas as figuras possíveis de provocar irrupção provável da “doença mental”. Nas palavras de Castel:

As novas estratégias médico-psicológicas e sociais se pretendem sobretudo preventivas, e a prevenção moderna se quer, antes de tudo, rastreadora dos riscos. Um risco não resulta da presença de um perigo preciso, trazido por uma pessoa ou um grupo de indivíduos, mas da colocação em relação de dados gerais impessoais ou fatores (de riscos) que tornam mais ou menos provável o aparecimento de comportamentos indesejáveis. [...] A presença de tais fatores basta para desencadear um assinalamento automático, em virtude do axioma de que uma “mãe de riscos” engendra, ou cria, filhos de riscos. Assim, prevenir é primeiro vigiar, quer dizer, se colocar em posição de antecipar a emergência de acontecimentos indesejáveis (doenças, anomalias, comportamentos de desvio, atos de delinquência, etc.) no seio de populações estatísticas, assinaladas como portadoras de riscos. (CASTEL, 1987, p. 126).

Para ser suspeito, então, não seria mais necessário, como nas tecnologias disciplinares, manifestar sinais daquilo que se poderia considerar como anormalidade e periculosidade. Bastaria apresentar características ou indícios daquilo que especialistas considerassem como fatores de risco. As técnicas de prevenção de risco e de estimulação de condutas consideradas adequadas, amparadas pelas novas tecnologias biomédicas, pelas pesquisas genéticas e pelas inovações da indústria psicofarmacológica

a partir da década de 70, teriam o objetivo estratégico de gestão das diferenças e das fragilidades. E Castel vai considerar que a nova ênfase nessas concepções promoveria a desvalorização das perspectivas que exercitam um pensamento mais complexo sobre as mais diversas questões que atravessam a vida do homem contemporâneo:

A referência a um modelo clínico estritamente médico, a fascinação pelas explicações biológicas ou bioquímicas, a procura de um determinismo orgânico ou fisiológico, quem sabe de um código genético na origem das perturbações psíquicas, a programação de protocolo de reforçamento das condutas positivas e de eliminação das práticas negativas pela terapia comportamental, são tanto mais avançadas quanto o sucesso conspira a desvalorizar como subjetivista, pré-científica, ideológica, a atenção às totalidades concretas pessoais, sociais ou históricas. (CASTEL, 1987, p. 171).

Nessa perspectiva, para encontrar soluções técnicas para os problemas das mais variadas dimensões da vida, sejam eles referentes à “alma”, ao corpo, ou às relações sociais, o comportamento dos indivíduos seria decomposto, segundo um objetivo definido no quadro de programações administrativas, em um conjunto de informações estatísticas cujos resultados seriam os fluxos abstratos do perfil de populações consideradas, então, de risco. A partir de elementos da vida de sujeitos que seriam instrumentalizados, as intervenções médico-psiquiátricas, fundamentadas naquele objetivismo médico de nossa época, comandariam modificações que objetivariam alcançar pragmaticamente resultados rápidos, tangíveis e mensuráveis (MARTINS, 2012). Não é puro acaso que o investimento das indústrias farmacêuticas na produção de novas drogas psicofarmacológicas tem tido tanto sucesso.

Se o foco da psiquiatria na atualidade não será somente aquela população considerada como foco de perigo, como os considerados anormais, desajustados, loucos e criminosos, e se sua intervenção será, principalmente, direcionada ao risco do adoecimento, do desenvolvimento dos supostos “transtornos mentais”, então é a população em geral que estará sob seus olhares. Nesse processo de vigilância constante, a psiquiatria teria mesmo que investir na criação de estratégias diagnósticas mais plásticas e na multiplicidade de novas classificações psiquiátricas.

O ato médico de instituir algo como doença, símbolo do nascimento da psiquiatria, seria o fator determinante para autorizar a intervenção psiquiátrica. Na contemporaneidade, a psiquiatria não abandonaria suas origens e continuaria investindo sobre aquilo que definiria como doença. A respeito dessa questão, Guarido (2007, p.) comenta que “estamos convivendo com sofrimentos codificados em termos de uma

nomeação própria do discurso médico, que se socializa amplamente e passa a ordenar a relação do indivíduo com sua subjetividade e seus sofrimentos”.

Esse processo de psiquiatrização da vida é coetâneo à produção de inúmeras rotulações diagnósticas, de forma que as mais diversas questões relacionadas ao cotidiano e à existência seriam transformadas em sintomas psiquiátricos. Dessa forma, a psiquiatria em intervenções procustianas¹⁰ submeteria todos aqueles que se atrevessem fugir de padrões e normas estabelecidas e que estivessem naquela condição de risco estariam sujeitos a serem classificados em uma das inúmeras rotulações diagnósticas apresentadas nas edições do DSM, o manual psiquiátrico que, desde a década de 50, define as doenças mentais e que a cada nova edição vem multiplicando suas possibilidades diagnósticas (CAPONI, 2012b; AGUIAR, 2004).

A ampliação de diagnósticos psiquiátricos e a fabricação de doenças mentais: do DSM-I ao DSM-5

A publicação de um manual de diagnósticos em psiquiatria, a princípio, apresentava objetivos muito localizados relacionados a demandas específicas de uma associação norte-americana de psiquiatria (APA), que tentava organizar o desenvolvimento de pesquisas clínicas e da prática médica. Não seria possível imaginar

¹⁰ Conta a mitologia grega que Procusto, um famoso salteador de estradas da antiga região grega denominada de Ática, não apenas assaltava os viajantes como também submetia-os a um suplício bárbaro como forma de julgamento para determinar sobre aqueles que poderiam continuar sua travessia. Para a realização de seu julgamento, Procusto dispunha de um leito, no qual ordenava que todos os seus prisioneiros que desejassem cruzar a estrada deveriam se deitar. Se porventura, o viajante que ali se deitasse não coubesse exatamente nas medidas de seu leito, Procusto indubitavelmente o esticava por meio do estiramento com cordas ou cortava as pernas daqueles que ali não se encaixavam perfeitamente para que, enfim, se conquistasse o tamanho ideal compatível com o de sua cama. Triste era a sorte daqueles que não se adequavam exatamente as dimensões do leito de Procusto. A solução imposta seria a mutilação ou o suplício, sem remissão de pena e, tampouco, perdão. No entanto, os gritos dos mutilados ouvidos por toda a Grécia levaria a deusa Palas Atena, guerreira e símbolo da sabedoria, a tentar descobrir o que acontecia e ao encontrar Procusto a surpresa e o silêncio que lhe assaltaria legitimaria ainda mais os atos insanos do tirano. Com o destrinchar de argumentos sobre justiça e razão, Procusto se defenderia ao alegar que as diferenças eram injustas, portanto, suas camas acabavam com as diferenças no momento em que igualavam todos os homens. O assombro da deusa diante daqueles argumentos reforçaria ainda mais a impiedade de Procusto que ao mesmo tempo em que mutilava tecia as razões da crueldade para suas vítimas. O fim das atrocidades do malévolo Procusto somente seriam encerradas por meio do ato heroico do aventureiro Teseu, que amarraria o tirano em seu próprio leito e cortaria suas pernas e cabeça. O mito de Procusto poderia alegoricamente representar as dificuldades do ser humano em aceitar e vivenciar as diversidades. Além de auxiliar na interpretação de diversas estratégias e mecanismos criados pelo homem ao longo da história ocidental para que ninguém escapasse das ordens e normas com conseqüências que culminariam em perseguições, correções e torturas quando não lhes custasse a própria vida (BOARINI, 2006).

que a criação daquele manual se transformaria na essência da psiquiatria contemporânea, que acabaria por conceber o DSM como um instrumento tão importante, que se tornaria indispensável para psiquiatras clínicos e pesquisadores.

O DSM apresenta, até o presente momento, seis versões diferentes, todas publicadas no decorrer da segunda metade do século XX (DSM-I, II, III, III-R, IV e IV-TR). Entretanto, a futura publicação da nova versão, o DSM-5, deverá trazer uma ampliada listagem das possibilidades diagnósticas, o que têm aquecido o debate sobre uma tendência, reconhecível em práticas psiquiátricas contemporâneas, de enquadrar em diagnósticos psiquiátricos mal-estares comuns da vida cotidiana e submetê-los a tratamento psicofarmacológico (SAFATLE, 2013; CALLIGARIS, 2012; CAPONI, 2012a; COSGROVE; KRIMSKY, 2012; FREITAS; AMARANTE, 2012).

Ao percorrer o trajeto das modificações que ocorreram nas edições do DSM ao longo de mais de 60 anos, é possível observar o extraordinário aumento de categorias diagnósticas. O DSM-I, criado em princípios da década de 50, apresentava 106 categorias diagnósticas disponíveis nas suas 132 páginas. No ano de 1968, seria publicado o DSM-II, que contaria com 182 quadros diagnósticos distribuídos em 134 páginas. Na comparação da primeira com a segunda edição do DSM, é possível identificar uma ampliação de 76 categorias diagnósticas, um aumento de mais de 70% do número de diagnósticos psiquiátricos. Aquele crescimento extremamente significativo, conforme Mayes e Horwitz (2005), apontaria para a expressiva ampliação da psiquiatria decorrente da influência das teorias psicanalíticas, principalmente com os quadros diagnósticos das neuroses.

O lançamento do DSM-III, na década de 80, significaria a conquista de um sonho longamente acariciado pela psiquiatria. Seria o momento de sua reaproximação das concepções biológicas na compreensão dos considerados “transtornos mentais”. Entretanto, não significaria um aumento expressivo de categorias diagnósticas, como ocorrera com a passagem do DSM-I para o DSM-II. Mas ainda assim sua listagem teria uma dimensão nada desprezível. Naquela edição seriam publicados 265 diagnósticos psiquiátricos disponíveis em 494 páginas. Um aumento de mais de 45% no número de categorias diagnósticas, quando comparados a sua versão anterior. No ano de 1989, a versão revisada do DSM III-R seria publicada com o aumento de 27 categorias diagnósticas em comparação a edição anterior, perfazendo 292 diagnósticos psiquiátricos organizados em 597 páginas.

Posteriormente, em 1994, a versão do DSM-IV não deixaria de marcar também um aumento de categorias diagnósticas: 374 categorias disponíveis em 886 páginas. Seriam 82 novas categorias diagnósticas que seriam lançadas naquela quarta edição, considerada muito semelhante as suas duas versões anteriores (DSM-III e DSM III-R), cujas classificações seriam baseadas em uma listagem de sintomas sem a identificação hipotética de suas causalidades e origens. Seis anos depois, já no ano 2000, seria publicado uma versão revisada, o DSM IV-TR (Texto Revisado), que teria poucas modificações em relação à edição anterior.

Interessante destacar que, daquela primeira versão do DSM, publicada em meados do século XX, para a mais recente versão, o DSM IV-TR, haveria um aumento de mais de 250% no número de categorias diagnósticas. Seriam criadas 268 novas “doenças mentais” que, fatalmente, não deixariam de abarcar um grande número de pessoas. Seria um indício de que a psiquiatria vinha descobrindo novas doenças que afetavam homens e mulheres em todo o mundo e que nunca antes haviam sido identificadas? Ou estaríamos diante de sinais do engendramento de doenças para atingir os propósitos de uma psiquiatria que desde meados do século XIX, com a teoria da degenerescência, revelara sua disposição para dedicar-se às grandes concentrações populares? Esse questionamento também é apresentado pela pesquisadora Marcia Angell (2011), que denunciou recentemente o conluio entre medicina e laboratórios farmacêuticos no desenvolvimento de algo que denominou de “epidemia da doença mental”. Em suas palavras: “será que estamos aprendendo a diagnosticar transtornos mentais que sempre existiram? Ou será que simplesmente ampliamos os critérios para definir as doenças mentais, de modo que quase todo mundo agora sofre de uma delas?” (ANGELL, 2011, p. 6).

Nesse processo de ampliação das “doenças mentais”, a psiquiatria engendraria novas categorias diagnósticas que cumpririam funções de disciplinamento, ao classificar comportamentos considerados inadequados e mal-estares subjetivos em sinais e sintomas e distribuí-los em quadros de supostas “doenças mentais”.

Se já não bastasse a evidente “inflação diagnóstica” no trajeto do DSM-I ao DSM-IV, a futura publicação do DSM-5 promete lançar atualizações dos transtornos já existentes e transformar um número ainda maior de problemas e aspectos existenciais em “doenças mentais”. Com a inclusão de novas categorias diagnósticas, a futura edição ampliaria as possibilidades da psiquiatria em diagnosticar. Pareceres críticos consideram

que a nova versão desenvolve estratégias para transformar questões relativas ao cotidiano, que envolvem aspectos comuns relacionados à subjetividade e à existência humana, em queixas de âmbito médico-psiquiátrico, em sintomas de supostos transtornos e, finalmente, em categorias diagnósticas que sustentariam as indispensáveis prescrições psicofarmacológicas, fenômeno considerado relacionado a uma trama de interesses corporativos que envolveriam a medicina e a indústria de medicamentos (COSGROVE; KRIMSKY, 2012; BARONI et. al., 2010; CAPONI, 2009; ANGELL, 2007).

Apontamentos sobre a polêmica que envolve o DSM-5

As notícias sobre o lançamento da nova versão do DSM vêm acarretando discussões em todo o mundo, que implicam em embates e acusações profissionais dos meios acadêmicos das áreas da saúde e das ciências humanas, grandes institutos de saúde e grandes corporações farmacêuticas.

Para análise da polêmica, as discussões que envolvem a nova edição do DSM podem ser dispostas em duas frentes.

A primeira seria composta por pesquisadores que apresentam um ponto de vista crítico em relação ao processo atual de psiquiatrização da vida e que denunciam a ampliação de diagnósticos psiquiátricos para os mais diversos aspectos do humano com vinculações a tratamentos exclusivamente psicofarmacológicos. A segunda seria formada por pesquisadores que militam na corrente rigorosamente biológica da psiquiatria, que consideram o DSM-5 um sistema classificatório distante das novas pesquisas sobre os mecanismos biológicos, genéticos e neuroquímicos das “doenças mentais” e dos mais recentes estudos neurocientíficos que esforçam-se para realizar a possibilidade de encontrar na intimidade das sinapses a verdadeira realidade dos denominados “transtornos mentais”.

Dentre as polêmicas atuais que envolvem a publicação do DSM-5, pesquisadores de todo o mundo tem apresentado denúncias em relação ao processo de medicalização e psiquiatrização da vida e têm lançado declarações e manifestos com posicionamentos contrários às estratégias da APA. É o caso do manifesto originário da França, *Stop DSM*, que vem ganhando repercussão mundial, com traduções em diversas línguas e recebendo milhares de assinaturas de adeptos em diversos países. Entre as diversas

críticas ao DSM-5, os organizadores do manifesto consideram que “o DSM suprime a causalidade psíquica e impõe, conseqüentemente, a causalidade orgânica” e que “a metodologia DSM é anticientífica pelo fato de reunir estatísticas que não dizem respeito aos pacientes, mas às opiniões e pontos de vista de uma pequena parcela de psiquiatras”. (STOP DSM, 2012).

A Sociedade Britânica de Psicologia também se posicionou, às vésperas da publicação da nova edição do manual, e declarou que, devido à inconsistência na formulação de novos diagnósticos psiquiátricos e do reducionismo biomédico referência à psiquiatria norte-americana, seria preciso a modificação de paradigmas no âmbito da saúde mental. As preocupações da entidade britânica relacionadas ao DSM-5 seriam listadas nas seguintes denúncias:

Incluem várias categorias diagnósticas com confiabilidade duvidosa, o que pode levar a suposições enganosas sobre a sua validade científica; não recebe uma revisão científica externa, muito necessária e amplamente solicitada; pode comprometer a segurança do paciente, através da implementação de baixos limiares de produção de diagnóstico e com a introdução de novas categorias de diagnóstico que não têm respaldo empírico suficiente; pode resultar em rotular como doentes mentais pessoas que se sairiam melhor sem um diagnóstico psiquiátrico; pode resultar em tratamentos desnecessários e potencialmente prejudiciais, em particular com medicamentos psiquiátricos; pode desviar preciosos recursos de saúde mental longe daqueles que mais precisam deles.¹¹ (BARROW, 2013).

Dentre as manifestações críticas ao DSM-5, destaca-se o posicionamento de Allen Frances (2013, 2012, 2010), organizador da força tarefa idealizadora do DSM-IV, que considera que a nova edição do DSM pode resultar na multiplicação do número de pessoas submetidas a diagnósticos psiquiátricos, em um processo que o próprio psiquiatra tem denominado de muito próximo a uma “pandemia de doenças mentais”. Nas palavras de Frances (2010): “O DSM-5 parece promover o que nós mais temíamos: a inclusão de muitas variantes consideradas normais em rótulos de doenças mentais.”¹²

¹¹ Includes many diagnostic categories with questionable reliability, which may lead to misleading assumptions about their scientific validity; did not receive a much-needed and widely requested external scientific review; may compromise patient safety through the implementation of lowered diagnostic thresholds and the introduction of new diagnostic categories that do not have sufficient empirical backing; may result in the mislabeling of mental illness in people who would fare better without a psychiatric diagnosis; may result in unnecessary and potentially harmful treatment, particularly with psychiatric medication; may divert precious mental health resources away from those who most need them.(BARROW, 2013).

¹² DSM5 appears to be promoting what we have most feared-the inclusion of many normal variants under the rubric of mental illness. (FRANCES, 2010, p. 1).

Dentre as novidades de rótulos diagnósticos que possivelmente serão lançadas na próxima edição do manual destacam-se inúmeras questões existenciais que permeiam a vida cotidiana atual e que seriam transformadas em diagnósticos psiquiátricos: crianças que fazem birra apresentariam uma “desregulação do temperamento com disforia”, adolescentes com comportamentos de risco e extravagância sofreriam de “síndrome do risco psicótico”, pessoas que demonstram interesses, fantasias e comportamentos sexuais acima do recomendado padeceriam de “desordem hipersexual”, pessoas que não demonstram interesse ou desejo sexual sofreriam de “transtorno do estímulo sexual”, indivíduos que fazem uso constante das redes sociais e de jogos virtuais apresentariam “dependência à internet”, sujeitos que costumeiramente balançam as pernas estariam condenados ao diagnóstico da “síndrome das pernas inquietas”, crianças que apresentem oscilações de comportamentos considerados tristes e agitados teriam um "transtorno da regulação do humor e do comportamento", pessoas em processo de luto devido à perda de amigos, familiares e entes queridos seriam “portadoras de um transtorno depressivo” (FRANCES, 2013, 2010; FREITAS; AMARANTE, 2013, 2012; GARCIA, 2013; CAPONI, 2012).

Essas são algumas entre tantas novidades diagnósticas que o novo manual virá a oferecer para auxiliar psiquiatras, neurologistas e psicólogos a identificarem, entre pessoas que até a pouco estavam livres de rotulações psiquiátricas, novos pacientes considerados, agora, como “portadores de transtornos” e de “adoecimento mental”. Parece, de fato, uma contribuição significativa a um processo de psiquiatrização do social que já estava em pleno andamento que encontra agora, no novo manual, elementos mais potentes para implementar a expansão da doença mental, enquanto a esfera da saúde psíquica continuaria em retração. Allen Frances considera que, nesse processo:

Milhões de pessoas com sofrimentos normais, gulas, distrações, preocupações, reações de estresse, episódios de birras na infância, esquecimentos da velhice e "vícios comportamentais", em breve, serão erroneamente submetidas a diagnósticos e tratamentos psiquiátricos inapropriados.¹³ (FRANCES, 2012).

¹³ Many millions of people with normal grief, gluttony, distractibility, worries, reactions to stress, the temper tantrums of childhood, the forgetting of old age, and ‘behavioral addictions’ will soon be mislabeled as psychiatrically sick and given inappropriate treatment.(FRANCES, 2012).

Na análise das discussões atuais sobre o assunto, Frances (2010) comenta que as estratégias de ampliação das possibilidades diagnósticas do DSM-5 ocorreriam de duas formas.

Primeiro, pelo viés da transformação de atitudes, de comportamentos sociais e de diversos modos de existir em fenômenos patológicos que a psiquiatria, em conluio com a indústria farmacêutica, não deixaria de popularizar e implantar no imaginário público. Esse seria o caso dos esquecimentos cotidianos, tão característicos dos mais velhos, e que seriam, então, diagnosticados como “transtorno neurocognitivo menor”. Ou o caso das milhões de pessoas, em atitudes tão comuns da vida humana, dedicar-se a comilanças exageradas, que passariam a merecer o diagnóstico psiquiátrico de “transtorno de compulsão alimentar”.

A segunda forma de ampliação diagnóstica seria marcada pela flexibilização do limiar que separa a suposta patologia mental daquilo considerado como não patológico, processo que parece sinalizar para a introdução de uma mobilidade nas fronteiras que supostamente distinguiriam o normal do patológico, o que possibilitaria a expansão da psiquiatria a uma difusa área de comportamentos considerados de risco, permitindo a inclusão de qualquer pessoa nas novas categorias psiquiátricas. Como exemplo bem característico de patologização dos riscos, a APA considera que o processo de luto pode significar o risco de um indivíduo desenvolver um “transtorno depressivo maior”. Dessa forma, o DSM-5 traria a possibilidade para psiquiatras e médicos de todas as especialidades diagnosticarem como “portadores de transtornos”, e medicarem com os antidepressivos do laboratório que os patrocinam, todas as pessoas que passam pela inevitável circunstância humana de perder um ente querido. Outro exemplo, seria a proposta de eliminar a distinção entre o uso e a dependência de substâncias psicoativas, o que significaria a possibilidade da psiquiatria reduzir o limiar para determinar o diagnóstico das dependências químicas. Nessa perspectiva, Frances (2012, 2010) considera que o processo de patologização dos riscos representa um investimento agressivo dos poderes que atravessam a psiquiatria na indeterminação entre o “normal” e o “patológico”, o que significaria a abertura de amplo espaço para a psiquiatria apropriar-se de, virtualmente, todas as questões relacionadas a existência humana. No Manifesto *Stop DSM*, essas denúncias sobre as predições da psiquiatria em relação aos possíveis futuros doentes também aparecem em tom de preocupação de que essas práticas poderiam significar inclusive a violação de Direitos Humanos:

Muito mais preocupante ainda, é a instauração de “valores preditivos”, que pretendem prever os “futuros distúrbios”. Assim, cada um poderá ser potencialmente um futuro “doente”, e com isso um candidato para um tratamento preventivo. Essa inflação dantesca vai poder atingir alturas vertiginosas com a invenção das “Síndromes de risco”, tal como, a “Síndrome de risco psicótico”, que vai desde a prevenção à previsão chamando para a prescrição sistemática de medicamentos psicotrópicos em doses não negligenciáveis adolescentes que são considerados atípicos. [...] Tal extensão da patologia poderia, aliás, chegar a ser considerada contrária aos Direitos Humanos.¹⁴ (STOP DSM, 2012).

Mesmo pesquisadores que participaram da organização da força tarefa do DSM-5 têm apresentado declarações polêmicas veiculadas tanto em trabalhos acadêmicos, quanto em reportagens publicadas pelas grandes mídias.

Recentemente, o Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos (NIMH)¹⁵, um dos principais órgãos financiadores de pesquisas na área e que participava efetivamente da revisão do manual, junto com a APA, declararia o “abandono oficial ao DSM-5”¹⁶. Thomas Insel (2013), diretor do NIMH, declarou que “os pacientes com transtornos mentais merecem algo melhor” e que o Instituto irá “reorientar suas pesquisas para longe das categorias atuais – ou subdivida-las – para que se comece a desenvolver um sistema melhor”¹⁷. A declaração parece revelar um descontentamento com o manual mesmo entre os adeptos ao organicismo neurocientífico. O presidente do NIMH considera que os atuais manuais diagnósticos, sobretudo o DSM-5, carece de “validade científica” por suas classificações basearem-se essencialmente em categorizações de sintomas e observações clínicas carentes de evidências sólidas. E propõe a construção de um sistema, baseado essencialmente em

¹⁴ Even more troubling still, the addition of “predictive factors” as portents of “future disorders.” Each of us will thus potentially be ill and thus candidates for preventative treatment. The pinnacle of this vertigo-inducing inflation is no doubt reached with the invention of “risk syndromes” such as “psychotic risk syndrome,” which goes from prevention to prediction by calling for the systematic prescription of psychotropic medications at non-negligible doses for adolescents who are deemed atypical.[...] Such an expansion of pathology might even be deemed against Human Rights.(STOP DSM, 2012).

¹⁵ Desde a síntese da clorpromazina, em 1952, o NIMH criaria o *Psychofarmacology Service Center* que receberia verbas públicas direcionadas ao desenvolvimento de pesquisas sobre os mecanismos de novas drogas, de seu espectro de ação clínica e das questões relacionados a segurança do consumo daquelas substâncias.(BEZERRA, 2007).

¹⁶ As declarações de Insel, no final de abril de 2013, provocariam uma onda de reações de diversos órgãos e entidades de saúde. Isso obrigaria o pesquisador a declarar, em nome do NIMH, junto ao presidente da APA, que ambos representantes de suas instituições apresentavam interesses compartilhados e que o atual sistema diagnóstico ainda poderia ser considerado como o melhor instrumento para avaliação e classificação das “doenças psiquiátricas”. (INSEL; LIBERMAN, 2013).

¹⁷Going forward, we will be supporting research projects that look across current categories – or subdivide current categories – to begin to develop a better system (INSE, 2013).

pesquisas neurobiológicas, que seria mais adequado àquela psiquiatria que sempre sonhou em ser reconhecida como um ramo consistente da medicina. O posicionamento dos pesquisadores daquele importante instituto de financiamento de pesquisas expõe o abuso do paradigma atual daquela psiquiatria baseada nas classificações do DSM e propõe a conservação de suas pesquisas no aforismo de que “o sofrimento psíquico seria uma doença do cérebro”.

Os investimentos em pesquisas neurocientíficas na atualidade, principalmente nas que se utilizam das técnicas de *pet scan* para localizar lesões e as específicas funções cerebrais, constituem-se no exemplo mais significativo do sonho, longamente acariciado pela psiquiatria ao longo dos séculos, de se tornar uma área respeitada da medicina científica. A posição de rompimento com o DSM que aquele instituto norte-americano recentemente se propõe adotar revela uma desautorização de contingentes importantes do próprio cientificismo neurobiológico às classificações, sempre propaladas como científicas pelo manual e utilizadas internacionalmente para paramentar a psiquiatria médica.

Quanto aos investimentos da psiquiatria e das neurociências em tentar localizar no cérebro todas as explicações para comportamentos, condutas, sofrimentos e mal-estares psíquicos e existenciais, Caponi considera que:

Ante o limitado espaço que o saber médico dedica à compreensão dos sofrimentos individuais, cresce a preocupação por medir, quantificar e localizar lesões nesse órgão privilegiado que é nosso cérebro, com a finalidade de apresentar explicações causais para os mais diversos desvios de conduta, estados de angústia, dificuldades de aprendizagem ou sentimentos de fracasso. Essa rede explicativa, fundamentada em dados quantitativos e observações de conexões neuronais, pretende ser curativa, preventiva e maximizadora de capacidades individuais. (CAPONI, 2012a, p. 186).

Essa esperança neurobiológica comum à biopsiquiatria tem exercitado as categorias do DSM para justificariam o uso de drogas psicofarmacológicas no tratamento de todo o tipo de mal-estar de seus pacientes. Agora, mesmo setores de ponta das pesquisas neurocientíficas, vêm a público denunciar a inconsistência das rotulações diagnósticas daquele manual que, pelo menos desde sua terceira versão, sempre alegou se basear nas mais recentes descobertas da ciência para a criação de suas classificações, agora criticadas pelos próprios setores das neurociências como constituídas com bases meramente sintomáticas. Nesse sentido, as colocações de Cuthbert e Insel (2013), coordenadores do NIMH, demonstram que, apesar da APA e

dos psiquiatras defensores do DSM declararem que mal-estares psíquicos teriam única e exclusivamente bases biológicas localizadas em substratos neuronais e que as descobertas de novos diagnósticos estariam relacionadas a desequilíbrios neuroquímicos que deveriam ser regulados com drogas psicofarmacológicas, essa não seria uma verdade compartilhada nem pelos próprios setores de ponta da pesquisa neurobiológica. De forma que essas críticas e rompimentos à própria biopsiquiatria renovam e atualizam a percepção de que a psiquiatria ainda não encontrou nenhuma evidência biológica para justificar sistematicamente o conjunto das “doenças mentais” que ela própria tem inventado.

É nessa perspectiva que se compreende as críticas emanadas do NIMH, no sentido de que suas pesquisas não estariam mais fundamentadas no DSM e em suas classificações diagnósticas. E, de fato, coordenadores daquele instituto estão propondo fortalecer os investimentos em um projeto criado em 2008 que, conforme seus idealizadores, promete revolucionar o sistema de classificação psiquiátrico atual: o projeto *Research Domain Criteria* (Rdoc) tem como objetivo investir na criação de um sistema diagnóstico baseado essencialmente “nas dimensões do comportamento observado e nas pesquisas neurobiológicas”¹⁸ (CUTHBERT; INSEL, 2013).

Dessa forma, com propósitos de investir nos estudos sobre os mecanismos neurofisiológicos, nas análises produzidas pelos exames de neuroimagens, nas investigações sobre dados genéticos e nos resultados de testes neurocognitivos, os pesquisadores do instituto acreditam que a psiquiatria biológica, longe das peripécias do DSM, pode avançar de forma linear e consistente. A esperança do projeto, todavia repete uma fórmula conhecida, a que o avanço das pesquisas permitiria a descoberta de todos os mecanismos neuronais para poder, finalmente, elucidar a verdade sobre as “perturbações mentais” e demonstrar que os mal-estares e sofrimentos psíquicos teriam origens cerebrais (GARCIA, 2013; BOGOCHVOL, 2013). Os idealizadores do projeto *Rdoc* consideram que suas descobertas permitiriam a construção de um novo tipo de sistema diagnóstico pautado não mais nos quadros de sintomas e sim nas desregulações neuroquímicas. Nas palavras de Cuthbert, isso significaria que, futuramente:

Em vez de dizer que um paciente tem depressão, ansiedade ou stress pós-traumático, diremos que o seu problema é, por exemplo, uma disfunção nos circuitos cerebrais que regulam as emoções. O mesmo para as doenças psicóticas, como esquizofrenia. Diremos, por exemplo, que o problema do

¹⁸ Dimensions of observable behavior and neurobiological measures. (CUTHBERT; INSEL, 2013).

paciente é um transtorno de disfunção das sinapses. E então falaremos de grupos de genes que regulam ou que afetam a estrutura das sinapses. Pode ser que a combinação desses genes, e não mais a soma dos sintomas, nos deem ideias diferentes sobre esquizofrenia ou transtorno bipolar. (CUTHBERT *apud* ELIAS, 2013).

As declarações dos pesquisadores do NIMH são exemplares daquilo que os críticos chamam de simplismo neuroquímico: a esperança de poder associar as “perturbações psiquiátricas”, quem sabe todos os sofrimentos psíquicos, ao funcionamento dos neurotransmissores. Entretanto, o perigo das pretensões de Cuthbert e Insel (2013) não estaria, propriamente, no reducionismo neuronal que suas pesquisas propõem para explicar os problemas humanos. Está, principalmente, em suas esperanças preventivas. Aqueles pesquisadores consideram que o sistema diagnóstico atual é seriamente limitado por basear-se em sintomas que somente poderiam ocorrer depois de instalada a doença no corpo do indivíduo, e esperam que isso deva ser superado com investimentos em pesquisas que permitiriam à biopsiquiatria identificar preventivamente, por meio da localização de genes ou do reconhecimento de disfunções neurológicas, os futuros “portadores de transtornos mentais”. De fato, o recente artigo *Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC*, de Insel e Cuthbert (2013), defende o investimento na medicina personalizada, que preveria localizar, por testes genômicos, a propensão de cada pessoa para o desenvolvimento de supostas “doenças mentais”, de forma que cada indivíduo poderia ser tratado com o medicamento certo e na dose correta para seu metabolismo e sua precisa condição. A proposta tem lógica, uma vez que cada indivíduo apresentaria uma condição própria. No entanto, as propostas de pesquisas genômicas no âmbito da psiquiatria convidam a algumas considerações.

As propostas de investimentos em pesquisas genômicas, evidentemente, irão se focalizar naquele modelo de “gestão de riscos”, no qual qualquer indivíduo poderá ser considerado como, potencialmente, um futuro “portador de doenças mentais” e, portanto, candidato a tratamentos psicofarmacológicos preventivos, o que é preocupante. Mas a pretensão de encontrar no genoma elementos alteráveis de transtornos psíquicos sugere que já se saiba, de antemão, que as variações devam ser consideradas indesejáveis a ponto de serem alteradas antes mesmo de suas manifestações. Preocupante, também, é o fato de que as pesquisas a serem desenvolvidas pelo instituto pretendem ser apoiadas por laboratórios farmacêuticos, que seriam incentivados a investirem ainda mais no desenvolvimento das inúmeras novas

drogas psiquiátricas, que a personalização dos tratamentos demandaria. Afinal, como se sabe desde as mais comezinhas compreensões do capitalismo, é a mercadoria que cria a demanda, e não o contrário, como de fato já ocorre com os atuais psicofármacos, cuja produção tem sido capaz de estimular muito eficientemente a construção de motivos diagnósticos e terapêuticos para seu uso.

Muito a propósito, Nikolas Rose (2010), na palestra *A biomedicina transformará a sociedade?*, proferida três anos antes da publicação de Cuthbert e Insel, já alertava para o perigo de considerar que pesquisas genômicas poderiam prever o desenvolvimento das denominadas “doenças mentais” e denunciava que, tampouco, as sugestões de testes genômicos poderiam assegurar que a prescrição específica de medicamentos trariam realmente benefícios para a saúde de seus usuários. Bem ao contrário, Rose preferia chamar a atenção para as vantagens e benefícios financeiros aos grandes conglomerados farmacêuticos:

Pesquisas genômicas já identificaram as mutações de muitos males raros e devastadores, mas são bem menos bem-sucedidas em identificar sequências genômicas que fornecessem previsões claras sobre a probabilidade dos indivíduos desenvolverem algumas das doenças complexas mais comuns – derrames, problemas cardíacos, diabetes e a maioria dos cânceres. Pior ainda é em relação às doenças mentais. [...] Parece que, muito em breve, se você entrar no consultório do seu médico e ele diagnosticar depressão, tal teste deverá ser administrado antes de se decidir qual dos 20 ou mais antidepressivos existentes será prescrito e qual a dose, assegurando eficácia e evitando efeitos colaterais. No máximo, tudo que um teste genômico vai fazer é posicionar as pessoas em grupos de risco, não muito diferente daqueles já familiares da epidemiologia e do histórico familiar – você pode estar em um grupo com 20% ou 80% de chance de responder bem ou mal a uma droga. Esse dado pode ajudar os médicos nas primeiras escolhas de medicamentos. Isso abrirá oportunidades para as companhias farmacêuticas, que vão comercializar algumas drogas com o teste de diagnóstico necessário para prescrevê-las. Os custos dos serviços médicos são óbvios, mas os benefícios para os pacientes não são comprovados. (ROSE, 2010, p. 635).

Além disso, Rose (2010) ainda deixaria um alerta necessário, e não sem trágicos precedentes históricos, sobre essa “nova ‘eugenia liberal’ – na qual aqueles com qualidades consideradas indesejáveis seriam eliminados antes de nascer, aumentando a estigmatização daqueles com doenças e deficiências”. (p.632).

Reflexões como aquelas desenvolvidas por Nikolas Rose (2010), na atualidade, servem apenas como alerta para o que poderíamos vivenciar em um futuro próximo, por uma psiquiatria que nunca mediu esforços para sempre alcançar um número maior de pessoas em suas estratégias de população. E, como se sabe, as lembranças não são boas.

Entretanto, é preciso considerar que os manuais psiquiátricos produzidos pela APA são uma atualidade e estão longe de serem abandonados. O DSM, em sua quinta edição, continuará a ser utilizado como principal instrumento para a psiquiatria classificar e diagnosticar seus pacientes, permanecerá como referência para os planos de saúde e programas do governo norte-americano, influenciará nas classificações psiquiátricas em todo o mundo e ainda será utilizado como instrumento fundamental para muitas pesquisas desenvolvidas pelas grandes indústrias farmacêuticas.

Afinal, dentre as polêmicas que envolveriam a publicação do DSM-5, destaca-se, sobretudo, as denúncias de que a ampliação das possibilidades diagnósticas estaria profundamente relacionada a vínculos de interesses entre fortes conglomerados farmacêuticos e as equipes de médicos da APA envolvida com a organização da nova edição (COSGROVE; KRIMSKY, 2012).

O conluio entre a indústria farmacêutica e a psiquiatria na ampliação diagnóstica do DSM-5

O processo de ampliação diagnóstica que ora se anuncia com a publicação do DSM-5 será, indubitavelmente, acompanhado pela implementação das prescrições de medicamentos psiquiátricos, uma vez que este é considerado o principal, se não único, dispositivo utilizado pela psiquiatria contemporânea para os supostos tratamentos de suas “doenças mentais”. A vinculação entre os novos transtornos e seus produtos, pelo menos desde os anos 80, sempre foi incentivada pelos grandes conglomerados farmacêuticos, que utilizam diversas estratégias e investem exaustivamente na expansão dos discursos e práticas psiquiátricas para âmbitos cada vez maiores.

Pesquisas têm revelado que a ampliação das possibilidades diagnósticas produzidas pelas edições do DSM estaria fortemente relacionada aos vínculos entre psiquiatras que compõem a força-tarefa de organização dos manuais e as grandes corporações farmacêuticas. No ano de 2006, a pesquisa *Financial ties between DSM IV panel members and the pharmaceutical industry* (COSGROVE et. al, 2006) revelava que 57% dos psiquiatras da força-tarefa responsável pela elaboração da quarta edição do DSM apresentavam ligações financeiras com a indústria farmacêutica e recebiam por serviços de pesquisa e consultoria.

Ao contrário de revelações como aquela produzirem preocupações às associações psiquiátricas e aos institutos de saúde norte-americanos organizadores da força-tarefa que iria compor o painel de membros para a elaboração da nova edição do manual psiquiátrico (DSM-5), poucas medidas seriam tomadas. A única decisão da APA seria instituir uma política de divulgação obrigatória, na qual todos os membros deveriam registrar ligações com laboratórios farmacêuticos, seja da atuação como conselheiros das indústrias ou como pesquisadores em estudos patrocinados pelos laboratórios. A nova exigência da APA, relacionada à política de divulgação de conflitos de interesse, seria mais congruente com as decisões de periódicos científicos e revistas médicas que reconhecem uma clara conexão entre as fontes de financiamento de pesquisas e os resultados fortemente inclinados para os interesses do financiador. Entretanto, conforme revela Cosgrove e Krimsky (2012), a nova estratégia não produziria grandes intervenções ou decisões efetivas de exclusão de membros nas decisões sobre novo manual e apenas transformaria um problema considerado de “viés secreto” em um problema de “viés aberto e declarado”.

No recente estudo, *A comparison of DSM-IV and DSM-5 panel members' financial associations with industry: a pernicious problem persists*, Lisa Cosgrove e Sheldon Krimsky (2012) revelaram que o número de psiquiatras responsáveis pela elaboração do DSM-5 e que declararam conflitos de interesse saltaria para 69%, um aumento de 21 pontos percentuais em relação aos membros da força-tarefa responsável pela elaboração do DSM-IV. Além disso, a pesquisa também revela que a inclusão de novos diagnósticos psiquiátricos e o alargamento dos limites das antigas classificações psiquiátricas refletem interesses corporativos de membros que declararam laços com os laboratórios farmacêuticos que fabricam os psicofármacos direcionados para o tratamento dessas “novas doenças”.

Que as corporações farmacêuticas financiem o desenvolvimento de pesquisas sobre novas drogas psicofarmacológicas e que pesquisadores psiquiatras participem dessas pesquisas, não pode ser considerado nenhuma novidade. Entretanto, o problema estaria no fato de que a indústria farmacêutica não produz apenas drogas, mas também, influencia nas decisões dos organizadores dos manuais psiquiátricos ao engendrar novas visões sobre comportamentos, condutas e mal-estares psíquicos que serão considerados como “doenças mentais”. (SIQUEIRA, 2011).

A comprovação de que mais da metade dos psiquiatras apresentavam conflitos de interesse e estavam envolvidos na força-tarefa do DSM-5, mais uma vez, colocaria em questão aquela psiquiatria que desde a organização de seus primeiros manuais psiquiátricos sofreria críticas por não poder ser considerada “tão científica” como se esperava. O caso do diagnóstico da homossexualidade, que constava da segunda edição do manual, é bastante emblemático. Após diversas manifestações e protestos contrários ao diagnóstico de “desvio sexual”, pelo qual homossexuais poderiam ser submetidos a tratamentos corretivos de seus “desvios”, a APA decidiu pela retirada da classificação de seu manual. A polêmica envolveria diversos movimentos em prol da diversidade sexual e levaria à organização de inúmeras reuniões da associação psiquiátrica que, através da aprovação de 58% dos membros da força-tarefa do DSM, decidiriam pela retirada daquela rotulação na terceira edição do manual (CAPONI, 2012a; SIQUEIRA, 2011). A inegável conquista e os avanços no âmbito de direitos do movimento homossexual com a retirada daquela categoria diagnóstica mostraria que as decisões dos organizadores dos manuais psiquiátricos estariam estritamente relacionadas às concepções políticas, sociais, culturais de determinados momentos históricos.

A retirada da homossexualidade do manual de diagnósticos atrairia atenções naquele momento pelo fato de a psiquiatria e seu DSM alegar que suas pesquisas estariam, como desde sempre, pautadas em “evidências científicas”. Entretanto, nunca suas decisões estiveram imunes ao jogo político de um pequeno grupo de psiquiatras que decidirão pela vida de inúmeras pessoas.

Nessa perspectiva, aqueles psiquiatras que atualmente se declararam vinculados aos grandes laboratórios de medicamentos psicofarmacológicos, indubitavelmente, não estarão isentos da influência e do jogo político que aquelas indústrias exercerão sobre as decisões de criação de novas “doenças psiquiátricas”. Se antes as decisões dos membros da APA em relação a criação ou a retirada de um diagnóstico psiquiátrico de seus primeiros manuais estavam carregadas de concepções políticas e sociais, na atualidade, além desses fatores, ainda existe a forte influência das indústrias farmacêuticas que financiam pesquisas e pagam altos “bônus” àqueles que decidem por doenças apropriadas aos seus produtos.

Um exemplo ilustrativo dessa condição seria a criação do “Transtorno de Disforia Pré-Menstrual”, lançado na nova edição do DSM-5 e que confere a transformação de sintomas de tensão pré-menstrual, comum a todas as mulheres, em

uma nova “doença mental”. A nova rotulação psiquiátrica seria criada devido aos jogos de interesses de corporações farmacêuticas que exercera influencia nas decisões dos membros da força-tarefa do DSM-5. Conforme a pesquisadora Marcia Angell (2007), em seu livro *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos*, as indústrias de medicamentos frequentemente anunciam novas doenças para se encaixarem nos produtos farmacológicos que pretendem lançar no mercado. No caso do novo diagnóstico psiquiátrico que acometeria as mulheres, o laboratório *Lilly*, após perder a patente exclusiva do medicamento de marca *Prozac*¹⁹, criaria uma dosagem semanal do mesmo medicamento, agora sob o sugestivo nome de *Sarafem* que, colorido de rosa e lilás, seria comercializado para o tratamento do suposto “transtorno mental” que afetaria inúmeras mulheres em todo o mundo. Vale ressaltar que o medicamento, na mesma dosagem do não tão antigo *Prozac*, seria comercializado por um preço três vezes mais caro.

Há aí uma inversão da lógica de construção diagnóstica. Se antes dependia exclusivamente de observações clínicas, agora, dependerá também dos fortes interesses financeiros das grandes corporações farmacêuticas que influenciam no engendramento de novos “diagnósticos psiquiátricos”, o que possibilita a ampliação do número de pessoas submetidas aos discursos e estratégias médicas respaldadas pela indústria de medicamentos.

Mas a criação de novos diagnósticos a serem lançados no DSM-5 por influência de laboratórios farmacêuticos não permaneceria restrita à produção daquela nova doença que acometeria mulheres. Também estaria relacionada aos diversos diagnósticos que abrangeriam situações consideradas de risco, como é o ilustre caso do “Transtorno de Risco Psicótico” (COSGROVE; KRIMSKY, 2012) e da inclusão do luto como risco

¹⁹ O *Prozac*, antidepressivo produzido no final dos anos 80, cuja carreira de verdadeiro *best-seller* é bastante conhecida, seria fabricado pela indústria farmacêutica *Lilly* e aprovado nos EUA, inicialmente, para o tratamento de diagnósticos de depressão. Entretanto, na década de 90, os supostos benefícios da droga seriam expandidos para outros tipos de pacientes rotulados com outros diagnósticos psiquiátricos: “transtorno obsessivo-compulsivo, bulimia, depressão geriátrica”. Fato que levaria os laboratórios *Lilly* a faturamentos consideráveis, com vendas acima de US\$ 2,5 bilhões ao ano. Diante de tão expressivos números, outras indústrias farmacêuticas também iniciariam o processo de sintetização de “inibidores de receptação de serotonina”, seria o momento de lançamento do *Paxil* do laboratório *Glaxo Smith Kline*, e do *Zoloft*, da *Pfizer*. Os acontecimentos levariam o laboratório *Lilly* a perder espaço para a venda do *Prozac*, principalmente após ter sua patente expirada nos EUA, no ano de 2001, e que incentivaria pesquisas para o uso da mesma substância em outras situações consideradas como causadoras de males (ANGELL, 2007).

para o desenvolvimento do “Transtorno de Depressão Maior” (FRANCES, 2013). Em todos esses casos de engendramento de novos diagnósticos, a ampliação do número dos prováveis sujeitos submetidos a drogas psicofarmacológicas estenderá o lucro das intervenções médico-farmacológicas a valores inestimáveis.

A estratégia da indústria farmacêutica para o desenvolvimento de pesquisas direcionadas às situações consideradas de risco parece estar presente desde os princípios da composição da força-tarefa do DSM-5. No ano de 2004, o governo do presidente norte-americano George W. Bush lançaria a proposta conhecida como *New Freedom Commission on Mental Health*. A comissão iria propor um programa com a determinação de diversos exames para todos os tipos de indivíduos em qualquer faixa etária com objetivos de poder identificar doenças psiquiátricas ainda não diagnosticadas. Conforme dados apresentados por Rose (2010), seriam 52 milhões de estudantes e seis milhões de adultos o alvo das campanhas que se centrariam nas escolas e que tiveram início no Estado do Texas. Todos aqueles diagnosticados como em estado de “risco” receberiam tratamento preventivo com drogas psicofarmacológicas, mesmo que aquelas pessoas no momento das intervenções não apresentassem os supostos sintomas que pudessem categorizá-las em um quadro diagnóstico ou que pudessem ser consideradas pelos saberes psiquiátricos como “portadores de uma doença mental”. O esquema contaria não apenas com *experts* nas áreas da saúde mental, mas teria ligações financeiras pouco escrupulosas com grandes companhias farmacêuticas que financiariam parte do projeto. Nas palavras de Rose (2010), programas como aquele seriam cada vez mais comuns e proporcionariam a ampliação das estratégias psiquiátricas e farmacológicas para amplos contingentes populacionais:

Tais programas de exame preventivo, que penso serem cada vez mais comuns, irão sem dúvida expandir os limites da medicina e o mercado das companhias farmacêuticas. Essa investigação nas escolas americanas, encorajada por vários incentivos, tem sido central para a difusão do diagnóstico de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade e para o uso de Ritalin ou Adderall. Preocupo-me menos com a possibilidade de falsa felicidade ou de capacidades cognitivas melhoradas, e mais com a aparente aceitação desses programas para diagnósticos pré-sintomáticos de comportamento de risco combinada com incentivos ou obrigações de se prescrever medicamentos. (ROSE, 2010, p. 635).

Financiado pelo governo de George W. Bush, cujo pai curiosamente anunciara em 1990 que aquela deveria ser a “Década do Cérebro”²⁰, aquele programa, ainda que tenha sofrido inúmeras críticas, parece ser utilizado como projeto-modelo para o investimento em pesquisas sobre as possíveis condições de risco a serem transformadas em novas patologias lançadas no DSM-5, e que certamente terão drogas psicofarmacológicas prontas e direcionadas ao suposto tratamento das “novas doenças” e dos “novos doentes”.

Novos diagnósticos psiquiátricos formulados a partir da noção de risco, novas drogas psicofarmacológicas sintetizadas para o tratamento preventivo de possíveis riscos, essa parece ser a nova paisagem que se anuncia no âmbito das estratégias em saúde mental pelo efetivo conluio entre as indústrias farmacêuticas e a medicina psiquiátrica contemporânea. Nesse trágico cenário que se anuncia, novamente as considerações de Rose (2010) nos alertam para os futuros perigos dessas relações:

Talvez o motivo de nossas preocupações com tais drogas não devesse ser as melhorias, e, sim o controle. No mundo desenvolvido, administração do risco e o princípio da prudência reinam absolutos. Mesmo sem a genômica, os fármacos mais lucrativos são aqueles que tratam não doenças, mas o risco. (ROSE, 2010, p. 635).

A produção de drogas psicofarmacológicas para o tratamento de riscos pode ser considerada como um mercado promissor para os grandes conglomerados farmacêuticos que, desde a década de 80, quando houve um *boom* na produção e comercialização de psicofármacos, tem se utilizado de diversas estratégias para incentivar as prescrições psiquiátricas a amplos grupos populacionais.

A mercantilização da doença: sobre os jogos de interesse entre laboratórios farmacêuticos e a psiquiatria

Recentemente, grandes laboratórios farmacêuticos seriam obrigados a pagar pesadas multas para a justiça norte-americana devido às acusações de terem promovido

²⁰O presidente George Bush declararia: “Para aumentar a consciência pública dos benefícios provenientes de pesquisas sobre o funcionamento do cérebro, o Congresso, por meio da Resolução 174 [...], designou a década que se inicia em 1º de janeiro de 1990 de a ‘Década do Cérebro’, autorizando e requerendo do Presidente que ele decrete que essa ocasião seja amplamente comemorada. Portanto, eu, George Bush, Presidente dos Estados Unidos da América, proclamo a década começando em 1º de janeiro de 1990, como Década do Cérebro. Eu solicito a todos os funcionários públicos e o povo dos Estados Unidos da América que celebrem essa década com programas, cerimônias e atividades condizentes”. (BUSH, 1990).

propaganda e venda de medicamentos para uso não comprovado e por terem realizado pagamentos de incentivos financeiros para médicos receitarem seus medicamentos.

No ano de 2012, reportagens veiculadas em jornais e revistas de grande repercussão internacional (*The Guardian*, *El país*, *Forbes*) revelariam que a terceira maior indústria farmacêutica do mundo, a *GlaxoSmithKline*, com um faturamento de cerca de 34 bilhões de euros em 2010, seria obrigada a pagar 2.4 bilhões de euros, cerca de 3 bilhões de dólares, por ter ocultado as pesquisas que mostravam que o uso do antidepressivo *Paxil*, prescritos a crianças e adolescentes, provocava altas taxas de pensamentos e condutas suicidas (NEVILLE, 2012; OLIVA, 2012; WATERS, 2012).

A gravidade do problema deflagraria questionamentos éticos em relação às pesquisas desenvolvidas e encomendadas por laboratórios farmacêuticos que manipulam os estudos com a publicação apenas de resultados positivos, sem qualquer implicação em relação aos malefícios que poderiam ocasionar a liberação de medicamentos nada seguros para a vida das pessoas (ANGELL, 2007).

Os conflitos éticos em pesquisas biomédicas desenvolvidas por grandes laboratórios farmacêuticos é tema de ampla literatura que problematiza os inúmeros casos de violação de direitos humanos nos estudos com medicamentos. A temática, extremamente controversa, remonta aquelas pesquisas que submetiam prisioneiros de campos de concentração no regime nazista as mais terríveis atrocidades das experimentações medicamentosas e cirúrgicas que vitimaram milhares de pessoas. (AGAMBEN, 2002). E atualizam novos debates com denúncias recentes que trazem à tona os desvios éticos em inúmeros ensaios clínicos para testagem de substâncias em populações de países pobres em condições profundamente diferentes dos testes desenvolvidos com a população de países ricos (GARRAFA, LORENZO, 2010).

As diversas estratégias utilizadas pelos grandes conglomerados farmacêuticos envolvem violações éticas no desenvolvimento de estudos clínicos de testagem de novos medicamentos, distorções dos dados experimentais para obter resultados favoráveis, uso de figuras importantes do âmbito acadêmico médico para endossar novas drogas, produção de artigos assinados por “autores fantasmas”, distribuição de presentes para médicos receitarem seus medicamentos entre outros procedimentos espúrios que não são incomuns nas relações entre medicina e laboratórios farmacêuticos. (CAMARGO Jr, 2010; ANGELL, 2007).

O processo de mercantilização da doença foi problematizado inclusive por uma série de artigos publicados na revista médica *PloS/Medicine*, onde foram apresentadas denúncias sobre como a indústria farmacêutica apoia a criação de novas doenças para promover a venda de seus produtos. (MOYNIHAN; HENRY, 2006; PHILLIPS, 2006). Outro exemplo elucidativo de mercantilização da doença aconteceu com o lançamento e comercialização do antidepressivo *Paxil*, prescrito a crianças e adolescentes. O laboratório farmacêutico *GlaxoSmithKline* divulgou que aquele antidepressivo poderia ser prescrito tanto aos pacientes diagnosticados como portadores de “fobia social” quanto a todas aquelas pessoas que apresentassem a simples dificuldade de falar em público. Para o lançamento do medicamento em Londres, Inglaterra, o laboratório promoveu campanha midiática que apresentou seu produto como “a nova pílula para a resolução de qualquer problema de timidez” e, não obstante o embuste, o lançamento seria ovacionado pela plateia de psiquiatras, que, segundo Oliva (2012), teriam mais um motivo para submeter novos sujeitos a seus diagnósticos e prescrições.

O investimento dos laboratórios farmacêuticos na transformação de aspectos comuns da vida humana em novas “patologias mentais”, como o caso emblemático da timidez, foi tema para diversos trabalhos críticos ao processo de psiquiatrização da vida (ANGELL, 2011; 2007; CAMARGO Jr., 2010; HERNÁEZ, 2010; MOYNIHAN; HENRY, 2006). Dentre as observações sobre o assunto é interessante destacar, pela força de sua ironia, as considerações do professor do Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de Liverpool, Richard Bentall (1992) publicadas na revista inglesa *Journal of Medical Ethics*. Em um provocativo artigo, ele propõe a inclusão da felicidade como uma nova entidade nosográfica a ser classificada de acordo com os critérios diagnósticos presentes nos manuais psiquiátricos, que deveria ser convenientemente tratada com algum psicofármaco desenvolvido pela indústria farmacêutica:

Essa entidade (a felicidade) merece figurar nos manuais de critérios diagnósticos sob a etiqueta “transtorno maior de humor de tipo agradável”. Com efeito, a felicidade é uma entidade anormal de maneira estatisticamente significativa, constituída de um pequeno número de sintomas ligados entre si, associados a anomalias cognitivas - em particular, a perda do contato com a realidade - e reflete provavelmente um funcionamento anormal do sistema nervoso central. A felicidade corresponde, então, a todos os critérios habituais que servem racionalmente para ser definida como um transtorno psiquiátrico. (BENTALL, 1992, p. 97).

O irresistível efeito cômico do comentário de Bentall, como é óbvio, só é eliciado pelo imediato reconhecimento de sua semelhança com as definições de reais transtornos nada menos absurdos, diga-se de passagem, que as publicações psiquiátricas apresentam com a pompa de uma psiquiatria séria. E, de fato, a transformação de aspectos da vida comum em supostas patologias tem sido uma das principais estratégias utilizadas por uma psiquiatria estimulada eficientemente por laboratórios farmacêuticos.

A produção de patologias e a mercantilização de doenças, estratégias da aliança da psiquiatria com a indústria de medicamentos, não deixaria também de atingir às problemáticas da infância submetidas com uma avalanche de diagnósticos de Transtornos de Déficit de Atenção e Hiperatividades - TDAH. (IRIART; IGLESIAS RÍOS, 2012; BRZOZOWSKI; CAPONI, 2012; PHILLIPS, 2006). O número de diagnósticos de TDAH tem aumentado consideravelmente no Brasil, ainda que psiquiatras vinculados a associações patrocinadas por laboratórios farmacêuticos aleguem o subdiagnóstico (MATTOS, et. al., 2004). Evidentemente, o aumento de diagnósticos viria acompanhado dos números alarmantes de venda e consumo das drogas psicoestimulantes indicadas para o suposto tratamento da infância inadequada: a *Ritalina* e o *Concerta* (nomes comerciais do cloridrato de metilfenidato). Dados divulgados pelo *Instituto Brasileiro de Defesa dos Usuários de Medicamentos* (IDUM) revelaram que, entre os anos de 2000 a 2008, houve um aumento de 1.616% na venda do cloridrato de metilfenidato no Brasil (IDUM, 2009). Recentemente, a *Agência Nacional de Vigilância Sanitária Brasileira* - ANVISA divulgou um boletim com denúncias de que entre os anos de 2009 a 2011 houve um aumento de 75% na venda de metilfenidato consumido por crianças e adolescentes brasileiros com idades que variavam entre 6 a 16 anos (ANVISA, 2013).

Como a indústria farmacêutica depende exclusivamente da decisão do psiquiatra para que o paciente utilize o fármaco que produzem, considera que estimular a prescrição médica de seus produtos é parte regular da realização do ciclo de mera mercadoria que seus produtos teriam que cumprir para realizar seu legítimo lucro empresarial.

Dessa forma, a indústria farmacêutica investiria pesado em seu principal representante, o psiquiatra, e empregaria diversas estratégias de convencimento: presentes, amostras grátis, oferecimento de viagens a conferências e congressos organizados pelos próprios laboratórios em hotéis luxuosos e, até mesmo, pagamento de

propinas diretas para aqueles profissionais prescreverem seus fármacos²¹ (NEVILLE, 2012; CAMARGO Jr, 2010; ANGELL, 2011; 2007). E quando foi implantada a “lei de transparência” nos Estados Unidos, cujas determinações obrigam laboratórios farmacêuticos a informar todos os pagamentos a profissionais médicos, se descobriria que os psiquiatras recebiam consideravelmente mais gratificações do que médicos de outras especialidades (ANGELL, 2011). Pelo menos nessa particularidade, reconheça-se, a psiquiatria não tem nada a invejar de outras especialidades médicas.

O maciço investimento de laboratórios farmacêuticos no âmbito psiquiátrico não pode ser considerado um mero acaso. A psiquiatria, ao contrário de outras especialidades médicas, não conta com qualquer recurso de dados de exames físicos, laboratoriais ou de imagens para certificar suas hipóteses de transtornos e doenças. Isso é uma limitação séria, ainda que não seja, por certo, a impossibilidade de sua clínica. Mesmo porque a psiquiatria costuma transformar essa limitação da inexistência de marcadores biológicos consistentes em uma conveniente liberdade para o exercício criativo de inventar doenças com uma autoridade emprestada por uma medicina científica que nunca lhe foi própria. (ANGELL, 2011; MOYNIHAN; HENRY, 2006; PHILLIPS, 2006).

No entanto, a inexistência de marcadores biológicos em psiquiatria não faria com que sua compreensão sobre as doenças psiquiátricas fossem constituídas por um saber mais sensível aos dramas da existência das mulheres e dos homens, ainda que tal saber não cumprisse mais que uma costura minimamente respeitosa entre as complexidades do humano e as explicações orgânicas. Pelo contrário, as explicações tecidas pela psiquiatria estariam fundamentalmente pautadas nas pesquisas biomédicas que definiriam “doenças mentais” como desregulações neuroquímicas justificadas pelos efeitos provocados pelas próprias drogas psicofarmacológicas. Nas diversas

²¹ No caso do diagnóstico do TDAH, que submeteria principalmente crianças e adolescentes aos estigmas da psiquiatria, a indústria farmacêutica não investiria apenas em psiquiatras ou em neuropediatras, mas também empregaria todos os seus esforços em cooptar professores e educadores para que eles “apreendam” a identificar entre seus alunos os possíveis “portadores de TDAH” e os encaminhe ao especialista para serem medicados com as *Ritalinas* e *Concertas* (PHILLIPS, 2006). Os laboratórios farmacêuticos *Novartis* e *Janssen*, sintetizadores da *Ritalina* e do *Concerta*, têm investido na realização de eventos em hotéis luxuosos brasileiros direcionados ao público de educadores de escolas privadas e públicas com o intuito de ministrar cursos sobre o diagnóstico do TDAH. Não por mero acaso, o medicamento para o tratamento do TDAH, que têm suas vendas reduzidas nos meses de férias e um aumento considerável no segundo semestre do ano (ANVISA, 2013), é reconhecido como “droga da obediência” por ser utilizada principalmente, conforme Marilene Proença, como um “subterfúgio para escamotear falhas no sistema educacional brasileiro”. (BARROS, 2011).

especialidades médicas seria necessária a aplicação de exames clínicos e laboratoriais para a identificação de alterações e construção de um diagnóstico para a determinação de uma intervenção possível que, se realizada com sucesso, permitisse a detecção do efeito curativo de sua intervenção. No âmbito da psiquiatria contemporânea, todavia, ocorreria uma inversão na lógica diagnóstica. Com a ausência de testes e exames de comprovações de suas hipóteses, o diagnóstico psiquiátrico poderá ser construído a partir da própria prescrição do psicofármaco e a confirmação do suposto diagnóstico ocorreria simplesmente com a resposta ao medicamento prescrito:

Há aí uma inversão não pouco assustadora, pois na lógica atual de construção diagnóstica, o remédio participa da nomeação do transtorno. Visto que não há mais uma etiologia e uma historicidade a serem consideradas, pois a verdade do sintoma/transtorno está no funcionamento bioquímico, e os efeitos da medicação dão validade a um ou outro diagnóstico. (GUARIDO, 2007, p. 154).

O fato das drogas psicofarmacológicas estarem se constituindo em um recurso diagnóstico, assim como a fabricação de rotulações diagnósticas, chama a atenção para o papel agigantado que a indústria farmacêutica vem assumindo na definição da prática psiquiátrica. Outro sinal escandaloso dessa trama é a instalação, na psiquiatria contemporânea, de uma ideologia de perpetuação do tratamento psicofarmacológico. Por esse meio, os grandes conglomerados farmacêuticos esperam fazer de cada pessoa, que porventura tenha sido alcançado por sua malha, um refém vitalício.

Na perspectiva biologicista da subjetividade humana, a psiquiatria vem alegando desde sempre, ainda que as particularidades mudem de tempos em tempos, que o mal-estar subjetivo teria origens em uma biologia que, na sucessão das épocas, já foi asseverada como inferior, subdesenvolvida, anormal, lesada ou desequilibrada. Hoje, com a mesma simulação de certeza científica que acompanhou antigas verdades relegadas à vala comum dos preconceitos, a “bola da vez” é o desequilíbrio químico nos neurotransmissores (GUARIDO, 2007).

Como é óbvio, não são os estudos sobre os fatores químicos envolvidos nos processos de neurotransmissão que devem se levantar reservas, mas ao uso indevidamente generalizante que deles vêm fazendo os grandes laboratórios e a psiquiatria que promovem. Uma coisa são os indícios sobre a química da neurotransmissão encontrados pelos esforços de uma pesquisa básica conduzida com parcimônia e seriedade. Outra bem diferente é a derivação oportunista sugerida pela

indústria farmacêutica, e propalada por sua psiquiatria associada, de que seus psicofármacos estão aptos a compensar os desequilíbrios específicos supostamente vinculados a cada transtorno que logram catalogar em seu DSM. Elude-se, assim, a falta de qualquer possibilidade de realizar leituras da alteração específica na química da neurotransmissão em cada caso, seguida da constatação de alguma tendência à equilíbrio no organismo medicado. Mas ainda aqui, da falta se faz a vantagem. Como não há indicadores de coisa alguma, tampouco pode o paciente constatar o logro, a psiquiatria se utiliza da credibilidade da medicina para afiançar o embuste maior: tudo funciona como se o psicofármaco estivesse, de fato, atuando na compensação de um suposto desequilíbrio e que, como parte indispensável dessa equilíbrio, não pudesse mais faltar. É por essa construção kafkiana de jogo lógico sob premissas falsas, que a psiquiatria se considera pronta a prescrever a necessidade vitalícia da medicação.

Assim, da mesma forma que a clínica médica trataria por meio de uma reequilíbrio medicamentosa continuada doenças como diabetes e hipertensão, a psiquiatria contemporânea compreenderia que a “doença mental” deveria ser tratada com psicofármacos de uso contínuo e perpétuo. E, despreocupada com efeitos colaterais e com os riscos de dependência química e psicológica, a psiquiatria atual determina o uso de psicofármacos sem qualquer preocupação de alta ou de planejamento de retirada gradativa da medicação²². Mas se a vantagem de quem usa a medicação é duvidosa e incerta, o de quem a fabrica e vende é segura e certa. Dessa forma, quando a psiquiatria desenvolve sua estratégia de medicação contínua e perene com bases tão frágeis, é legítimo supor que esteja atendendo não a uma demanda do paciente que a procura, mas de uma indústria farmacêutica que a patrocina.

A aliança entre psiquiatria e indústria farmacêutica tem, de fato, mão dupla. A psiquiatria biológica contemporânea dependeria do psicofármaco para auxiliar na construção e determinação de diagnósticos psiquiátricos e para a prescrição de tratamentos infundáveis, como também, para certificar sua intervenção enquanto especialidade médica. E os laboratórios farmacêuticos, para a comercialização de suas mercadorias, dependeriam de receitas médicas onde constassem as drogas

²² Esse processo de sugestiva eternização do tratamento psiquiátrico pôde ser observado em uma pesquisa empírica realizada em um serviço de saúde mental no qual seus usuários nunca recebem alta do tratamento psicofarmacológico (FERRAZZA, 2009).

psicofarmacológicas proibidas de serem repassadas diretamente aos pacientes consumidores. Para a promoção dessas prescrições seria imprescindível a figura de um intermediário, o médico psiquiatra, que fornecerá prescrições em receitas para que o paciente/consumidor possa obter de forma lícita e oficial a nova mercadoria. É a criação de uma nova profissão: o psicofarmacologista, um mediador entre a “psicofarmacopéia” e a sua clientela.

CONSIDERAÇÕES FINAIS



A noite estrelada
Vincent Willem Van Gogh (1853-1890)

Creio que cada um deve ter uma opinião própria sobre todas as coisas, acerca das quais são possíveis opiniões, porque ele mesmo é uma coisa singular, única, que ocupa uma posição nova, nunca vista, em relação a todas as outras coisas. [...] Com a liberdade de opinião sucede o mesmo que a saúde: ambas são individuais, não se pode criar um conceito de validade geral para nenhuma delas. O que um indivíduo necessita para sua saúde é, para um outro, motivo de doença, e vários caminhos e meios para a liberdade do espírito seriam, para naturezas superiormente desenvolvidas, caminhos e meios de servidão.

Humano, demasiado humano,
de Friedrich Nietzsche, 2005

A história da psiquiatria mostra que essa pretensa ciência iniciou sua constituição na passagem do século XVIII para o XIX no panorama de uma sociedade disciplinar que lhe deu primeiro formato, o de um domínio de saber que tem o ser humano como objeto e que se compõe a partir de práticas sociais de correção e controle formatadas em uma sociedade de base normativa, caracterizada pela vida domesticada e controlada, fundada a partir de princípios de encarceramento de seus indesejáveis. Mas pelo menos desde que desistiu da revolução pineliana que lograra trazer para o domínio da prática médica o fenômeno da loucura, a psiquiatria sempre esteve imersa em um panorama marcado pela busca de uma suposta origem orgânica da loucura e dos fenômenos da subjetividade humana. Nesse âmbito, a psiquiatria sempre esteve a procura de construir teorias e fazeres que mais a aproximassem da medicina propriamente dita e, bem por isso, se afastaria das concepções da medicina nada ortodoxa com a qual Pinel fundou as bases do manicomialismo moderno.

Na segunda metade do século XIX, a psiquiatria encontraria na teoria da degenerescência de Morel o primeiro formato da postulação organicista que tanto pretendia, e incorporou ao seu cabedal o hereditarismo e a noção desqualificadora da diferença que a postulava como doença orgânica. Dessa concepção reducionista e preconceituosa derivaram-se outras, como a noção de predisposição de Magnan,

utilizada como um instrumental normativo e de preconceitos sociais disseminados em termos biológicos que faria a psiquiatria transbordar manicômios, carregando as práticas que lá aprendera para o disciplinamento das concentrações populares. Aquelas mesmas práticas que o higienismo pretendia tornar um recurso humano ordeiro e produtivo de um sistema socioeconômico que se desenvolvia a partir da Revolução Industrial. Foi assim que uma psiquiatria cujo determinismo organicista tornara carente de qualquer perspectiva terapêutica se transformaria em uma psiquiatria de população, dando os primeiros passos na construção de uma gestão biopolítica da espécie humana.

O hereditarismo e a concepção inferiorizante da diferença de seu organicismo, junto ao eugenismo que lhe era um correlato paroxista, acabariam por urdir uma espécie de racismo que se espalharia pelo mundo, mas que teria sua expressão mais trágica no arianismo nazista. Contudo, com a derrota militar das forças nazifascistas, essa ideologia da purificação das raças perderia forças, e a própria tomada de consciência dos horrores dos campos de concentração estimulariam uma disposição reformista daqueles manicômios que lhes eram tão dolorosamente semelhantes. Entretanto, o próprio caráter preventivista das reformas do manicomialismo proporcionaria a extensão das práticas psiquiátricas a populações mais amplas, de forma que a mera suspeita do risco da doença mental fosse suficiente para autorizar a intervenção daquela psiquiatra biológica que encontrara o seu lugar na biopolítica da gestão populacional.

No pós-guerra, a falta de qualquer recurso terapêutico do organicismo psiquiátrico o aproximaria da psicanálise, e a fundação de uma psiquiatria dinâmica não deixaria de utilizar-se das noções psicanalíticas para expandir seus novos diagnósticos a contingentes maiores e mais variados da espécie humana, logrando oferecer suas práticas mesmo aos chamados “normais” que sua nosografia não alcançava. Entretanto, também a psicanálise não conseguia responder ao anseio daquela psiquiatria que precisava da razão biológica para assemelhar-se à medicina de base anatomopatológica e ao prestígio que a autoridade científica lhe emprestava.

A resposta às esperanças psiquiátricas de amplo alcance de sua prática e de integração à medicina viria do acaso: experimentações hospitalares para a atenuação de choques cirúrgicos deparar-se-iam com um tipo de droga da qual foi percebido o potencial para uso psiquiátrico. Era o início da era dos psicofármacos, na qual a psiquiatria encontraria a panaceia para o exercício de sua simulação de medicina e os laboratórios farmacêuticos um novo filão que abraçariam com entusiasmo. Nas teias da

indústria farmacêutica e das associações psiquiátricas, os DSM adotariam uma nova perspectiva. E retomando modelos classificatórios da organização psiquiátrica ainda do início daquele século XX, passariam a produzir, sob as bases de um pretensão objetivismo ateu, um conjunto de diagnósticos de amplo alcance, que não cessaria de expandir-se carreando alcances maiores e mais amplos à ação e aos discursos psiquiátricos. Logo a psiquiatria passaria a fazer da prescrição de psicofármacos uma obrigação a todos seus pacientes, a par de uma razão para uma nova identidade profissional.

Mas não preocuparia à psiquiatria hegemônica que os mesmos psicofármacos, que finalmente a aproximaram do sonho de integrar-se à medicina perseguido desde o século XIX, poderiam sinalizar, também, o fim da prática clínica psiquiátrica e a substituição do psiquiatra por um novo profissional, mais apropriado às exigências do mercado atual: o psicofarmacologista.

De fato, o encontro de drogas farmacológicas na década de 50 e a aceleração da produção e comercialização dessas substâncias na década de 80 vinham modificando o perfil do profissional em psiquiatria. Os psiquiatras deixavam de investir na clínica da observação e da escuta do sofrimento de seus pacientes e, cada vez menos interessados nos discursos e na história de vida daqueles sujeitos, investiam em explicações dos fenômenos humanos em termos de desequilíbrios neuroquímicos que pudessem justificar suas intervenções medicamentosas.

Do psiquiatra para o psicofarmacologista seria necessária a modificação na forma de compreensão de sofrimentos psíquicos e, também, de organização do exercício clínico no âmbito psiquiátrico. Dessa forma, a psiquiatria contemporânea, essencialmente pautada na produção de sinais e sintomas de uma suposta doença, promoveria um tipo de tratamento adstrito ao “manejo farmacológico dos sintomas” (TENÓRIO, 2002, p. 81). A clínica psiquiátrica, pelo menos desde a explosão dos psicofármacos nos anos 80, traçaria o caminho da possibilidade de deixar de elaborar diagnósticos e atravessaria diretamente dos sintomas ao medicamento, constituindo-se em uma prática profissional estereotipada movida pelo desenvolvimento da farmacopéia e de seus modos de construção e penetração:

Na ausência de um esquema médico da doença e de seu tratamento, o médico aprenderá a passar diretamente dos sintomas aos medicamentos que atuam sobre esses sintomas por absorção, erradicação ou prevenção. Este curto-circuito da atividade analítica propriamente médica é sobretudo encorajado

pela riqueza da farmacopéia, que se renova frequentemente e pelo esforço de adaptação a uma sintomatologia fina, traduzindo-se pelo emprego dos mesmos termos e das mesmas imagens que os do paciente. Se parece que tal procedimento satisfaria a clientela, a ausência frequente de diagnóstico pesará cada vez menos nas exigências dos médicos em relação à sua própria prática [...] A memória médica é pouco a pouco substituída pela memória farmacêutica. (DUPUY e KARSENTY, 1980, p. 100-101)

Conforme Dupuy e Karsenty (1980), todo o raciocínio e memória da clínica médica que, no âmbito dos saberes “psi” exigiria o contato do paciente com seu médico psiquiatra, poderiam ser substituídos pela “memória farmacêutica” e pelos estudos dos mecanismos da farmacocinética.

O novo profissional, especializado em prescrições psicofarmacológicas, atento às inovações da indústria farmacêutica e antenado aos novos diagnósticos psiquiátricos, que surgem trivialmente para serem veiculados na mídia com objetivos de informar ao público em geral, teria essencialmente a função de distribuir medicamentos, conforme explicita Foucault:

Os médicos, cada vez mais, se dão conta de que estão se convertendo em intermediários quase automáticos entre a indústria farmacêutica e a demanda do cliente, quer dizer, em simples distribuidores de medicamentos e medicação (FOUCAULT, 2010, p. 191).

Ao contrário do uso do termo de psicofarmacologista significar considerações pejorativas sobre a nova função de “distribuidor de medicamentos”, os próprios psiquiatras, na apresentação de artigos e na presença em congressos e eventos da área têm eles mesmos se rotulado como psicofarmacologistas. Ironicamente, essa modificação poderia significar a queda do termo de “doutor”, originários da palavra *doctor* em inglês e que nenhuma relação tem com a aquisição do título após a defesa de uma tese de doutoramento, para a mera denominação de psicofarmacologista que, como o próprio Foucault (2010) comentou, estaria muito mais próxima a um distribuidor de medicações psicofarmacológicas. No entanto, isso não significaria o fim da psiquiatria ou o final da profissão de psiquiatra. Persistiria, ainda, a necessidade do psiquiatra na determinação da existência de uma hipotética doença que afetasse o psiquismo para a prescrição de medicamentos psicofarmacológicos, uma vez que, a existência de uma doença e a presença médica, historicamente, fez por se exigirem mutuamente. Mas com a introdução agigantada das indústrias farmacêuticas nessa nova rede de poder, que envolve também sujeitos-pacientes e psiquiatria, há uma nova reorganização do exercício do poder, que funciona em cadeia (FOUCAULT, 2010).

Na lógica da rede de poder de âmbito manicomial, conforme vimos com Castel (1978), o psiquiatra se localizava como figura suprema e essencial para a determinação da loucura, para a organização nosocomial e para a existência das intervenções e práticas de internamento. Já com a introdução da indústria farmacêutica em uma nova rede de poder, na urdidura constituída pelos dispositivos farmacológicos, se inicia um processo em que a psiquiatria começa a ser deslocada do cruzamento central da rede para dar centralidade às grandes corporações farmacêuticas. No entanto, pode-se pensar que essa rede de poder só funcionaria com a existência daquele que exerce a função de prescritor, o psicofarmacologista.

Na atualidade, pode-se compreender que o controle biopolítico sobre os corpos, as populações, as subjetividades e as aflições humanas poderia estar se constituindo em uma rede de poder que já não se concentra na psiquiatria, mas nos interesses de grandes conglomerados farmacêuticos. Na nova malha de poder, que se constrói também a partir de interesses relacionados ao capital, criam-se novas estratégias de ampliação de diagnósticos psiquiátricos e de extensão de drogas psicofarmacológicas que constituem corpos, gestos, desejos. Produzem-se discursos que atravessam a vida das milhões de pessoas submetidas a essas práticas e das muitas mais que encontram nelas alguma referência identitária. Nesse processo de psiquiatrização do social, diagnósticos e psicofármacos poderiam constituir novos tipos de subjetividades despolitizadas, onde os indivíduos deixariam de implicar-se em suas próprias condições de sujeitos, delegadas que estariam aos discursos neuropsicológicos e aos próprios produtos dos laboratórios farmacêuticos, regradas por representações de interesses que guardam pouca ou nenhuma relação com o bem-estar e a saúde das pessoas e das populações. Interesses totalmente isentos das possibilidades de se pensar na saúde, conforme ressonâncias nietzschianas, como uma arte de despertar potencialidades e criar novas formas de agir na vida e no mundo. Afinal, a singularidade dos indivíduos não permite construir modelos e fórmulas prontas e universais, “um conceito de validade geral”, para se pensar em uma única forma de conquistar saúde.

Naquela nova malha de poder que se constitui na atualidade, o papel outrora central do psiquiatra é desempenhado por um psicofarmacologista, que já não detém o centro da trama, ocupada que está pelos grandes conglomerados farmacêuticos que definem as nomenclaturas diagnósticas, os medicamentos e a racionalidade que os costumam entre si e à pele dos sujeitos.

Talvez, futuramente, essa nova configuração da rede possa apontar para a desnecessidade da presença física do psiquiatra, que poderá ser substituída por programas de computadores e aplicativos de celulares muito mais funcionais e eficientes para compilarem sintomas e prescreverem drogas psicofarmacológicas à população. Mas isso não passa de mera sombra da nuvem que se adensa sobre um exercício que a bem de assemelhar-se, insiste em abdicar de uma identidade própria.

O risco maior da psiquiatria reside, talvez, no próprio lugar que escolheu para o seu exercício profissional, o de um psicofarmacologista que, à mercê da propaganda técnica dos grandes laboratórios, simula uma prática médica em um exercício que pode ser melhor compreendido como uma mera correia de transmissão entre o psicofármaco e o paciente, desempenhando o papel de intermediário nas relações entre a indústria farmacêutica e os que devem consumir seus produtos. Afinal, é uma lei do mercado que as intermediações que não se legitimem como imprescindíveis sejam rebaixadas a intervenções indevidas de atravessadores e gradativamente descartadas a bem da racionalidade econômica das relações diretas entre os produtores e sua clientela.

F I M

Campus da UNESP de Assis, inverno de 2013.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGAMBEN, G. *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002.

AGUIAR, A. A. Entre as ciências da vida e a medicalização da existência: uma cartografia da psiquiatria contemporânea. *Revista Estudos Gerais da Psicanálise*, 2003. Disponível em: <http://www.estadosgerais.org/mundial_rj/download/2d_Aguiar_47130903port.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2008.

AGUIAR, L. A. Maio de 68: novas subjetividades, micropolíticas e relações de poder. *Recôncavos*, v. 1, p. 13-25, 2008. Disponível em: <<http://www.ufrb.edu.br/reconcavos/edicoes/n02/pdf/Leonel.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2013.

ALEXANDER, F. G. *Psiquiatria Dinâmica*. Barcelona, 1971.

AMARANTE, P. *Reflexões sobre a Luta Antimanicomial: (En)Cena entrevista Paulo Amarante*, 2012. Disponível em: <<http://ulbra-to.br/encena/2012/05/31/Reflexoes-sobre-a-Luta-Antimanicomial-EnCena-entrevista-Paulo-Amarante>>. Acesso em: 10 jun. 2012.

_____. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

_____. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2nd ed. Rio de Janeiro: SDN/ENSP, 2009.

_____. *O homem e a serpente*. Outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

AMARANTE, P.; CARVALHO, A. M. T. Forças, diferença e loucura: pensando além do princípio da clínica. In: Amarante, P. (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

ANGEL, M. *A epidemia de doença mental*. 2011. Disponível em: <http://revistapiaui.estadao.com.br/edicao-59/questoes-medico-farmacologicas/a-epidemia-de-doenca-mental>. Acesso em: 12 mar. 2012.

_____. *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos*. Rio de Janeiro: Record, 2007.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Estudo aponta crescimento no consumo de metilfenidato*. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/anvisa+portal/anvisa/sala+de+imprensa/menu+noticias+anos/2013+noticias/estudo+aponta+tendencia+de+crescimento+no+consumo+de+metilfenidato>>. Acesso em: 01 mar. 2013.

APA - ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 1980.

BARROS, A. C. Ao invés de reverem a educação, usam Ritalina. *Jornal do Brasil*. 28 jun. 2011. Disponível em: <<http://www.jb.com.br/pais/noticias/2011/06/28/psicologa-ao-inves-de-reverem-a-educacao-usam-ritalina/>>. Acesso em: 30 mai. 2012.

BARONI, D. P. M. et al. Diagnóstico como nome próprio. *Psicologia & Sociedade*, v. 22, n. 1, p. 70-77, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n1/v22n1a09.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2011.

BARROW, M. Psychologists to fight new list of mental illnesses: Stop the insanity petition on DSM-5. *The Times*, London, 20 mar. 2013. Disponível em: <http://www.thetimes.co.uk/tto/health/mental-health/article3717853.ece>. Acesso em: 25 mai. 2013.

BENTALL, R. P. A proposal to classify happiness as a psychiatric disorder. *Journal of medical ethics*, v. 18, p. 94-98, 1992. Disponível em: <http://jme.bmj.com/content/18/2/94#related-urls>. Acesso: 15 jun. 2013.

BENTHAM, J. Panóptico – Memorial sobre um novo princípio para construir casas de inspeção e, principalmente, prisões. *Revista Brasileira de História*. São Paulo, ANPUH/Marco Zero, v. 7, n. 14, p. 199-229, 1987.

BERCHERIE, P. *Os fundamentos da clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico*. Rio de Janeiro, Zahar, 1982.

BETZOLD, H. H. *Eugenesia*. Buenos Aires, [s.n], 1941.

BEZERRA, B. Jr. Da contracultura à sociedade neuroquímica: psiquiatria e sociedade na virada do século. In: ALMEIDA, M. I. M.; NAVES, S. C. “Por que não?” Rupturas e continuidades da contracultura. Rio de Janeiro: 7 letras, 2007. 264 p.

BIRMAN, J. *Mal estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000. 304 p.

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

BOARINI, M. L. *A loucura no leito de Procusto*. Maringá: Dental Press, 2006.

BOGOCHVOL, A. *Debate sobre o artigo do NIMH*. Disponível em: <<http://psicanaliseautismoesaudepublica.wordpress.com/2013/05/20/debate-sobre-o-artigo-do-nimh-texto-de-ariel-bogochvol/>>. Acesso em: 02 jun. 2013.

_____. Sobre a psicofarmacologia. In: MAGALHÃES, (Org.). *Psicofarmacologia e Psicanálise*. São Paulo: Escuta, 2001.

BONELLI, P. "Antidepressivo não traz alegria". *Jornal Estado de São Paulo*, 18 de abril de 2011. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/impreso,direto-da-fonte,707606,0.htm>>. Acesso em: 17 jul. 2012.

BOSI, A. Formações ideológicas na cultura brasileira. *Estudos avançados*. v. 9, n. 25, 1995. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/eav/article/view/8902/10454>>. Acesso em: 23 jan. 2013.

BRZOZOWSKI, F.; CAPONI, S. C. Determinismo biológico e as neurociências no caso do transtorno de déficit de atenção com hiperatividade. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 941-961, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312012000300006&script=sci_arttext. Acesso em: 18 jan. 2013.

BURKLEY, T. S. *Uma reflexão crítica sobre as edições do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações mentais – DSM*. Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2009.

BUSH, G. *Presidential Proclamation 6158*. 18 de julho de 1990. Disponível em: <<http://www.loc.gov/loc/brain/proclaim.html>>. Acesso em: 18 out. 2011.

BUSSATO, G. et al. Correlatos anatômico-funcionais das emoções mapeados com técnicas de neuroimagem funcional. *Psicologia USP*, v. 17, n. 4, p.135-157, 2006.

CALLIGARES, C. Como é uma vida sexual saudável? *Folha de São Paulo*. São Paulo, 29 de março de 2012. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/colunas/contardocalligaris/1068667-como-e-uma-vida-sexual-saudavel.shtml>>. Acesso em: 05 jul. 2012.

CAMARGO, Jr. K. R. A economia política da produção e difusão do conhecimento biomédico. In: CAPONI, S. (Org.). *Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica*. Editora Unisul, 2010.

CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002. 307 p.

_____. O cérebro e o pensamento. *Natureza Humana*. v. 8, p. 1, p. 183-210, 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1517-24302006000100006&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 nov. 2012.

CAPLAN, G. *Princípios de psiquiatria preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

CAPONI, S. *Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012a.

_____. Classificar e medicar: a gestão biopolítica dos sofrimentos psíquicos. *Revista INTERthess*, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 101-122, jul./dez., 2012b.

_____. Emil Kraepelin y el problema de la degeneración. *Revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 17, supl. 2, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702010000600012>. Acesso em: 26 mar. 2012.

_____. Biopolítica e medicalização dos anormais. *Physis*, v. 19, n. 2, p. 529-549, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000200016>. Acesso em: 23 mai. 2011.

_____. Uma análise epistemológica do diagnóstico de depressão. *Caderno Brasileiro de Saúde Mental*, v. 1, n. 1, 2009 (CD-ROM).

CASTEL, R. *A gestão dos riscos: da antipsiquiatria á pós-psicanálise*. Rio de Janeiro: Ed. Francisco Alves, 1987.

_____. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

COCCHI, L.; ZALESKY, A.; FONTENELLE, L.F. Como pode a conectômica fazer avançar nosso conhecimento dos transtornos psiquiátricos? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 34, n. 2, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462012000200003&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 22 out. 2012.

CONRAD, P. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. *Johns Hopkins Univer*, 2007. 224 p.

_____. Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, v. 18, p. 209-232, 1992. Disponível em: <http://www.jstor.org/discover/10.2307/2083452?uid=3737664&uid=2&uid=4&sid=21101197142907>. Acesso em: 14 mai. 2011.

COSGROVE, L.; KRIMSKY, S. A Comparison of DSM-IV and DSM-5 Panel Members' Financial Associations with Industry: A Pernicious Problem Persists. *PLoS Medicine*, v. 9, n. 3, p. 1-4, 2012. Disponível em: <http://www.plosmedicine.org/home.action>. Acesso em: 04 abr. 2012.

COSGROVE, et al. Financial ties between DSM-IV panel members and the pharmaceutical industry. *Psychotherapy and Psychosomatics*, v. 75, n. 3, 2006. Disponível em: <http://www.karger.com/Article/Abstract/91772>. Acesso em: 25 mai. 2013.

COSTA-ROSA, A. *Operadores fundamentais da atenção psicossocial: contribuição a uma clínica dos processos de subjetivação na saúde coletiva*. Tese de Livre-docência não publicada. Assis, SP: Faculdade de Ciências e Letras - UNESP, 2011.

COSTA, J. F. *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. 5. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

CUTHBERT, B.; INSEL, T. R. Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. *BMC Medicine*, v. 11, n. 126, 2013. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/11/126>. Acesso em: 10 jun. 2013.

DELEUZE, G. Post-scriptum sobre as sociedades de controle. In:_____. *Conversações*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992. p. 219-226.

DELEUZE, G.; FOUCAULT, M. Os intelectuais e o poder. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *O anti-édipo: capitalismo e esquizofrenia* (1972). Rio de Janeiro: Imago, 2005.

DREYFUS, H.; RABINOW, P. *Michel Foucault, Uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. 299 p.

DUPUY, J. P.; KARSENTY, S. *A invasão farmacêutica*. Tradução de Carlos Roberto Oliveira. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1980.

ELIAS, V. C. Em busca do diagnóstico perfeito. *Revista Veja*. São Paulo, 12 de maio de 2013. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/noticia/saude/em-busca-do-diagnostico-perfeito>>. Acesso em: 29 mai. 2013.

ESQUIROL, J. E. D. *Examen du projet de loi sur les aliénés* (1858). Disponível em: <<http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k56190705/f39.image>>. Acesso em: 25 mai. 2012.

EY, H.; BRISSET, C. H.; BERNARD, P. *Tratado de Psiquiatria*. 2º ed. Barcelona: Toray-Masson, S.A., 1969.

EWALD, F. *Foucault, a Norma e o Direito*. Lisboa: Vega, 2000.

FALRET, J. P. Du traitement general des aliénés. In: FALRET, J. P. *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*. (1864). Disponível em: <<http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k85072p/f759.image>>. Acesso em: 25 mai. 2012.

_____. Des maladies mentales et des asiles d'aliénés: leçons cliniques et considerations generales. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 13, n. 2, p. 307-317, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142010000200011. Acesso em: 13 jun. 2012.

FERRAZZA, D. A. et al. A banalização da prescrição de psicofármacos em um ambulatório de saúde mental. *Revista Paidéia*, v. 20, n. 47, set./dez., p. 381-390, 2010.

_____. *A medicalização do social: um estudo sobre a prescrição de psicofármacos na rede pública de saúde*. 2009. 144 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual Paulista, UNESP, Assis. 2009.

FOUCAULT, M. Crise da medicina ou crise da antimedicina. *Revista Verve*, n 18, p. 167-194, 2010. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/view/8646>>. Acesso em: 26 nov. 2011.

_____. *Segurança, território e população: curso no Collège de France* (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. *O poder psiquiátrico: curso no Collège de France* (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France* (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. *As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas*. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 2000.

- _____. *A verdade e as formas jurídicas*. Rio de Janeiro: Nau, 1999.
- _____. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 1986.
- _____. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- _____. *A história da sexualidade I: A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1977a.
- _____. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977b.
- _____. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectivas, 1972.
- FRANCES, A. The New Crisis in Confidence in Psychiatric Diagnosis. *Annals of Internal Medicine: Ideas and opinions*, 17 may. 2013. Disponível em: <<http://annals.org/article.aspx?articleID=1688399>>. Acesso em: 30 mai. 2013.
- _____. *DSM-5 Is A Guide, Not A Bible - Simply Ignore Its 10 Worst Changes*, 2 dec. 2012. Disponível em: <<http://www.musculoskeletalnetwork.com/fibromyalgia/content/article/10168/2117994>>. Acesso em: 30 mai. 2013.
- _____. Opening Pandoras Box: The 19 Worst Suggestions For DSM 5. *Rev. Psychiatric Times*, 11 feb. 2010. Disponível em: <http://intraspec.ca/FrancesA_PsychiatricTimes110210.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2012.
- FREITAS, F.; AMARANTE, P. *O DSM-V e a fabricação da loucura*, 2013. Disponível em: <<http://www.cebes.org.br/verBlog.asp?idConteudo=4462&idSubCategoria=56>>. Acesso em: 29 mai. 2013.
- _____. *Psiquiatrização da vida e o DSM V: desafios para o início do século XXI*, 2012. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/29782>>. Acesso em: 12 abr. 2012.
- FREUD, S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. (1905). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1989.
- _____. O Mal-Estar na Civilização. (1930). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Vol.XXI. Rio de Janeiro: Imago: 1974.
- FUKS, B. B. Comentário sobre a tradução de Paulo César Souza das obras completas de Sigmund Freud. *Rev. Latino Americana Psicopatologia Fundamental*, v. 14, n. 3, São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142011000300012&script=sci_arttext>. Acesso em: 29 ago. 2012.
- GARCIA, R. Uso da neurociência é o próximo desafio dos psiquiatras. *Jornal Folha de São Paulo*, 01 jan. 2013. Disponível em: <<http://app.folha.com/m/noticia/193909>>. Acesso em: 12 fev. 2013.

GARCIA, R. Cresce a influência da indústria sobre manual de psiquiatria. *Folha de São Paulo*. São Paulo, 31 mar. 2012. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/1069893-cresce-influencia-da-industria-sobre-manual-de-psiquiatria.shtml>>. Acesso em: 05 jul. 2012.

GARRAFA, V.; LORENZO, C. Helsinque 2008: redução de proteção e maximização de interesses privados. In: CAPONI, S. (Org.). *Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica*. Editora Unisul, 2010.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. *Interface*, v. 16, n. 40, jan./mar., 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100003>. Acesso em: 21 jul. 2012.

GOFFMAN, E. *Manicômios, Prisões e Conventos*. (1961). Tradução de Dante Moreira Leite. 7ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

GUARESCHI, N.; LARA, L.; ADEGAS, M. A. Políticas públicas entre o sujeito de direitos e o homo oeconomicus. *Psico*, Porto Alegre, v. 41, n. 3, pp. 332-339, jul/set. 2010. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/8163/5854>>. Acesso em: 12 jan. 2013.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. *Educação e Pesquisa*, v.33, n.1, p. 151-161, jan/abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517.07000100010&lng=em&nrm=iso&tlng=em>. Acesso em: 21 jun. 2008.

HERNÁNDEZ, A. M. A medicalização dos estados de ânimo. O consumo de antidepressivos e as novas biopolíticas das aflições. In: CAPONI, S. (Org.). *Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica*. Editora Unisul, 2010.

HORA, D. M. *Glossário do Grupo de Estudos e Pesquisas História, Sociedade e Educação no Brasil (HISTEDBR)*. Faculdade de Educação da Unicamp, 2006. Disponível em: <http://www.histedbr.fae.unicamp.br/navegando/glossario/verb_c_medicalizacao.htm>. Acesso em: 06 abr. 2009.

IDUM - Instituto brasileiro de defesa do usuário de medicamentos. (2009). *Aumenta em 1.616% o consumo da droga da obediência*. Disponível: <<http://www.idum.org.br/noticia53.html>>. Acesso em: 01 mar. 2013.

ILLICH, I. *A expropriação da saúde. Nêmesis da medicina*. 3 ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975.

INSE, T. R. *Transforming diagnosis*, 29 apr. 2013. Disponível em: <<http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>>. Acesso em: 25 mai. 2013.

INSEL, T. R.; LIBERMAN, J. A. *DSM-5 and RDoC: shared interests*, 13 may. 2013. Disponível em: <http://www.nimh.nih.gov/news/science-news/2013/dsm-5-and-rdoc-shared-interests.shtml>. Acesso em 22 mai. 2013.

IRIART, C.; RIOS, L. I. Biomedicalización e infancia: trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Interface*, v. 16, n. 43, p.1011-23, out./dez. 2012.

KEHL, R. Lições de eugenia. Rio de Janeiro: Canton & Reile, 1935.

KRAEPELIN, E. *One hundred years of psychiatry*. New York: Philosophical library, 1917. Disponível em: <http://ia600409.us.archive.org/2/items/onehundredyearso011002mbp/onehundredyears0011002mbp.pdf>. Acesso em: 22 out. 2012.

LAMB, I. G. M. *A prescrição de psicofármacos em uma região de saúde do Estado de São Paulo: Análise e reflexão sobre uma prática*. 2008. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual Paulista, UNESP, Assis. 2008.

LONGWELL, L. IMS Health Reports Global Pharmaceutical Market Grew 7.0 Percent in 2006, to \$643 Billion. *IMS, Intelligence Applied*. Press Releases. 20 mar. 2007. Disponível em: <http://www.imshealth.com>. Acesso em: 01 nov. 2012.

MACHADO, R. *Ciência e saber*. A trajetória da arqueologia de Michel Foucault. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

MALUF, S. W. Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais. In: MALUF, S. W.; TORNQUIST, C. S. (Org.). *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis, Santa Catarina: Letras Contemporâneas, 2010.

MARTINS, A. L. B. *Biopsiquiatria e biodiversidade: política da subjetividade contemporânea*. 2005. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

_____. *O governo da conduta: o poder médico e a liberdade dos indivíduos na sociedade contemporânea*. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, 2012.

MANSANO, S. R. V. *Sorria, você está sendo controlado*. Resistência e poder na sociedade de controle. São Paulo: Summus, 2009.

MANTOUX, P. *A revolução industrial no século XVIII: estudo sobre os primórdios da grande indústria moderna na Inglaterra*. São Paulo: Hucitec, 1989.

MARX, K. *O Capital*. Livro I, 12ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil, 1988.

MASIERO, A. L. A lobotomia e a leucotomia nos manicômios brasileiros. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 549-72, mai./ago. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v10n2/17750.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2012.

MATTOS, P.; RODHE, L. A., LOUZÃ, M. *Resposta à matéria “Ritalina – Usos de Abusos” da Revista Veja*, 30 de novembro de 2004. Disponível em: <<http://www.tdah.org.br/br/noticias/reportagens/item/145-resposta-%C3%A0-mat%C3%A9ria-%E2%80%9Critalina-%E2%80%93-usos-deabusos%E2%80%9D-da-revista-veja.html>>. Acesso em: 30 nov. 2008.

MAYES, R.; HORWITZ, A. DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, v. 41, n. 3, p. 249–267, 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15981242>>. Acesso em: 29 ago. 2011.

MEDRANO, J. Las bodas de diamante de la clorpromazina. *Rev. Assoc. Esp. Neuropsiq.*, Madrid, v. 32, n. 116, oct./dic., 2012. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352012000400012&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 jan. 2013.

MOREL, B. A. Tratado das degenerescências na espécie humana. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 11, n. 3, p. 497-501, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142008000300013. Acesso em: 29 de nov. 2009.

MOYNIHAN, R.; HENRY, D. The Fight against Disease Mongering: Generating Knowledge for Action. *PLoS Medicine*, v. 3, n. 4, 2006. Disponível em: www.plosmedicine.org. Acesso em: 20 de jun. 2012.

MUNHOZ, F. I.; ALAMO, C.; CUENCA, E. La "década de oro" de la psicofarmacología (1950-1960): trascendencia histórica de la introducción clínica de los psicofármacos clásicos. Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000 Conferencia 34-CI-C: [41 pantallas]. Disponível em: <http://www.psiquiatria.com/congreso_old/mesas/mesa34/conferencias/34_ci_c.htm>. Acesso em: 19 set. 2009.

NEVILLE, S. GlaxoSmithKline fined \$3bn after bribing doctors to increase drugs sales. *The Guardian*, 3 Jul. 2012. Disponível em: <http://www.guardian.co.uk/business/2012/jul/03/glaxosmithkline-fined-bribing-doctors-pharmaceuticals>. Acesso em: 04 ago. 2012.

NYE, R. The evolution of the concept of medicalizations in the Late Twentieth Century. *Journal of History of the Behavioral Sciences*, Hoboken, v. 39, n. 2, p. 115-129, 2003. Disponível em <<http://www.pageout.net/user/www/m/i/mitchellberman/history%20readings/history%20of%20medicalization.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2011.

OLIVA, M. P. Medicamentos en busca de enfermedad. *El país*. Madrid, 9 jul. 2012. Disponível em: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/07/09/actualidad/1341863741_294998.html. Acesso em: 22 ago. 2012.

ORTEGA, F. O corpo transparente: visualização médica e cultura popular no século XX. *Revista História, Ciências, Saúde*, v. 13, supl., p. 89-107, out., 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702006000500006&script=sci_arttext. Acesso em: 12 de set. 2012.

PICCINI, W, J. História da psiquiatria. *Psychiatry on line Brasil*, 2000. Disponível em: <<http://polbr.med.br/arquivos/wal1000.htm>>. Acesso em: 15 abr. 2009.

PEREIRA, M. E. C. Morel e a questão da degenerescência. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 490-496, set., 2008.

PHILLIPS, C. B. Medicine Goes to School: Teachers as Sickness Brokers for ADHD. *PLoS Medicine*, v. 3, n. 4, 2006. Disponível em: www.plosmedicine.org. Acesso em: 20 de jun. 2012.

PINEL, P. *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania* (1800). Porto Alegre: Editora UFRGS, 2007.

PIOVESAN, F. *Direitos humanos e o direito constitucional internacional*. 7ª ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

RABELO, I. V. M. “*Nunca pensei nisso como problema*”: estudo sobre gênero e uso de benzodiazepínicos na Estratégia Saúde da Família. 2011. Tese (Doutorado), Universidade Estadual Paulista, UNESP, Assis, 2011.

ROCHA, L. C. O perigo dos pobres. In: FRANÇA et. al. (Org.). *Estratégias de controle social*. São Paulo: Arte e Ciência, 2004.

ROSENHAN, D. L. Sobre ser são em lugares insanos. *Revista Science*, v. 179, p. 250-258, 1973. Disponível em: <<http://www.bernardojablonski.com/pdfs/graduacao/rosenhan.pdf>>. Acesso em: 14 mai. 2012.

ROSE, N. A biomedicina transformará a sociedade? O impacto político, econômico, social e pessoal dos avanços médicos no século XXI. *Psicologia & Sociedade*, v. 22, n. 3, p. 628-638, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n3/v22n3a24.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2011.

ROUDINESCO, E. *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

RUSSO, J.; VENANCIO, A. T. Classificando as pessoas e suas perturbações: a 'revolução terminológica' do DSM III. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 9, p. 460-483. 2006.

SAFATLE, V. A produção da doença. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 14 mai. 2013. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/colunas/vladimirsafatle/2013/05/1278102-a-producao-da-doenca.shtml>>. Acesso em: 15 mai. 2013.

SERPA JR., O. D. O degenerado. *Revista História, Ciências, Saúde*, Rio de Janeiro, v. 17, supl. 2, dez., p. 447-473, 2010.

_____. Psiquiatria e neurociências: como "redescobrir" o cérebro sem eclipsar o sujeito. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 7, n. 2, jun., p. 110-124, 2004.

_____. *Mal-Estar na Natureza*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora, 1999.

SIQUEIRA, L. DSM: a (in)discreta relação entre ciência e política. *ComCiência*, n. 126, Campinas, 2011. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/comciencia/?section=8&edicao=64&id=812>>. Acesso em: 25 mai. 2013.

STOP DSM, Manifest. *Having it out once and for all with the DSM*, 2012. Disponível em: <<http://www.stop-dsm.org/index.php/en/component/content/article?layout=edit&id=11>>. Acesso em: 12 fev. 2013.

TELLES, S. Difícil diagnóstico. *O Estado de São Paulo*. São Paulo, 26 de mai. 2012. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/impreso,difical-diagnostico-,878252,0.htm>>. Acesso em: 15 jun. 2012.

TENÓRIO F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan/abr. 2002.

TESSER, C. D. *Medicalização social e atenção à saúde no SUS*. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

VEIGA-NETO, A. Coisas do governo... In: RAGO, M.; ORLANDI, L.L.; VEIGA-NETO, A. (Orgs.). *Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas*. Rio de Janeiro: DP&A. 2005.

RUSSO, J.; VENANCIO, A. T. A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a 'revolução terminológica' do DSM III. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, v. IX, n. 3, p.460-483, 2006.

WATERS, R. GlaxoSmithKline's \$3 Billion Hit: Deterrent or Business Expense? *Forbes*, Pasadena, 07 dec. 2012. Disponível em: <http://www.forbes.com/sites/robwaters/2012/07/12/glaxosmithklines-3-billion-hit-deterrent-or-business-expense/>. Acesso em: 12 jan. 2013.

ZSAZS, T. S. *O mito da doença mental: Fundamentos de uma Teoria da Conduta Pessoal*. (1961). Tradução de Irley Franco e Carlos Roberto Oliveira. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979.