

JOSÉ GUILHERME NOGUEIRA PASSARINHO

O DSM como ideologia:

**uma crítica do Manual diagnóstico e a luta paradigmática em Saúde
Mental**

ASSIS

2020

JOSÉ GUILHERME NOGUEIRA PASSARINHO

**O DSM como ideologia:
uma crítica do Manual diagnóstico e a luta paradigmática em Saúde
Mental**

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

Orientador(a): Silvio Yasui

Bolsista: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo nº 169348/2018

ASSIS

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Laura Akie Saito Inafuko - CRB 8/9116

P286d Passarinho, José Guilherme Nogueira
O DSM como ideologia: uma crítica do Manual
Diagnóstico e a luta paradigmática em saúde mental / José
Guilherme Nogueira Passarinho. Assis, 2020.
236 p.

Dissertação de Mestrado - Universidade Estadual
Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis
Orientador: Prof. Dr. Silvio Yasui

1. Saúde mental. 2. Psiquiatria. 3. Diagnóstico. I. Título.

CDD 616.89

CERTIFICADO DE APROVAÇÃO

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: O DSM como ideologia: uma crítica do Manual diagnóstico e a luta paradigmática em Saúde Mental

AUTOR: JOSÉ GUILHERME NOGUEIRA PASSARINHO

ORIENTADOR: SILVIO YASUI

Aprovado como parte das exigências para obtenção do Título de Mestre em PSICOLOGIA, área: Psicologia e Sociedade pela Comissão Examinadora:

Prof(a). Dr(a). SILVIO YASUI
Departamento de Psicologia Social / UNESP/Assis

Prof. Dr. SERGIO RESENDE CARVALHO
Departamento de Saúde Coletiva da FCM / UNICAMP/Campinas

Prof. Dr. EDUARDO MOURÃO VASCONCELOS
Departamento de Métodos e Técnica / UFRJ/Rio de Janeiro

Assis, 01 de setembro de 2020

Ao professor Abílio, quem eu mais
gostaria que tivesse lido este trabalho.
*(...) não há saudades mais dolorosas do
que as das coisas que nunca foram!*

AGRADECIMENTOS

Muitas pessoas me ajudaram nesses quase dois anos e meio de pesquisa, merecendo algumas palavras a mais de minha parte. Assim, gostaria de começar agradecendo à minha companheira de vida, Fúvia Fernandes Pereira, pelo carinho e entusiasmo com que me incentivou em todos os momentos e por toda a inspiração para seguir em frente. Os dias com você, mesmo que apenas escrevendo ao teu lado, são os melhores que podem haver.

Aos meus pais, agradeço por tudo que me ensinaram e deram, mas especialmente por toda a preocupação que têm comigo, que eu valorizo acima de tudo. Aos demais familiares, sou grato por serem quem são. Quero que todos vocês saibam da imensa importância que tiveram para a realização deste trabalho, por serem uma referência sempre presente e pelo amor que sei que me entregam.

Ao meu orientador, professor Silvio Yasui, agradeço por ter me recebido de modo tão afetuoso, mas também por ter confiado em mim e acreditado em meu trabalho. Agradeço especialmente pela paciência e dedicação, que aliás eu tomo como exemplo. Ao Waldir Périco, meu supervisor clínico e amigo, pelas discussões apaixonadas e indicações precisas que me serviram como importante intercessão para realizar cada um dos textos aqui apresentados.

Aos meus companheiros Jéssica Lima e Luiz Henrique de Paulo, colegas de teto e de luta, de copo e de cruz, agradeço por dividirem diariamente comigo minhas questões e contribuírem tão ativamente por meio de nossas intermináveis discussões. Aos meus outros companheiros de luta – Medina, Elaine, Rodrigo, Alexandre, Gabriel, Igor, Rafael, Rayane, Cássio, Pedro, Phill e todos os outros – eu agradeço pela esperança. Aos companheiros Manoel, Mateus e André, um agradecimento também pela comédia.

E pelos risos agradeço também aos queridos amigos e amigas: Wagner Sabino, Edwin Taves, Kristian Jensen, Jean Lucas, Bruno Menini, Murilo Braga, Larissa Chiquito, Vituxo, Vitão, Sarah Gimenez, Elis, Marcelo Gobbo, Augusto Loffredo, Marcelo Pestana e todos os outros “chacreiros” (cadê a nossa chacinha de inverno?). Aos excelentes Vinicius Santos, Caio Orru, Marcelo Zanquetta, Guilherme Vilem e Bruno Rodrigues por terem sido os melhores colegas de república que podem existir e por serem amigos que sei que levarei para toda a vida.

Agradeço imensamente os colegas Maico Fernando Costa, Beatriz Porto, Laura Basoli, Samuel Iauany, Daniela Cabrini, Disete Devera, Fabricio Costa, Reinaldo Cruz, Sara Mexko e outros que me acompanharam e ajudaram nessa experiência na pós-graduação. Aos professores Silvio Benelli e Gustavo Dionisio, agradeço pela importância que tiveram em minha formação. Aos professores Eduardo Mourão Vasconcelos e Sérgio Resende Carvalho, pela leitura minuciosa e apontamentos fundamentais para o avanço do trabalho. Ao professor Paulo Silveira que, além de ter sido uma grande influência em minha pesquisa, também devo agradecer pela atenção e prontidão em me ajudar sempre que pedi auxílio. Um agradecimento também para as professoras Heloisa Rogone e Elizabeth Lima, por serem excelentes companheiras de viagem.

Aos colegas de supervisão, Pedro Maziero, Maria Cristina Pelegrini, Anna Betine, Giovanna Sergia e Gabriel Alves quero agradecer pela ótima companhia nessa árdua empreitada que é estudar e praticar a psicanálise, o marxismo e a Saúde Coletiva.

Agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Em um momento como o que vivemos, em que a ciência nacional se encontra tão ameaçada, é urgente lutarmos por um conhecimento que esteja a serviço dos explorados e oprimidos desta terra.

Mas acima de todos, meus agradecimentos vão para o professor Abílio da Costa-Rosa. Todo este trabalho é uma tentativa de dar uma pequena contribuição para sua preciosa obra, sem a qual nada do que escrevi aqui seria possível. O professor Abílio foi meu primeiro e mais importante parceiro neste trabalho, na condição de orientador, mas sobretudo como intercessor. Essa parceria só se encerrou por conta de seu desaparecimento, para mim tão inconsolável quanto ele me é inesquecível. Ao querido professor, eu agradeço *por tudo*.

PASSARINHO, José Guilherme Nogueira. **O DSM como ideologia: uma crítica do Manual Diagnóstico e a luta paradigmática em Saúde Mental**. 2020. 231 p. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Psicologia). – Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2020.

RESUMO

A quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5 é comumente tomada como uma nomenclatura oficial para os diagnósticos psiquiátricos. Trata-se de um documento capaz de influenciar decisivamente a prática cotidiana de inúmeros trabalhadores do campo da Saúde Mental e de mudar a vida das pessoas rotuladas com suas categorias diagnósticas. Contudo, essas afirmações contrastam com uma série de críticas feitas por uma diversidade de pesquisadores e profissionais do campo em questão, tanto na época do lançamento do Manual quanto nos anos posteriores. O objetivo do presente estudo é investigar a inserção do DSM nas instituições públicas de Saúde Mental em nosso país, alguns de seus efeitos e consequências, servindo-nos, para tanto, dessa tensão existente entre os apologéticos enunciados oficiais e as numerosas críticas feitas ao Manual, além dos referenciais teóricos escolhidos. Como forma de contribuir para tal discussão, pretendemos esboçar uma nova crítica, baseada no conceito marxista de ideologia. Assim, o leitor encontrará quatro ensaios apoiados em um referencial teórico-epistemológico principal, o materialismo histórico, ainda que articulado com reflexões e categorias emprestadas da psicanálise do campo de Freud e Lacan. O primeiro ensaio se dedica a contextualizar o campo das instituições brasileiras de Saúde Mental, em que encontramos dois modos paradigmáticos antagônicos e em luta pela hegemonia. O segundo busca fazer uma incursão teórica sobre o conceito de ideologia, no qual fazemos uma aposta para compreendermos um pouco melhor o DSM e seu funcionamento. O terceiro pretende realizar uma revisão sobre algumas das principais publicações científicas acerca do Manual, como forma de nos familiarizarmos com as discussões e nos prepararmos para dar nossa própria contribuição. E o quarto ensaio é onde todos os anteriores são articulados, em que argumentamos sobre a pertinência em compreender o DSM a partir do conceito de ideologia como uma importante chave de leitura. Concluímos que o funcionamento do DSM e da psiquiatria que lhe é correlata podem ser descritos como ideológicos, sendo a sua superação uma condição necessária para que uma forma radicalmente outra de produzir Saúde Mental seja possível.

Palavras-chave: DSM. Ideologia. Saúde Mental. Psiquiatria. Diagnóstico.

PASSARINHO, José Guilherme Nogueira. **O DSM como ideologia: uma crítica do Manual Diagnóstico e a luta paradigmática em Saúde Mental**. 2020. 231 p. Dissertation (Masters in Psychology). – São Paulo State University (UNESP), School of Sciences and Letters, Assis, 2020.

ABSTRACT

The fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5 is commonly taken as an official nomenclature for psychiatric diagnoses. It is a document capable of decisively influencing the daily practice of countless workers in the field of Mental Health and also capable of changing the lives of people labeled with their diagnostic categories. However, these statements contrast with a series of criticisms made by a diversity of researchers and professionals in this field, both at the time of Manual release and in subsequent years. The objective of the present study is to investigate the insertion of the DSM in the public institutions of Mental Health in our country, some of its effects and consequences, using, for this purpose, the tension between the apologetic official statements and the numerous criticisms made to the Manual in addition to the chosen theoretical frameworks. As a way of contributing to such discussion, we intend to outline a new criticism, based on the marxist concept of ideology. Thus, the reader will find four essays based on our main theoretical-epistemological framework, historical materialism, although articulated with reflections and categories borrowed from freudian and lacanian psychoanalysis. The first essay is dedicated to contextualizing the field of Brazilian Mental Health institutions, where we can find two antagonistic paradigmatic modes in a struggle for hegemony. The second seeks to make a theoretical foray into the concept of ideology, in which we make a bet to understand a little better the DSM and its functioning. The third intends to carry out a review on some of the main scientific publications about the Manual, as a way to familiarize ourselves with the discussions and prepare to make our own contribution. And the fourth essay is where all the previous ones are articulated, in which we argue about the pertinence in reading DSM having the concept of ideology as an important key to understand it. We conclude that the functioning of the DSM and its correlate psychiatry can be described as ideological, and its overcoming is a necessary condition for a radically different way of producing Mental Health to be possible.

Keywords: DSM. Ideology. Mental health. Psychiatry. Diagnosis.

LISTA DE SIGLAS

- DSM – Diagnostic and Statistical Manual
- UBS – Unidade Básica de Saúde
- MCP – Modo Capitalista de Produção
- MCOP – Modo Cooperado de Produção
- PPHM – Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador
- PPS – Paradigma Psicossocial
- RPb – Reforma Psiquiátrica brasileira
- APA – American Psychiatric Association
- NIMH – National Institute of Mental Health
- FBH – Federação Brasileira de Hospitais
- ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria
- IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental
- REME – Movimento de Renovação Médica
- CEBES – Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
- MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
- CONASP – Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária
- RS – Reforma Sanitária
- SUS – Sistema Único de Saúde
- SOSINTRA – Sociedade de Serviços Gerais para a Integração Social pelo Trabalho
- AI – Análise Institucional
- NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
- ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
- ABRASME – Associação Brasileira de Saúde Mental
- CFP – Conselho Federal de Psicologia
- MS – Ministério da Saúde
- CONAD – Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
- RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

ECT – Eletroconvulsoterapia

BDTD – Biblioteca Brasileira de Teses e Dissertações

OMS – Organização Mundial da Saúde

AIEs – Aparelhos Ideológicos de Estado

ARE – Aparelho Repressivo de Estado

RDoC – Research Domain of Criteria

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	2
RESUMO	4
ABSTRACT	5
LISTA DE SIGLAS	6
SUMÁRIO	8
INTRODUÇÃO GERAL	14
ENSAIO 1 – INSTITUIÇÕES DE SAÚDE MENTAL E LUTA PARADIGMÁTICA	18
Introdução	18
1 – Uma breve historicização da Psiquiatria	19
2 – A profissão psiquiátrica e o seu mandato social	30
3 – Outra breve historicização: a Reforma Psiquiátrica brasileira	35
4 – Para além da Reforma Psiquiátrica: as lutas paradigmáticas	47
4.1 – O conceito de instituição	48
4.2 – O conceito de paradigma	52
4.3 – Os parâmetros paradigmáticos em Saúde Mental	55
4.4 – A sintonia entre o PPHM e o MCP	62
4.5 – Aspectos teórico-técnicos e político-ideológicos	63
5 – A reação do PPHM	65
5.1 – O enunciado manifesto da Nota Técnica nº 11/2019	66
5.2 – Considerações sobre as mudanças introduzidas pela Nota Técnica nº 11/2019	68
Considerações finais	71
Referências	72

ENSAIO 2 – REFLEXÕES SOBRE A IDEOLOGIA PARA O CAMPO DA SAÚDE MENTAL	79
Introdução	79
1 – A “pré-história” da ideologia e o que isso tem a ver com a Psiquiatria	80
2 – Um conceito polissêmico	84
3 – Marx e a crítica aos ideólogos alemães	87
3.1 – Comentários sobre a crítica marxista às formas ideológicas da filosofia alemã	89
3.2 – Considerações sobre o problema da divisão entre sujeito e objeto	95
3.3 – Marx e a entrada em cena da política	107
4 – A teoria althusseriana da ideologia	111
4.1 – Os Aparelhos ideológicos de Estado	112
4.2 – A interpelação ideológica	117
4.3 – As limitações da leitura althusseriana de Lacan	121
5 – Para além de Althusser: a entrada em cena de uma outra Cena	127
6 – A fantasia ideológica	131
Considerações finais	136
Referências	138
ENSAIO 3 – O DSM E SUA PSIQUIATRIA: UMA REVISÃO CRÍTICA	144
Introdução	144
1 – Uma breve história do Manual Diagnóstico e Estatístico de Saúde Mental 145	
2 – O que dizem os críticos do DSM?	150
2.1 – Sobre os marcos epistemológicos da Psiquiatria-DSM	151
2.2 – Uma (implícita) ontologia cerebral	162
2.3 – O caráter descritivo e a (ausência de) etiologia	170
2.4 – O sujeito inaudito e a morte da clínica psiquiátrica	173
2.5 – Uma disciplina tomada pela indústria farmacêutica	176
2.6 – Uma crítica da psiquiatria biomédica ao DSM?	180

Considerações Finais	187
Referências	189
ENSAIO 4 – O DSM COMO IDEOLOGIA	194
Introdução	194
1 – Os três momentos da ideologia no PPHM	195
1.1 – A doutrina psiquiátrica	197
1.2 – Os rituais terapêutico-alienantes	198
1.3 – A crença capitalística	199
2 – O DSM como ideologia	200
2.1 – Retomando alguns pontos de partida: os primeiros indícios do caráter ideológico do DSM	201
2.2 – Uma doutrina nosográfica	203
2.3 – A psiquiatria e os Aparelhos Ideológicos de Estado	206
2.4 – A interpelação ideológica e o ritual diagnóstico	210
2.5 – A crença capitalística: considerações teóricas	217
2.6 – A crença capitalística: considerações sobre o DSM	219
Considerações finais	226
Referências	229
CONCLUSÕES GERAIS	234

INTRODUÇÃO GERAL

Esta dissertação busca apresentar um estudo teórico qualitativo, em especial, uma revisão crítica sobre o material científico disponível acerca do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5. Além disso, busca desenvolver, mesmo que inicialmente, uma nova reflexão sobre as implicações de seu uso pela psiquiatria atualmente hegemônica. O trabalho também se justifica pela ampla utilização dos critérios diagnósticos desse Manual, direta ou indiretamente, nos serviços públicos de Saúde Mental em nosso país.

Com relação à metodologia, optei por uma pesquisa teórica de caráter qualitativo, com ênfase para a revisão bibliográfica e a reflexão crítica. Também me embasei metodologicamente nos referenciais do materialismo histórico, que postula o conhecimento como um avanço progressivo do saber acerca do concreto por meio do pensamento abstrato, buscando atingir as múltiplas determinações do “objeto” estudado para criar novas categorias teóricas capazes de expandir a compreensão sobre o mesmo. Como método de exposição foi escolhido o ensaio, entendido como uma forma coerente para expor os resultados de uma reflexão *singular*, feita sempre a partir de um acúmulo coletivo que nos é legado. O ensaio também nos permite desenvolver os diferentes aspectos que envolvem a pesquisa de forma independente, mas articulada, garantindo a especificidade dos argumentos apresentados para cada um deles, bem como a coerência do trabalho final. Um detalhamento maior da epistemologia e do método materialista de produção de conhecimento foi feito no Ensaio 2 desta dissertação, ainda que não com pretensões de exposição metodológica, mas antes por uma exigência da própria discussão.

Foram muitos os caminhos que me conduziram até esta pesquisa, sendo que pelo menos dois deles merecem ser relatados brevemente. O primeiro diz respeito ao meu engajamento pessoal nos grandes conflitos sociais e em alguns dos mais importantes acontecimentos políticos de nosso país nos últimos anos. Tendo ingressado na graduação em Psicologia na Unesp de Assis no ano de 2012, e já possuindo algum interesse prévio na teoria marxista, tive a oportunidade de conciliar durante os anos seguintes a experiência de uma prática militante, dentro e fora da universidade, com o aprendizado de importantes referenciais teóricos e metodológicos que vieram a

subsidiar o presente trabalho; em especial, pude aprofundar meu conhecimento sobre o materialismo histórico e me deixar fascinar pela *práxis* da psicanálise.

Durante esse período, participei ativamente das marchas de junho de 2013, sendo que minha primeira tentativa malsucedida de iniciação científica, pretendia fazer uma reflexão sobre este acontecimento. Mesmo com um primeiro fracasso no campo da pesquisa, essas experiências deixaram uma importante questão em mim durante muito tempo, que atualmente poderia colocar da seguinte forma: o que faz com que nossa sociedade permaneça *a mesma*, apesar de todos os seus problemas? Em outros termos, o que impede que as transformações sociais aconteçam? Esta era a questão que mais me inquietava, e ainda me inquieta. É com ela em mente que eu começo a me interessar pelas questões que envolvem o estudo da ideologia. Este me parecia ser o conceito que a tradição marxista desenvolveu para tentar explicar a força aparentemente *mágica*, *sobrenatural* e até mesmo *fantasmagórica* que nossa sociedade possui de produzir “consenso” e a submissão de milhões de pessoas.

O segundo caminho, que correu paralelo ao primeiro, refere-se ao meu ingresso, nos últimos anos da graduação, em um estágio curricular chamado *A Clínica Crítica na Saúde Coletiva: Impasses e Outras Demandas da Subjetividade*, ministrado pelo hoje falecido professor Abílio da Costa-Rosa. Embora já houvesse um interesse em estar no campo da Saúde Pública nesse momento, foi apenas com esse estágio que decidi que meu objetivo após a graduação seria atuar como um trabalhador da Saúde Mental no âmbito do SUS.

Durante a prática no estágio, tivemos a oportunidade de ver como a clínica psicanalítica pode dar uma enorme contribuição nos serviços públicos de Saúde, em especial de Saúde Mental, inclusive no sentido de contribuir para a concretização de algo que mereceria receber o nome de *Saúde Mental Coletiva*, que vai muito além do caráter meramente público dos serviços. Ao mesmo tempo, com o professor Abílio, pude observar – e até mesmo aprender um pouco – como a psicanálise pode e deve se articular com outros referenciais teórico-técnicos para potencializar suas possibilidades nesse campo de atuação. Destacava-se a articulação necessária feita justamente com o materialismo histórico.

Nos anos em que se passaram esse estágio e nos seguintes, tive a oportunidade de atender no *Centro de Pesquisa e Psicologia Aplicada Dr.^a Betti Katzenstein*, o

serviço de clínica-escola da Unesp, que também consideramos parte dos serviços públicos de Saúde Mental do município. Também realizei, durante dois anos, grupos psicoterapêuticos psicanalíticos em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da cidade Assis (SP), onde tive meu primeiro contato profissional com um estabelecimento de Saúde Pública e pude ouvir um número considerável de pessoas. No estágio, tudo era discutido em grupo, o que nos colocava em contato com outros serviços e com a escuta do caso de outros tantos colegas. Foi assim que começou a me chamar a atenção a quantidade de diagnósticos e os poderosos efeitos que eles exerciam nos sujeitos que iam se queixar de seu sofrimento psíquico, especialmente nos estabelecimentos de Saúde Pública. Em tais espaços, não consigo me recordar de nenhum sujeito que tenha sido escutado que não tivesse um diagnóstico baseado de alguma forma nos critérios do DSM e que não o apresentasse logo na primeira entrevista com o psicoterapeuta. Este era um fato constantemente apontado e discutido nas supervisões. Assim, o DSM, em especial a sua quinta e mais recente versão, também se tornou um objeto de meu interesse.

Decidido a ingressar no mestrado e fazer uma pesquisa que contribuísse para o campo da Saúde Coletiva e da Atenção Psicossocial, comecei a participar das reuniões do *Laboratório Transdisciplinar de Interação-Pesquisa em Processos de Subjetivação e "Subjetividade da Saúde"*, fundado pelo professor Abílio da Costa-Rosa e do qual participavam com ele seus orientandos e os do professor Silvio José Benelli. Foram nessas reuniões que entrei em contato e pude discutir com o grupo o texto *A interpelação ideológica: a entrada em cena da outra cena*, do professor Paulo Silveira. Esse texto me deu as bases para pensar o DSM-5, o objeto que me interessava cada vez mais, utilizando o conceito de ideologia, o qual já vinha estudando a algum tempo.

Após um ano de pesquisa aconteceu o trágico falecimento do professor Abílio, com quem iniciei este trabalho. Também em memória e homenagem a ele, decidi continuar a pesquisa, apesar de sua ausência ter sido o maior desafio que encontrei em todo o percurso. Fui calorosamente acolhido pelo professor Silvio Yasui, que assumiu a orientação e contribuiu imensamente com o presente trabalho, dando sugestões, corrigindo erros e apresentando novas bibliografias.

Em 2019, incentivado pelo professor Silvio Yasui, participei por um tempo das discussões em uma disciplina da pós-graduação da Unicamp sobre o livro *Our Psychiatric Future*, do psiquiatra inglês Nikolas Rose, coordenado pelo professor

Sérgio Resende Carvalho. Durante esse período, foi feita uma tradução do livro de Rose, com a qual também pude contribuir. Ali foi possível me familiarizar mais com os principais pontos da discussão internacional sobre o DSM e a Psiquiatria que lhe é correlata, o que auxiliou consideravelmente no resultado alcançado pela pesquisa.

Os ensaios abaixo são o resultado destes e de tantos outros caminhos, bem como do trabalho que foi realizado por todos esses percursos. Com eles, desejo dar uma pequena contribuição para os trabalhadores da Saúde Mental comprometidos com os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira e da Atenção Psicossocial. A ideia é fornecer algum subsídio teórico para esses trabalhadores, em um momento em que os desafios parecem ser os maiores possíveis. Minha aposta é que o estudo sobre a ideologia e sua relação com a Formação Social capitalista podem ser de alguma serventia.

Os leitores, portanto, encontrarão um primeiro ensaio onde tento fazer uma aproximação ao campo que pretendo estudar, ou seja, o das instituições públicas de Saúde Mental do Brasil, por meio de uma leitura paradigmática e seus desdobramentos. No segundo ensaio, em um exercício maior de abstração, foram feitas uma revisão bibliográfica e uma reflexão teórica sobre o principal conceito utilizado presente trabalho, isto é, sobre a ideologia. No terceiro ensaio, é realizada uma revisão bibliográfica sobre o Manual Diagnóstico DSM, em especial em sua quinta e mais recente edição, com destaque para a bibliografia crítica, que polemiza com os critérios apresentados por esse Manual. Na medida do possível, a revisão foi feita em português e inglês. Enfim, por meio de múltiplas aproximações ao nosso objeto, cada vez mais municiado dos referenciais teóricos elencados e do material revisado, o quarto ensaio busca articular os três anteriores e apresentar uma pequena contribuição para a discussão sobre o diagnóstico psiquiátrico e suas implicações, especialmente no contexto das instituições públicas de Saúde Mental de nosso país.

Ensaio 1

Instituições de Saúde Mental e luta paradigmática

A relação tensa entre as forças produtivas e as relações sociais de produção que faz que o movimento de transformação seja a condição básica das formações sociais, não é diferente no que diz respeito ao campo que nos concerne.

(Abílio da Costa-Rosa)

Introdução

Neste ensaio pretendemos apresentar o campo em que se insere o presente trabalho, o da Saúde Mental, principalmente no que concerne as instituições públicas brasileiras. Para tanto, propomos uma leitura amparada em alguns referenciais teóricos que nos auxiliarão a iniciar uma aproximação acerca das problemáticas que abordaremos dentro deste campo. Partindo da compreensão fundamental de que só podemos pensá-lo em relação com a *práxis* realmente existente diante dos sujeitos que demandam por alguma Atenção¹ em Saúde Mental, apresentaremos uma análise das instituições que mediam e organizam tais ofertas em nossa sociedade. Essa análise se apoia nos referenciais teóricos da Análise Institucional e na leitura paradigmática feita por Costa-Rosa (2000; 2013). Com isso, encontraremos dois modos diversos e antagônicos de produzir Atenção nessas instituições: o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) e o Paradigma Psicossocial (PPS), coexistindo em relações sempre tensas, variando apenas em intensidade a depender da conjuntura sócio-histórica e de outros fatores relevantes. Além disso, veremos que esses paradigmas antagônicos se relacionam e harmonizam, respectivamente, com o Modo

¹ Sempre que utilizamos Atenção grafado com a inicial maiúscula estamos nos referindo a um conceito que descreve um “conjunto de ações realizadas no campo da Saúde Mental” (COSTA-ROSA, 2013a, p. 12).

Capitalista de Produção (MCP) e com um necessário Modo Cooperado de Produção (MCOP).

Para tanto, faremos duas breves historicizações, primeiro sobre a psiquiatria, entendida como disciplina e profissão essencial ao PPHM. A segunda sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb), fundamental para compreendermos melhor o contexto de surgimento dessa luta de paradigmas. Além disso, recorreremos ao conceito de instituição para iniciar uma articulação com o de ideologia, que será central no desenvolvimento posterior deste trabalho. Ao fim deste ensaio, apresentaremos também uma breve análise da situação mais atual dessa luta, ao comentar as mudanças introduzidas com a Nota Técnica nº 11/2019, demonstrando como elas apontam para o fortalecimento do PPHM, em detrimento do PPS.

Refletir sobre essas lutas entre dois paradigmas contraditórios nas instituições de Saúde Mental, ajuda-nos a fazer um primeiro mapeamento de nosso campo, permitindo direcionar melhor nossas investigações em busca da fundamentação do caráter ideológico da diagnóstica psiquiátrica contemporânea – uma prática hoje considerada central em quase todas as instituições que visam à Saúde Mental, especialmente naquelas orientadas pelo PPHM. Ao mesmo tempo, ao trazer novas considerações sobre tais lutas, queremos defender a necessidade do uso da crítica da ideologia pelos partidários do PPS. Contanto, buscamos dar algumas contribuições para uma fundamentação teórico-crítica sobre o próprio PPHM.

1 – Uma breve historicização da Psiquiatria

A psiquiatria é filha da modernidade. Ela nasce no turbilhão moderno, nesse conjunto de modos de experienciar o tempo e o espaço, a nós mesmos e a nossa sociabilidade, em que o mundo perde a estabilidade alicerçada nas tradições e dogmas religiosos, abrindo espaço para sua racionalização científica (BERMAN, 1986; SANTOS, 2000; HARVEY, 2008). Trata-se de um momento em que toda a realidade é progressivamente esquadrihada pela observação empírica e submetida ao crivo da razão. Uma das dimensões da realidade humana que também encontra tal destino é a da experiência singular que foi chamada de loucura. Ao se tornar objeto de uma intervenção metodologicamente orientada, com a qual se produzirá um conhecimento

científico, a loucura se torna doença mental, e o psiquiatra se converte no especialista responsável por lidar com ela.

Foucault (1978), a partir de seu estudo sobre as representações da loucura na sociedade ocidental entre os séculos XVII e XIX, apresenta-nos elementos para pensarmos esse processo histórico de constituição da psiquiatria como disciplina científica. A loucura, que antes era considerada uma experiência trágica, como um prenúncio do fim dos tempos, ou mesmo uma experiência de errância – como bem representa a figura da *Nau dos Loucos* –, passa a ser um mistério a ser resolvido pela ciência, que encaminha sua solução lhe dando o nome de doença mental. A loucura, então, torna-se uma afecção, uma alteração mórbida das faculdades mentais supostas normais. Conhecer as formas de manifestação dessas alterações, suas causas e desenvolvimentos mais prováveis, bem como o modo adequado de tratá-las, torna-se a missão da psiquiatria enquanto disciplina científica.

Com o gesto icônico de Phillippe Pinel ao desacorrentar os internos do Hospital Bicêtre, realizado na França revolucionária dos fins do século XVIII, encontramos um marco inaugural da psiquiatria. É o momento em que os loucos são separados dos mendigos, idosos, delinquentes, desempregados e outros elementos considerados antissociais que se encontravam recolhidos nos muros asilares dos Hospitais desde a segunda metade do século XVII, em um processo que Foucault (1978) chamou de “A Grande Internação”. Em suma, com espírito disciplinar e olhar de especialista, Pinel pretendia separar os doentes dos sadios, os tratáveis dos intratáveis. Assim, buscou elaborar também os meios que considerava cientificamente adequados para tratar a loucura. Na medida em que entendia as afecções mentais como originadas também por conta das degenerações da sociabilidade, ele estabeleceu um tratamento baseado em uma rígida hierarquia institucional, no controle do cotidiano e dos movimentos dos internos, bem como na prescrição de regras de convívio e de valores morais que considerava saudáveis e propícios para o reestabelecimento das faculdades mentais. O modo pineliano de lidar com a loucura ficou conhecido como *tratamento moral*.

Além de uma técnica terapêutica, Pinel também desenvolveu o primeiro esboço de um sistema nosológico para as doenças mentais e formulou hipóteses sobre suas causas. Como discípulo de Condillac e simpatizante do grupo dos ideólogos franceses, bem como um admirador do empirismo de Locke, sua classificação se pautou metodologicamente em uma rigorosa observação empírica e suas hipóteses etiológicas

assumiram, além dos fatores morais já enunciados, a ideia da causalidade cerebral (BERCHERIE, 1986). Ou seja, desde muito cedo a psiquiatria assumiu que os sintomas que conformavam as diversas “doenças mentais” que começava a classificar, não passavam de expressões de disfunções biológicas específicas – mesmo que se considerasse que as causas dessas disfunções fossem originadas por fatores morais, como defenderam Pinel e Esquirol (AMARANTE, 1996, p. 54). No que pese a postura prudente de Pinel em relação a todos os referenciais teórico-filosóficos que assumiu, na medida em que defende a origem físico-corporal das ideias patológicas, a influência dos ideólogos franceses, que pressupõe essa mesma causalidade para as ideias em geral, não pode ser desprezada².

Aqui é preciso estabelecer, mesmo que em linhas gerais, a relação existente entre o empirismo de Locke, as ideias psicológicas sensacionistas de Condillac e dos ideólogos franceses, e o nascimento da psiquiatria moderna com Pinel. O pensamento de Locke postulava a consciência humana como uma “tábula rasa”, que seria marcada e formada pelas experiências da realidade externa pela via dos sentidos. Para o autor, é a percepção possibilitada pela mediação dos sentidos, isto é, as sensações, que permitem a formação e compreensão dos fenômenos da mente humana. Tais postulados tiveram um grande impacto na França iluminista em que Pinel desenvolveu seu trabalho, notadamente pela via dos textos de Condillac (VASCONCELOS, 2014). Esse pensador, um verdadeiro precursor dos ideólogos franceses, trouxe as reflexões de Locke para a problemática da construção da sociedade liberal francesa, ou seja, uma sociedade que precisava se instituir em detrimento do antigo regime e sua moralidade marcadamente religiosa. Assim, a ideia de organizar a sociedade pela via da racionalização dos fatos empíricos, ao invés da imaginarização religiosa, encarnava uma forma de produção de subjetividades muito mais compatível com as necessidades e objetivos do iluminismo francês e da sociedade liberal que se pretendia construir. Tratava-se de prescrever uma “racionalidade próxima da experiência concreta, buscando libertar os seres humanos do saber oriundo das autoridades até então constituídas” (ibidem, p. 46). Foi assim que a França, nesse período, lançou mão de festivais que celebravam a razão, do uso de simbologias em eventos públicos, da criação de escolas laicas, entre outras estratégias,

² É preciso lembrar que Pinel foi considerado um discípulo de Condillac, eminente membro do grupo dos ideólogos franceses. Uma outra aproximação sobre o sistema de pensamento dos ideólogos franceses e de sua relação com a psiquiatria pineliana, pode ser encontrado no ponto 1 do ensaio 2 desta dissertação.

buscando racionalizar a realidade empírica que influenciaria a consciência da população e criaria a coesão necessária para a reprodução da nova sociedade (ibidem).

É nesse contexto que surge a psiquiatria de Philippe Pinel, que desacorrenta os internos do Bicêtre também como gesto simbólico para libertá-los da condição que o antigo regime lhes havia imposto. É assim que os “loucos” são separados de outros antigos “deserdados do espírito” (ASSIS, 1984, p. 195), conforme a moral religiosa os havia agrupado, para então serem reclassificados a partir de critérios empíricos. Mas a influência da psicologia sensacionista em Pinel vai muito além do rigor empirista que regeu seus atos inaugurais. A própria ideia de um “tratamento moral” decorre da noção, cara a Condillac, da necessidade de organizar o ambiente social de modo que a favorecer a produção de consciências coerentes com a realidade existente e com as necessidades da nova sociedade liberal que se formava.

Se antes os “loucos” eram estigmatizados por estarem distantes de Deus, a questão agora era sua incapacidade de aderir aos princípios racionais do contratualismo típico do liberalismo burguês. Assim, a única forma de “corrigi-los”, de acordo com os princípios do sensacionismo, seria produzir novas experiências em ambientes rigorosamente controlados pela autoridade médica, que resultariam em consciências voltadas para a realidade empírica, capazes de racionalizar e, portanto, de participar do livre contrato de indivíduos que supostamente caracteriza as sociedades liberais (VASCONCELOS, 2010). O manicômio seria, então, um microcosmos rigorosamente controlado que reproduziria as condições ideais da própria racionalidade da sociedade “externa”. É curioso pensarmos essa lógica nos dias de hoje, após termos visto os resultados de extrema penúria e violência que testemunhamos nesses manicômios – eis o belo microcosmos que se produziu ao se tentar refletir idealmente a moderna sociedade burguesa.

A influência decisiva do empirismo (Locke) e da psicologia sensacionista (Condillac) no pensamento de Pinel é ademais manifesta, como demonstra a seguinte citação, com a qual pretendemos encerrar essa primeira aproximação do assunto: “conseguiria [o médico] traçar todas as alterações ou perversões das funções do entendimento humano, se não tiver profundamente meditado os escritos de Locke e de Condillac, e se a ele não se tornarem familiares os seus princípios?” (PINEL, 1800/2007, p. 99, apud VASCONCELOS, 2014 p. 55). Com essa passagem não nos restam dúvidas sobre a influência decisiva dessas correntes de pensamento para Pinel e

de sua relação com os representantes do sensacionismo em seu país, que em grande medida se confundiam com o grupo dos ideólogos franceses. Essa relação é enfatizada pela importância que assume no presente trabalho e será novamente abordada mais adiante. Por enquanto, convém avançarmos em nossa historicização da psiquiatria, em especial sobre a questão da relação entre a nosologia e a etiologia³.

Diferentemente de outros ramos que se constituíram como especialidades médicas, a psiquiatria atravessou os séculos XVIII e XIX sem realizar avanços significativos na tentativa de encontrar um substrato anatômico que agisse como causa das patologias de que tratava (OLIVEIRA, 1996). Assim, sua história percorreu esses séculos somente como a história de seus sistemas de diagnósticos, suas classificações e reclassificações (BERCHERIE, 1986). A psiquiatria foi se configurando como uma disciplina essencialmente classificatória. Ou seja, o mistério da origem da loucura sempre impôs dificuldades que mostraram estar muito além de sua capacidade de resolução. Com isso, o campo da nosologia foi privilegiado em detrimento da etiologia das chamadas doenças mentais. Podemos dizer que o campo nosológico se revelou como sendo de mais fácil consenso na disciplina, ao passo que as discussões etiológicas sempre mantiveram um irreduzível caráter de polêmica.

De acordo com Amarante (1996) a psiquiatria sempre oscilou entre as hipóteses etiológicas somáticas ou psicológicas. As primeiras restringem as origens das moléstias mentais às causas orgânicas e fisiológicas, enquanto as segundas permitem diversos graus de causalidades sociais, subjetivas ou mesmo uma dinâmica relacional entre diversos fatores. Pinel e seus discípulos, sendo Esquirol o mais destacado deles, defendiam justamente uma interação de fatores como causa das doenças mentais, mas davam maior ênfase às formas de sociabilidade e às paixões que elas suscitavam, isto é, enfatizavam os fatores morais, que podem ser incluídos nas hipóteses psicológicas. Entretanto, seus métodos e conclusões começaram a ser questionados, uma vez que o paradigma médico da época exigia a identificação de um substrato anatomopatológico para explicar os sintomas observáveis. Um duro golpe é dado contra a doutrina moral de Pinel e Esquirol quando Bayle descobre, em 1822, as lesões cerebrais que causam a paralisia geral progressiva (ibidem, p. 54). Paralelamente, houve também o fracasso do tratamento moral, que não foi capaz de esvaziar os pavilhões dos manicômios. Esses

³ A nosologia é o campo da medicina que estuda a classificação das doenças em patologias distintas. A etiologia é o campo da medicina que estuda a origem dessas patologias.

foram os principais fatores que levaram a sociedade a exigir um reordenamento da psiquiatria no sentido de enquadrá-la completamente como uma disciplina médica.

A polêmica da etiologia da doença mental encontrou temporariamente um ponto pacífico com a doutrina da degeneração de Morel e Magnan. Esses psiquiatras formularam entre a metade e o final do século XIX os conceitos de “constituição”, “predisposição” e “degeneração” (AMARANTE, 1996). Eles defendiam que os fatores ambientais – como a insalubridade das condições de vida na sociedade industrial, a miséria material, a intoxicação por álcool e outras substâncias, bem como outros vícios e excessos típicos da modernidade – não apenas causavam a degeneração das faculdades da mente, mas também produziam uma inscrição genética que poderia ser transmitida hereditariamente. Assim, certas camadas sociais teriam maior predisposição a uma constituição mental patológica (ibidem, p. 57-8). Com isso, são lançadas as bases para o surgimento de uma psiquiatria voltada para a higiene mental das populações. Aumenta-se o escopo de ação dos psiquiatras, que passam a intervir no ambiente social que consideravam ser a patogênese das moléstias mentais. Busca-se uma “aplicação mais fecunda e mais universal do tratamento moral”, no intuito de alcançar uma “moralização das massas” (CASTEL, 1978, p. 261-2).

Esse é o momento de nascimento da psiquiatria eugênica e da higienista, sendo que ambas compartilham o pressuposto da degeneração moral da população e de seus efeitos gênicos causadores do adoecimento mental e de sua suposta hereditariedade. Mas a primeira enfoca sua prática na seleção racial de genes “bons” e “ruins” na população, enquanto a segunda preconiza a “correção” dos fatores ambientais que causam a degeneração moral (ZALNORA; MIEZUTAVICIUTE, 2016). Trata-se de uma divisão puramente formal, pois na prática, em uma série de contextos sócio-históricos concretos, ambas as tendências se serviram uma da outra ao ponto de se confundirem, até mesmo por compartilharem, como já dissemos, pressupostos em comum. Esse foi o caso de nosso país na década de 1920: “no contexto brasileiro, a articulação entre higienismo e eugenismo toma tamanhas proporções que, em determinado momento, a eugenia passa a ser entendida como parte do higienismo” (SOUZA; BOARINI, 2008, p.). É evidente que uma ênfase maior no aspecto estritamente eugênico, da seleção racial das populações ao invés da correção moral do ambiente, quando levado aos seus limites, possui uma relação lógica mais flagrante com os absurdos da psiquiatria do Terceiro Reich alemão (ZALNORA;

MIEZUTAVICIUTE, 2016). Não é possível estabelecer uma relação lógica tão direta quando pensamos em uma ênfase estritamente higienista. Entretanto, esta última não deixou de flertar com ideais raciais de nação, cometer abusos em suas intervenções sociais e assumir formas policialescas em contextos específicos como o do Brasil, como bem demonstrado pelo trabalho hoje clássico de Freire Costa (2007).

No que pese a ausência de comprovação experimental para as hipóteses da doutrina da degeneração, não houveram impeditivos para que a psiquiatria partisse dela para fundamentar uma ação mais ampla por todo o tecido social. Com ela, mais do que tratar de doentes graves dentro do espaço manicomial, a psiquiatria foi autorizada a intervir de modo mais incisivo no conjunto da sociedade. Ela se tornou a disciplina autorizada e considerada competente pela “sociedade” para tratar do conjunto de problemáticas que as diversas formas de moléstia mental suscitam em nosso meio, bem como tutelar e disciplinar os sujeitos acometidos por esse mal. Em outras palavras, houve nesse período uma flagrante expansão no mandato social da psiquiatria (BASAGLIA, 2001). A psiquiatria também foi convocada para exercer tal mandato nesse momento, entre o final do século XIX e início do XX, por se tratar de um período em que a competição internacional entre as principais nações capitalistas europeias estava em acirramento. Era o momento da chamada “paz armada” que antecedeu a Primeira Guerra Mundial. Isso fez com que fosse necessário lidar com as pessoas que poderiam de alguma forma atrapalhar o desenvolvimento da nação e a competição internacional. É o momento em que os sujeitos acometidos por algum impasse ou em crise psíquica começam a ser enxergados não apenas como moralmente desviantes, mas como *fardo* econômico e social, tendência que se desenvolve até os dias de hoje (ROSE, 2019).

O fardo era, em parte, uma questão de despesa e, em parte, uma questão de adequação (...). [Acreditava-se que] uma população cuja aptidão foi enfraquecida por um número crescente de degenerados perderia a luta imperialista entre as nações. Isso tornava imperativa a identificação desses indivíduos onerosos e, se possível, reduzi-los numericamente (...). Uma preocupação especial era com aqueles denominados “débeis mentais”, que frequentemente passavam despercebidos entre a população normal sem sinais visíveis e claros de sua inferioridade⁴ (p. 27, tradução nossa).

⁴ “This burden was partly a matter of expenditure, and partly a matter of fitness (...) a population whose fitness was weakened by an increasing number of degenerates would lose out in the imperialist struggle between nations. This made it imperative to identify those burdensome individuals and, if possible, to curtail their number (...) A particular concern was with those termed ‘feeble minded’, who often passed among the normal population without clear visible signs of their inferiority”

O Movimento da Higiene Mental tomou proporções mundiais na psiquiatria da época, a começar pela fundação do Comitê Nacional de Higiene Mental nos Estados Unidos, em 1909, desaguando no I Congresso Internacional de Higiene Mental, em Washington, no ano de 1930, que contou com a presença de representantes de 52 países (ALBERTINI et al., 2007). Em nosso país, temos uma expressão muito evidente dessa expansão desse mandato social com a criação da Liga Brasileira de Higiene Mental, uma associação de psiquiatras criada na segunda década do século XX, cujas práticas incluíam ações educativas, preventivas e até mesmo de polícia mental. A Liga atuava junto do Estado brasileiro, especialmente a partir da ascensão de Getúlio Vargas ao poder, quando foi autorizada a interditar e encarcerar elementos considerados predispostos à degeneração mental (COSTA, 2007).

Também entre o final do século XIX e início do XX, encontramos outro marco histórico da psiquiatria com a obra do alemão Emil Kraepelin, que desenvolve as teorias de Morel sobre o fundamento biológico da doença mental, defendendo em especial seu caráter genético. Kraepelin retira importância do elemento moral e sistematiza a abordagem da clínica psiquiátrica a partir do modelo médico, que consiste na identificação de uma constelação de sintomas regulares e correlacionados (diagnóstico síndrômico), seguido de uma previsão do desenvolvimento da doença (prognóstico), encerrando com a prescrição de intervenções capazes de interromper o curso mórbido esperado (tratamento) (CÂMARA, 2007a). Também foi “Kraepelin quem introduziu ainda a pesquisa sistemática dos antecedentes hereditários da doença mental, e iniciou experimentações psicofarmacológicas”. Assim, “fundou não apenas a psiquiatria científica moderna, mas também a psicofarmacologia e a genética psiquiátrica”. Com isso, a psiquiatria foi transformada “definitivamente em uma especialidade médica” (ibidem, p. 310).

A história da psiquiatria é a história de seus sistemas de diagnósticos. Kraepelin também postulou sua própria nosologia, compilada em seu famoso manual, intitulado, a partir de sua segunda edição, como *Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte*⁵. Foram oito edições comentadas e estendidas que Kraepelin publicou em vida, entre 1883 e 1927⁶. Esse texto, principalmente a partir de sua sexta edição, datada de 1899, teve grande circulação internacional em espaços especializados, tornando-se um

⁵ Em nossa tradução, seria algo como “*Psiquiatria: um manual para estudantes e médicos*”

⁶ Para uma descrição e análise de cada uma das edições desse compêndio, ver Bercherie (1986).

ponto de convergência para a psiquiatria em termos de método clínico de observação e classificação diagnóstica, unificando-a também em torno de uma concepção organicista e sobretudo genética da doença mental (CÂMARA 2007a; 2007b).

Na entrada do século XX, a psiquiatria se encontrava mais ou menos unificada em torno das contribuições de Kraepelin. Mas não sem alguma oposição do que podemos chamar de escola francesa, ainda mais ligada às explicações morais da doença mental. Assim, a disciplina oscilava entre o organicismo e o moralismo em suas concepções teóricas e abordagens técnicas. Em todos os casos, tratavam-se de modelos que enfocavam muito mais uma suposta doença do que o sujeito que está sofrendo. Eram mais comuns as tentativas de abordar e conhecer as generalidades da patologia, do que aquelas voltadas para as especificidades de cada caso ou as formas singulares de como a experiência de um indivíduo que sofre. É isso que leva Samuel-Lajeunesse (1989) a falar de uma psiquiatria *nomotética*, isto é, generalista na concepção de seu objeto (p. 70). De origem grega, a palavra *nomotético* significa “referente ao desenvolvimento e à criação das leis” e “[aquilo] que se baseia num sistema preestabelecido de leis” (NOMOTÉTICO, 2019). Tal palavra reflete a ambição ainda hoje irrealizada da psiquiatria de encontrar as leis gerais da moléstia mental, estruturando conhecimentos verdadeiros, alicerçados em bases biológicas e cujas legalidades estariam em vigor em todos os momentos históricos e contextos culturais. Mesmo com suas mais recentes aliadas, as neurociências e a biogenética, a psiquiatria ainda não foi capaz de encontrar um substrato anatômico ou um marcador genético que explique as supostas doenças mentais e que permita o psiquiatra atuar com o mesmo grau de precisão e previsibilidade que outras especialidades médicas. Esse fracasso na busca de uma etiologia biológica é amplamente documentado na bibliografia consultada (KAMMERER; WARTEL, 1989; ROUDINESCO, 2000; WHITAKER, 2017; ROSE, 2019).

Em 1909, Freud é convidado para ir aos Estados Unidos para ministrar conferências sobre a teoria psicanalítica na Clark University, em Massachusetts, exposições que foram compiladas e publicadas sob o nome de *Cinco Lições de Psicanálise* (FREUD, 1996). Esse é um marco histórico do início da ambígua relação entre psiquiatria e psicanálise nos Estados Unidos, com desdobramentos em boa parte do mundo. Em 1917, com a conferência *Psicanálise e Psiquiatria* (FREUD, 2014), temos mais um marco, em que Freud expressa seu desejo de que ambas “se influenciem,

se meçam uma à outra e possam, então, conciliar-se numa decisão” (p. 266). Influência e aliança que, segundo o autor, deve se dar no sentido de a psicanálise poder oferecer uma teoria para fundamentar a prática psiquiátrica – sem a qual se restringiria a diagnosticar, prognosticar e oferecer uma vaga etiologia baseada na hereditariedade (ibidem, p. 277). Freud afirma então que “não há, na essência do trabalho psiquiátrico, nada que poderia se opor à pesquisa psicanalítica” (ibidem).

É nesse contexto que a obra freudiana se torna o principal suporte teórico em que a psiquiatria se apoiou entre os anos de 1920 e 1960, especialmente nos Estados Unidos (BIRMAN, 2001). Convém lembrarmos que a psicanálise que prosperou no país nesse período é a chamada psicologia psicanalítica do ego (BARATTO, 2007), uma leitura que enfatiza a importância de um ego fortalecido, em detrimento das formações do inconsciente, no sentido contrário daquilo que propunha Freud. Ainda assim, tratava-se de uma visão psicogênica do sofrimento e da crise psíquica que passava a se integrar com os conhecimentos eminentemente médicos da formação psiquiátrica. Portanto, era um período em que a psiquiatria biológica tinha de conviver, em uma solução de compromisso, com a psicanálise, que gozava de enorme prestígio dentro dessa disciplina.

Quando os primeiros psicofármacos foram introduzidos no tratamento de pacientes psiquiátricos, na primeira metade da década de 1950, a psicanálise ainda exercia uma grande influência no campo da Saúde Mental (BIRMAN, 2001; WHITAKER, 2017). Mas com o Haloperidol, o primeiro neuroléptico introduzido em 1952, e o Miltown, o primeiro ansiolítico comercializado em larga escala, lançado em 1955, a psicanálise começa a ser secundarizada por conta das fabulosas promessas das “pílulas mágicas” da psicofarmacologia (WHITAKER, 2017). O processo de paulatina exclusão das teorias psicanalíticas do referencial da psiquiatria se prolongou até a década de 1980, após um período de crise em que os psiquiatras foram questionados das mais diversas maneiras – em especial o seu sistema diagnóstico e a instituição que lhe servia como *locus* de atuação, o Manicômio (ibidem). Outro fato que favoreceu o desencadeamento dessa crise foi a ineficácia da primeira geração dos remédios psiquiátricos⁷ (ibidem).

⁷ Para uma exposição mais pormenorizada desse período histórico da psiquiatria, ver o tópico 3.2.1 do Ensaio 3 desta dissertação.

Para tentar promover alguma recuperação diante desse quadro de crise, a partir do final dos anos de 1970 as principais organizações psiquiátricas dos Estados Unidos, como a American Psychiatric Association (APA) e o National Institute of Mental Health (NIMH), começaram a promover a unificação da disciplina em torno de um modelo biomédico. Naturalmente, isso implicou na retirada das categorias psicanalíticas que ainda a influenciavam naquele momento⁸ (WHITAKER, 2017).

Um dos modos encontrados para promover tal exclusão do pensamento freudiano foi a publicação, em 1980, do DSM-III, chefiada pelo psiquiatra estadunidense Robert Spitzer (WHITAKER, 2017). Ao contrário das duas edições anteriores desse Manual, que incluíam uma série de categorias e conceitos psicanalíticos, o DSM-III manteve apenas a palavra “neurose”, somente após muita pressão feita por psiquiatras freudianos que ainda permaneciam na diretoria da APA (DUNKER, 2014). Entretanto, na edição seguinte do DSM até mesmo essa última ligação com a psicanálise seria rompida (ibidem). As intenções dessas mudanças inicialmente promovidas por Spitzer eram claramente fazer do Manual uma “defesa do modelo médico, tal como aplicado a problemas psiquiátricos” (WHITAKER, op. cit., p. 277). Ao mesmo tempo, incluem-se os efeitos causados por psicotrópicos na elaboração dos critérios diagnósticos desses Manuais, que abriram espaço para a articulação entre a psiquiatria e a indústria farmacêutica, ambas beneficiárias de uma aliança existente até hoje em torno da prescrição medicamentosa, sustentada por inegáveis laços financeiros (COSGROVE et al., 2006; COSGROVE; KRIMSKY, 2012; GÖTZSCHE, 2016).

É assim que essa psiquiatria, nascida após a exclusão da psicanálise e da homogeneização em torno do modelo biomédico, é chamada por nós de “Psiquiatria DSM” (COSTA-ROSA, 2013b). Não se trata da psiquiatria moral de Pinel e Esquirol, nem exatamente da psiquiatria biológica de Kraepelin, ainda que seja muito influenciada por esta última. A Psiquiatria DSM é a nova forma que essa disciplina se apresenta após a sua última reforma, que inclui o uso dos psicofármacos, a expansão da atuação psiquiátrica para além dos muros manicomiais e hospitalares, a aliança científica com a estatística, as neurociências e a genética e a aliança econômica com a

⁸ No Brasil, este processo de exclusão da psicanálise das discussões teóricas em psiquiatria pode ser vislumbrado pelo estudo de Serpa Júnior (2001), que faz um levantamento em uma das principais revistas científicas desta disciplina em nosso país, identificando um aumento dos artigos que adotavam uma perspectiva biomédica nas décadas de 1980 e especialmente de 1990, no mesmo período em que os artigos na perspectiva psicanalítica diminuíram até quase desaparecerem.

indústria farmacêutica. Nossa hipótese é que essa psiquiatria mantém o caráter adaptativo e normatizador daquelas que a antecederam e influenciaram, em suma, mantém o mesmo mandato social (BASAGLIA, 2001), ainda que expandido e exercido por meio de novas estratégias. É nesse sentido que Costa-Rosa (op. cit.) situa a Psiquiatria DSM – caracterizada como “medicocentrada e medicalizadora” e cuja lógica tende a “tudo tratar como individual” (p. 170) – como um dos novos desafios para a Reforma Psiquiátrica brasileira, na medida em que não ela não pode ser harmonizada com os seus postulados mais básicos.

2 – A profissão psiquiátrica e o seu mandato social

Após termos contextualizado historicamente a psiquiatria, seu desenvolvimento enquanto disciplina e suas instituições, é importante apresentarmos uma breve teorização sobre ela, tomando-a agora como profissão. Para tanto, utilizaremos principalmente em uma contribuição de Vasconcelos (2002), baseada na reelaboração de um conceito presente na sociologia das profissões, o *profissionalismo*. O trabalho de Vasconcelos nos é útil aqui também porque seu exemplo é o do campo da Saúde Mental. Neste caso, falaremos especificamente do profissionalismo da psiquiatria. Esse conceito busca delinear os elementos básicos que constituem uma profissão. São eles: a) o processo histórico da divisão sociotécnica do trabalho e a forma como a profissão se insere nela; b) o mandato social da profissão sobre um campo específico, com a atribuição de responsabilidades e competências determinadas; c) a institucionalização de organizações corporativas, que atuam para defender os interesses da profissão; d) a cultura profissional assumida, incluindo os valores sociais e políticos e a identidade profissional. Abordaremos rapidamente cada um desses elementos para pensarmos a psiquiatria, com enfoque na questão do mandato social, por considerarmos este um conceito importante para o presente trabalho.

Sobre a divisão sociotécnica do trabalho no campo da Saúde Mental e a forma com que a psiquiatria se insere nela, seguiremos algumas proposições de Costa-Rosa (2013d). Vimos que historicamente predominou por muito tempo um monopólio quase que total do saber e do fazer do médico psiquiatra na assistência à Saúde Mental. Quando outras profissões surgiram para atuar no mesmo campo, como a psicologia, começou a existir não apenas uma competição por mercado, mas também uma divisão do trabalho de tipo taylorista, em que cada profissional lida com a sua produção como

numa esteira de fábrica, fragmentando o processo para racionalizá-lo em cada uma de suas etapas isoladas. Nesse tipo de divisão, os trabalhadores isolados perdem o controle e o saber sobre o conjunto do processo ao se reduzirem a meros executores de etapas previamente estabelecidas. Quem possui esse controle é aquele que possui o saber sobre o processo, não os seus executores. Essa é uma das formas em que podemos vislumbrar a velha divisão histórica entre saber e fazer, com o acréscimo da divisão que surge dentro do próprio fazer, reduzindo-o a pequenos processos técnicos, ao tecnicismo.

Ao analisar uma série de instituições de Saúde Mental em uma época em que os ambulatórios ainda eram muito presentes, Costa-Rosa (1986) identifica a existência dessa divisão taylorista do trabalho, com o médico psiquiatra aparecendo como aquele profissional que detinha o saber e, portanto, o controle do processo de produção de Atenção. Era ele quem “determinava o percurso do sujeito do sofrimento e mesmo as tarefas que cabem aos demais profissionais”. Afirma que era também ele quem “ocupava (...) o lugar decisório e do trabalho intelectual como dirigente” (COSTA-ROSA, 2013d, p. 120). Outros profissionais, via de regra, apareciam como auxiliares do psiquiatra, executando tarefas específicas em um processo de trabalho sem grandes interações entre os profissionais, por isso, eram chamados comumente de “paramédicos” (COSTA-ROSA, 1987; 2013; VASCONCELOS, 2002). Assim, temos nitidamente delineado quem ocupa o lugar daquele que “sabe” e quem ocupa o daquele que “executa”, bem como o sentido das relações de poder que podemos deduzir com isso. Voltaremos a abordar este mesmo assunto ainda neste ensaio.

Deixemos a questão do mandato social para depois e falemos sobre a institucionalização das organizações corporativas da profissão psiquiátrica. Essas organizações buscam resguardar os interesses econômicos, trabalhistas, políticos e sociais da profissão. Elas incluem as associações profissionais, conselhos reguladores e sindicatos da categoria. Cada uma delas exerce uma influência variada sobre as práticas cotidianas dos profissionais, a formação universitária, os recursos para pesquisa, enfim, interferem nos mais variados aspectos que compõe uma determinada profissão. Salário, condições de trabalho, linhas de pesquisa estimuladas ou desestimuladas, normas éticas reguladoras, tudo isso passa pela atuação das organizações corporativas.

Sobre isso, Vasconcelos (2002) chama a atenção para a “longa tradição histórica da medicina, sua forte organização e poder corporativo” (p. 117). Sobre a história da profissão psiquiátrica no Brasil, encontramos no texto de Amarante (2000) que a

Federação Brasileira de Hospitais (FBH) teve um papel importante na expansão da privatização dos serviços de Saúde Mental em nosso país, inclusive praticando lobby para pressionar o governo para que este atendesse aos seus interesses. Ainda que a FBH não fosse uma associação exclusiva da especialidade psiquiátrica, esta era uma força relevante dentro dela, conforme demonstra a criação do “Setor de Psiquiatria da Federação Brasileira de Hospitais” na época em que a Reforma Psiquiátrica brasileira começava a se fortalecer, como uma tentativa de defender os interesses econômicos dos donos dos Hospitais privados – muitos deles psiquiatras – mas também para defender a relevância e o prestígio social que a psiquiatria detinha naquele momento (ibidem).

Com relação a psiquiatria no Brasil atualmente, podemos citar os sindicatos regionais, além da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), que também exercem a função de defesa dos interesses corporativos da psiquiatria. Além dos Conselhos Regionais e Federal de Medicina, que regulam a prática e o ensino profissional mais amplos da profissão médica.

Associações desse tipo são importantes para qualquer profissão, tanto para a defesa de interesses da categoria quanto para o estabelecimento de alguns critérios mínimos de formação e atuação profissional. Entretanto, é prejudicial para o trabalho em instituições que congregam várias profissões, como temos hoje nos serviços públicos de Saúde Mental, que tais associações se percam em brigas corporativas e pretensões de exclusividade profissional – Vasconcelos (2002) nos dá alguns exemplos disso em seu texto (p. 117). Costa-Rosa (2013), por sua vez, pontua que essa corporativização exacerbada é também efeito da divisão sociotécnica do trabalho e coloca a descorporativização no campo da Saúde Mental como um objetivo necessário para que ele mereça receber o nome de Saúde Mental *Coletiva*.

A cultura profissional envolve uma série de valores éticos, culturais, políticos e imaginários assumidos por uma profissão. Isso inclui uma série de preferências tendenciais para certas técnicas e teorias, um padrão de relacionamento com os colegas e outro com os pacientes, um certo estilo de vida, bem como uma identidade profissional, esta última sempre imaginária. No caso da psiquiatria, temos a preferência por teorias de recorte biológico, em especial das neurociências e da genética. Mas vimos também que a teoria psicanalítica já desempenhou um papel importante para a profissão. Ou seja, sua cultura profissional não foi sempre a mesma no decorrer de sua

história – Vasconcelos (2002) afirma que a cultura profissional é um dos elementos mais flexíveis do profissionalismo.

Entretanto, vemos que sempre houve uma identidade social relacionada com a profissão: os psiquiatras sempre viram a si mesmos como *médicos*. Isso inclui se entenderem como profissionais liberais, não como trabalhadores assalariados, mesmo quando é este o caso nos serviços públicos. É também isso que estabelece um certo padrão de relacionamento com os sujeitos que buscam ajuda nesses serviços, que muitas vezes se torna uma tentativa de reproduzir aquilo que acontece nas clínicas privadas. Isso é problemático na medida em que os serviços públicos apresentam outra realidade, em geral muito mais complexa, com condições geralmente mais precárias, e com uma demanda bastante distinta em quantidade e qualidade daquelas que aparecem nos serviços privados.

Finalmente, sobre o mandato social, diremos que ele se caracteriza por um “reconhecimento de reivindicações de um saber e competência exclusivos” sobre um determinado campo ou “objeto” (VASCONCELOS, 2002, p. 115). Assim, o mandato social delimita um certo número de tarefas, funções e responsabilidades que são atribuídas para uma profissão específica. Sendo que nos domínios assim delimitados, há uma atribuição de poder que se legitima. Assim, temos que o mandato social também pode ser lido como uma cristalização “de um patamar próprio de divisão do trabalho” (ibidem). Em geral, o mandato social é formalizado juridicamente em cada país por meio de legislações profissionais específicas. Mas quem de fato concede esses mandatos são as classes e grupos socialmente dominantes, que se apresentam como representantes universais de toda a sociedade e que, em grande medida a controlando de fato, delimitam e atribuem funções para profissões específicas, buscando determiná-las – alguns autores diriam “objetificá-las” – para atuar em favor de seus interesses (BASAGLIA, 2001; VASCONCELOS, 2002).

Segundo Basaglia (2001), o mandato social é uma forma das classes e grupos dominantes amortecerem e sublimarem uma parte da violência exercida em uma ordem social fundada na exploração e alienação, vestindo-a com o manto da “técnica”. Assim, o profissional que assume tal mandato é um intermediário no exercício do poder nesta ordem social. Desse modo, ele se beneficia de um poder que lhe é delegado, que muitas vezes vem acompanhado de vantagens econômicas e prestígio social, que se tenta conservar às vezes por todos os meios possíveis. Mas ao mesmo tempo, ao se deixar ser

determinada em sua prática cotidiana, tal profissão também não deixa de ser, em alguma medida, objetificada nesse processo.

Quando disputamos o poder (...), submetemo-nos à avaliação do *establishment*, que deseja garantias de que seremos capazes de desempenhar – tecnicamente – nosso papel, sem problemas, sem desvios da norma: deseja que asseguremos nosso apoio e nossa técnica à sua defesa e tutela (ibidem, p. 103).

Com relação a psiquiatria, ao menos no período e local em que a analisou, a Europa da segunda metade do século XX, Basaglia (2001) nos dirá que seu mandato social é o de mistificar por meio da técnica a exclusão e a violência dos “doentes mentais”. Assim, a psiquiatria é chamada, ainda segundo esse autor, a “curar” essas pessoas, ao mesmo tempo em que é convocada a tutelar, no limite, por meio do exercício da violência, os mesmos que supostamente deveria curar (ibidem). Como uma cura inequívoca nunca foi encontrada no âmbito da psiquiatria, restou-lhe apenas a função tutelar de administração de pessoas socialmente desadaptadas. Aqui cabe fazer um importante adendo encontrado no texto de Basaglia: a competência dos psiquiatras em administrar a vida dos chamados “doentes mentais” possui um limite de classe muito bem estabelecido, é dizer, são apenas os loucos pobres, já inicialmente objetificados e violentados, que acabam passando por um segundo processo de objetificação e violência nas instituições psiquiátricas.

Basaglia se referia em seu texto ao que se passava no Hospital Psiquiátrico e nos velhos Manicômios. Infelizmente, nos dias de hoje, algo desse mandato ainda se mantém em nosso país. Existem associações profissionais de psiquiatria que defendem como política pública o retorno às hospitalizações psiquiátricas e até mesmo de práticas agressivas como a eletroconvulsoterapia, como veremos ainda neste ensaio. Entretanto, é inegável que a feição da psiquiatria mudou desde a metade do século passado até hoje. Os anos da “antipsiquiatria”, que teve Basaglia como um de seus mais importantes expoentes, a introdução de novas gerações de psicofármacos e, no caso brasileiro, a experiência histórica da Reforma Psiquiátrica trouxeram importantes mudanças para a profissão. A legitimação do uso da violência física foi consideravelmente diminuída, ao mesmo tempo em que a responsabilidade de administração e tutela da psiquiatria se estendeu para um número muito maior de pessoas, como atestam as inflações diagnósticas e o aumento do consumo de psicofármacos. Contudo, tomando a psiquiatria que nos parece ainda hegemônica em nosso país, incluso em nossos serviços públicos, o mandato social exercido ainda permanece sendo terapêutico – a busca da

“cura”, entendida geralmente como um retorno ao estado anterior e de adaptação a uma suposta normalidade –, mas acima de tudo tutelar – a administração da vida dos sujeitos para situá-los na sociabilidade capitalista.

Apesar de todas as pressões e forças que atuam nesses contextos, a responsabilidade de assumir ou não esse mandato social, em última instância, é sempre do sujeito que exerce a profissão. A Reforma Psiquiátrica brasileira e as novas instituições que ela criou exigem profissionais da psiquiatria que recusem tal mandato. Para fundamentar essa última afirmação, vejamos alguns aspectos desse importante processo de contestações, críticas e criação de alternativas ao modelo manicomial que foi chamado de Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb).

3 – Outra breve historicização: a Reforma Psiquiátrica brasileira

Em nosso país, a loucura se torna objeto de preocupação e com isso de intervenção do Estado com a chegada da família real portuguesa nas primeiras décadas do século XIX (AMARANTE, 1994; HEIDRICH, 2007). Em 1841, Dom Pedro emite um decreto para a criação do Hospício Pedro II, inaugurado mais de uma década depois, em 1852. Heidrich (2007) observa que nossa própria Grande Internação aconteceu com dois séculos de “atraso” em comparação com o processo europeu. Também pontua que aqui ela se deu em um contexto socioeconômico diferente, não no desenvolvimento da sociedade mercantil e da produção manufatureira, mas em pleno pré-capitalismo, baseado na mão de obra escrava. A autora afirma que, não obstante as diferenças, o que motivou a preocupação inicial com a loucura, em semelhança com a Europa, não foi a Saúde Mental dessas pessoas, mas a ordem pública. Assim, esses loucos são encontrados principalmente entre os

(...) miseráveis, os marginais, os pobres e toda a sorte de párias. São ainda trabalhadores, camponeses, desempregados, índios, negros, ‘degenerados’, perigosos em geral para a ordem pública, retirantes que, de alguma forma ou por algum motivo, padecem de algo que se convencionou englobar sobre o título de doença mental (AMARANTE, 1994, p. 75).

Apenas com a proclamação da República, em 1889, a loucura passa a ser considerada assunto médico (HEIDRICH, 2007; DEVERA; COSTA-ROSA, 2007). Já em 1890, o Hospício Pedro II, que estava sob a direção da igreja por meio da administração feita pela Santa Casa, é transferido para a administração pública, passando a se chamar Hospício Nacional dos Alienados. Torna-se então espaço

eminentemente médico (AMARANTE, 1994, p. 76). Yasui (2010) observa que esse momento é de imensa disseminação do espaço manicomial e da internação psiquiátrica em nosso país. Trata-se de um período de expansão do modelo asilar que Amarante (1994) afirma se prolongar até 1920.

Em 1923, como visto anteriormente, é criada a Liga Brasileira de Higiene Mental, fundada por Gustavo Ridel (AMARANTE, 1994; COSTA, 2007). Sua fundação marca um novo período da psiquiatria em nosso país, porque não só inicia um processo de alargamento das fronteiras da atividade psiquiátrica para além dos muros do hospício, prolongando-a por todo o tecido social, como representa o momento de efetiva aliança da psiquiatria com o Estado brasileiro, especialmente a partir dos governos de Getúlio Vargas (COSTA, 2007). Esse é um período de enorme estatização das práticas de tratamento à loucura.

A partir de 1960, especialmente depois do golpe empresarial-militar de 1964, a prática psiquiátrica e, conseqüentemente, as formas de assistência à loucura passam por um processo de rápida privatização (AMARANTE, 1994; 2000; DEVERA; COSTA-ROSA, 2007; HEIDRICH, 2007; YASUI, 2010). É um momento em que a loucura, além de objeto de intervenção médica, passa a ser mercantilizada, tornando-se fonte de lucro para empresários da rede hospitalar privada. Heidrich (2007) demonstra que o próprio governo militar investiu dinheiro público para a ampliação da rede de Hospitais privados, que viriam a ser posteriormente contratados pelo Estado⁹ (p. 90-2). Assim, cria-se o que ficou conhecido como a “indústria da loucura”, cujo maior representante corporativo foi a já mencionada Federação Brasileira de Hospitais (FBH) (AMARANTE, 2000).

Em 1966 o governo militar modifica as políticas de previdência social, que incluíam a Saúde Pública, criando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Faz isso ao unificar os Institutos de Aposentadorias e Pensão (IAPs) (AMARANTE, 1994). Esse órgão passa então a financiar os hospitais psiquiátricos privados para fazer deles o espaço quase exclusivo de assistência para a loucura, chegando-se “ao ponto de a Previdência Social destinar 97% do total de recursos da saúde mental para as

⁹ Yasui (2010), citando texto de Luiz Cerqueira, apresenta dados bastante ilustrativos neste sentido: “(...) em 1941, havia 3.034 leitos privados, enquanto, em 1978, esse número era de 78.273” (p. 33). Braga e Farinha (2018) também trazem dados sobre o período: “em 1961, havia 140 hospitais psiquiátricos, sendo 86 privados; em 1971, esse número subiu para 340, com 277 hospitais privados; em 1981, só na rede privada eram 425 hospitais” (p. 370).

internações na rede hospitalar” (ibidem, p. 80). Cria-se, de fato, uma grande estrutura estatal que possuía, dentre as suas funções, a de financiar a expansão e a manutenção de um custoso e ineficiente parque hospitalar privado.

Esse era o cenário em que se encontrava a Saúde Mental no Brasil no final da década de 1970, quando tem início, de forma mais contundente, o processo que ficou conhecido como a Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb) (AMARANTE, 2000). Trata-se de um processo social complexo (AMARANTE, 2007; YASUI, 2010), entendido como um conjunto de eventos e conflitos que se desdobram no tempo, com continuidades e rupturas, e que envolvem uma série de atores sociais e múltiplas dimensões da sociedade. Nesse caso, um processo social complexo de críticas, denúncias, questionamentos e proposições de alternativas para superar o modelo psiquiátrico manicomial, que imperava de forma praticamente monopólica na assistência à loucura na época. E não menos importante, um processo inserido em um contexto mais amplo de contestação à Ditadura Militar e tudo que ela representava, em estreita ligação com outros movimentos populares e lutas democráticas que tomaram o país no período de derrocada desse regime político.

Esse processo também possui as suas influências externas. A partir da última metade da década de 1940 e mais flagrantemente nas duas décadas seguintes, a psiquiatria começou a ser questionada em vários países da Europa (AMARANTE, 2000; COSTA-ROSA, 2013a). Entre as diversas tentativas de reformar a psiquiatria nesse período, evidenciam-se as Comunidades Terapêuticas, a Psicoterapia Institucional, a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva e a Psiquiatria Setorial. Entre as propostas que pretendiam ir além da reforma no paradigma psiquiátrico e da mera desospitalização, merecem destaque a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática (ibidem). Todas elas influenciaram, em maior ou menor grau, o processo da RPb. Entretanto, os modelos reformistas, especialmente o Comunitário, tornam-se alvo de críticas no contexto brasileiro (COSTA-ROSA, 1987; BIRMAN; COSTA, 1994). Assim, dentre todas as influências estrangeiras que inicialmente impulsionaram o processo reformador brasileiro, a Psiquiatria Democrática italiana, cuja referência maior é Franco Basaglia, torna-se a predominante (AMARANTE, 2000).

Podemos localizar os primeiros marcos históricos da RPb ainda na década de 1960, em plena Ditadura Militar (COSTA-ROSA, 1987; DEVERA; COSTA-ROSA, 2007). Para esses autores, o primeiro passo em direção à reformulação do modelo

psiquiátrico e hospitalocêntrico foi dado em 1967, em um encontro de pesquisadores e profissionais de Saúde Mental na capital do Rio Grande do Sul, em que um documento chamado *Ata de Porto Alegre* indicou pela primeira vez a necessidade da criação de uma rede extra-hospitalar. No ano seguinte, na I Conferência de Saúde Mental das Américas, realizada no Texas, a participação de brasileiros garantiu a ratificação da *Ata de Porto Alegre*. Ali também é consolidada a influência da Psiquiatria Comunitária estadunidense nesse primeiro momento da RPb, posteriormente criticada por autores como Costa-Rosa (1987) e Birman e Costa (1994).

Ainda nessa década, podemos começar a situar a experiência mineira, outra precursora do que viria a ser conhecido como RPb. Ainda no começo do século, em 1903, é fundado no Estado o Hospital Colônia de Barbacena, que já começa a apresentar superlotação logo em seus primeiros anos. Algumas décadas mais tarde, em 1924, é fundado o Instituto Raul Soares, o primeiro Hospital Psiquiátrico de Belo Horizonte (GOULART; DURÃES, 2010). Ambos protagonizaram alguns dos episódios mais deploráveis da história manicomial brasileira, conforme atestam trabalhos hoje amplamente conhecidos, como *Nos Porões da Loucura*, de Hiram Firmino (1982), em que é apresentada uma estimativa de mais de 60 mil mortos no Hospital de Barbacena, e *Holocausto Brasileiro*, de Daniela Arbex (2013), uma reportagem que mostra com brutal crueza os abusos e violências sofridas pelos internos dessas instituições. Goulart e Durães (op. cit.) afirmam que o Instituto Raul Soares por muitas décadas se “notabilizaria como exemplo de degradação humana” (p. 114).

Todavia, esses espaços também se notabilizariam como palco de tentativas pioneiras de reformas. Em 1963 é criado, como anexo ao Instituto, o Ambulatório Roberto Resende, em um primeiro momento apenas como espaço de triagem do Hospital. Mas em 1968 o Ambulatório passa por uma mudança drástica, deixando de ser mero espaço de encaminhamento para se tornar local de produção de cuidado e Atenção, ao começar a ofertar também atendimentos clínicos e outros serviços que dispensam o dispositivo hospitalar (GOULART; DURÃES, 2010). Isso foi possível por conta da influência de jovens psiquiatras do recém instaurado serviço de Residência em Psiquiatria do Estado de Minas Gerais, inaugurado em 1968 e transferido para o Instituto Raul Soares em 1971, onde os residentes possuíam formação em Psiquiatria Social, psicanálise, Psiquiatria Institucional e em tantas outras correntes teóricas que exerceriam influência sobre a RPb (ibidem).

Evidentemente, esses novos profissionais e suas influências – em grande medida antagônicas com o que havia de instituído até aquele momento – geraram inúmeros conflitos em âmbito institucional, sendo que os anos seguintes foram marcados pela alternância entre mudanças, continuidades e retrocessos. O caso mais evidente de conflito talvez seja o episódio da “crise do eletrochoque”, quando residentes se recusaram a aplicar o tratamento eletroconvulsivo nos pacientes do Instituto, causando enorme mal-estar na instituição, uma vez que perturbou o modo como vinha funcionando havia muito tempo (GOULART; DURÃES, 2010). Essas iniciativas encontraram uma brecha em que puderam se manifestar de forma mais autônoma apenas com o início das “Ações Integradas de Saúde” – que se caracterizaram por uma abertura democrática na gestão dos serviços de Saúde Mental para a participação de indivíduos que defendiam posições reformadoras e para alguma aplicação prática de suas ideias –, que duraria como política de governo no Estado de Minas Gerais entre os anos de 1978 e 1982, mesmo período que vigorou no Estado de São Paulo (VASCONCELOS, 2008). Durante as décadas de 1970 e 1980, ambos os Estados acompanhariam o Rio de Janeiro como focos da Reforma Psiquiátrica¹⁰.

Em 1970 é realizado em São Paulo o I Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em que a tendência comunitária e o chamado para a construção de uma rede extra-hospitalar são reforçados mais uma vez, conforme pode ser observado em trechos do relatório do Congresso, que enfatiza ser

(...) IMPERATIVO A REFORMULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PREVIDENCIÁRIA, uma vez que o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) está em posição privilegiada para desencadear processo renovador. Por ser o maior comprador de serviços, tem plenas condições de corrigir as distorções da assistência psiquiátrica brasileira (LOPES, 1982, p. 36 apud COSTA-ROSA, 1987, p. 158).

Entre 1973 e 1974, o Ministério da Saúde começa a implementar algumas pequenas reformas em alguns Hospitais Psiquiátricos e lança um “Manual para Assistência Psiquiátrica” sintonizado com as propostas da psiquiatria comunitária (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007, p. 65). Entretanto, em 1975, com a mudança na composição do Ministério, as transformações que apontavam para um processo reformador são revogadas e o modelo anterior é reafirmado. A principal figura neste

¹⁰ O trabalho já citado de Vasconcelos (2008) oferece uma periodização sistemática do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira desde os seus primórdios até o momento de redação do livro, destacando os acontecimentos relevantes nesses três Estados: São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro. Eventualmente, é citado algum episódio que se deu no Rio Grande do Sul. Essa periodização foi complementada em seu livro mais recente (VASCONCELOS, 2016).

momento é a de Luis da Rocha Cerqueira, psiquiatra alagoano que viria a dar o nome ao primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do país. Os autores em que estamos nos respaldando comentam também que Luiz Cerqueira não deixou de lutar por reformas na política brasileira durante todo o período de inflexão de que acabamos de falar.

Mas o episódio que deu maior impulso e visibilidade para a RPb foi a chamada crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), órgão do INPS que administrava os recursos destinados à Saúde Mental (AMARANTE, 2000). O modelo de financiamento do setor privado havia contribuído para criar uma grande crise financeira no órgão e em toda a previdência social, que se tornaria visível no início da década de 1980 (AMARANTE, 1994; 2018; LOUGON, 2006). Assim, a contratação de bolsistas para atender as demandas, feita já no final dos anos 1970, foi uma tentativa de driblar a crise (AMARANTE, 2000). Foram três desses médicos bolsistas que denunciaram as condições precárias de trabalho, bem como a situação de violência e indignidade a que eram submetidos os internos dos Hospitais Psiquiátricos (ibidem). A denúncia repercute e mobiliza uma série de atores – sindicatos médicos, o Movimento de Renovação Médica (REME), núcleos estaduais de Saúde Mental do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), entre outros –, que acabam construindo uma greve em quatro unidades do DINSAM, deflagrada em abril de 1978, e que foi punida com a demissão de 260 bolsistas e profissionais contratos (ibidem, p. 52).

A partir desse episódio é criado o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que se configurou como o principal ator em favor da RPb durante a década de 1980 (AMARANTE, 2000). Esse movimento protagonizou uma série de episódios marcantes do processo de reforma, tanto em contexto institucional, quanto fora dele. Ainda em 1978, é realizado o 5º Congresso brasileiro de Psiquiatria, que se torna o primeiro espaço de encontro e articulação do MTSM. Também marca a formação de uma “frente ampla” – composta até mesmo pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), considerada conservadora na época – contra as políticas manicomiais e o regime ditatorial (ibidem, p. 53-4). Em seguida, ainda no mesmo ano, é realizado o 1º Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, que trouxe ao Brasil

figuras proeminentes como Félix Guattari, Robert Castel, Franco Basaglia e Erving Goffman¹¹. Foram nomes que influenciaram e impulsionaram os atores locais da RPb.

Em 1979, é realizado o 1º Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, em São Paulo, em que o MTSM se consolida como defensor de mudanças radicais nas políticas públicas de Saúde Mental, no sentido da superação do paradigma psiquiátrico, mas também como movimento que se insere nos amplos setores democráticos que exigiam o fim do regime ditatorial no Brasil (AMARANTE, 2000). Em seguida, acontecem diversos encontros regionais e, em 1980, é realizado na Bahia o 2º Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, que marca o distanciamento entre o MTSM e a ABP (ibidem, p. 56).

Entre o final dos anos 1970 e o início dos 1980, na tentativa de driblar tanto as críticas às políticas de Saúde Mental, quanto a crise financeira da previdência social, o governo militar lança os planos de cogestão, que pretendiam dinamizar a administração dos hospitais da DINSAM (AMARANTE, 2000, p. 59-60), bem como o Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) (ibidem, p. 66). Ambos, de um modo ou de outro, possibilitaram um processo de relativa abertura a diversos atores da sociedade civil, inclusive militantes do MTSM, na gestão dos serviços públicos Saúde Mental. Embora esse processo sinalize um avanço na RPb, ele também provocou uma divisão dentro do MTSM, que desse momento em diante passou a conviver com dois grupos em seu interior: o daqueles que defendiam a atuação dentro dos mecanismos do Estado, para promover as mudanças almejadas pela RPb “por dentro”, e o grupo dos que defendiam uma atuação por fora do aparelho estatal, orientando-se pelas organizações de base de trabalhadores e usuários (ibidem, p. 68).

Costa-Rosa (2013a) coloca ainda outra divisão dentro do MTSM e da RPb, semelhante a primeira, mas relativa aos objetivos mais amplos desses movimentos, mais do que às suas táticas imediatas. Trata-se da divisão entre as propostas de simples reforma do modelo manicomial, e outras mais radicalizadas, que postulam uma superação radical do velho modelo de produção de assistência ao sofrimento e crise psíquica (p. 13). Dentro destes últimos, o autor situa o Movimento da Luta

¹¹ A informação foi retirada de uma entrevista dada pelo psicólogo e analista institucional Gregório Barembliitt ao professor Paulo Amarante em seu canal no Youtube, como parte do projeto “Memória da Reforma Psiquiátrica no Brasil”, em que são reunidos depoimentos de uma série de pessoas que tiveram um papel relevante no processo da Reforma. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ilMTTqFmTW8>.

Antimanicomial, criado em 1987 no 2º Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, realizado em Bauru, interior de São Paulo (AMARANTE, 2000; 2018); e os defensores das práticas que podem ser descritas como estratégia da Atenção Psicossocial (YASUI; COSTA-ROSA, 2008).

Em 1984, no contexto do governo estadual de Franco Montoro em São Paulo¹², são realizadas as primeiras iniciativas de políticas públicas para Saúde Mental distintas do Hospital Psiquiátrico: os “Ambulatórios de Saúde Mental” e as “equipes mínimas de Saúde Mental na Atenção Básica” (COSTA-ROSA, 2013a, p. 14). Em 1986 acontece a famosa 8ª Conferência Nacional de Saúde, considerada um dos pontos altos da Reforma Sanitária (RS) e um marco de mudança nos rumos das políticas públicas de Saúde em nosso país. Nesse evento, houve uma ruptura com relação às edições anteriores, na medida em que contou, pela primeira vez, com a participação mais significativa de trabalhadores, usuários e familiares, garantindo um caráter muito mais amplo do que o do tecnicismo que anteriormente o caracterizava (AMARANTE, 2000). Esse momento marca a formulação das bases e dos princípios do que viria a ser o Sistema Único de Saúde (SUS).

Os atores da RPb, que possuíam íntima relação e eram influenciados pela RS, estiveram presentes nesse importante episódio e, em 1987, mesmo com dificuldades e falta de apoio do Estado, organizaram a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (AMARANTE, 2000). Nesse mesmo ano é realizado o 2º Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, que ficou conhecido simplesmente como “Congresso de Bauru”. São dois eventos que marcam um novo momento da RPb, em que perspectiva radical da desinstitucionalização assume definitivamente o primeiro plano (ibidem). É um momento em que a influência decisiva da perspectiva basagliana já está consolidada no interior do movimento pela reforma.

Ainda no ano de 1987, é criado na cidade de São Paulo o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), chamado de “Professor Luis da Rocha Cerqueira”, também conhecido como CAPS Itapeva, por estar localizado em uma rua com este nome (AMARANTE, 2000; YASUI, 2010; COSTA-ROSA, 2013a). Costa-Rosa (2013a) também destaca a experiência dos Núcleos de Atenção Psicossocial na cidade

¹² Franco Montoro foi eleito governador de São Paulo em 1982, ainda durante a Ditadura Militar, na primeira eleição direta para o executivo estadual desde 1965. É significativo que a primeira iniciativa de política pública alternativa ao Hospital Psiquiátrico tenha se dado no contexto de um governo democraticamente eleito.

de Santos, litoral de São Paulo, que foi efetivamente capaz de substituir toda a rede hospitalar psiquiátrica da cidade, que chegou a ser completamente fechada (p. 16). Ambas as experiências se consolidaram como modelos de serviços substitutivos ao Hospital Psiquiátrico em todas as suas manifestações, servindo de influência para outras iniciativas de desinstitucionalização pelo país. Elas foram oficializadas como políticas públicas com a Portaria/SNAS nº 224, de 1992, decisão atualizada com a Portaria nº 336 de 2002 (YASUI, 2010).

A segunda Conferência Nacional de Saúde Mental acontece em Brasília, em dezembro de 1992. De acordo com Amarante (2000), os dados do Ministério da Saúde afirmam que aproximadamente vinte mil pessoas participaram da Conferência. Os temas discutidos foram organizados em três eixos temáticos: crise, democracia e Reforma Psiquiátrica; modelos de atenção em Saúde Mental; e direitos e cidadania (YASUI, 2010). Esses eixos temáticos revelam mais uma vez a sintonia do movimento da Reforma com a conjuntura política nacional – essa Conferência aconteceu durante o processo de impeachment de Collor, ainda em um clima de recente abertura democrática e de grande instabilidade institucional.

Entre 1992 e 1995, Vasconcelos (2008) situa a ascensão das associações de familiares de usuários como atores centrais do processo de reforma, em íntima ligação com as Conferências Nacionais e com o surgimento dos serviços substitutivos (p. 35). Em 1993, é lançada a *carta de direitos e deveres dos usuários e familiares de serviços de saúde mental*, no contexto do 3º Encontro de Entidades de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial, ocorrido em Santos (p. 36). Ainda que esse seja o período em que se consolidou o protagonismo dessas associações, encontramos na bibliografia a indicação de algumas experiências precursoras: Amarante (2000) enfatiza a criação da Sociedade de Serviços Gerais para Integração Social pelo Trabalho (SOSINTRA), no Rio de Janeiro, ainda em 1979, sendo que esta já assumira grande relevância por ocasião da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Yasui (2010) também destaca outras associações, tais como a “Loucos pela Vida”, “Associação Franco Basaglia”, “Associação Franco Rotelli”, “SOS Saúde Mental”, entre outras, a maioria delas nascidas no final dos anos 1980 e ganhando crescente relevância na entrada dos anos 1990.

As iniciativas em favor da desinstitucionalização atingem seu ponto mais alto com o envio do projeto de Lei 3.657/89, em 1989, de autoria do deputado Paulo

Delgado, que propunha a extinção progressiva dos Hospitais Psiquiátricos e sua substituição por uma rede de cuidados inteiramente comunitária e ambulatorial (AMARANTE, 2000; YASUI, 2010; VASCONCELO, 2008; COSTA-ROSA, 2013a). O projeto foi batizado de *Lei Paulo Delgado*, e possuía inspiração direta da *Lei Franco Basaglia* da Itália. Mesmo antes de ser aprovada, enquanto tramitava pelo Congresso, esse projeto já influenciou no processo da Reforma, que entrava em sua fase mais marcadamente desinstitucionalizadora, fortalecendo as experiências pioneiras de implementação de serviços substitutivos ao velho modelo manicomial: “[o projeto] estimulou (...) uma mobilização em estados e municípios para a aprovação de leis com conteúdo e direção do Projeto do Deputado Paulo Delgado” (YASUI, 2010, p. 50). Ainda que tenha sido aprovado na câmara dos deputados com relativa agilidade, o projeto “completou onze anos de substitutivos e postergação no Senado” (PITTA, 2011, p. 4585). Ele foi sancionado como Lei Federal 10.216/2001 apenas em 2001, sem as suas disposições mais radicalizadas no sentido da desinstitucionalização.

Mesmo reduzido em relação ao seu conteúdo original, a aprovação dessa lei significou um importante avanço na dimensão jurídico-política da RPb. Além de estipular a necessidade de haverem equipes multidisciplinares nos Hospitais Psiquiátricos, ela também fornece uma melhor regulamentação quanto aos parâmetros mínimos em termos de respeito aos direitos e dignidade humana para o funcionamento desses estabelecimentos (BRASIL, 2001). Além disso, também coloca que a internação de curta duração como última opção de tratamento, preferencialmente em leitos de enfermarias psiquiátricas em Hospitais Gerais, e apenas após terem se esgotado todas as alternativas ambulatoriais e comunitárias (ibidem).

Em 2001, novamente em dezembro e na cidade de Brasília, é realizada a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, em grande medida impulsionada pela aprovação do substitutivo da Lei Paulo Delgado (VASCONCELOS, 2008; YASUI, 2010). Foram mais de 167 Conferências municipais prévias, bem como 173 microrregionais e 27 estaduais (ibidem). Nesse mesmo ano é implementado o *Programa de Volta para a Casa*, incentivando os antigos internos a reencontrarem seus familiares ou começarem uma nova vida de modo independente, fornecendo inclusive bolsas para auxiliar economicamente os egressos dos Hospitais no início desse processo (ibidem). Esse período marca a hegemonia das posições da Reforma no âmbito jurídico das políticas públicas: com a legislação e a administração federal orientadas pela Reforma,

os Estados e municípios também foram levados a aprovar leis e organizar serviços que fossem condizentes com o novo modelo (ibidem), mesmo que na prática isso se implemente de modo inconstante em termos de velocidade, coerência e qualidade.

Com a aprovação do substitutivo da Lei Paulo Delgado, a RPb entra em uma outra fase, em que novos desafios e objetivos táticos são colocados. Torna-se a nova prioridade do movimento a criação de uma rede de produção de Atenção ao sofrimento e crise mental que seja eficiente, territorializada, que respeite a integralidade dos sujeitos que a procuram e que possibilite o acesso universal para a população (COSTA-ROSA, 2000; BEZERRA JR. 2007; PITTA, 2011). Ou seja, houve um deslocamento da ênfase nos aspectos político-ideológicos da RPb – que incluía a denúncia ao Hospital Psiquiátrico e seu descaso à dignidade humana, bem como ao seu caráter mercadológico e suas funções de exclusão e/ou adaptação –, para uma ênfase em seus aspectos teórico-técnicos, que incluem a consolidação de novos referenciais teórico-conceituais e de alternativas técnico-assistenciais ao modelo psiquiátrico anterior.

Alguns avanços foram conquistados nesse sentido. O artigo de Campos e Furtado (2006) apresenta dados do Ministério da Saúde que ilustram a reorientação da política em direção à desospitalização. Eles demonstram que, em 1997, haviam 71 mil leitos em Hospitais Psiquiátricos, que recebiam até 94% dos recursos financeiros do SUS destinados à Saúde Mental, enquanto haviam apenas 171 CAPS, que recebiam os outros 6%. Já em 2004, haviam 516 CAPS, que recebiam 20% dos recursos, diante de 55 mil leitos, que recebiam 80%. Segundo dados mais recentes, em 2017, haviam 2462 CAPS funcionando em todo o país (BRASIL, 2017). Em 2013, os gastos com o CAPS e outras ações territoriais já somavam 79,39% dos recursos, contra 20,61% dos gastos com internações hospitalares (BRASIL, 2015).

Para além desses aspectos puramente quantitativos, podemos dizer que esse período da RPb e todo o seu acúmulo anterior também trouxeram uma série de avanços qualitativos na produção de Atenção à Saúde Mental: os serviços criados não consideram mais o usuário como um louco a ser pura e simplesmente curado de uma suposta doença; as relações nas instituições já não são mais tão rigorosamente hierarquizadas em sentido vertical e centradas na figura do médico psiquiatra; o espaço institucional não pode mais ser considerado como simples depósito de pessoas indesejadas e de enclausuramento; e a ética que orienta as práticas já não é mais voltada unicamente para a exclusão ou readaptação dos indivíduos. Essas características que

buscam enfatizar a mudança *qualitativa* nas instituições produtoras de Atenção à Saúde Mental foram descritas e teorizadas por Costa-Rosa (2000; 2013) e serão abordadas na próxima seção. Ainda que essas mudanças *tendencias* nas instituições de Saúde Mental nunca tenham se concretizado plenamente na realidade cotidiana dos serviços, podendo ser encontradas variações, oscilações e retrocessos, elas não deixam de guardar em si uma enorme potência de subversão em relação ao velho modelo, podendo ser caracterizadas como importantes ganhos (não consolidados) do processo de Reforma e desinstitucionalização.

Antes de prosseguirmos, iremos abordar os principais impasses desse processo. Entre os desafios e dificuldades que se colocam diante dos novos objetivos da RPb, podemos citar a dimensão continental e a diversidade sociocultural do país; a ausência de políticas de formação de trabalhadores para a Atenção Psicossocial; o financiamento insuficiente para a consolidação dos estabelecimentos substitutivos e as várias formas de persistência do velho modelo (LOUGON, 2006; BEZERRA JR. 2007; PITTA, 2011). Alguns autores também observam que, enquanto os processos de reforma e diminuição de leitos psiquiátricos na Europa e nos Estados Unidos começaram na década de 1950, em um período de plena expansão econômica e consolidação de Estados de bem-estar social, o processo brasileiro teve início cerca de duas décadas depois, em um momento de profunda crise econômica e consolidação do pensamento neoliberal entre economistas e governantes brasileiros (LOUGON, 2006; YASUI, 2010; GOTO, 2018). Vasconcelos (2016) aponta que tal crise se abrandou durante os anos 1990 e que a década de 2000 foi de relativa expansão dos serviços substitutivos. Entretanto, já nos primeiros anos da década seguinte, a situação de crise econômica e a tendência ao fortalecimento da hegemonia neoliberal estava reposta. Por fim, Costa-Rosa (2013b) insere ainda neste rol de dificuldades, a persistente presença da Psiquiatria DSM nos próprios estabelecimentos que se apresentam como substitutivos.

Ainda que muitos avanços tenham sido conquistados, é evidente que existe um longo caminho a ser percorrido até a superação completa do velho modelo psiquiátrico. Além disso, atualmente vivemos incontestáveis perigos de retrocessos naquilo que já foi conquistado por meio da luta da RPb. Portanto, mais do que nunca, é importante perseverar nas disposições mais radicalizadas desse amplo movimento que acabamos de historicizar. Nesse sentido, uma análise paradigmática das instituições produtoras de

atenção à Saúde Mental pode ajudar a nos guiar enquanto insistimos em levar a RPb aos seus limites.

4 – Para além da Reforma Psiquiátrica: as lutas paradigmáticas

Neste ponto, buscaremos demonstrar que as transformações operadas nas formas de produzir Atenção em Saúde Mental pela RPb se configuram como uma transição paradigmática (COSTA-ROSA, 2000; 2013; COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003). Ou seja, elas apontam para a superação radical, ainda em processo de concretização, dos parâmetros gerais que balizam as práticas em Saúde Mental. Práticas que são eminentemente psiquiátricas, abrindo pouco ou nenhum espaço para outras disciplinas. Além disso, trata-se de um modelo cujo *locus* fundamental é o Hospital Psiquiátrico, ou qualquer outro espaço que cumpra seu papel de isolamento e estigmatização. São também práticas medicalizadoras, portanto, baseadas na resposta farmacológica *a priori* e exclusiva na maioria dos casos. Por isso, o que vínhamos chamando simplesmente como “modelo psiquiátrico” ou “velho modelo”, recebe a conceituação mais precisa de Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) (COSTA-ROSA, 2013c; 2013d). O seu antípoda, o Paradigma Psicossocial (PPS), é aquele que apenas começou a ser estruturado na *práxis* dos trabalhadores, usuários, familiares e demais atores que construíram e ainda constroem cotidianamente a RPb.

Também buscaremos demonstrar como o PPHM se harmoniza com as legalidades próprias do Modo Capitalista de Produção (MCP), enquanto o PPS apontaria para os pressupostos de Modos Cooperados de Produção (MCOP) (COSTA-ROSA, 2013c). Para tanto, explicitaremos a análise paradigmática a partir dos quatro parâmetros elencados como estruturantes da produção de Atenção em Saúde Mental. São eles: a concepção de “objeto” e os meios de trabalho; as formas de organização institucional e das relações intra e interinstitucionais; as modalidades de ofertas e de relações com a clientela e o território; e os efeitos ético-políticos em termos de resultados produtivos. Explicitaremos brevemente cada um desses parâmetros. Além disso, também será pertinente abordarmos os conceitos de instituição e de paradigma, fundamentais na presente discussão. Por fim, traremos um breve panorama dos recentes retrocessos – assim considerados com base nos critérios paradigmáticos que serão apresentados – no âmbito das políticas de Saúde Mental em nosso país, por meio de

comentários sobre a Nota Técnica nº 11/2019 do Ministério da Saúde, documento que aborda as modificações recentes nas políticas para a Saúde Mental.

Apesar do termo *reforma* suscitar algumas desconfiâncias, dada sua carga semântica e memória discursiva, entendemos que a RPb, em diversos momentos, caminhou em direção de mudanças muito mais radicais do que meras remodelações do PPHM. É nesse sentido que a reivindicamos. Não obstante, é preciso reconhecer que desde que ela se institucionalizou como política pública, existe o perigo de se tornar cada vez menos subversiva, de estacionar no meio do caminho e mesmo de conciliar com versões mais “suavizadas” – ou mesmo dissimuladas – daquilo que propunha combater. Além disso, como tentaremos demonstrar mais adiante neste ensaio, hoje estamos diante da ameaça de retrocessos no campo da Saúde Mental. Por isso, mais do que nunca, entendemos como necessário defendermos as expressões mais radicalizadas que surgiram na RPb, como o movimento da Luta Antimanicomial, a Estratégia da Atenção Psicossocial e o horizonte da desinstitucionalização. Tudo para que esse processo de transição se concretize em uma verdadeira revolução paradigmática.

4.1 – O conceito de instituição

Para avançarmos, é necessário primeiro especificarmos o conceito de instituição que utilizaremos. Afirmamos imediatamente que nos apoiaremos nas definições fornecidas pela Análise Institucional (AI), em especial a de Lourau (1975; 1993; 2004), com o apoio de autores que comentaram, praticaram e fizeram avançar esse campo (LUZ, 1979; COSTA-ROSA, 1987; 2000; 2013; BAREMBLITT, 2002). Entendemos que se trata de um referencial teórico que se conforma com o nosso, na medida em que inclui, entre seus principais pressupostos, a psicanálise e o materialismo histórico (LOURAU, 1993). Além disso, trata-se de um referencial já utilizado em outros momentos para se elaborar teoricamente sobre as transformações nas instituições de Saúde Mental no Brasil (COSTA-ROSA, 1987; 2000; 2013).

Começaremos com a afirmação de Lourau (2004) de que a Análise Institucional é um campo que trata de crises (p. 122). A pergunta que fica não respondida explicitamente pelo autor é: quais crises? Evidentemente, as crises das instituições. A dimensão da crise é fundamental porque nesse campo, como também afirma Lourau (1993), as instituições estão em constante transformação, nunca em completa paralisia e estagnação. Ele afirma que “tomamos as instituições como dinamismo, movimento; jamais como imobilismo” (p. 11). Mesmo aquele aspecto da instituição que tende à

crystalização e à permanência não pode ser absolutizado e só consegue se impor parcialmente mediante “um jogo de forças extremamente violento” (ibidem, p. 12). Assim, nesse mesmo texto, o autor afirma que as instituições não podem ser reduzidas às estruturas arquitetônicas ou quaisquer formações materiais ou jurídicas que podem ser visualizadas. Elas incluem um necessário conflito de forças entre uma tendência de transformação e outra de conservação.

Inicialmente, diremos que as instituições são um conjunto de lógicas expressas em saberes e práticas que buscam o controle e a ordenação da atividade humana (BAREMBLITT, 2002). Esses saberes e práticas, portanto, possuem uma função: a de *regular* as práticas sociais. Além disso, elas estão sempre articuladas “por um discurso de tipo ideológico (lacunar)” (COSTA-ROSA, 2000, p. 145). São esses discursos que inserem as instituições dentro de uma lógica e a fazem adquirir um sentido que, ao menos em sua parte manifesta, pode ser imediatamente apreendido nos enunciados oficiais das instituições.

O que não pode ser imediatamente apreendido, mas apenas mediante um trabalho de análise, é o que permanece lacunar no discurso manifesto da instituição. Trata-se de uma lacuna que, em geral, refere-se ao ocultamento de uma divisão social que se encontra no próprio cerne da sociedade que fundou cada uma das instituições. Essa divisão, por sua vez, corresponde nas sociedades capitalistas à própria contradição fundamental anunciada por Marx, ou seja, aquela que existe entre trabalhadores e detentores dos meios de produção¹³. É uma divisão que ao mesmo tempo em que estrutura a sociedade, funciona também como seu ponto de inconsistência, como impossibilidade de sua completude. É exatamente essa inconsistência que permanece lacunar (negada, censurada) no discurso oficial das instituições; também são os seus eventuais efeitos desagregadores que as regulações institucionais buscam neutralizar. De certo modo, podemos dizer que as instituições são forças reguladoras criadas por uma determinada sociedade para tentar tamponar sua própria falta ou negar sua própria inconsistência. São inércias lógicas instituídas para (tentar) manter as coisas estáticas e harmônicas.

¹³ No caso das instituições de Saúde Mental, existe uma outra divisão que é constantemente ocultada pelas lacunas nos discursos próprios do PPHM: a divisão subjetiva (\$), que marca a singularidade dos sujeitos e que é negada pelas concepções organicistas, psicologizantes e sociologizantes encontradas nesse paradigma.

Ao colocar nesses termos, entretanto, ainda temos uma conceituação insuficiente das instituições. Contudo, temos que complementar dizendo que os seus saberes e práticas, para cumprirem sua função de regulação, devem se materializar de diversas formas no tecido social (BAREMBLITT, 2002). Assim, elas se materializam em organizações, estabelecimentos, equipamentos, leis e outras peças jurídicas e até mesmo em hábitos e padrões de comportamento (ibidem). Os estabelecimentos são as formas arquitetônicas assumidas pelas instituições. As organizações são as formas de estruturação e as modalidades de relacionamento que conformam uma instituição, podendo compreender diversos estabelecimentos – elas podem ser visualizadas pelos organogramas institucionais. Já os equipamentos são as formas técnicas de intervenção criadas e disponíveis na instituição, sendo que podem haver diversos equipamentos dentro de um mesmo estabelecimento (ibidem). Para utilizarmos um exemplo de nosso campo e nos valendo da historicização que fizemos da RPb, podemos considerar o Hospital Psiquiátrico, enquanto uma lógica psiquiátrico-hospitalocêntrica, como uma instituição, que também se materializa em peças jurídicas e hábitos sociais. As associações amplas que representavam o complexo hospitalar, como a Federação Brasileira dos Hospitais, podem ser entendidas como organizações. Cada um dos hospitais, tomados isoladamente, podem ser considerados estabelecimentos. Ao passo que a prática medicalizadora pode ser caracterizada como um equipamento.

Por meio dessas formações materiais, as instituições se concretizam como agenciadores *necessários*, não-contingentes das pulsações advindas da Demanda Social – sendo esta última conceituada como “hiância em sentido amplo; conjunto das pulsações produzido pelo antagonismo das forças em jogo no espaço socioeconômico e cultural” (COSTA-ROSA, 2013c, p. 39). Isso significa que as instituições são forças instituídas e materializadas pela sociedade para fins de metabolizar os efeitos, em termos de demanda, de sua própria inconsistência. Dizendo ainda de outro modo, podemos afirmar que é justamente pelo fato de não haver harmonia e consistência completa no campo do social, por existir uma hiância causada por uma divisão estrutural, que as pessoas são impulsionadas a demandarem sempre mais.

Essa demanda pode tanto ser atendida por uma produção criativa, quanto ser tamponada por outra serializada e disciplinadora. É por isso que devemos conceber as instituições também como dispositivos *produtores* de respostas a recortes específicos da Demanda Social (COSTA-ROSA, 2013c; 2013d). Em linhas gerais, no caso das

instituições de Saúde Mental, o recorte feito exige delas a produção de saúde – que nesse caso deve ser considerado de modo indissociável da produção de subjetividade (ibidem). É isso que nos autoriza a falar da produção específica dessas instituições como produção de saúdesubjetividade, neologismo criado por Costa-Rosa (ibidem) para conceituar esse “produto” particular das instituições de Saúde Mental. Ao analisar tais instituições, o autor afirma que essa produção pode se dar de duas formas básicas: saúdesubjetividade serializada ou singularizada, sendo a primeira ainda a hegemônica (ibidem).

A tendência presente nas instituições à produção daquilo que é serializante, disciplinador e regulador da existência humana é causada pelo próprio jogo de forças sociais que as fundou. Ou seja, elas possuem a tendência de atuar em favor das forças socialmente hegemônicas, pendendo para a manutenção daquilo que já está dado. Porém, não se trata de uma tendência absoluta. As forças do polo socialmente dominado também se expressam nas instituições, desejosas de transformações. Assim, as instituições e seus discursos oficiais expressam “cristalização de visões e interesses diversos (às vezes divergentes), presentes no contexto social em que se origina[m] (...), onde o interesse hegemônico busca articular certos ‘meios’ visando um conjunto de ‘fins’ necessariamente sociais” (COSTA-ROSA, 2000, p. 145).

O aspecto conservador das instituições, referente ao polo social dominante, é chamado pela AI de instituído – é o resultado do processo de institucionalização e aquilo que tende ao imobilismo. Ao passo que o aspecto transformador, relativo ao polo social dominado, é chamado de instituinte, entendido como uma vocação sempre reiterada para a transformação, a despeito das tentativas de impedi-la (LOURAU, 1975). Assim, uma instituição é sempre conformada por um processo de institucionalização, um resultado instituído e uma vocação instituinte (LOURAU, 1975; BAREMBLITT, 2002).

Mas não podemos compreender as instituições como instrumentos unilaterais e infalíveis de regulação, como a própria dimensão instituinte nos permite entrever (LOURAU, 1975; 1993). Na medida em que expressam “as cristalizações de visões e interesses diversos (às vezes divergentes), presentes no contexto social em que se origina” (COSTA-ROSA, 2000, p. 145), as instituições também se configuram como “palco de lutas sociais” (LUZ, 1979). Em termos marxistas, elas são palco das lutas de

classes¹⁴. Mais especificamente, funcionam como a arena em que acontece uma das muitas formas de manifestação das lutas de classes; onde cada uma das classes e grupos sociais se confrontam para tentar impor suas visões e interesses em determinadas formações da sociedade. São esses embates que podem “imprimir à instituição como um todo, ou a setores de suas práticas, uma outra fisionomia, uma outra direção; podendo até chegar a uma mudança radical na essência de sua práxis” (COSTA-ROSA, op. cit., p. 146). Quando essa transformação altera radicalmente os fundamentos da instituição, produzindo uma ruptura maior do que uma simples reforma, podemos afirmar que ela passou por uma revolução paradigmática.

4.2 – O conceito de paradigma

Partiremos da conceituação sobre os paradigmas em ciência feita por Kuhn (1978), que os considera como conjuntos coerentes de pressupostos, técnicas, métodos e teorias que atingem um elevado grau de consenso em uma determinada comunidade científica. São os princípios compartilhados que balizam as práticas e os encaminhamentos científicos em um tempo histórico específico. O autor defende que os paradigmas, após momentos de crise, se alternam em fases no decorrer tempo, em processos que chamou de revoluções paradigmáticas (ibidem). Assim, um paradigma sucede o outro, em um processo de superação progressiva e constante. Também é por conta dessa formação de consenso, reconhecida por sua eficácia por uma comunidade de pessoas autorizadas, que o paradigma científico pode se distinguir do senso-comum ou de qualquer outra forma de pensamento não-científico (ibidem).

Costa-Rosa (2013d) observa as teorizações de Kuhn e as assume como ponto de partida. Em seguida, o autor também inclui as contribuições de Santos (2000), que defende a ideia de que passamos atualmente por um momento de transição paradigmática sociocultural com relação ao nosso modo de conceber e organizar nossa experiência no mundo – a transição de um paradigma da razão moderna, para outro que denomina provisoriamente como razão pós-moderna, que coexistem atualmente em relação de tensão mais ou menos explícita (p. 49). Não entraremos nos termos dessa

¹⁴ Aqui existe uma nítida semelhança com a teoria da ideologia de Althusser (1996). Esse autor colocará que a ideologia tem sua existência necessariamente materializada em “instituições distintas e especializadas” (p. 114), além de possuir a função de regular e adaptar os sujeitos às legalidades sociais. Do mesmo modo, ele também dirá que essas instituições, que chamará de Aparelhos Ideológicos de Estado (AIEs), não podem ser consideradas “apenas o *alvo*, mas também o *lugar* da luta de classes” (ibidem, p. 117). Essas semelhanças existem apesar do aparente desprezo que Lourau (1993) parece nutrir pela teoria althusseriana. Para maiores detalhes sobre a teoria althusseriana da ideologia, ver o ensaio 2 desta dissertação.

discussão, apenas destacaremos as noções de coexistência e de transição paradigmática, sendo que esta última pode ser compreendida como “uma luta prolongada pela hegemonia de um paradigma sobre os demais” (COSTA-ROSA, op. cit., p. 76), uma vez que elas são incluídas na conceituação que Costa-Rosa faz da transição paradigmática nas instituições públicas de Saúde Mental em nosso país.

Outro aspecto que merece destaque sobre esse conceito é a sua ligação com a prática. Na medida em que Kuhn (1978) falava de pressupostos consensualmente aceitos pela comunidade científica, fica patente a vocação do paradigma para orientar as práticas em um campo específico. De acordo com Costa-Rosa (2013d), Pain e Almeida Filho (2000) foram os responsáveis por trazer esse conceito para o campo da Saúde Coletiva e enfatizarem ainda mais seu caráter de referencial para a ação prática. Entretanto, Costa-Rosa (op. cit.) dá mais um passo ao afirmar que os paradigmas ultrapassam o âmbito da prática, alcançando o estatuto de orientador da *práxis*, que inclui a teoria e prática, bem como a articulação de ambas (p. 78).

O autor também considera importante diferenciar, em uma análise paradigmática, aquilo que é de fato um conjunto paradigmático e o que são os elementos do conjunto, bem como diferenciá-los daquilo que chama de componentes constitutivos dos elementos do conjunto (COSTA-ROSA, 2013d, p. 77). Ou seja, os paradigmas são conjuntos articulados compostos por elementos basilares – princípios, teorias, métodos, etc. –, fundamentais ao exercício da *práxis* em um campo específico. Assim, é preciso diferenciá-los de elementos secundários, ou seja, daqueles que são apenas desdobramentos dos conjuntos paradigmáticos, ou até mesmo dos componentes que formam apenas as partes desses elementos que compõem o conjunto. Apenas os elementos básicos que formam o conjunto que é o paradigma podem ser considerados como parâmetros para uma análise paradigmática. Desse modo, veremos que a concepção do “objeto” e dos meios de intervenção sobre ele são considerados elementos fundamentais do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador, enquanto as variadas técnicas que fazem parte desse elemento, constituem seus componentes. Périco (2014; 2019) chama essa abordagem de uma análise estrutural da Saúde Mental Coletiva, na medida em que isola os princípios lógico-formais estruturantes das *práxis* encontradas nesse campo.

Ao trazer o conceito de paradigma para pensar o campo da Saúde Mental, Costa-Rosa (2013d) o definirá como “conjuntos articulados de valores e interesses que se

estratificam, criam dispositivos (leves e pesados) e podem chegar à polarização” (p. 76). Essa definição também enfatiza a íntima relação dos paradigmas com as lutas mais amplas no campo social, uma vez que os articula com os interesses de grupos e classes sociais determinados. É por isso que os paradigmas também podem ser considerados como “conjuntos *ideologicamente* articulados de valores e interesses expressos em saberes, práticas e discursos, [que] são sempre, para nós, dispositivos de luta pela hegemonia [social mais ampla]” (ibidem, p. 78) (grifo nosso). No sentido que empregamos aqui, os paradigmas são conjuntos de princípios estruturantes que coexistem dialeticamente e que balizam, sempre em relação à interesses sociais determinados, a *práxis* em um determinado campo.

Antes de avançarmos para a próxima seção, é importante destacar que entendemos a leitura paradigmática de Costa-Rosa como um mapeamento geral das tendências históricas em jogo nas instituições de Saúde Mental. Um mapeamento dos traços fundamentais dessas tendências, aqueles que funcionam de forma estruturante – determinante com relação à forma que assumem – das práticas institucionais. É também um mapeamento essencialmente teórico, isto é, que se assenta em uma leitura formal-abstrata do “objeto” estudado¹⁵ (ALTHUSSER, 1967; 1978). Em outras palavras, uma leitura que não confunde as categorias teóricas criadas no processo de produção de conhecimento com a realidade concreta e imediata que essas categorias buscam transformar e compreender. É por isso que nem todas as instituições que recebem o nome “psicossocial” estão de fato à altura desse significante da forma como ele foi elaborado na teoria em que estamos nos apoiando. Em verdade, ainda mais em um período de transição, marcado por incertezas, avanços e retrocessos que se desdobram em um processamento complexo, a tendência é que sempre encontremos *ambas as tendências, ambos os paradigmas* em cada estabelecimento concreto tomado isoladamente. Entretanto, sempre existe uma que pode ser identificada como a tendência predominante. A existência dessa formalização teórica feita em um nível maior de abstração, portanto, é importante justamente por permitir nos localizarmos melhor em uma situação concreta, para identificar as tendências em jogo em um dado estabelecimento e situar os horizontes gerais a serem buscados a partir da escolha de

¹⁵ Uma análise mais delongada sobre essa questão do objeto formal-abstrato do conhecimento, utilizando como referência justamente os textos citados de Costa-Rosa e Althusser, foi feita no ensaio 2 desta dissertação.

uma determinada posição ética e política. Com a perspectiva da luta paradigmática podemos saber melhor onde estamos e para onde desejamos ir.

4.3 – Os parâmetros paradigmáticos em Saúde Mental

A seguir exporemos os quatro parâmetros utilizados por Costa-Rosa (2000; 2003; 2013c; 2013d) para realizar sua análise estrutural dos paradigmas encontrados nas instituições de Saúde Mental. Como afirmamos, o autor identifica dois paradigmas básicos atualmente em luta nessas instituições: O Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) e o Paradigma Psicossocial (PPS). Eles são equivalentes ao que foi nomeado anteriormente como Modo Asilar e Modo Psicossocial (COSTA-ROSA, 2000; COSTA-ROSA, et al., 2003). Analisaremos cada um deles de acordo com os parâmetros já citados, começando sempre com o PPHM e seguindo com o PPS.

Atualmente, ambos os paradigmas *coexistem* em tensão dialética, formando uma unidade tensa de contrários (COSTA-ROSA, 2000). Essa coexistência, contudo, só pode ser temporária, com as contradições tendendo a se acirrar até o momento da completa expulsão de um pelo outro. Entretanto, essa luta também não é predeterminada, podendo se encaminhar tanto para a superação radical do velho paradigma, com a ruptura instituinte em favor do novo, quanto para a manutenção do velho e supressão do novo.

É a partir dessa análise que podemos dar consistência teórica para afirmação de que o processo iniciado na RPb se configura como uma transição paradigmática. Também é a partir dela que poderemos declarar a eventual concretização de uma superação paradigmática, bem como se estamos passando ou não por um momento de retrocessos. Ela nos auxilia a nos posicionarmos em nossa *práxis* no campo da Saúde Mental, de acordo com os horizontes ético-políticos em que desejamos nos inserir. Ainda assim, é importante pontuarmos que ela nasceu eminentemente para orientar a superação paradigmática em favor das forças instituintes do PPS.

4.3.1 – As concepções de “objeto” e dos “meios de intervenção”

O primeiro parâmetro se refere às concepções de “objeto” e dos “meios” de intervenção ou ferramentas disponíveis de trabalho. Nesse parâmetro se incluem tanto as formas de conceber o recorte da Demanda Social que se endereça às instituições de

Saúde Mental, quanto os referenciais teóricos e as técnicas utilizadas para abordá-lo, além das formas de organizar o trabalho no interior dessas instituições.

Em um primeiro nível de análise, diremos que o PPHM concebe como seu objeto de intervenção a doença mental, atualmente renomeada como transtorno mental. Tal mudança de significante reflete a tentativa do discurso psiquiátrico de silenciar seus conflitos teóricos internos, além de evitar a carga semântica negativa que se deu em torno do termo “doença mental”¹⁶. Entretanto, o princípio da intervenção, que busca o retorno a um estado anterior dito “normal” ou “sadio”, permanece o mesmo. Continua-se no princípio disciplinar em que um profissional especializado, no caso, o psiquiatra, atua *sobre* um objeto passivo, entendido em termos de uma disfunção, defasagem ou desadaptação. Assim, age-se no sentido da remoção de um sintoma ou de um conjunto deles, tamponando os conflitos que eles anunciam. Permanece-se no paradigma da doença-cura, em que se concebe uma sucessão simples e não-dialética entre esses dois estados (COSTA-ROSA, 2000; 2013c; 2013d; COSTA-ROSA et al., 2003).

A concepção desse objeto, em um segundo nível de análise, passa pela compreensão estritamente biológica da doença ou transtorno mental, mas também por suas variações que incluem as questões sociais e relacionais como determinações acessórias, muitas vezes chamadas de “fatores ambientais”, a exemplo do que faz o DSM-5¹⁷ (APA, 2014). Aqui, incluem-se desde concepções mais antigas, que falavam de lesões anatômicas no cérebro, até aquelas mais modernas, que defendem hipóteses sobre desequilíbrios químico-cerebrais ou anomalias genéticas. A marca comum é a proeminência dos fatores biológicos para explicar os fenômenos que caracterizam aquilo que chamam de transtorno mental, em suas diversas manifestações. Do mesmo modo, o sujeito, compreendido em sua dimensão simultaneamente psíquica e social (COSTA-ROSA, 2000; 2011; 2013), permanece constantemente excluído do escopo desse paradigma – é apenas o organismo biológico que lhe interessa em primeiro plano.

Nesse sentido, as ferramentas de trabalho atualmente instituídas apostam fundamentalmente na determinação biológica – observação especialmente válida quando pensamos nos excessos das respostas exclusivamente químico-medicamentosas. Mais do que o isolamento manicomial tradicional ou os tratamentos baseados na

¹⁶ Sobre este tema, ver o ensaio 3 desta dissertação.

¹⁷ A APA sempre adotou os números romanos para enumerar as edições do DSM, entretanto, a partir de sua quinta edição, ela começou a adotar os números arábicos.

eletroconvulsoterapia¹⁸, a resposta hegemônica é a prescrição de um medicamento (COSTA-ROSA, 2000; 2013; BASOLI, 2018). Essa afirmação é rapidamente confirmada por dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2019), que mostram que o Brasil é hoje o terceiro maior consumidor de ansiolíticos benzodiazepínicos do mundo. O mesmo documento também afirma que o consumo de antidepressivos entre os brasileiros aumentou 86% no período de 2012 a 2016. Trata-se de uma tendência medicalizadora que não se restringe ao nosso país, sendo generalizada também nos Estados Unidos e Europa (WHITAKER, 2017; ROSE, 2019).

O modo dos trabalhadores se organizarem nesse paradigma, por sua vez, corresponde às formas tipicamente encontradas no MCP, ou seja, é mediado por um detentor dos meios de trabalho e remunerador da força de trabalho e dividido em processos especializados (COSTA-ROSA, 2000; 2013c). Trata-se de uma divisão do trabalho de tipo fordista ou taylorista (COSTA-ROSA, 1987; 2013d; GOTO, 2018). É assim que o objeto próprio desse paradigma pode ser dividido, para então ser abordado em partes isoladas, como em uma linha de montagem (COSTA-ROSA, 2000). Desse modo, sem perder a centralidade da determinação biológica e da prática psiquiátrica, outros aspectos do objeto, considerados secundários, podem ser abordados por diversos profissionais dispostos em uma perspectiva disciplinar – psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e tantos outros.

O PPS, por outro lado, possui uma concepção complexa dos fenômenos que nomeia como sofrimento e crise psíquica – somem designações como doença ou transtorno mental. Além disso, ao partir de tal perspectiva, direciona-se ao sujeito que sofre, em sua constituição psíquica e em suas determinações sociais, impedindo que ele seja abstraído em favor de diagnósticos generalistas (COSTA-ROSA, 2000; 2011; 2013). Em outras palavras, busca-se considerar o sujeito em sua integralidade, bem como em sua relação com o Território, este último entendido enquanto o espaço sociocultural em que o cotidiano acontece e onde podem ser encontrados os recursos capazes de auxiliar no tipo de produção almejada por esse paradigma. Assim, a necessidade do PPS é a de rejeitar a própria noção de um “objeto” de intervenção, preferindo atuar *com os sujeitos*, ao invés de *sobre um objeto*. Por isso suas práticas não são de intervenção, mas de intercessão (ibidem, 2013).

¹⁸ Não obstante, como veremos neste mesmo ensaio, o uso da eletroconvulsoterapia não foi totalmente descartado pelos partidários do PPHM, sobretudo em suas versões modernizadas.

As ferramentas típicas desse paradigma incluem teorias e técnicas que buscam a singularização e a implicação sociocultural dos sujeitos em sofrimento, sendo que estes últimos se tornam protagonistas do processo de produção de Saúde e Atenção (COSTA-ROSA, 2000; 2013). As teorias fundamentais encontradas são a psicanálise, o materialismo histórico, a Análise Institucional, a Esquizoanálise, além das contribuições teóricas das experiências reformadoras e desinstitucionalizadoras estrangeiras (ibidem). A dimensão ético-estética também é incluída e as ferramentas baseadas em trabalhos artísticos assumem um papel fundamental. Enfim, sua organização do trabalho busca a superação da cisão operada pela divisão especialista, bem como daquela que existe entre saber e fazer¹⁹.

4.3.2 – As relações intra e interinstitucionais

O segundo parâmetro diz respeito às modalidades de relacionamento que a instituição estabelece em seu interior, as relações intrainstitucionais, bem como àquelas que estabelece com outras instituições, que lidam com outros recortes da Demanda Social, as relações interinstitucionais. Inclui o caráter das relações estabelecidas e os sentidos dos fluxos de poder decisório e organizativo, aspectos que podem ser visualizados nos organogramas ou fluxogramas das instituições.

No caso do PPHM, encontramos uma estrutura organizativa rigorosamente hierarquizada. Ou seja, os sentidos dos fluxos decisórios e de comando organizacional ficam concentrados nas mãos de proprietários, gestores e especialistas, principalmente médicos. Seu organograma é extremamente verticalizado, assumindo uma imagem piramidal, em que o poder de decisão fica concentrado no topo, deslizando até as bases da pirâmide, onde o que foi decidido nas partes de cima é apenas aplicado (COSTA-ROSA, 2000). Da mesma forma, os poderes decisórios e de organização ou coordenação encontram-se misturados, ambos concentrados nas posições mais elevadas da estrutura hierárquica (ibidem). Nesse paradigma quem decide não é quem trabalha, mas quem concebe todo o planejamento e determina o modo como ele será aplicado.

No PPS, exige-se a horizontalização do organograma institucional, com os fluxos decisórios e de coordenação sendo diluídos por todos os níveis da instituição, ficando acessíveis para todos. Portanto, as relações que se estabelecem não podem ser

¹⁹ Para uma discussão mais aprofundada sobre a divisão entre “saber” e “fazer”, ver o ensaio 2 desta dissertação.

do tipo “manda quem pode, obedece quem tem juízo”, mas relações de igualdade, diálogo, solidariedade e corresponsabilidade. As reuniões amplas de equipe, bem como assembleias gerais e de usuários são fortemente incentivadas nesse paradigma. Do mesmo modo, apoia-se as iniciativas, herdadas da Reforma Sanitária, de descentralização e municipalização dos serviços. E, acima de tudo, é priorizada a participação popular em todos os âmbitos do planejamento e da tomada de decisão sobre os rumos das políticas de Saúde Mental.

4.3.3 – Modalidades de relação com a população

Este parâmetro aborda as formas de relacionamento que a instituição estabelece com os usuários e com a população em geral, além do modo como ela se comporta diante do Território. Incluem-se aqui tanto os significantes com que a instituição se apresenta quanto as ofertas transferenciais disponíveis. Esses significantes representam o modo como a instituição se cristaliza no imaginário social, isto é, como ela tende a ser apreendida imediatamente pela população. Eles promovem um primeiro contato que modula, de antemão, aspectos das relações que serão estabelecidas na instituição. Por outro lado, as ofertas transferenciais dizem respeito ao que está efetivamente disponível na instituição enquanto modalidade de relação e produção de Atenção.

O estabelecimento típico do PPHM é o Hospital Psiquiátrico, que se apresenta ao social como “*lócu[s]* depositário” (COSTA-ROSA, 2000, p. 161). Ou seja, como espaço de depósito de pessoas consideradas “loucas”, “doentes mentais”, ou mesmo de indesejáveis de todos os tipos. Apresenta-se também como espaço de isolamento, clausura e exclusão. Ou simplesmente como espaço de relação entre loucos e sãos, doentes e sadios (ibidem) – tradição que se inicia com o próprio gesto inaugural de Pinel. Além disso, as instituições situadas nesse paradigma também podem se apresentar como espaços de tutoria ou de suprimento de carências sociais – e aqui não teríamos melhor exemplo do que o de alguns CAPS que não se orientam pelos parâmetros do PPS, como foram concebidos originalmente para ser, e que se tornam locais de suprimento de uma demanda medicamentosa, o “lugar onde se consegue a receita do remédio”.

As ofertas transferenciais dessas instituições seguem os moldes das relações que apresentamos acima. Em geral, são ofertas que confirmam os estabelecimentos como espaços de relações alienantes e desiguais. As ofertas medicamentosas, enquanto

resposta *a priori* em qualquer situação, é apenas a forma atualmente hegemônica, a qual se somam as práticas de tutela social, psicoterapias da consciência em suas diversas modalidades, além de intervenções mais agressivas, como a eletroconvulsoterapia, esta última utilizada mais raramente, mas não completamente descartadas por esse paradigma. São exatamente essas ofertas que Périco (2014) conceituou como Terapêutico-Alienantes, que visam ao “tamponamento e a capitalização do sofrimento psíquico e, com isso, a (re)adaptação ao laço social capitalista” (p. 79).

O estabelecimento que se tornou típico do PPS é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Ao menos em princípio, trata-se de um estabelecimento que se apresenta como espaço de diálogo e interlocução entre todos os envolvidos na produção da Atenção. Espaço de pactuação coletiva das estratégias de cuidado, em que não existem disparidades de poder contratual entre as pessoas. Portanto, não podem ser espaços de aprisionamento, mas de livre-trânsito de sujeitos. Além disso, existe um esforço em fundamentar uma clínica que possa atuar nesse tipo de estabelecimento, que se sintonize com os pressupostos de seu paradigma e permita configurar esses espaços também como locais de escuta (COSTA-ROSA et al., 2003; COSTA-ROSA, 2011; 2013; 2019; PÉRICO, 2014). Em suma, podemos considerá-los como locais de trabalho criativo e desalienado, de produção de implicação desejante e de protagonismo do sujeito.

As ofertas transferenciais do PPS incluem, como já citado, uma clínica que se situe na ética de singularização e que seja capaz de escutar a dimensão subjetiva inconsciente dos sujeitos que a procuram (COSTA-ROSA, 2011; PÉRICO, 2014). Essa clínica não pode e nem deve ser prioritariamente individual; com isso, os dispositivos grupais que assumem grande e ainda inaudita importância (COSTA-ROSA, 2013e). Mas também inúmeras outras modalidades de oferta são priorizadas, como oficinas terapêuticas, atividades laborais cooperativas e artísticas diversas, entre tantas outras. Além disso, não se excluem ofertas terapêuticas ou mesmo medicamentosas individuais, estas apenas são suspendidas como respostas *a priori*, sendo incentivadas apenas em situações específicas em que são consideradas pertinentes ou necessárias. Em geral, recomenda-se seu uso temporário e com a menor dosagem possível em situações pontuais de crise aguda. Sempre em conjunto com outras estratégias produtoras de Saúde e apoiadas no sujeito.

4.3.4 – Horizonte ético e resultados produtivos

O quarto e último parâmetro se refere aos horizontes éticos, compreendidos em termos de resultados produtivos das instituições. Colocando de outra maneira, trata-se de avaliar os efeitos ético-políticos daquilo que é produzido, sendo que no caso das instituições de Saúde Mental, estamos nos falando da produção de saude subjetividade. Dizendo ainda de outro modo, é aquilo que é efetivado em termos de “finalidades socioculturais amplas para o que concorrem as ações da instituição e do tratamento” (COSTA-ROSA, 2000, p. 162).

Quanto ao PPHM, um de seus efeitos produtivos principais é o tamponamento dos sintomas, em geral pela via química. Sintomas que não deixam de se deslocar para outras dimensões da existência do sujeito em sofrimento, de modo a sempre conduzir, parafraseando Lacan (2003), ao *pior*. Outros dois efeitos, que possuem íntima relação com o primeiro, são a cronificação de condições antes consideradas temporárias, como acontece atualmente com a depressão, e a iatrogenia clínica (ILLICH, 1975), a exemplo dos efeitos colaterais extremamente nocivos reconhecidamente produzidos pelos psicotrópicos (WHITAKER, 2017).

São efeitos que concorrem para a readaptação dos sujeitos às legalidades sociais da produção e do consumo de mercadorias, além de servirem para a marginalização e até mesmo exclusão definitiva do convívio social de alguns sujeitos considerados “perigosos” ou “irrecuperáveis”. Como exercício de síntese, diremos que o que é produzido nesse paradigma é um tipo específico de saúde e subjetividade, que Costa-Rosa (2013c) denominou de saude subjetividade serializada. Nesse mesmo texto, o autor também se refere a esse produto do PPHM como subjetividade capitalística, conceito tomado de Guatarri e Rolnik (1986) e que se define como um tipo de subjetivação funcional ao capitalismo, que tende a “reduzir tudo a uma tábua rasa” (p. 56) e a “individualizar o desejo”, além de instaurar “um fenômeno serialização, de identificação, que se presta a toda espécie de manipulação pelos equipamentos capitalísticos” (p. 233).

Em contrapartida, no avesso dialético do paradigma acima descrito, o PPS almeja produzir efeitos de reposicionamento subjetivo, que se traduzam em implicação subjetiva e sociocultural nas contradições que atravessam e que são atravessadas pelos sujeitos (COSTA-ROSA, 2000; 2013). O eventual desaparecimento dos sintomas e abrandamento do sofrimento psíquico, bem como a continência em casos de crises mais graves, não somem no PPS. Eles apenas deixam de constituir o objetivo principal, que

passa a ser a produção singular do sujeito que está sofrendo, fazendo desaparecer as noções de remoção sintomal e restituição de um estado anterior, tal como existem no PPHM. A aposta é de que somente os sujeitos podem protagonizar a produção de saúde e de subjetividade necessárias para superarem os impasses que os fazem sofrer (ibidem). Assim, em mais um exercício de síntese, diremos que a produção específica desse paradigma pode ser conceituada como saúdesubjetividade singularizada (COSTA-ROSA, 2013c). Trata-se da necessária produção criativa de sentidos, de formas singulares de experienciar e lidar com as injunções da realidade psíquica e social em que estamos inseridos.

4.4 – A sintonia entre o PPHM e o MCP

Como afirmamos anteriormente, Costa-Rosa (2013c) considera que o PPHM se sintoniza com o MCP, enquanto o PPS faz o mesmo com os MCOP. Essa afirmação também pode ser fundamentada a partir dos quatro parâmetros que abordamos acima, bem como nas conceituações que fizemos de instituição e paradigma. Assim, é preciso refazer parte do caminho já trilhado nas seções anteriores deste ensaio, a fim de explicitarmos melhor como se dão tais sintonias.

Relembramos que as instituições são agenciadores não-contingentes das pulsações advindas da Demanda Social, articulados por discursos de tipo ideológico (COSTA-ROSA, 2000; 2013d). Ao realizar essa articulação, são instituídos modos de produzir respostas para a demanda recortada do social, modos que correspondem a “cristalização de visões e interesses diversos (às vezes divergentes), presentes no contexto social em que se origina” (COSTA-ROSA, 2000, p. 145). Assim, ainda que existam lutas entre interesses contraditórios, as instituições tendem a se organizar de acordo com as forças hegemônicas da totalidade social, aquelas que institucionalizaram sua própria lógica em diversas formações materiais e, portanto, atuam de modo a conservar aquilo que está instituído.

É nessa dimensão do instituído que o resultado produtivo das instituições atualmente hegemônicas, em termos éticos, compete para a readaptação do sujeito à sociedade, cujas determinações provavelmente participaram na produção de seu sofrimento. A reinserção social, nesses termos, não é mais do que uma reposição dos sujeitos no circuito capitalista da produção alienada e consumo massificado – sendo que este último se inscreve em nossa sociedade contemporânea como um imperativo ao gozo: *Consuma! Goza!* (GOLDBERG, 1997).

Como nos diz Illich (1975), “a medicina passa a ser uma oficina de reparos e manutenção, destinada a conservar em funcionamento o homem usado como produto não humano” (p. 07). É exatamente essa função (re)adaptativa, apoiada em práticas produtoras de subjetividades serializadas, tão fundamentais para a reprodução das condições de existência do MCP, que faz Althusser (1996) chamar as instituições especializadas de nossa sociedade como Aparelhos Ideológicos de Estado – formações materiais instituídas para a reprodução e adaptação ideológica dos sujeitos às legalidades sociais capitalistas.

Se no PPHM as formas de organização do trabalho e os resultados produtivos em termos de subjetividade possuem uma equivalência óbvia com a divisão do trabalho e a serialização mercadológica do MCP, é preciso comentar também acerca de suas ofertas medicamentosas, que tanto estimulam a produção de mais-valia na indústria farmacêutica, em uma harmonização com as legalidades capitalistas que nos remete ao terceiro parâmetro da análise paradigmática. Ao se apresentar como espaço de suprimento de carências, a serem tamponadas (ainda mais) com ofertas de mercadorias – neste caso, uma mercadoria medicamentosa –, constatamos não apenas uma sintonia com os pressupostos gerais das legalidades capitalistas, mas também um incentivo concreto a uma indústria particular desse modo de produção.

Seja por produzir adaptação ou mesmo incentivo direto ou indireto à produção de mais-valia, as instituições do PPHM entram em sintonia com as legalidades do MCP. Dadas as características que enumeramos até aqui, não é de se surpreender que o resultado produtivo das instituições situadas nesse paradigma seja “similar ao produto do Modo de Produção socioeconômico do qual ele deriva” (PÉRICO, 2014, p. 60). Ou seja, é produzida uma subjetividade reificada e carente de potência criativa e transformadora, apta apenas ao consumo tautológico de mercadorias, além de completamente impotente para impedir o transbordamento angustioso do sofrimento psíquico.

4.5 – Aspectos teórico-técnicos e político-ideológicos

Assumimos a divisão feita por Costa-Rosa (2000) de que as transformações nas práticas em Saúde Mental se dão em duas esferas: teórico-técnicas e político-ideológicas. Da mesma forma, Amarante (2007) também propõe uma divisão, mas em quatro dimensões: teórico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural. Procederemos incluindo suas categorias àquelas de Costa-Rosa,

sendo que as duas primeiras dimensões podem ser subsumidas à esfera teórico-técnica e as duas últimas à esfera político-ideológica, agora considerada de forma muito mais ampla. Ambas são “indissociáveis em sua inter-relação, mas distintas em sua especificidade” (COSTA-ROSA, op. cit., p. 141).

A esfera teórico-técnica compreende todo o corpo de referenciais teóricos, princípios epistemológicos, conhecimentos técnicos e ferramentas tecnológicas que compõem um modo de produzir Atenção em Saúde Mental. Por sua vez, a esfera político-ideológica inclui todo o aparato jurídico de regulamentação das práticas, as formas de discurso assumidas, os princípios e posicionamentos políticos ou ético-políticos, seus desdobramentos na cultura e o papel ou função que desempenham na sociedade.

É evidente que essas duas esferas também perpassam os quatro parâmetros criados para se realizar uma análise mais precisa do processo de transição paradigmática. Essa divisão em apenas duas esferas, entretanto, nos dá a vantagem de visualizar as mudanças nas práticas de Saúde Mental em um grau menor de abstração, mais “próxima” da realidade empírica. Assim, em um momento em que a RPb já havia logrado êxito em deslegitimar os aspectos mais obsoletos e retrógrados do velho modelo e começava seu período de ampliação e de reconhecimento jurídico de suas práticas substitutivas, Costa-Rosa (2000) afirmava que

Assinalando a importância tática que tem tido esse deslocamento dos aspectos teórico-técnicos em benefício dos político-ideológicos, pensamos que já é mais que chegado o momento de lhes dar o mesmo destaque na elucidação do paradigma capaz de responder à substituição do modelo asilar e sua tecnologia (p. 142).

Essa ênfase dada pela RPb aos aspectos político-ideológicos em seus primeiros momentos levou o autor a defender a necessidade do desenvolvimento dos aspectos teórico-técnicos. Considerando o momento pelo qual passava esse processo, é perfeitamente compreensível a mudança de ênfase, uma vez que era necessária a construção de novos estabelecimentos, tecnologias e técnicas que fossem substitutivas ao Hospital Psiquiátrico e suas ofertas. Era o momento em que se disseminavam os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e CAPS pelo país, sendo que o último havia se tornado política oficial do Ministério da Saúde em 1992. Da mesma forma, os leitos em Hospitais Psiquiátricos já diminuía de forma expressiva (CAMPOS; FURTADO, 2006). Portanto, era preciso fundamentar as teorias e técnicas necessárias para as novas

formas de produzir Atenção, sob o risco de causar desassistência em muitas áreas do país. Essa necessidade também é enfatizada por outras produções do período (BEZERRA JR., 2007; PITTA, 2011).

Mas após quase 20 anos da publicação do artigo de Costa-Rosa, em uma situação já bastante diferente, é pertinente nos perguntarmos se a ênfase simplesmente não migrou de um aspecto para outro, bem como se a situação atual não nos coloca a necessidade de revalorização dos aspectos político-ideológicos. Não se trata de negligenciar os aspectos teórico-técnicos, ou colocá-los de lado temporariamente para nos focarmos apenas nos político-ideológicos. Ambos devem ser valorizados e desenvolvidos simultaneamente, pois são igualmente indispensáveis para avançarmos na direção que desejamos. Contudo, é possível identificar certo arrefecimento da luta político-ideológica pela transformação do velho modelo hospitalocêntrico, demonstrável pelo artigo de Ramos *et al.* (2017), que faz uma revisão em bases de dados científicos e encontra 25 artigos de pesquisas qualitativas sobre a RPb, entre 2005 e 2016. Os autores dispõem os artigos de acordo com a separação feita por Amarante (2007) e encontram uma “supremacia de estudos que compõe a dimensão técnico-assistencial” (RAMOS *et al.*, 2017, p. 849), seguidos pelos que abordam a dimensão teórico-conceitual, que também incluímos na esfera teórico-técnica. Por outro lado, uma minoria dos artigos, apenas 5 deles, abordam a esfera que definimos como político-ideológica.

Também notamos que os retrocessos no campo da Saúde Mental se dão mais por investidas político-ideológicas do que por desenvolvimentos teóricos e técnicos da psiquiatria biomédica. Assim, exige-se uma resposta no mesmo tom, respostas políticas e também críticas aos efeitos produzidos pelo retorno às velhas formas manicomialis na política brasileira. É também aqui que uma crítica da ideologia mostra sua pertinência. Por ora, é importante apresentarmos alguns dos retrocessos impostos ao PPS, considerados a partir dos parâmetros da análise paradigmática e da perspectiva ético-política em que nos inserimos.

5 – A reação do PPHM

Já começa a aumentar o número de vozes que denunciam as ameaças de retrocessos no âmbito das políticas públicas de Saúde Mental, bem como sua relação com a situação política e social mais ampla de nosso país (VASCONCELOS, 2016; YASUI, 2017; AMARANTE; NUNES, 2018; ONOCKO-CAMPOS, 2019; ALMEIDA, 2019). Além das publicações teórico-científicas, podemos encontrar manifestações em

artigos e colunas jornalísticas (ZAPPA; OLIVEIRA, 2018; DUNKER, 2019), ou mesmo em blogs independentes (LEÃO; GOTO, 2019). Também foram publicadas várias notas e manifestações públicas de entidades como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) (2017), a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) (2019) e o Conselho Federal de Psicologia (CFP) (2019).

Em afinação com essas vozes, buscaremos dar uma contribuição no sentido de fundamentar conceitualmente as mudanças recentes da política enquanto *retrocessos* – como expressão da reação das forças sociais ligadas ao PPHM –, tomando como apoio teórico os parâmetros paradigmáticos comentados anteriormente. Para tanto, analisaremos as principais mudanças regulamentadas pela Nota Técnica nº 11/2019, de responsabilidade do Ministério da Saúde (MS) e intitulada *Esclarecimentos sobre as mudanças na Política-Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas* (BRASIL, 2019). Trata-se de uma nota que busca elucidar e orientar sobre as modificações introduzidas na política por uma série de portarias e resoluções publicadas desde dezembro de 2017 até janeiro de 2018. Portanto, é um documento que sintetiza as mudanças feitas em um dos períodos mais dramáticos para a Atenção Psicossocial em nosso país, que alguns autores já vêm chamando de *tempos sombrios* (VASCONCELOS, 2016; YASUI, 2017).

5.1 – O enunciado manifesto da Nota Técnica nº 11/2019

A nota começa definindo a Política Nacional de Saúde Mental como um conjunto de “estratégias e diretrizes adotadas pelo país, com o objetivo de organizar o tratamento e assistência aos pacientes e seus familiares na área de Saúde Mental” (BRASIL, 2019, p. 03). Ainda na introdução, é interessante reparar nas palavras utilizadas que, em geral e à primeira vista, são perfeitamente sintônicas com os princípios da RPb e a proposta da Atenção Psicossocial, reconhecidas como políticas oficiais desde 2001. Assim, o documento versa sobre a necessidade de uma *Rede* de assistência que seja *plural*, com diferentes graus de *complexidade*, produzindo uma atenção *integral* e que respeite a especificidade de cada demanda, buscando promover maior *participação social* daqueles que sofrem por alguma questão de Saúde Mental. Diz também que as recentes mudanças visam tornar a política mais “acessível, eficaz, resolutiva e *humanizada*” (ibidem) (grifo nosso). O texto do documento fala ainda da expansão dos serviços de Residências Terapêuticas e sua importância para a *desinstitucionalização* (p. 04).

Também é notável a afirmação reiterada de que os serviços ofertados pela política devem se respaldar em “evidências científicas, atualizadas constantemente” (BRASIL, 2019, p. 03). Trata-se de uma afirmação repetida algumas vezes durante o texto, ainda que, curiosamente, isso não seja mais do que a reafirmação do óbvio. É dito que a ampliação do monitoramento dos serviços também deve se orientar pela verificação de seu estatuto científico, conforme as diretrizes e protocolos do ministério (ibidem, p. 05). Mas talvez o trecho mais curioso nesse sentido seja a afirmação de que entre as principais *mudanças* estabelecidas por uma Resolução de 2018 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), um dos documentos que a nota pretende elucidar, estaria o fato de que as ações de prevenção, promoção e tratamento às populações de alcoolistas e toxicômanos no geral “*passam a ser* baseadas em evidências científicas” (ibidem, p. 06) (grifo nosso).

Outro aspecto considerado polêmico na nota fala a respeito da inclusão ou do reforço da legitimação da Comunidade Terapêutica e do Hospital Psiquiátrico especializado como partes integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) – rede que compõe e articula os diversos estabelecimentos e ofertas de Saúde Mental. O trabalho de Goto (2018) demonstra como as Comunidades Terapêuticas – com sua lógica do tratamento moral de forte recorte religioso e produtora de tutela social – foram inclusas na RAPS já em 2011 (p. 41). Do mesmo modo, desde a aprovação do substitutivo da *Lei Paulo Delgado*, que não logrou aprovar a progressiva extinção dos Hospitais Psiquiátricos, mantendo-os como opção diante de casos em que o tratamento extra-hospitalar não seria possível ou bem-sucedido, esses estabelecimentos também são reconhecidos como legítimos pela legislação brasileira.

O que muda com a publicação dessa norma, porém, é a afirmação de que todos esses estabelecimentos devem ser considerados *de forma igual* pela política do Ministério, sem prioridade ou incentivo aos serviços psicossociais baseados no Território, como era feito anteriormente. São considerados como legítimos, portanto, uma variedade imensa de serviços disponíveis, não podendo nenhum deles ser considerado prioritário em relação aos outros. Desse modo, os CAPS e os Hospitais Psiquiátricos são equiparados pela nova política, ao invés de serem colocados como essencialmente contraditórios. São postos apenas como duas opções quaisquer, entre muitas outras eventualmente disponíveis. É assim que a nota afirma que o Ministério da Saúde “*não considera mais* Serviços como sendo *substitutos* de outros, não fomentando

mais fechamento de unidades de qualquer natureza” (BRASIL, 2019, p. 04) (grifos nossos).

O último aspecto que destacaremos é definitivamente um dos mais chamativos e polêmicos do documento, a regulamentação da oferta da chamada Eletroconvulsoterapia (ECT), também conhecida como tratamento por eletrochoque. É um tratamento voltado para a diminuição dos sintomas encontrados em sujeitos que sofrem com os chamados “transtornos de humor”, em especial a depressão maior e o transtorno bipolar. Em menor grau, também pode ser usado para a redução de sintomas encontrados em alguns quadros esquizofrênicos (TORALES *et al.*, 2017). Seu mecanismo de ação é baseado na administração, por meio de eletrodos colocados nas têmporas do paciente, de cargas elétricas controladas, visando produzir efeitos convulsivos responsáveis por alterar o metabolismo químico do cérebro. É essa alteração a suposta responsável pela melhora clínica do quadro sintomático (*ibidem*). O tratamento, entretanto, é historicamente associado a uma série de usos abusivos que remetem a práticas de punição de internos considerados “agressivos” e mesmo a episódios de torturas promovidas por forças de Estado (SILVA; CALDAS, 2008; TORALES *et al.*, 2017; MACHADO *et al.*, 2018). É por isso que há “um estigma de seu uso que ainda predomina na sociedade em geral” (MACHADO *et al.*, 2018, p. 245).

5.2 – Considerações sobre as mudanças introduzidas pela Nota Técnica nº 11/2019

Faremos a seguir alguns apontamentos gerais sobre as modificações introduzidas ou reforçadas por essa nota técnica e algumas de suas características discursivas. Ao mesmo tempo, sempre procederemos remetendo tais modificações aos parâmetros paradigmáticos que apresentamos mais acima. Dessa forma, pretendemos dar consistência teórica para as afirmações que defendem que estaríamos passando por um processo de retrocesso da RPb, expressa em modificações na Política Nacional de Saúde Mental.

Acerca dos termos, categorias e conceitos utilizados pelo documento e considerados típicos da Atenção Psicossocial, é fundamental demonstrar que eles convivem no texto com elementos que lhes são francamente contraditórios – isto é, são elementos que não podem conviver sem entrar em uma tensão irreduzível, em outras palavras, em que um não pode se afirmar sem necessariamente negar o outro. Assim, o texto fala abertamente em desinstitucionalização, ao mesmo tempo em que reafirma a existência dos transtornos mentais e advoga pela abertura de novos leitos em Hospitais

Psiquiátricos. Também afirma não considerar mais a existência de serviços substitutivos a outros, ou seja, a institucionalização convive cinicamente com uma suposta desinstitucionalização.

Pois bem, se tomarmos a desinstitucionalização como uma ressignificação sociocultural ampla, cujo objetivo é o de superar a estigmatização criada sobre o fenômeno da loucura (AMARANTE, 1996), consideramos francamente contraditório afirmá-la ao mesmo tempo em que se defende a abertura do espaço que historicamente produziu a exclusão e o estigma dessa população, como é o caso do Hospital Psiquiátrico. Ainda mais quando não vem acompanhado sequer de menções sobre reformulações amplas desses estabelecimentos ou mesmo de indicações mais concretas sobre sua fiscalização. Além do mais, é bastante conhecida a ressalva de que a desinstitucionalização, conforme a conceituamos, vai muito além de uma simples desospitalização (ibidem), entretanto, ela a pressupõe como tarefa necessária, dado o papel central desse estabelecimento psiquiátrico na produção da institucionalização. Portanto, há uma contradição intrínseca, embora não assumida, entre a perspectiva colocada pelo documento e aquela defendida pela RPb com o conceito de desinstitucionalização. Enfim, ao apostar nas ofertas baseadas em tratamentos organicistas e no isolamento social, encontramos uma clara sintonia com o primeiro e o terceiro parâmetro do PPHM, conforme expostos em nossa análise paradigmática.

Do mesmo modo, o próprio uso do termo “transtorno mental” – sucessor da “doença mental” e responsável por expandir o objeto de intervenção da psiquiatria para dimensões da vida cotidiana que ela até então não alcançava – também pressupõe noções que são completamente inconciliáveis com os princípios da desinstitucionalização. Alguém com um transtorno é alguém com um mau funcionamento de alguma função ou faculdade mental, ou que está fora da curva estatística da normalidade com relação a tais funções, nos termos estabelecidos pelo conhecimento psiquiátrico. Também pode ser alguém que apresenta alguma desadaptação socialmente desvantajosa. Com isso, podemos inferir que a lógica aqui em voga tende a ser organicista e que o objetivo almejado é a readaptação e correção dos aspectos “desviantes” ou “disfuncionais”. O transtorno mental, aqui, é um objeto de intervenção. Assim, visualizamos mais uma sintonia, outra vez com o primeiro parâmetro do PPHM, ao prevalecer a lógica da divisão entre sujeito e objeto – lembrando que o PPS dispensa o uso de termos como doença ou transtorno, preferindo

atuar com os sujeitos em sua dimensão subjetiva e sociocultural, ainda que não ignore os aspectos biológicos. Também podemos deduzir que o objetivo daqueles que visam ao transtorno é curá-lo, isto é, restaurar uma normalidade e estabelecer uma ordem onde antes havia apenas *disorder*²⁰. Ou seja, buscam dar funcionalidade ao que seria disfuncional, corrigir o que é supostamente deficitário, restringir o que é dito ser excessivo e adaptar o que estaria desajustado. Vemos aqui uma tendência que concorre para a adaptação dos sujeitos às normas sociais, conforme postula o quarto parâmetro do PPHM.

Essas contradições permanecem denegadas no documento – elas estão escritas com todas as letras, podem ser facilmente explicitadas, muito mais do que escamoteadas ou disfarçadas. Entretanto, tudo se passa como se não estivessem ali, o que impede que se tire maiores consequências acerca delas. Existe uma tática discursiva de tipo ideológica, na medida em que produz uma modalidade de negação – a denegação – das contradições para fins de produzir uma harmonia idealizada. A ideologia, desdobrada das considerações feitas por Marx e Engels (2007), pode ser considerada exatamente como a produção também discursiva de uma harmonia idealizada, uma consistência imaginária onde não há nada além de inconsistência²¹.

Essa denegação também é patente nas afirmações feitas na nota sobre o respaldo em robustas evidências científicas. Sobre a ECT, por exemplo, simplesmente se ignora o fato de haverem contraindicações (PERIZZOLO *et al.*, 2003), escassez de produções sobre o seu uso no contexto brasileiro (MACHADO *et al.*, 2018) e um histórico de abusos associados a tal prática que não é cientificamente irrelevante quando se trata de realizar sua regulamentação (SILVA; CALDAS, 2008). Ademais, para além dos fatores estritamente científicos e aspectos históricos, existem fatores sociais, institucionais e até mesmo econômicos que também devem ser interrogados. Qual o papel do estigma produzido pela prática do eletrochoque? Qual a probabilidade de ela continuar sendo usada em alguns locais como prática punitiva e de contenção? Quais seus efeitos colaterais a longo prazo, especialmente se considerarmos nosso próprio contexto sociocultural? E qual o custo dessa intervenção? Ela é viável e mais efetiva do que as

²⁰ Disorder é a palavra do inglês que foi traduzida em português como Transtorno. Uma tradução mais literal que também seria possível é a de desordem – que revela muito mais nitidez o pressuposto da existência de uma ordem ideal a ser restabelecida.

²¹ Para mais considerações sobre o conceito de ideologia, ver o Ensaio 2 desta dissertação.

alternativas menos agressivas, como as psicoterapias ou outras estratégias que compõem o acervo da Atenção Psicossocial?

Ao ignorar esses fatores que compõem a complexidade do fenômeno, a consideração de que as evidências oriundas de práticas experimentais controladas podem bastar por si mesmas, mesmo quando isoladas do contexto social mais amplo em que foram produzidas, pode se revelar tão ideológica quanto se acredita científica.

Enfim, é importante retomarmos a questão da exclusão da política oficial do Ministério da perspectiva substitutiva dos serviços da Atenção Psicossocial em relação ao Hospital Psiquiátrico. Com isso, temos uma evidência de peso para sustentarmos a hipótese de que estamos vivendo um novo período da RPb, o primeiro marcado pelos retrocessos desde o seu início. Se Amarante (2000) afirma que o reconhecimento legal das experiências nascidas da Reforma como serviços substitutivos é um marco do avanço da RPb, constatamos com o documento que acabamos de analisar que essa é uma realidade em plena reversão. Se não existe mais a perspectiva da substituição dos serviços ofertados para a Saúde Mental, visando à desinstitucionalização, não é mais possível falarmos que o Estado brasileiro assume os princípios da Reforma como seus. Assim, a proposta de Vasconcelos (2016) de que estaríamos passando por uma quarta fase da RPb, iniciada em 2010 e marcada por desafios e retrocessos, parece se confirmar. São os tempos sombrios de que fala também Yasui (2017).

Considerações finais

Ao apresentar o percurso histórico tomado pelas lutas políticas e sociais que foram chamadas de Reforma Psiquiátrica brasileira, bem como seus principais resultados práticos visando a desinstitucionalização daqueles que antes eram encarcerados em manicômios e Hospitais Psiquiátricos, iniciamos nossa aproximação teórica do campo em que nos inserimos, o da Saúde Mental, em especial nos serviços públicos brasileiros. Após esta primeira aproximação, que apresenta uma sucessão de fatos metodologicamente organizados, partimos para a revisão e elaboração de uma reflexão teórica sobre o referido campo. Com os conceitos de paradigma e instituição, apresentamos a ideia das lutas paradigmáticas em Saúde Mental como chave de leitura para compreendermos o passado e o presente da Reforma Psiquiátrica brasileira, bem como para nos posicionarmos e estabelecermos as estratégias necessárias para

alcançarmos os objetivos que almejamos. São estratégias que se tornam tanto mais necessárias quando consideramos a realidade dos retrocessos que identificamos nas políticas atuais do Ministério da Saúde para a Saúde Mental.

Aos que insistem em não se conformar com tal realidade, é urgente não apenas que resistamos, mas também que partamos, em algum momento, para o contra-ataque. Só assim retomaremos o processo de transição até um novo modo de produção de Atenção em Saúde Mental. Para tanto, é fundamental politizarmos os desafios que encontramos diante de nós. Acreditamos que a teorização sobre as lutas paradigmáticas apresentadas até aqui já cumpre, ao menos em algum nível, esse papel. Ainda nesse sentido, defendemos que uma teorização sobre a ideologia e a sua crítica no campo da luta paradigmática em Saúde Mental é fundamental para avançarmos nessa politização, podendo se revelar como um instrumento teórico valioso aos partidários da Atenção Psicossocial. Esse será o caminho que tomaremos a seguir.

REFERÊNCIAS

- ALBERTINI et al. Reich e o movimento de higiene mental. *Psicologia em estudo*, Maringá, vol. 12, n. 2, p. 393-401, ago. 2007.
- ALMEIDA, J. M. C. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 35, n. 11, p. 1-6, out. 2019.
- ALTHUSSER, L. Resposta a John Lewis. In: ALTHUSSER, L. *Posições I*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- _____. *Ideologia e Aparelhos Ideológicos de Estado* (notas para uma investigação). In: ŽIŽEK, S. *Um mapa da ideologia*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996a. p. 105-142.
- AMARANTE, P. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1996.
- _____. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. p. 73-84.
- _____. (Org.) *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.
- _____. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc. saúde colet*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, jun. 2018.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ORGANIZATION (Estados Unidos). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)*. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ARBEX, D. *Holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil*. São Paulo: Geração editorial, 2013.
- BARATTO, G.; AGUIAR, F. A “psicologia do ego” e a psicanálise freudiana: das diferenças teóricas fundamentais. *Revista de Filosofia*, Curitiba, v. 19, n. 25, p. 307-331, jul./dez. 2007.
- BAREMBLITT, G. F. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. 5. ed. Rio de Janeiro: Editora Record, 2002.
- BASAGLIA, F. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal, 2001.
- BASOLI, L. *Figuras da clínica psi na atualidade: algumas contribuições da saúde mental coletiva*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2018.
- BERCHERIE, P. *Los fundamentos de la clínica: Historia y estructura del saber psiquiátrico*. Buenos Aires: Ediciones Manantial, 1986.

BERMAN, M. *Tudo que é sólido desmancha no ar: a aventura da modernidade*. São Paulo: Companhia das Letras, 1986.

BEZERRA JR. B. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 17, p. 243-250, 2007.

BRAGA, T. B. M.; FARINHA, M. G. Sistema Único de Saúde e a reforma psiquiátrica: desafios e perspectivas. *Phenomenological Studies – Revista da Abordagem Gestáltica*, Goiânia, v. 24, n. 3, p. 366-378, set./dez. 2018.

BIRMAN, J.; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. p. 41-72.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 12 de abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados – 12*, Ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília, 2015. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs/saudemental. Acesso em: 11 de jul. 2019.

_____. Ministério da Saúde. *Panorama e Diagnóstico da Política Nacional de Saúde Mental*. Informativo eletrônico. Brasília, 2017. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/04/2a-Apresentacao-CIT-Final.pdf>. Acesso em: 11 de jul. 2019.

_____. Ministério da Saúde. *Nota técnica nº 11/2019: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política-Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas*. Brasília, 2019. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 13 de jul. 2019.

CÂMARA, F. P. A catástrofe de Kraepelin. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. X, n. 2, p. 307-318, jun. 2007a.

_____. A construção do diagnóstico psiquiátrico. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 677-684, dez. 2007b.

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

COSGROVE, L. et al. Financial ties between DSM-IV panel members and the pharmaceutical industry. *Psychotherapy and psychosomatics*, v. 75, n. 3, p. 154-160, 2006.

COSGROVE, L.; KRIMSKY, S. A comparison of DSM IV and DSM-5 panel member's financial associations with industry: A pernicious problem persists. *PLoS Medicine*, v. 9, n. 3, p. 1-4, mar. 2012.

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

COSTA-ROSA, A. Introdução geral: reforma, ou além da psiquiatria? *In: Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva*. São Paulo: UNESP, 2013a, p. 11-22.

_____. Para uma crítica da razão medicalizadora: o consumo de psicofármacos como Sintoma Social Dominante. *In: _____*. *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva*. São Paulo: UNESP, 2013b, p. 167-212.

_____. Modos de Produção das instituições na Saúde Mental Coletiva: efeitos na terapêutica e na ética. Ou a subjetividade capitalística e a Outra. *In: _____*. *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva*. São Paulo: UNESP, 2013c, p. 23-54.

_____. A instituição de Saúde Mental como dispositivo social de produção de subjetividade. *In: _____*. *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva*. São Paulo: UNESP, 2013d, p. 55-90.

_____. O grupo psicoterapêutico na psicanálise de Lacan: um novo dispositivo da clínica na Atenção Psicossocial. *In: Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva*. São Paulo: UNESP, 2013e, p. 233-270.

_____. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asilar. *In: AMARANTE, P. (Org.). Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-168.

_____. Ética e clínica na atenção psicossocial: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan. *Saúde e soc.*, São Paulo, vol. 20, n. 3, p. 743-757, 2011.

_____. Por que a Atenção Psicossocial exige uma clínica fundada na psicanálise do campo de Freud e Lacan? *Revista de Psicologia da Unesp*, v. 18, n. spe., p. 37-54, 2019.

COSTA-ROSA, A. et al. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. *In: AMARANTE, P. (Org.). Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora; 2003. p. 13-44.

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. *Revista de Psicologia da UNESP, Assis*, v. 6, n. 1, p. 60-79, jan./dez. 2007.

DUNKER, C. I. L. Eletrochoque nas comunidades. *GaúchaZH*. Porto Alegre, 22 de fev., 2019. Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/colunistas/christian-dunker/noticia/2019/02/eletrochoque-nas-comunidades-cjsd4cgwt02qm01mrm8t33xkc.html>. Acesso em: 12 de jul. 2019.

FIRMINO, H. *Nos porões da Loucura: um contundente retrato dos “campos de concentração” da psiquiatria brasileira*. Rio de Janeiro: Codecri, 1982.

FOUCAULT, M. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FREUD, S. Conferências introdutórias à psicanálise. *In: _____*. *Obras Completas Sigmund Freud Vol. 13*. São Paulo, São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

_____. Cinco lições de psicanálise. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud Vol. 11*. Rio de Janeiro: Imago, 2006. p. 15-73.

GOLDENBERG, R. Consumidores consumidos. In: *GOZA!:* capitalismo, globalização e psicanálise. Salvador: Ágalma, 1997. p. 09-22.

GOTO, C. S. A Reforma Psiquiátrica no Brasil contemporâneo: ensaios da psicanálise lacaniana e da crítica da economia política. 198f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2018.

GOULART, M. S. B.; DURAES, F. A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização. *Psicologia e Sociedade*, Florianópolis, vol. 22, n. 1, p. 112-120, 2010.

GØTZSCHE, P. *Medicamentos Mortais e Crime Organizado*: Como a indústria farmacêutica corrompeu a assistência médica. Porto Alegre: Bookman, 2016.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Micropolítica*: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 1986.

HARVEY, D. *Condição pós-moderna*: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. São Paulo: Loyola, 2008.

HEIDRICH, A. V. *Reforma psiquiátrica à brasileira*: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização. 205f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontífice Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

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

KAMMERER, T.; WARTEL, R. Diálogo sobre os diagnósticos. In: CAMPO FREUDIANO DO BRASIL (org.). *A Querela dos diagnósticos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989, p. 27-44.

KUHN, T. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

LACAN, J. *Televisão (1973)*. In: _____. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. p. 508-543.

LEÃO, T. M.; GOTO, C. S. (Anti)Reforma psiquiátrica e a anti-ideologia. 2019. Disponível em: <https://lavrpalavra.com/2019/03/22/10637/>. Acesso em: 12 de jul. 2019.

LOUGON, M. *Psiquiatria institucional*: do hospício à reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

LOURAU, R. *A análise institucional*. Petrópolis: Editora Vozes, 1975.

_____. *René Lourau na UERJ*: Análise Institucional e Práticas de Pesquisa. Rio de Janeiro: Eduerj, 1993.

_____. Pequeno manual da análise institucional. In: ALTOÉ, S. (Org.). René Lourau – Analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 122-127.

- LUZ, M. T. *As instituições médicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- MACHADO et al. Eletroconvulsoterapia: implicações éticas e legais. *Rev. Cient. Sena Aires*, Goiânia, vol. 7, n. 3, p. 235-247, out./dez. 2018.
- MARX, K.; ENGELS, F. *A Ideologia alemã*. São Paulo: Boitempo, 2007.
- NOMOTÉTICO. Dicio: dicionário online de português. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/nomotetico/>. Acesso em: 08 de jul. 2019.
- OLIVEIRA, J. A. De Doenças a Estruturas, ou, da Medicina a uma Antropologia: a Constituição e Desconstituição da Nosologia Psiquiátrica entre Pinel e Lacan (Uma contribuição psicanalítica à fundamentação teórica da “Reforma Psiquiátrica”). *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 6, n. 1/2, p. 53-78, 1996.
- ONOCKO-CAMPOS, R. T. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 35, n. 11, p. 1-5, out. 2019.
- PÉRICO, W. *Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan a uma psicoterapia Outra: a clínica do sujeito na Saúde Coletiva*. 164f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2014.
- _____. Psicanálise, transdisciplinaridade e Atenção Psicossocial: a necessária formação de trabalhadores de Saúde Mental de um novo tipo. *Revista de Psicologia da Unesp*, 2019. No prelo.
- PERIZZOLO, J. et al. Aspectos da prática da eletroconvulsoterapia: uma revisão sistemática. *Rev. psiquiatr.* Rio Grande do Sul, vol. 25, n. 2, pp.327-334, mai./ago. 2003.
- PITTA, A. M. F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, atores e políticas. *Ciências e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 16, p. 4579-4589, 2011.
- RAMOS et al. Pesquisa qualitativa no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira: vozes, lugares, saberes/fazer. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 24, n. 3, p. 838-852, 2019.
- ROSE, N. *Our psychiatric Future: the politics of mental health*. Cambridge: Polity Press, 2019.
- ROUDINESCO, E. *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.
- SAMUEL-LAJEUNESSE, B. et al. Em torno do DSM-III. In: CAMPO FREUDIANO DO BRASIL (org.). *A Querela dos diagnósticos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989, p. 70-83.
- SANTOS, B. S. *A crítica da Razão Indolente: contra o desperdício da experiência*. São Paulo: Cortez, 2000.
- SILVA, M. L. B.; CALDAS, M. T. Revisitando a técnica de eletroconvulsoterapia no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. *Psicol. ciênc. prof.*, Brasília, v. 28, n. 2, p. 344-361, 2008.
- SOUZA, M. L.; BOARINI, M. L. A deficiência mental na concepção da liga brasileira de higiene mental. *Rev. bras. educ. espec.*, Marília, vol. 14, n. 2, p. 273-292, 2008.

TORALES et al. Tratamientos biológicos (no farmacológicos) em Psiquiatria. *Mem. Inst. Invest. Cienc. Salud*, vol. 15, n. 3, Asunción, p. 99-110, dez. 2017.

VASCONCELOS, E. M. *Complexidade e pesquisa interdisciplinar*. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2002.

_____. (org.). Reforma Psiquiátrica no Brasil: periodização histórica e principais desafios na conjuntura atual. In: *Abordagens Psicossociais. Vol II: Reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares*. São Paulo: Hucitec, 2008, p. 27-55.

_____. *Karl Marx e a subjetividade humana: uma história das ideias psicológicas na Europa até 1850*. Volume 2. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

_____. *Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e o serviço social*. Campinas: Editora Papel Social, 2016.

WHITAKER, R. *Anatomia de uma epidemia: Pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da Doença Mental*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

YASUI, S. *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

_____. *Vestígios, Desassossegos e pensamentos soltos: Atenção Psicossocial e a Reforma Psiquiátrica em Tempos Sombrios*. Trabalho apresentado para obtenção do título de livre – docente em Psicologia e Atenção Psicossocial. Universidade Estadual Paulista – Campus de Assis, 2016.

_____.; COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78-79-80, p. 27-37, 2008.

ZAPPA, M.; OLIVEIRA, E. A reforma psiquiátrica corre risco no novo governo. *O Globo*, Rio de Janeiro, 29 de dez., 2018. Disponível em: <http://www.leffa.pro.br/textos/abnt.htm#leis>. Acesso em: 12 de jul. 2019.

ZALNORA, A.; MIEZUTAVICIUTE, V. Mental hygiene movement as a (r)evolutionary trend in a public health in interwar Kaunas and Vilnius from 1919 to 1939. *Acta medica Lituânica*, Vilnius, vol. 23, n. 3, p. 175-179, 2016.

Ensaio 2

Reflexões sobre a ideologia para o campo da Saúde Mental

Portanto, vemos aqui o céu a abrir-se e os diferentes fantasmas a desfilar à nossa frente, um após o outro.

(Karl Marx)

Introdução

No presente ensaio pretendemos fundamentar a escolha de nossa principal ferramenta teórica: o conceito de ideologia, tal como elaborado e desenvolvido pelo materialismo histórico e posteriormente enriquecido por autores ligados à psicanálise, especialmente do campo de Freud e Lacan. É uma opção feita a partir da constatação de que, apesar do marxismo ter o seu papel consolidado entre as referências teóricas que influenciaram o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, o conceito de ideologia, em específico, recebeu até hoje pouca atenção pelos autores críticos ligados ao campo da Saúde Mental no Brasil. Não obstante, inclusive por conta de suas intrínsecas ligações com o tema da subjetividade, que pretendemos demonstrar nas páginas abaixo, esse é um conceito que pode se revelar de enorme pertinência aos trabalhadores, usuários e demais pessoas ligadas de diversas formas ao referido campo e que partilham dos horizontes da Atenção Psicossocial.

Por se tratar de um conceito com importantes e amplas reverberações éticas e políticas, como também pretendemos demonstrar, sua utilidade não se traduz em uma técnica específica, nem se esgota em uma prática determinada. A ideologia e sua crítica podem ajudar a nos situarmos diante de uma variedade de situações concretas, bem como a dotar de politicidade a defesa da Atenção Psicossocial e suas conquistas em nosso contexto atual. Ademais, ter em vista a possível participação dos imperativos ideológicos da sociedade contemporânea na produção do sofrimento psíquico que aparece nos estabelecimentos públicos de Saúde Mental, não poderá tornar o trabalhador menos avisado sobre as diversas determinações que envolvem o seu ofício,

pelo contrário. Assim, trata-se aqui de fazer reflexões sobre o conceito e produzir argumentos que defendam sua pertinência no campo de que tratamos no ensaio anterior.

Para tanto, buscaremos traçar um breve desenvolvimento histórico do conceito de ideologia desde sua elaboração inicial na França do século XVIII, passando por sua reelaboração feita por Marx e Engels e por parte da tradição marxista posterior, encerrando nas contribuições de autores que o leram a partir das ideias de Freud e Lacan. Durante esse percurso buscaremos, primeiramente, articular a ideologia com as categorias de “sujeito”, “indivíduo” e “subjetividade”, fundamentais em nosso campo; e, em segundo lugar, apresentar eventuais empregos do conceito para pensar a psiquiatria hegemônica e seu discurso, em perspectiva crítica. Esperamos com isso preparar o terreno para o último ensaio desta dissertação, em que empregaremos o conceito de ideologia para refletirmos sobre nosso principal objeto de estudo, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5.

1 – A “pré-história” da ideologia e o que isso tem a ver com a Psiquiatria

O termo ideologia foi elaborado pela primeira vez na França iluminista e revolucionária, no mesmo período em que se conformou a psiquiatria moderna, entre o final do século XVIII e princípios do XIX. Antoine-Louis Claude Destutt, mais conhecido como Destutt de Tracy ou Conde de Tracy, foi o responsável por essa primeira formulação, com o seu *Eléments D’ideologie* (1801-1815), publicado originalmente em 4 volumes. Inspirado pelo iluminismo ainda dominante no período, ele concebeu a Ideologia²² como uma nova ciência, cujo objeto seriam as ideias derivadas das sensações (CHAUÍ, 1980; EAGLETON, 1997; ABBAGNANO, 2007; VASCONCELOS, 2014).

Seus defensores e praticantes – que se consideravam e se chamavam de *idéologistes* (ideologistas), ao invés do pejorativo *idéologues* (ideólogos) – pretendiam “elaborar uma ciência da gênese das ideias e das atividades mentais” (PACHECO FILHO, 2010, p. 11). Consideravam-se autênticos cientistas, materialistas críticos da metafísica e da teologia; além de politicamente liberais e críticos da monarquia

²² Empregaremos o termo “Ideologia” com a inicial maiúscula para nos referirmos à tentativa de ciência elaborada por Destutt de Tracy e seu grupo, dadas as suas pretensões científico-universalizantes. O conceito de ideologia, conforme empregado na tradição marxista, será grafado com a inicial minúscula por ser radicalmente distinta dessa primeira conceituação.

absolutista (CHAUÍ, 1980, p. 25). Defendiam os métodos experimentais e pretendiam mobilizá-los para pensar os fenômenos humanos com o mesmo rigor que o das ciências naturais. Tratava-se da tentativa de fundar uma ciência da moral e do pensamento, que pretendia demonstrar a identidade entre as ideias e as sensações advindas do corpo biológico em sua relação com o meio-ambiente (ibidem, p. 26). Seu materialismo era o do corpo orgânico, eminentemente naturalista.

Outros dos principais participantes desse grupo de pensadores, que conquistou uma influência relevante no limiar do século XIX, eram Étienne de Condillac, Marquês de Condorcet, Constantine-François Chasseboeuf e Pierre Jean George de Cabanis. Todos eles, inclusive o próprio Destutt de Tracy, reconheciam em Condillac o grande precursor e fundador da nova ciência (ABBAGNANO, 2007). Para ele, além das ideias terem origem nas sensações, elas necessariamente se exprimem na forma de signos, sejam eles linguísticos ou numéricos. Condillac buscava instituir, portanto, uma correspondência geral entre a gramática e a lógica. Em um aforisma, afirma que “a Ciência não é mais do que uma língua bem-feita”²³ (apud BERCHERIE, 1986, p. 15, tradução nossa). Essa forma de expressão do pensamento é por ele concebida como aquela que coincide com a natureza e a verdade, sendo qualquer outra entendida de antemão como simples erro (PIMENTA, 2012, p. 163).

Na geração que sucede a de Condillac, cujos principais expoentes são Cabanis e Destutt de Tracy, houve uma mudança da ênfase da teoria dos signos para uma teoria das sensações. Uma explicação para tal deslocamento, ainda que parcial, pode ser encontrada no fato dos chamados ideologistas terem começado a trabalhar oficialmente para o Estado francês entre os anos de 1796 e 1803, o que lhes colocou outras necessidades e objetivos: não mais a criação de uma teoria geral do conhecimento, como em Condillac, mas a produção de conhecimento científico que fosse considerado útil para a República (PIMENTA, 2012, p. 165-166). Nesse sentido, havia na obra de Tracy um estudo sistemático das chamadas faculdades sensíveis do ser humano, que atualmente chamaríamos de faculdades psicológicas: querer (vontade), julgar (razão), sentir (percepção) e recordar (memória) (CHAUÍ, 1980, p. 25). Ainda que não seja de nosso interesse desenvolver esses aspectos da teoria de Tracy neste momento, é interessante destacarmos sua existência e evidente vocação como precursora da

²³ “La Ciencia no es más que una lengua bien hecha”

Psicologia que apareceria como ciência no cenário do pensamento ocidental décadas mais tarde.

Foi apenas em 1812, em um discurso inflamado de Louis Bonaparte²⁴ no Conselho de Estado, que esse grupo recebeu a alcunha de “ideólogos franceses”, designação depreciativa que, entretanto, se consagrou. O motivo do ataque foi a mudança na posição política do grupo, que inicialmente apoiou o golpe do 18 do Brumário para, logo em seguida, passar a criticar o imperador francês coroado na ocasião (CHAUÍ, 1980, p. 27). Como resposta, o então chamado Napoleão III caracterizou os ideólogos como “sectários” e “dogmáticos” (apud ABBAGNANO, 2007, p. 531) e foi taxativo ao afirmar que:

Todas as desgraças que afligem nossa bela França devem ser atribuídas à ideologia, essa tenebrosa metafísica que, buscando com sutileza as causas primeiras, quer fundar sobre suas bases a legislação dos povos, em vez de adaptar as leis ao conhecimento do coração humano e às lições da história” (apud CHAUI, 1980, p. 27).

Chauí chama a atenção para a inversão feita pelo discurso de Bonaparte: a ideologia, que antes era uma nova ciência que deveria fazer avançar a razão humana, tornava-se fonte de desgraças e enganos; o que era uma crítica contra a metafísica, virava ela mesma metafísica; e os ideologistas, de eminentes cientistas, convertiam-se em dogmáticos que nada sabiam da realidade, ou seja, transformavam-se em ideólogos. Ela observa que essa abstração das lições da história, bem como a vocação universalista da ideologia – que buscava “fundar sobre suas bases a legislação dos povos” ao criar uma ciência geral do conhecimento e da moral –, são dois aspectos tomados como corretos e, portanto, conservados por Marx e Engels em sua crítica aos ideólogos alemães.

Além dos aspectos específicos da teoria de Tracy, que remetem, conforme indicamos, aos primórdios de uma Psicologia ainda nascente, existem também aspectos mais gerais dessa “ciência” que nos remetem ao nascimento da psiquiatria. Referimo-nos ao intuito de criar uma explicação para a gênese das ideias conscientes, cujo pressuposto é a primazia do organismo biológico e o método eminentemente empírico-experimental. Tal similaridade de objetivos e dos meios de atingi-los não são mera

²⁴ Charles-Louis Napoleão Bonaparte, sobrinho e herdeiro de Napoleão Bonaparte, foi o primeiro presidente da Segunda República francesa e posteriormente coroado Imperador da França, título conquistado por meio do golpe de Estado que ficou conhecido como o 18 do Brumário. Desde então, passou a ser chamado Napoleão III.

coincidência, ao contrário, correspondem ao modelo geral existente no pensamento francês no século XVIII, momento de predominância do iluminismo. Em resumo, tanto a disciplina fundada por Pinel quanto o grupo dos ideólogos franceses foram instituídos sob a determinante influência da racionalidade iluminista.

Também por serem contemporâneos e conterrâneos, não é nada absurdo nos indagarmos se os fundadores da psiquiatria moderna não teriam bebido diretamente da fonte dos ideólogos franceses. O método experimental e a ênfase biológica nos remetem à Psiquiatria de Kraepelin, ao passo que a tentativa de fundar uma ciência da moral se conforma explicitamente com a proposta de Pinel e Esquirol. Ainda que essas semelhanças possam ser puramente contingente, dificultando estabelecermos relações mais detalhadas entre esses dois grupos fundadores, é um fato que existe uma similaridade na abordagem e até mesmo uma proximidade entre os objetos tematizados pelos fundadores da Ideologia e Psiquiatria moderna: enquanto a Ideologia estudava as ideias oriundas das sensações, ou seja, visava às ideias consideradas normais e verdadeiras, a Psiquiatria se dedicou ao estudo das ideias alienadas, patologicamente falsas, ou seja, dedicou-se a assim chamada doença mental. Os objetos de estudo de ambas, portanto, são tão rigorosamente distintos quanto intimamente relacionados.

De fato, para além da coincidência temporal e geográfica, podemos evidenciar ao menos dois fatos históricos que podem dar algumas explicações sobre as semelhanças entre esses dois fenômenos de nosso interesse. Primeiro, cabe evidenciarmos que o principal legado dos ideólogos franceses “não é teórico, mas institucional” (PIMENTA, 2012, p. 162), uma vez que as atuações políticas do grupo foram importantes para o estabelecimento inédito dos sistemas públicos de Educação e Saúde surgidos na França revolucionária. Rosen (1994), em sua análise do desenvolvimento histórico da Saúde Pública, evidencia muito bem como essa experiência pioneira foi fundamental para a consolidação da medicina como a conhecemos hoje. Ao passo que Foucault (1977), examinando os documentos do período, expõe o papel decisivo desempenhado por Cabanis nesse processo. Ele diz:

A proposta de Cabanis [de fiscalização e tipificação da profissão médica e de sua relação com o Estado] não foi aceita; indicava, no entanto, em suas linhas fundamentais, *a solução que iria ser adotada*, ditando para a medicina o estatuto de profissão liberal que conservou até o século XX. A lei de 19 de ventoso (...), sobre o exercício da medicina, está de acordo com o tema de Cabanis e, de maneira mais geral, com o dos *Ideólogos* (p. 90) (grifo e acréscimo nossos).

Em segundo lugar, temos o fato de que o próprio Pinel, considerado por muitos o pai da Psiquiatria moderna, era um discípulo direto de Condillac²⁵ (FOUCAULT, 1977; BERCHERIE, 1986; LANTÉRI-LAURA, 1989; VASCONCELOS, 2014). Com isso, a relação de similitude e contiguidade que insinuamos entre os primórdios da Ideologia e da Psiquiatria ganha uma evidência mais substancial. Essa relação certamente precisa ser um tanto relativizada, uma vez que nem o pensamento de Pinel se consolidou como exclusivo ou mesmo hegemônico na Psiquiatria, nem o de Condillac permaneceu sem modificações importantes por seus continuadores. Não obstante, podemos dizer que as ideias deste último estiveram presentes na formação dos alicerces de ambas as “ciências”²⁶.

2 – Um conceito polissêmico

Desde o episódio envolvendo Louis Bonaparte e os ideólogos franceses, em que o primeiro inverte os enunciados dos segundos, a palavra ideologia, onde quer que ela se encontre, está irremediavelmente marcada pela multiplicidade de sentidos (PACHECO FILHO, 2010, p. 11). Como conceito²⁷ ela parece ser plástica o bastante para permitir múltiplas interpretações e diferentes linhas de desenvolvimento. Da mesma forma, parece escapar às definições que tentam englobá-la completamente. Eagleton (1996), em uma bela revisão sobre o conceito, evidencia isso ao comentar suas elaborações em diversos autores, explicitando as relações e diferenças que existem entre elas, além de demonstrar o que considera como os pontos cegos de cada uma.

Os múltiplos sentidos que estão sempre em jogo nessa palavra nos permitem falar de sua espessura semântica (ORLANDI, 2000). De acordo com a Análise do Discurso, seria justamente o apagamento dessa espessura – que na realidade existe em

²⁵ A relação entre a psiquiatria de Pinel e o pensamento de Condillac foi melhor desenvolvida no ensaio 1 desta dissertação.

²⁶ As aspas aparecem para relativizar a autointitulada cientificidade da Ideologia proposta pelo grupo francês, bem como para atentar ao caráter ainda pré-científico da própria Psiquiatria nessa época, mesmo considerando os critérios mínimos e mais restritos possíveis de cientificidade. A Psiquiatria, por exemplo, não dispunha ainda de uma forma própria de intervenção junto ao seu objeto, nem mesmo uma fundamentação demonstrável e replicável que comprovasse seus postulados.

²⁷ Utilizamos a palavra “conceito” para designar um instrumento teórico abstrato o bastante para ser universalizável, desde que inserido em um corpo teórico específico. Utilizaremos “categorias de análise” para designar os instrumentos teóricos que utilizamos para mediar nossa análise das múltiplas determinações do concreto. O conceito, desse modo, seria a universalização de uma categoria de análise. A palavra “termo” foi empregada para designar a Ideologia do grupo de ideólogos franceses pois entendemos que ali houve uma tentativa fracassada de criar uma ciência, sem estabelecer um corpo teórico consistente.

todas as palavras e discursos – que produziria o efeito de evidência de sentido que é irremediavelmente ideológico (PECHÊUX, 1996). Dizendo de outro modo, é justamente quando as palavras parecem unívocas, rasas e com um sentido estável e imediatamente acessível, que a linguagem está irremediavelmente dominada pela ideologia²⁸. Estamos na ideologia quando o sentido parece se sustentar sozinho, como se houvesse algo na própria materialidade das palavras que as fizessem falar por si mesmas – para metaforizar, Pechêux (ibidem) fala do “efeito Münchhausen”, usando como referência a lenda do barão que “se suspendeu no ar pelos próprios cabelos” (p. 151).

Na realidade, a espessura própria que já se apresenta na palavra e no conceito de ideologia não deixa de nos ser útil de antemão, funcionando de alguma maneira como uma pista que nos diz algo sobre o campo movediço em que estamos adentrando. Mas ao mesmo tempo, coloca-nos um impasse e nos obriga a fazer uma escolha. Se as elaborações sobre a ideologia, mesmo dentro da tradição marxista, são tão múltiplas, não podemos simplesmente deixar esse nosso operador teórico fundamental à deriva de seus diversos sentidos. Até porque, conforme atestado por Eagleton (1996), alguns deles são francamente antagônicos e mutuamente excludentes.

Em nosso levantamento inicial em busca de textos que fizessem revisões bibliográficas e teóricas amplas em torno das várias elaborações do conceito de ideologia, especialmente dentro da tradição marxista, encontramos os livros de Žižek (1996) e Eagleton (1997), além de verbetes no dicionário do pensamento marxista de Bottomore (2012) e no de filosofia de Abbagnano (2007). Posteriormente, em uma pesquisa por artigos na base de dados Scielo, procuramos pela palavra “ideologia” no título dos textos; embora tenhamos encontrado 181 resultados, nenhum dos artigos se dedicava especificamente a revisar as elaborações de diferentes autores sobre o conceito. Apenas o artigo de Guareschi *et al* (2016) o faz parcialmente, realizando um levantamento de trabalhos sobre o conceito na revista *Psicologia & Sociedade*, entre 2002 e 2016. Além do artigo de Pacheco Filho (2010), que encontramos por outros meios. Em uma pesquisa semelhante em busca de teses e dissertações, procuramos pela palavra “ideologia” no título de publicações entre 2013 e 2018, na plataforma da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD). Novamente, ainda que

²⁸ É impossível não nos lembrarmos da “língua bem-feita” da proposta de ciência de Condillac.

tenhamos encontrado 241 resultados, a leitura dos resumos não acusou nenhum trabalho de revisão do conceito nos termos em que buscávamos.

Desse modo, ficamos com 2 livros, 2 verbetes de dicionários e 3 artigos. Nestes, foram expressamente identificados 17 autores que teorizam sobre a ideologia: Adorno, Althusser, Balibar, Bourdieu, Eagleton, Gramsci, Habermas, Jameson, Lefort, Lukács, Mannheim, Mészáros, Pareto, Pêcheux, Rorty, Thompson e Žižek. Imediatamente, teríamos que adicionar ao menos outros três que sabemos não apenas utilizar o conceito, mas que também lhe deram novas formulações e determinações teóricas: Laclau, Martín-Baró e Paulo Silveira. Enfim, como nos diz Pacheco Filho (2010) acerca dessa multiplicidade, só poderíamos enumerar “alguns dos pensadores importantes, em uma lista incomparavelmente maior” (p. 13).

Com um conjunto tão amplo de autores, é impossível prosseguirmos sem resolver este impasse: quais escolheremos para guiar nossas análises no campo da Saúde Mental? Ao colocarmos a questão nesses termos, poderemos justificar imediatamente nossa escolha pela teorização de Louis Althusser, uma vez que ele foi um dos primeiros a formular um pensamento sistemático sobre esse tema em relação à subjetividade no geral e às formações inconscientes em específico. Além disso, se pretendemos abordar como a ideologia age em práticas institucionais determinadas – as práticas dos estabelecimentos de Saúde Mental, especialmente daqueles situados naquilo que chamamos de Paradigma Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) (COSTA-ROSA, 2000; 2013a) –, o pensamento de Althusser também nos auxiliará. Com seu famoso ensaio *Aparelhos Ideológicos de Estado (notas para uma investigação)* (1996), o filósofo francês nos oferecerá duas vantagens: relacionar a ideologia com a subjetividade e com as instituições.

Althusser se serviu da psicanálise para elaborar sua teoria sobre a ideologia, em especial da (re)leitura lacaniana dos textos de Freud (EAGLETON, 1996). Assim, consideramos útil também mobilizarmos outros autores que apostaram nessa articulação, especialmente aqueles que buscaram explicitamente superar as limitações da leitura althusseriana da psicanálise (SILVA, 2000; SILVEIRA, 2010). Além disso, traremos algumas contribuições de Žižek (1991; 1992; 1996), também tributário do ensino lacaniano. Por fim, é impossível fazermos esse caminho sem começar pelos autores que nos deram o conceito e que serviram, em maior ou menor medida, de inspiração e ponto de partida para todos os outros: Marx e Engels.

3 – Marx e a crítica aos ideólogos alemães

Com *A Ideologia Alemã* (2007), escrito entre os anos de 1845 e 1846, Karl Marx e Friedrich Engels introduziram o termo ideologia em seu sistema de pensamento. Ao fazê-lo, não incorporaram acriticamente a concepção já utilizada pelos ideólogos franceses, nem mesmo assumiram inteiramente o sentido pejorativo de Louis Bonaparte; ao contrário, elaboram uma nova forma de empregá-lo, dando-lhe finalmente o rigor de um conceito e situando-o em um corpo teórico específico que estavam apenas começando a construir, o materialismo histórico.

Ainda que conservem alguns aspectos pontuais dos empregos anteriores, Marx e Engels não apenas expandiram seus significados, mas também inseriram o conceito de ideologia no movimento geral de suas reflexões. Mais especificamente, mobilizaram-no para criticar os chamados “neohegelianos”, ou simplesmente os “ideólogos alemães”, a exemplo de David Strauss, Bruno Bauer, Max Stirner e Ludwig Feuerbach. Entretanto, o principal alvo continuou sendo o sistema filosófico do próprio Hegel (SADER, 2007, p. 14). É desse modo que os dois ampliaram a polissemia que marca essa palavra e criaram, pela primeira vez, “um pensamento realmente rigoroso e relevante sobre o tema” (PACHECO FILHO, 2010, p. 12).

O estatuto mistificador da ideologia já aparece na *Ideologia Alemã*. Os autores o relacionam, inicialmente, com os pressupostos equivocados – que consideram “arbitrários” e chamam de “dogmas” (MARX; ENGELS, 2007, p. 86) – que orientam os pensadores alemães de sua época. Na realidade, todos eles partiam de abstrações puramente filosóficas, categorias já-prontas que tendiam a explicar toda uma gama de fenômenos concretos. Conceitos como o de Espírito e o de Homem eram colocados no início, centro, e também no fim das reflexões, condicionando todo um caminho que era percorrido em torno deles mesmos. Para Marx, nenhuma categoria universal do pensamento pode iniciar uma reflexão sobre o mundo social sem incorrer em alguma forma idealista de *essencialismo*. Ao proceder desse modo, portanto, os ideólogos alemães criavam essências imutáveis que produziam uma homogeneização da realidade, adequando-a aos seus pressupostos filosóficos e sujeitando tanto a matéria quanto o concreto à ideia: resumidamente, tratava-se de uma filosofia que “desce do céu para a terra”, enquanto que no materialismo histórico “se eleva da terra ao céu” (ibidem, p. 94).

Esses pressupostos filosóficos, segundo os autores, eram a forma dos pensadores alemães compensarem com o desenvolvimento *da ideia* aquilo que eles careciam no plano material: desenvolvimento das forças produtivas e das relações de produção capitalistas. Portanto, afirmavam sem rodeios que a Alemanha testemunhava um “desenvolvimento histórico trivial” (MARX; ENGELS, 2007, p. 29), em que os sofisticados sistemas filosóficos ali criados serviam de substitutos ideais para contrabalancear, de alguma maneira, tamanha defasagem socioeconômica. Segundo Sader (2007), Marx e Engels representavam o povo alemão:

(...) como uma figura desconjuntada, com uma cabeça enorme – onde cabiam, entre tantos, Immanuel Kant, Hegel, Heinrich Heine, Johann Goethe, Ludwig van Beethoven –, porém com um corpo pequeno, mirrado, que não conseguia se libertar das travas das sociedades pré-capitalistas (...) [portanto] canalizam para a cabeça, gerando maravilhosas obras do espírito, as energias com que não conseguiam promover a derrubada do velho regime e a Queda da Bastilha alemã (p. 13).

Não obstante, deixam claro que essa forma de ideologia predominantemente filosófica é específica e diz respeito à realidade e às determinações históricas particulares da Alemanha daquela época. Em outras condições, portanto, a ideologia pode assumir tantas outras formas. Isso fica exemplificado quando dizem que “enquanto os franceses e os ingleses se limitam à ilusão política (...), os alemães se movem no âmbito [filosófico] do ‘espírito puro’” (MARX; ENGELS, 2007, p. 44). Assim, podemos afirmar que existe a ideologia em geral e suas formas específicas. Ainda que os autores tratem nessa obra especialmente da ideologia alemã, ao fazê-lo, lançaram as bases teóricas que possibilitam o pensamento sobre o funcionamento *geral* de todas as formas possíveis da ideologia. Uma primeira dessas características gerais pode ser explicitada em sua manifestação *particular*: os filósofos alemães criticados por Marx e Engels, ao não fazerem a ligação entre suas ideias e as condições históricas particulares em que se encontravam, colocavam suas abstrações como universalidades, ainda que estivessem inconscientemente falando apenas de si mesmos: “[na filosofia de Feuerbach] ‘O homem’ é, na realidade, o alemão” (ibidem, p. 30). Logo, eles universalizavam algo que de fato era particular – esta é *uma*²⁹ das formas que encontramos para conceituar a ideologia: ela é a universalização dos pensamentos de uma classe particular, o processo que torna as ideias particulares das classes dominantes as ideias universalmente dominantes (CHAUÍ, 1980; MARX; ENGELS, 2007).

²⁹ Como já dissemos, a ideologia possui uma polissemia patente, não sendo possível conceituá-la precisamente em poucas palavras e de um único modo.

Žižek (1996b) diz que essa universalização ideológica, inevitavelmente, produz um particular que a desmente – é o que ele chama de “sintoma ideológico” (p. 307). Com efeito, o sintoma da ideologia alemã se encontra no fato de que suas conquistas filosóficas não passavam de discussões que não possuíam um “significado geral, mas apenas local” (MARX; ENGELS, 2007, p. 30). Esse particularismo se mostra sintomático quando, em certo momento, a oferta de universalidades filosóficas abarrota o mercado de ideias alemãs, resultando na deterioração geral da qualidade e sofisticação desses fantásticos produtos do pensamento (ibidem, p. 86). É por isso que os fundadores do materialismo histórico zombam tanto dos chamados “jovens hegelianos”, que possuem uma inescapável “dependência de Hegel (...) por mais que cada um deles afirme [o] ter superado” (ibidem, p. 83). Uma autêntica repetição sintomática, no sentido freudiano do termo. Faremos em seguida alguns comentários tentando justificar o porquê de Marx e Engels terem ido além dessa mera (re)produção sintomática do sistema hegeliano.

3.1 – Comentários sobre a crítica marxista às formas ideológicas da filosofia alemã

O conceito de ideologia se desenvolve em Marx e Engels no contexto de suas críticas aos filósofos alemães, em especial Hegel e Feuerbach, que constituíram em grande medida sua “antiga consciência filosófica” (MARX, 2008, p. 49). Ainda que textos como *Crítica a filosofia do direito de Hegel* (2010) e *A Sagrada Família* (2011) iniciem esse trabalho, é apenas com a já citada *A ideologia alemã* (2007) que os autores o realizam de modo mais acabado. Mesmo que esse livro tenha sido relegado à “crítica roedora dos ratos” (MARX, 2008, p. 49), tendo sido publicado apenas postumamente, eles admitem que ali houve uma espécie de ruptura em seu pensamento, onde abandonam os resquícios ainda marcadas por traços hegelianos e feuerbachianos. Sobre o último, Engels (2012) diz em relação à sua obra que: “o entusiasmo foi geral: a tal ponto que todos nos convertemos em feuerbachianos” (p. 138), ainda que em seguida afirme que ele e Marx desde sempre tiveram suas reservas críticas.

Althusser (2015) defenderá que esse livro marca o famoso “corte epistemológico” que inaugura o pensamento propriamente materialista dialético dos autores, permitindo-o separar os textos do próprio Marx entre aqueles que seriam pré-marxistas, portanto, ainda com resíduos filosóficos anteriores, e aqueles propriamente marxistas, eminentemente científicos e desembaraçados da terminologia hegeliana. Ainda que não entremos propriamente nesse mérito, pela importância que Althusser

possui no presente trabalho, é importante dizermos que não assumimos inteiramente essa tese, de consequências muito restritivas e ademais já bastante criticadas. Preferimos a perspectiva de Silveira (1989; 2010), que rejeita algumas formulações althusserianas, como a do corte epistemológico, mas não abandona em bloco todas as contribuições do autor. Diremos que é preciso superarmos Althusser, mas não sem antes nos servirmos dele. É por isso que não reconhecemos na *Ideologia Alemã* o nascimento de uma nova ciência, no sentido em que falava o filósofo francês, mas antes um importante passo, que guarda algo de ruptura, mas também de continuidade no longo caminho de construção do pensamento e obra marxiana.

Se a crítica ao trabalho nos *Manuscritos econômico-filosóficos* (2010), obra de Marx que antecedeu *A Ideologia Alemã*, baseava-se em uma concepção de que cada indivíduo possui em si a capacidade e o potencial de trabalhar de forma criadora, independentemente de qualquer historicidade encontrada nas relações sociais, é porque ela ainda estava presa à concepção feuerbachiana de que haveria um *ser*, uma *essência* humana que se realizaria em todos, desde que as condições naturais para tanto estejam garantidas (FEUERBACH, 2007). Feuerbach dedicou sua crítica preferencialmente contra a religião, que considerava a forma principal de alienação a impedir a realização dessa essência.³⁰

Nesse mesmo sentido, nos *Manuscritos* (2010) existe a noção de que haveria um trabalho criativo (em) que o homem (se) realizaria por natureza, na medida em que esse trabalho coincide com sua própria essência. Tal realização, entretanto, permaneceria obstruída pela propriedade privada, que nesse texto é colocada como desdobramento do trabalho alienado. Assim, subsiste aqui a ideia de que haveria uma disposição essencial no homem, a ser reencontrada em um futuro que supere a alienação do trabalho. A propriedade privada, então, não seria mais do que uma patologia da história, entendendo patologia como um desvio ou disfunção inconveniente que compromete a harmonia e a disposição natural de um dado metabolismo. É por isso que podemos afirmar que nesse texto ainda subsistem algumas concepções essencialistas, eminentemente carentes de historicidade e, portanto, enrijecidas, que só seriam superadas na ruptura produzida nos anos seguintes. Não obstante, não se trata aqui de descartar as categorias produzidas nos

³⁰ Ao transpor essa crítica de Feuerbach para a sociedade, Marx (2010) encontrou essa mesma relação de alienação entre a sociedade civil e o Estado: da mesma forma que não é Deus que cria o homem, também não é o Estado que cria a sociedade civil, mas o contrário.

textos da chamada juventude de Marx, mas de tomá-las a partir das reflexões posteriores de sua obra com o intuito de superar os entraves descritos acima.

Ainda que Feuerbach (2007) tenha produzido um giro materialista em sua crítica à religião, ao manter uma noção de essência inata e imutável do ser humano – que ele identificava na razão, vontade e coração (p. 36) –, não faz mais do que deslocar a mistificação dos céus para a terra, em direção ao “homem”, que acaba se tornando ele mesmo uma mistificação (MARX; ENGELS, 2007; ENGELS, 2012). Para solucionar esse impasse, Marx e Engels incluem a dimensão da historicidade, que é motorizada pelas relações sociais, em especial por aquelas relacionadas à produção e reprodução da vida material. O movimento da história, animado por essas relações, também é possível por conta do conceito de contradição. É pelo fato de as relações serem fundamentalmente contraditórias que elas podem colocar a sociedade em movimento e permitir sua transformação. É assim que a luta de classes é colocada como o motor da história (MARX; ENGELS, 1998).

A mudança na compreensão de Marx e Engels sobre a essência humana – passando de uma concepção de disposições eternas e ideais do ser humano, para outra que enfatiza as relações sociais encadeadas no processo histórico – é destacada e problematizada no livro de Vasconcelos (2010a), onde também é apresentado um resumo das leituras e discussões feitas pelos teóricos marxistas do século XX sobre esse tema. Para esse autor, a passagem que melhor descreve esse segundo momento da compreensão de Marx e Engels pode ser encontrada na sexta tese sobre Feuerbach, em que se afirma que o homem não é um indivíduo isolado, mas sim um “conjunto de relações sociais” (MARX; ENGELS, 2007).

É com esse avanço que os fundadores do materialismo histórico conseguem eliminar qualquer sentido de essência como uma regularidade inata, imutável e eterna. Ao contrário, introduz-se a noção de que não há nada de essencialmente perene nos sujeitos humanos; o seu próprio ser consiste em uma perpétua transformação, sem nenhum fim ou realização ideal previamente estabelecida. Se o capitalismo e a modernidade já promoviam por toda a parte a dessacralização do mundo em favor de sua racionalização (MARX; ENGELS, 1998), restava ainda desmistificar o que persistia santificado na filosofia alemã, ou seja, “o homem”. É por conta dessa mistificação que “na medida em que Feuerbach é materialista, nele não se encontra a história, e na

medida em que toma em consideração a história, ele não é materialista” (MARX; ENGELS, 2007, p. 32).

[Feuerbach] apreende o homem apenas como *objeto sensível* e não como *atividade sensível* (...) não concebe os homens em sua conexão social dada, em suas condições de vida existentes, que fizeram deles o que são, ele nunca chega até os homens ativos, realmente existentes, mas permanece na abstração ‘o homem’ e não vai além de reconhecer no plano sentimental ‘o homem real, individual, corporal’, isto é, não conhece quaisquer outras ‘relações humanas’ ‘do homem com o homem’ que não sejam as do amor e da amizade, e ainda assim idealizadas. Não nos dá nenhuma crítica das condições de vida atuais. Não consegue nunca, portanto, conceber o mundo sensível como a *atividade sensível* (...), e por isso é obrigado, quando vê, por exemplo, em vez de homens sadios um bando de coitados, escrofulosos, depauperados e típicos, a buscar refúgio numa ‘concepção superior’ e na ideal ‘igualização do gênero’” (ibidem) (grifos nossos).

No lugar da essência humana, então, aparecem em Marx e Engels as relações sociais, em especial as relações que determinam as atividades práticas ligadas ao trabalho. Contudo, o trabalho humano e as relações sociais não podem ser concebidos como fatos imutáveis por toda a eternidade, mas sim em constante transformação histórica. Temos com isso uma historicidade nas e das relações sociais, permitindo que os autores abandonem as noções essencialistas anteriores. Vejamos como eles tratam n’A *Ideologia Alemã* a questão da essência em Feuerbach: após citarem trechos deste autor, em que lemos que “somente onde está o teu coração, *está tu*” e que “todas as coisas estão – com exceção de casos contra a natureza – com muito gosto onde estão e são com muito gosto o que são”, é comentado com ironia por Marx e Engels que:

[Trata-se de um] belo panegírico ao existente. Exceção feita a casos contra a natureza e alguns poucos casos anormais, terás muito gosto de ser, desde os sete anos de idade, porteiro numa mina de carvão, permanecendo catorze horas diárias sozinho, na escuridão, e porque lá está o teu ser, então lá está também tua essência (ibidem, p. 81).

Assim, ao invés de uma interioridade que diz cabalmente o que a humanidade *realmente é*, teríamos uma transformação constante, sem um fim predeterminado e com limitações impostas apenas pelo nível de desenvolvimento herdado pelas gerações anteriores. É assim que “os homens fazem sua própria história; contudo, não a fazem de livre e espontânea vontade, pois não escolhem as circunstâncias sob as quais ela é feita, mas estas lhes foram transmitidas” (MARX, 2011, p. 25).

Ao evidenciar a historicidade própria daquilo que antes era apenas tomado abstratamente como “o homem”, ou seja, a historicidade dos homens realmente existentes, que cooperam e se enfrentam para (re)produzir de modo determinado suas condições de existência, os autores também estão descobrindo a importância das

relações sociais de produção e, conseqüentemente, a centralidade das classes sociais. Mais do que isso, estão elaborando os fundamentos de seu posicionamento político a favor de uma determinada classe, a trabalhadora, *ao mesmo tempo* em que estão formulando as questões que guiarão todo o seu trabalho teórico subsequente: Como os homens reais produzem? Como, ao produzirem, eles também produzem a si mesmos, a sociedade e sua história? Por que a sociedade produzida é uma sociedade de miséria material e espiritual para a ampla maioria das pessoas? E como solucionar esses problemas de modo a transformar a sociedade em algo radicalmente novo?

Considerando tudo isso, podemos afirmar que existe a necessidade de as classes que dominam a sociedade calarem sobre essa historicidade, que deve ser situada, em última instância, na materialidade das relações sociais de produção. O motivo desse silêncio, segundo Althusser (1978), é que elas dominam essas condições materiais que determinam a sociabilidade da e na produção (p. 39). Assim, os pensadores que representam essas classes no plano das ideias, ou seja, seus ideólogos, podem silenciar sobre essa historicidade e os conflitos que ela engendra, por exemplo, com o barulho causado por discussões filosóficas intermináveis sobre a essência humana. É assim que Marx e Engels (2007), em outra conceituação possível, também escreveram que a ideologia é uma “concepção distorcida” ou mesmo uma “abstração total” da história humana (p. 84-85) – lembrando que o motor principal dessa história são as relações materiais de produção e as lutas de classes que ali se desdobram. A mistificação ideológica, portanto, é aquela que retira a historicidade de tudo aquilo em que toca. O que ela busca mistificar dessa maneira é, em última instância, *a luta de classes*.

Considerando o estatuto que demos para a história, podemos dizer que a ideologia é uma concepção que abstrai e nega as contradições sociais que garantem algum sentido histórico para as coisas. No caso das ideologias denunciadas pelo marxismo, a contradição escamoteada é fundamentalmente a que existe entre o proletariado e a burguesia. Trata-se da divisão social que estrutura a própria sociabilidade capitalista. O resultado dessa operação denegatória é a criação de uma representação da realidade como harmônica e indivisa. Com tamanha homogeneidade e coesão, graças ao fato de as contradições terem sido convenientemente “ignoradas”, busca-se negar a possibilidade de qualquer forma de descontinuidade ou inconsistência. O resultado inevitável é uma perenização da realidade tal como ela se apresenta. Por isso que a ideologia é essa representação que idealiza, naturaliza ou essencializa tudo

que é relativo à história da sociedade, tentando privá-la de sua potencialidade irruptiva e tamponando, com isso, sua abertura para a transformação.

Cabe a nós, antes de finalizarmos esta seção, refletirmos brevemente sobre o que pode haver de ideológico nas instituições de Saúde Mental situadas no PPHM, especialmente naquelas que no MCP são hegemônicas, centradas na chamada “Psiquiatria DSM” (COSTA-ROSA, 2013b). Em tal paradigma existe uma concepção de Saúde, inclusive de Saúde Mental, marcada pela noção de ordem ou normalidade, comumente estabelecida por critérios biológicos e estatísticos (SCLIAR, 2007; POCINHO, 2013). Assim, afirmam abertamente que a chamada doença mental é um fato essencialmente natural-biológico, a ser detectado pela observação empírica e documentado em termos estatísticos, tendo pouco ou nada a ver com as contradições sociais e psíquicas que nos atravessam enquanto sujeitos.

Fica evidente que uma concepção (r)estritamente biomédica de saúde e doença mental ignora necessariamente a determinidade histórica, que inclui aqui tanto os fatores geográficos-territoriais, econômicos, subjetivos e socioculturais mais amplos (COSTA-ROSA, 2000). Na “Psiquiatria DSM”, quando esses fatores são considerados, eles o são apenas de maneira acessória à determinação natural-biológica, considerada sempre como a dominante, quando não é a única realmente válida. Nós partimos, por outro lado, da concepção de que existem determinantes sociais da doença (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007), que são em grande medida demonstráveis até mesmo em trabalhos estatísticos que em um primeiro momento dispensam qualquer teoria social crítica. O trabalho de Stringhini *et al* (2017), por exemplo, demonstra os efeitos deletérios para a saúde causados por certos comportamentos e estilos de vida, bem como pela *pobreza* e outras *condições socialmente desfavoráveis*. Rose (2019), no terceiro capítulo de seu livro, também apresenta um compilado de trabalhos que apontam nesse mesmo sentido, com destaque para um relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), publicado em 2014 e intitulado *Determinantes sociais da saúde mental*, em que os fatores sociais, em específico a desigualdade e a pobreza, aparecem inequivocamente correlacionados com o “adoecimento” mental. Em todos os casos, não se trata de negligenciar os fatores biológicos, apenas de relativizá-los e relacioná-los com outros, no intuito de evitar o reducionismo. Fica evidente que é justamente esse reducionismo – que tampona a história, tanto a social quanto a do sujeito, colocando em seu lugar uma

noção harmonizadora de normalidade – que possui, se não um caráter, ao menos uma forte vocação ideológica.

Seguindo as propostas de Rose (2019), parece-nos que a estratégia mais adequada para conjurar esse perigo não é a extinção da profissão psiquiátrica, como foi proposto décadas atrás pela chamada Antipsiquiatria, mas a aposta na criação de uma *outra* Psiquiatria. Uma que não se entregue aos reducionismos, nem se renda às pressões do complexo industrial médico, abdicando assim de seu papel potencialmente ideológico na sociedade contemporânea. Abrindo-se para novos saberes e perspectivas, sem se engessar em uma biomedicina ou ficar a reboque da psicofarmacologia, das neurociências ou dos estudos genéticos, trata-se de uma Psiquiatria que se aproxima muito daquilo que Costa-Rosa (2013c) chamou de “não tão médica”. Nesse sentido, uma perspectiva de conhecimento sobre a complexidade do sofrimento e da crise psíquica, apresenta-se como uma possível saída da perigosa via ideológica que hoje a psiquiatria parece trilhar. Mas isso implica, seguindo novamente os argumentos de Costa-Rosa (*ibidem*), em certa crítica da estruturação disciplinar que constitui e em que se apegou a psiquiatria atualmente hegemônica.

3.2 – Considerações sobre o problema da divisão entre sujeito e objeto

Se uma disciplina pode ser definida a partir do estabelecimento da divisão fundamental entre um sujeito do conhecimento e um objeto a ser conhecido, bem como do consequente método que permite ao sujeito conhecer esse objeto, devemos indagar sobre a posição marxiana³¹ sobre essas questões, na medida em que pretendemos fazer uma crítica à constituição disciplinar da Psiquiatria e estabelecer a relação que tudo isso encerra com a ideologia. Assim, trata-se aqui de buscarmos alguns marcos epistemológicos do materialismo histórico, como a relação sujeito-objeto e a existência ou ausência de um estatuto disciplinar no marxismo. Além disso, iremos situar brevemente as relações sociais que fundamentam tais marcos do ponto de vista desse referencial teórico.

Começaremos nos deixando provocar pela afirmação que faz Costa-Rosa (2013d) de que o materialismo histórico e a psicanálise são os únicos saberes que se

³¹ Utilizamos o termo “marxiano” apenas para especificar que estamos nos referindo exclusivamente aos textos assinados por Marx, evitando, ao menos neste momento, entrarmos nos méritos das diferentes interpretações desses textos e das disputas e diferenças que elas engendraram. Da mesma forma, não procuramos estabelecer uma leitura correta nem mesmo descartar qualquer uma delas *a priori*, evitando a posição segura que assume a existência de um Marx “puro”, contido em seus próprios textos, e outro que teria sido “deturpado” por todos ou pela imensa maioria dos que seguiram seus passos.

“assentam em um objeto formal-abstrato” (p. 164), insinuando que eles seriam os únicos eminentemente transdisciplinares, ou seja, ambos já teriam nascido de uma superação dos campos que descrevemos como disciplinares. Não obstante, o autor não desenvolve esse argumento mais a fundo, expresso apenas nas últimas páginas do referido ensaio. No que se refere à psicanálise, alguns autores já se arriscaram em começar a fundamentar a hipótese sobre sua transdisciplinaridade (COSTA-ROSA, 2013; BASATOS; GASTAUD, 2013; PÉRICO, 2019). Mas com relação ao materialismo histórico não encontramos essa discussão na bibliografia consultada. Assim, é nessa lacuna que pretendemos agir, tentando equacionar algumas questões iniciais para fundamentar ou descartar a hipótese que temos diante de nós.

Também encontramos em Althusser (1967; 1978) a mesma afirmação de que o materialismo histórico, enquanto teoria *stricto sensu*, trabalha com objetos formais-abstratos (p. 55). Em sua argumentação, isso se dá porque o pensamento de Marx rejeita a coincidência imediata entre os objetos do conhecimento e os objetos reais-concretos – ainda que os trabalhos teóricos com os primeiros, em última instância, visem ao conhecimento-saber sobre os segundos. A relação entre eles, porém, “não é um dado imediato, nem uma simples abstracção (sic), nem a *aplicação* de conceitos gerais a dados particulares” (p. 54) (grifo do autor). Tais posições são creditadas ao empirismo e ao idealismo, enquanto que no materialismo histórico teríamos um “processo de produção de conhecimento, cujo resultado é aquilo a que Marx chama ‘a síntese de uma multiplicidade de determinações’” (ibidem).

Como exemplo, Althusser (1967) afirmará que não existe a “produção em geral”, apenas a “conjunção-combinação concreta-real de modos de produção hierarquizados nesta ou naquela formação social” (p. 53). Portanto, o Modo de Produção Capitalista *em geral* existe apenas na teoria, enquanto resultado de um processo de produção de conhecimento, que nos dirá sobre as *generalidades* de todas as produções capitalistas realmente existentes, estas últimas, sempre muito mais complexas e multifacetadas do que sua elaboração conceitual – Netto (1998) coloca que “a razão está sempre atrás da realidade, ela não [a] esgota nunca” (p. 81). Entretanto, longe de permanecer nas generalizações abstratas, o método dialético nos faculta a mediar, com os instrumentos teóricos criados, (re)aproximações sucessivas à realidade, buscando estabelecer progressivamente um conhecimento sobre sua concretude, isto é, sua multiplicidade multifacetada de determinações. Enfim, trata-se de

realizar uma síntese das relações estabelecidas pelo trabalho teórico que seja uma “unidade no diverso” (MARX, 2008, p. 258).

É exatamente para dar conta de como a dialética marxiana lida com a diversidade da realidade, que Althusser (2015) tomará de empréstimo do texto freudiano a noção de “sobredeterminação”. Na sua leitura, o método dialético de Marx não é simplesmente a inversão do homônimo hegeliano, mas também sua transformação, exigida pela própria diferença do caráter das realidades em que elas se aplicam: o mundo da Ideia em Hegel e o mundo material e social em Marx (ibidem, p. 73). Com isso, está insinuando que o idealismo do primeiro produz necessariamente uma simplificação na estrutura de seu método, responsável por torná-lo capaz de se adequar a uma lógica.³² No materialismo não haveria tal homogeneidade lógica, mas “diferenças que constituem cada uma das instâncias em jogo [na realidade social]” e que “se ‘fundem’ numa unidade real, não se ‘dissipam’ como um puro fenômeno na unidade interior de uma contradição simples” (ibidem, p. 78). Em suma, haveria uma interação por sobredeterminação que não é nem linear, nem inteiramente previsível entre as diferentes instâncias – econômica, jurídica, institucional, política, subjetiva, moral, filosófica, etc. – que compõem uma realidade social. Em uma famosa carta, Engels (1978) expõe a questão da seguinte forma:

As condições econômicas são a infra-estrutura, a base, mas vários outros vetores da superestrutura (formas políticas da luta de classes e seus resultados, a saber, constituições estabelecidas pela classe vitoriosa após a batalha, etc., formas jurídicas e mesmo os reflexos destas lutas nas cabeças dos participantes, como teorias políticas, jurídicas ou filosóficas, concepções religiosas e seus posteriores desenvolvimentos em sistemas de dogmas) também exercitam sua influência no curso das lutas históricas e, em muitos casos, *preponderam na determinação de sua forma.* (p. 760) (grifo nosso)

Dessas considerações rápidas sobre a epistemologia e o método dialético, queremos extrair algumas consequências iniciais: primeiro, não existe um objeto que se apresente como transparente e *a priori* pronto para ser conhecido pelos sentidos. Ao contrário, eles, os “objetos”, devem ser “criados” por um trabalho teórico sobre a realidade. Em seguida, os “objetos” da realidade concreta são determinados por diferentes patamares dessa realidade, que interagem entre si. Além disso são históricos, estando em constante movimento e transformação. Por fim, para além da análise que exige a decomposição dessa multiplicidade de determinações, o conhecimento só é

³² O exemplo preferido de Althusser parece ser a lógica da afirmação, negação e negação da negação. Para ele, tal lógica pode ser útil em grandes esquemas formal-abstratos, mas é absolutamente insuficiente para explicar os acontecimentos da realidade concreta.

possível após um momento de síntese que capture o movimento ao mesmo tempo determinado, sobredeterminado e unitário do objeto. Ao chegarmos neste ponto, já podemos ao menos postular que o materialismo histórico é um pensamento da complexidade – diremos que para ele o mais complexo explica, *a posteriori*, o mais simples, no exato oposto do que coloca o positivismo (NETTO, 2011, p. 48).

Para avançarmos um pouco mais, precisamos fazer algumas considerações sobre o sujeito do conhecimento e o papel que ele ocupa nesse sistema teórico. Ainda que o objeto “comande” a pesquisa, por possuir uma legalidade própria e independente da consciência imediata do sujeito pesquisador, este último possui um papel essencialmente ativo em todo o processo de produção de conhecimento: “o sujeito deve ser capaz de mobilizar o máximo de conhecimentos, criticá-los, revisá-los e deve ser dotado de criatividade e imaginação” (NETTO, 2011, p. 25). Além disso, quando falamos do materialismo histórico, estamos falando sempre de uma realidade que é social e histórica, portanto, a relação sujeito-objeto que existe nela não é “uma relação de externalidade, tal como se dá, por exemplo, na citologia ou na física; antes, é uma relação em que o sujeito está implicado no objeto” (ibidem, p. 23). É nesse sentido que para Marx, todo “conhecimento teórico é necessariamente conhecimento político” (NETTO, 1998, p. 79).

Em uma leitura feita *entre* os campos da psicanálise e do materialismo histórico, Elia (2007) busca retomar no texto marxiano o que haveria de uma teoria do sujeito. Ele insiste em evidenciar o erro que muitos comentadores cometeram ao considerar o sujeito em Marx como meramente econômico. Elia encontra-o antes multideterminado, com “diferentes dimensões de seu ‘ser’, ser natural, objetivo, real, sensível, ativo, genérico e consciente, entre outras” (p. 829). Além disso, ao rejeitar definir o sujeito a partir de seus predicados, a teoria marxiana possui uma “ontologia” que dispensa qualquer forma de essencialismo idealista ou naturalista (ibidem). O sujeito aqui é histórico, ativo e consciente, com o adendo de que essa “consciência” não pode ser reduzida a uma concepção natural e psicológica, rejeitando uma formação autóctone: ela não é causa de si mesma, é causada pelas relações sociais que se dão na história (p. 835).

Se pararmos as reflexões neste ponto, poderíamos afirmar que permanecemos no campo disciplinar, na medida em que ainda se sustenta uma divisão entre sujeito e objeto. Entretanto, entendemos ser possível questionarmos até mesmo essa divisão a

partir do que é colocado pelo texto marxiano. De acordo com Sader (2007, p. 10), tal separação é uma condição epistemológica estranha ao método dialético: antes de Marx, o próprio Hegel já teria se perguntado o porquê de o mundo se apresentar como separado entre sujeito e objeto. Entretanto, se o idealismo encaminha a solução do problema no movimento de autoconscientização da Ideia (GIANNOTTI, 2010, p. 9-10), o materialismo a buscará em outros domínios: nas relações sociais que os homens estabelecem com a natureza e com outros homens, fundamentalmente nas relações de trabalho que permitem a produção e reprodução da sociedade. Vasconcelos (2010b) diz que Marx “assume a perspectiva hegeliana de que o sujeito e o objeto são indissociáveis, mas [faz isso] formulando uma nova noção de práxis, como teoria na ação, atividade prático-crítica-revolucionária” (p. 87).

Pretendemos elucidar as afirmações acima a partir de um famoso trecho em que Marx e Engels (2007) dizem que “conhecemos uma única ciência, a ciência da história” (p. 86). Eles prosseguem colocando que essa ciência pode ser estudada inicialmente se dividindo em duas, a história da natureza e a dos homens; entretanto, ambas não podem ser separadas senão na abstração, pois constituem dois aspectos de uma mesma e única realidade (ibidem). Diremos, apoiando-nos nas considerações anteriores sobre a complexidade presente nesse referencial teórico, que essas são as duas instâncias ou patamares básicos de realidade com que os autores compreendem o mundo. O materialismo histórico se dedica especificamente à história social, ainda que não desconsidere a história natural como seu “ponto de partida”, uma condição “prévia” e necessária ao desenvolvimento histórico social.

Quando está considerando sobre as noções de natureza humana em Marx, em seu extenso trabalho de revisão, Vasconcelos (2010b) elabora um resumo que pode nos ser útil neste momento:

Assim, tanto o conceito de gênero como o de natureza humana em Marx implicam uma concepção materialista do ser humano em duas direções fundamentais: a da filogênese, como constância biológica da espécie *Homo sapiens*, e a da história, como um ser fruto de um desenvolvimento histórico e social global, e das condições sociais específicas de cada época (p. 91).

Contanto, é preciso antes explicar o que articula em unidade esses dois patamares fundamentais. Trata-se de uma questão que nos remeterá àquilo que Marx e Engels chamam de pressupostos da história, a saber, o fato de que os homens precisam primeiro estar em condições de fazer a história. Eles precisam (sobre)viver inicialmente

em um sentido estritamente orgânico. Os humanos, portanto, precisam produzir as suas condições materiais de existência e fazem isso entrando necessariamente em cooperação com seus semelhantes. Assim, o fato de os homens produzirem os meios de satisfação de suas necessidades imediatas e as relações sociais que contraem durante essa produção são os primeiros pressupostos da história. Além disso, ao (e)laborar socialmente os objetos que satisfazem essas primeiras necessidades, a humanidade começa imediatamente a engendrar novas, gradativamente mais distantes daquelas estritamente biológicas. É a produção dessas novas “necessidades” e dos objetos que as satisfazem que “constitui o primeiro *ato* histórico” propriamente dito (MARX; ENGELS, 2007, p. 86) (grifo nosso).

É exatamente por causa dessas características – o fato de produzirmos os objetos que satisfazem nossas necessidades, de fazermos isso socialmente e de que, ao fazê-los, produzirmos simultaneamente novas necessidades, cada vez mais distantes das primeiras – que são as pessoas que fazem a história (MARX, 2011). As pessoas a fazem porque além de transformarem o mundo a sua volta, estão em constante transformação nesse intercâmbio. Diremos que “as circunstâncias fazem os homens, assim como os homens fazem as circunstâncias” (MARX; ENGELS, 2007, p. 43). Mas devemos lembrar que esse movimento nada tem de cíclico, estando sempre aberto para o acontecimento do novo, seja uma nova “necessidade”, ou uma nova forma de satisfazê-la por meio da produção realizada no intercâmbio com o mundo e com as outras pessoas.

Esse aspecto de uma abertura para um devir histórico que se dá necessariamente no social, bem como seu gradativo afastamento da esfera especificamente orgânico-biológica, permitirá que Costa-Rosa (2013a) identifique em Marx (1985) a passagem do plano da necessidade para o do carecimento. O conceito de carecimento é encontrado nos primeiros textos de Marx e seria exatamente a “totalidade das necessidades, capacidades, prazeres, potencialidades produtoras, etc., dos indivíduos, adquirida no intercâmbio universal”, que se realiza sempre em um “movimento absoluto do tornar-se” (ibidem, p. 80-1). É a partir dessa definição que Costa-Rosa (op. cit.) aproximará essa categoria do conceito psicanalítico de desejo, especialmente da releitura lacaniana, que o tomará como uma abertura desejante, um constante devir (p. 29). Fink (1997) dirá que a natureza do desejo é justamente a de não possuir um objeto fixo, sendo sempre um empuxo ao novo: “mais desejo, desejo cada vez maior” (p. 08). Desejo como diferir

(PÉRICO, 2014). Assim, diremos que quando estamos no plano da história e dos atos históricos, já nos distanciamos da carência-necessidade para nos posicionarmos no carecimento-desejo.

Essa produção social enquanto ato histórico pressupõe outra categoria específica, que é a de trabalho. N’*O Capital* (2017), o trabalho, assim como a mercadoria, possui uma ambiguidade constitutiva: ele é simultaneamente trabalho concreto ou útil e trabalho abstrato. O primeiro é o trabalho que cria determinado valor de uso – um objeto que, tendo sua forma natural transformada pela ação humana, satisfaz com sua corporeidade específica uma necessidade social determinada. O segundo é o trabalho isolado de sua determinidade, isto é, de seus aspectos materiais, processos e objetivos específicos. É simplesmente um “dispêndio de força humana de trabalho” (ibidem, p. 121). Ambos são níveis de análise indispensáveis para compreendermos o trabalho em Marx.

Mais adiante no mesmo livro, já se referindo ao trabalho inserido na lógica capitalista, a força de trabalho é colocada como o fator subjetivo da produção, sendo justamente o fator que tem a potência de criar novos valores de uso, bem como o mais-valor³³ (MARX, 2017, p. 285-286). Por outro lado, os meios de produção – máquinas, instrumentos, instalações e matérias-primas – e as mercadorias produzidas formam o fator objetivo do trabalho. Com efeito, diremos que os aspectos objetivos, que são inicialmente produtos de trabalhos humanos anteriores, ao se desligarem dos sujeitos que os criaram, transformam-se em trabalho morto (fator objetivo); ao passo que a força de trabalho é sempre o chamado trabalho vivo (fator subjetivo), aquele que é realizado *in acto* para a produção de novos valores. Desse modo, podemos inferir que o trabalho *in acto* é a subjetividade humana sendo precipitada em um suporte material específico. Dizendo de outro modo, é a objetivação da subjetividade humana. Daí a afirmação de Hamraoui (2014) de que “o trabalho vivo é subjetividade” (p. 46).

³³ De acordo com Marx (2017), a força de trabalho é o trabalho transformado em mercadoria. O valor de uso, conforme já descrito, é a capacidade de satisfazer uma necessidade social dada pela materialidade de um produto específico do trabalho humano. Já a mais-valia é o valor excedente apropriado pelo capitalista nas relações de compra e venda de força de trabalho, ou seja, nas relações de assalariamento que estabelece com o trabalhador. Aqui, ainda vale um comentário sobre o valor e o valor de troca. O primeiro é a capacidade que os produtos do trabalho humano assumem na sociedade capitalista ao se tornarem mercadorias, isto é, a capacidade de serem trocadas por outras mercadorias em relações fetichizadas de mercado – relações sociais que aparecem “[n]a forma fantasmagórica de uma relação entre coisas” (p. 147). Assim, uma mercadoria possui tanto mais valor, quanto (por) mais ela conseguir ser trocada por outras. Por fim, existe o valor de troca, que é a magnitude ou a forma quantificada do valor, medido pelo tempo de trabalho dispendido em uma produção em relação ao tempo de trabalho médio socialmente necessário para essa mesma produção.

Com isso, podemos compreender melhor a afirmação de Marx (1985) sobre a propriedade, que é descrita como “relação do indivíduo com as condições naturais de trabalho e reprodução, a natureza inorgânica que ele descobre e faz sua, o *corpo objetivo de sua subjetividade*” (p. 67) (grifo nosso). Como vimos, a subjetividade aqui nada mais é do que uma constante transformação que se dá no trabalho vivo e nas diferentes relações que são estabelecidas em seu processo de realização. Seu corpo objetivo, por outro lado, é exatamente o mundo material em que esse trabalho se precipita. Assim, por observação empírica e pressuposição lógica, deve haver necessariamente um mundo objetivo prévio com que a sociedade se relaciona, tendendo sempre a transformá-lo. As modalidades historicamente determinadas de relações que os sujeitos estabelecem com esse corpo objetivo que encontram de antemão e as formas jurídicas que elas assumem, é o que chamamos de formas de propriedade.

É importante reforçarmos que essas formas de relação com o mundo objetivo – esse “metabolismo social entre homem e natureza” (GIANNOTTI, 2010, p. 26) – são necessárias e incessantes. Silveira (1989) nos dirá que a unidade existente na relação entre os sujeitos e a natureza é o pressuposto do que seria uma estrutura da historicidade na obra marxiana. Mas vai além e afirma que tal unidade é apenas uma condição, pois a história propriamente dita “implica necessariamente um *ultrapassamento* desta dimensão estritamente *natural*” (p. 51) (grifos do autor). Diremos que o trabalho, esse fator subjetivo do processo de produção, suprassume³⁴ a natureza, seu fator objetivo. Essa passagem para o plano histórico-social, como já colocamos, se dá pelo engendramento de novos carecimentos, ou seja, pela entrada na dimensão do desejo. Mas também pela conseqüente transformação do mundo realizada constantemente pela humanidade na história – eis os motivos para a ciência da história ser a única ciência reconhecida por Marx e Engels (2007).

É nesse sentido que podemos pensar algumas passagens em que esses autores parecem postular uma certa inacessibilidade da natureza em seu estado “puro” aos sujeitos históricos. No contexto de sua crítica a Feuerbach, argumentam que mesmo que haja unidade entre essas duas instâncias, uma realidade natural intocada não pode mais ser encontrada na medida em que se desenvolvem as relações sociais de produção. Para eles, é preciso reconhecer a predominância das relações sociais em relação à natureza.

³⁴ Suprassunção ou subsunção são traduções possíveis para a palavra alemã *aufhebung*, que condensa simultaneamente os sentidos de negação, afirmação e elevação.

Afirmam que é “esse contínuo trabalhar e criar sensíveis, essa produção, a base de todo o mundo sensível, *tal como ele existe agora*” (MARX; ENGELS, 2007, p. 31) (grifos nossos). Essa relação constitui e transforma o mundo de tal modo que:

(...) se ela fosse interrompida mesmo por um ano apenas, Feuerbach não só encontraria uma enorme mudança no mundo natural, como também sentiria falta de todo o mundo dos homens e de seu próprio dom contemplativo, e até mesmo de sua própria existência (...). De resto, essa natureza que precede a história humana não é a natureza na qual vive Feuerbach; é uma natureza que hoje em dia, salvo talvez em recentes formações de ilhas de corais australianas, não existe mais em lugar nenhum (...) (ibidem, p. 32-33).

O mundo “natural” que se apresenta imediatamente aos sentidos, portanto, é apenas uma primeira aparência, sob a qual subjaz toda a potência transformadora do trabalho-subjetividade humana. Silveira (1989, p. 45) dirá que os próprios sentidos estão submetidos às determinações históricas de que tratamos até agora – ideia também afirmada por Rozitchner (1989). É por isso que Marx (2008, p. 31) critica tanto a concepção feuerbachiana que defende que a essência dos “objetos” se apresenta ao olhar – desde que seja, é claro, os “oficiais pares de olhos” (ROSA, 2008, p. 193) do filósofo, do químico, do físico ou do psiquiatra. Do ponto de vista marxiano, tal visibilidade é impossível na medida em que o olhar não acessa a historicidade e a subjetividade que estão inexoravelmente presentes por toda a parte.

Com isso, diremos que estamos lidando sempre com “uma subjetividade contextualizada social e culturalmente e (...) uma Formação Social subjetivada” (COSTA-ROSA, 2012, p. 19). Toda essa discussão também encerra relações fecundas com a afirmação de Périco (2013), inspirada na obra de Lacan, sobre a consistência möebiana³⁵ que existe na relação entre as Formações Sociais e subjetivas, o que justificaria no campo da Saúde Mental Coletiva o emprego do significante Psicossocial, em que o “bio” é suprassumido pelo social e o psíquico (p. 68-69). Entendemos que, para que seja digna desse significante, nossa *práxis* deve estar situada em uma ética que seja a do carecimento-desejo (COSTA-ROSA, 2013a), o que exige a articulação transdisciplinar entre os referenciais teórico-técnicos que superem a divisão reducionista entre sujeito e objeto, nos permitindo atuar *praxicamente* diante da complexidade que o campo da Saúde comprovadamente implica (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007;

³⁵ Consistência möebiana se refere à figura topológica criada pelo matemático August Ferdinand Möbius (1790-1868), utilizada por Lacan (2003) para ilustrar a inter-relação dialeticamente contínua entre os processos subjetivos e sociais. Consiste em uma ligeira torção que produz uma colagem entre as duas extremidades da fita, criando uma continuidade dentro-fora entre as suas duas superfícies.

YASUI, 2006; COSTA-ROSA, 2008; COSTA-ROSA, 2013; YASUI; LUZIO; AMARANTE, 2017).

Novamente é Silveira (1989) quem nos ajudará a avançar quando afirma que “na *práxis* humana é que se constitui o processo de subjetivação do homem ao qual corresponde o processo de *objetivação* da natureza. Nenhum dos polos dessa relação sujeito e objeto é posto como um dado *a priori*” (p. 46) (grifos do autor). Em uma discussão sobre o estatuto da objetividade no marxismo, Löwy (1978) fala sobre a “identidade parcial entre o sujeito e o objeto do conhecimento” (p. 15). Ou seja, ambos defendem que a separação clássica entre esses polos em uma dicotomia estanque é absurda para a teoria marxista. Uma vez que ela está situada no campo do carecimento-desejo, pautando a proeminência da *práxis*, tal divisão só pode assumir caráter *parcial*, sendo possível, de modo relativo e temporário, apenas em um trabalho situado em um processo específico de produção de conhecimento. Ela nunca pode ser considerada um dado imediato, totalizante ou *absoluto* da realidade; além disso, só pode ser admitida após um trabalho inicial de ide(ação) que nos coloca no plano que chamamos de formal-abstrato. Por outro lado, no plano da concretude, entendido como síntese de múltiplas determinações, tal divisão a rigor não existe. No caso específico do campo da Saúde Mental, é ainda mais evidente que não estamos lidando com um objeto, mas sempre com sujeitos.

Neste ponto, é válido retomarmos a linha de argumentação que seguimos até aqui. Começamos afirmando que a dialética marxista inclui uma superação da divisão epistemológica entre sujeito e objeto. Com isso, partimos para os comentários sobre a concepção de História em Marx e Engels, exposta como o ultrapassamento de uma condição ontológica ligada exclusivamente à natureza por meio do trabalho social e sua potencialidade criadora. O trabalho, por sua vez, além de considerado como possível apenas nas relações sociais, foi considerado como a objetivação da subjetividade humana. Assim, é por meio do trabalho vivo, sobretudo, que temos a produção de um mundo objetivo-subjetivado, que deixa sua condição anterior de completa naturalidade ao ser tomado como “corpo objetivo” em que se precipita a subjetividade humana, um mundo recoberto pela subjetividade de muitas gerações. Dessas considerações podemos deduzir a impossibilidade de uma separação estanque entre sujeito e objeto, uma vez que o mundo tomado como objeto pelo sujeito do conhecimento não é simplesmente “objetivo”, mas também plenamente subjetivado. Ao mesmo tempo, o sujeito não pode

simplesmente se distanciar de algo em que ele está plenamente implicado. Postulamos então a existência não de uma separação, mas de uma relação de continuidade möebiana entre sujeito e objeto do conhecimento na teoria marxista.

Nesse sentido, diremos que o fundamento ontológico da superação marxiana da divisão sujeito-objeto está na compreensão da unidade contraditória entre natureza e sociedade, desde que consideremos a suprassunção da primeira pela segunda. Aqui, ainda é necessário explicar o porquê do mundo se apresentar como uma separação entre esses dois termos. Começaremos abordando a divisão social do trabalho, especialmente a cisão fundamental entre o trabalho manual e o intelectual, responsável por estabelecer na história os que pensam-comandam e os que executam-obedecem (MARX; ENGELS, 2007).

Com isso, temos o que Marx (2010) chamará de um trabalho estranhado – uma vez que o trabalhador-executor *forçosamente* se assujeita às determinações daquele que comanda a produção. Inicia-se um processo de alheamento do trabalhador em relação ao seu trabalho, cujo resultado é a criação de um mundo de objetos subjetivados em *detrimento* da subjetivação de seus próprios criadores, objetos cujas “sutilezas metafísicas” (MARX, 2017, p. 146) escapam ao trabalhador para enfim voltarem-se contra ele – é esse processo que a teoria marxista chama de estranhamento. Simultaneamente, produzem-se sujeitos apartados dos pressupostos e resultados de seu trabalho, cuja subjetividade é cada vez mais unilateralizada – fenômeno chamado reificação ou coisificação (MARX, 2010).

(...) quanto mais o trabalhador se desgasta trabalhando (*ausarbeitet*), tanto mais poderoso se torna o mundo objetivo, alheio (*fremd*) que ele cria diante de si, tanto mais pobre se torna ele mesmo, seu mundo interior, [e] tanto menos [o trabalhador] pertence a si próprio. É do mesmo modo na religião. Quanto mais o homem põe em Deus, tanto menos ele retém de si mesmo. O trabalhador encerra sua vida no objeto; mas agora ela não pertence mais a ele, mas sim ao objeto. (ibidem, p. 61).

Posteriormente, temos a divisão propriamente capitalista do trabalho, que além de dividi-lo em especialidades, realiza uma divisão técnica no interior de um mesmo processo produtivo, criando o especialismo tecnicista. Assim, o trabalho é reduzido a operações cada vez mais fragmentadas, repetitivas e carentes de sentido. Quando o trabalho vivo passa a ser inteiramente determinado por seus fatores objetivos, como a maquinaria, existe a chamada subsunção real do trabalho ao Capital (MARX, 2017). É apenas com o surgimento desse processo que o trabalho se torna suficientemente

estranhado – alheio e unilateral – para produzir a generalização dos fenômenos do estranhamento do mundo social e da reificação do trabalhador nas Formações Sociais de tipo capitalista.

Costa-Rosa (1989; 2013) faz uma análise da divisão do trabalho nas instituições de Saúde Mental típicas do PPHM e insiste que nelas vigoram uma divisão técnica que subdivide o seu próprio objeto: a doença a mental. Assim, nesse paradigma de tratamento, existe uma disciplina que assume imaginariamente o papel de principal detentora do saber sobre esse “objeto”. Por conta disso, essa disciplina estaria autorizada a ocupar um lugar de comando nessas instituições. Trata-se da Psiquiatria, especialmente daquela designada como “Psiquiatria DSM” (COSTA-ROSA, 2013b). Por outro lado, dentro da divisão tecnicista do trabalho que vigora nesse paradigma, teremos as chamadas disciplinas auxiliares, que recebem designações negativas como “paramédicos” ou “profissionais não-médicos” (ibidem, p. 120). Estes últimos são os que ocupam o lugar de executores, em posições diversas de uma divisão especializada do trabalho que se assemelha a uma linha de montagem. Assim, o autor conclui que o que vigora nessas instituições é a divisão taylorista, que busca levar a racionalização das divisões do trabalho até as suas últimas consequências. No mesmo escopo de análise, Goto (2018) observa que no contexto das lutas paradigmáticas e dos avanços e retrocessos do processo instituinte da Atenção Psicossocial, as formas comparativamente mais cooperadas existentes permanecem em constante ameaça, e mesmo nos estabelecimentos nascidos da RPb a possibilidade de um retorno à divisão estritamente taylorista é real. É o que Costa-Rosa (2000), em sua análise dialética das práticas de Saúde Mental, chamou de “reincidência do instituído” (p. 165).

Nos termos desse tipo alienante de divisão existe uma separação rigorosa entre aqueles que sabem e comandam e aqueles que nada possuem além de sua força de trabalho, portanto, apenas executam. Nos limites dessa lógica, aqueles que produzem apenas podem fazê-lo sem saber, logo, (re)produzem de modo serializado (PASSARINHO, 2019). Trata-se dos trabalhadores modernos, o proletariado, que Lacan (1992) afirmou que, além de privados dos meios de produção, são também expropriados de um saber, que “o rico adquire” e pelo qual “ele não paga” (p. 86-7). Com o fazer-saber dicotomizados pela divisão social capitalista do trabalho, limitando a possibilidade de uma *práxis*, temos as condições ontológicas e históricas para a tradicional separação epistemológica entre sujeito e objeto do conhecimento – com o

primeiro correspondendo aos que pensam-comandam e o segundo aos que executam-obedecem. Além disso, diríamos que existe a figura daqueles que executam-obedecem-consomem. Ou melhor, executam quando o mercado de força de trabalho permite, mas consomem sempre que são impelidos a isso.

Esse saber expropriado se traduz apenas em um conhecimento teórico limitado, pobre em comparação com a riqueza do saber produzido na unidade entre a prática e a teoria, entre o fazer e o saber. Temos um sujeito do conhecimento que está apartado da dimensão prática do trabalho e ao mesmo tempo um mundo crescentemente subjetivado e complexo. Essa complexidade é apreendida apenas em sua superficialidade, naquilo que sua aparência imediata apresenta aos sentidos, especialmente ao olhar. Essa é a crítica marxista a qualquer conhecimento que se embasa em alguma medida no empirismo. Em tudo que ele guarda de reducionista, o empirismo se revela ideológico na medida em que toma partes isoladas e parciais da realidade objetiva, a saber, os seus aspectos aparentes, para apresentá-los como verdades-todas. Essa é precisamente *outra* forma de descrevermos a ideologia: uma rede imaginariamente articulada de verdades aparentes e parciais, tomadas como as verdades essenciais, absolutas e imutáveis de todas as coisas. Pouco importa se essas verdades dizem se sustentam na observação especializada da realidade (empirismo) ou em sua homogeneização prévia dada por um modelo teórico-filosófico (idealismo). Ambas são igualmente ideológicas e aquilo que lhes escapa retorna como espectro estranhado para atormentar seus criadores.

3.3 – Marx e a entrada em cena da política

Até aqui, vimos que a ideologia pode ser a universalização indevida de um pensamento particular. Ela também pode ser descrita como uma espécie de “confusão”, em que um aspecto imediato e aparente do fenômeno se impõe em detrimento de sua complexidade de determinações, cujo resultado só pode ser um reducionismo. Além disso, também dissemos que ela é a abstração completa da história, isto é, a negação das contradições que produzem o movimento da realidade, responsável por suas transformações e historicidade. Em todos os casos, o que é produzido é um tipo de mistificação, um obstáculo marcado por interesses particulares, que dificulta a relação de conhecimento-saber dos sujeitos com a realidade, tornando inacessíveis suas determinações menos aparentes. Cria-se, dessa forma, condições para a conservação dessa realidade. Ao nos dizer “isso é universal”, “isso é a verdade toda” e “isso é assim e sempre será”, a ideologia transforma o *status-quo* em algo eterno.

É assim que a ideologia aparece em Marx e Engels (2007) como uma “representação falsa” que os sujeitos fazem de si mesmos (p. 523), bem como uma “concepção distorcida” ou mesmo uma “inversão total” da realidade que os atravessa (p. 87). São dessas formulações que surge a noção que se tornou corrente em parte do campo marxista, que toma a ideologia como uma “falsa consciência”. Essa expressão, contudo, foi utilizada pela primeira vez pelo próprio Engels (1982), quando diz que “a ideologia é um processo que, com efeito, é completado com a consciência pelo chamado pensador, mas com uma consciência falsa” (p. 556). Não obstante, especialmente quando descontextualizada do conjunto da crítica marxiana, o uso indevido dessa descrição pode resultar em compreensões discordantes daquelas postuladas pelos autores de *A Ideologia Alemã*.

Na medida em que a ideologia é considerada dessa forma, como mero erro ou falsidade da consciência, fica aberto o caminho para pensá-la como um déficit, cujo antídoto seria o mais simples do mundo: prover aos que não tem aquilo que lhes falta, a consciência. Evidentemente, essa consciência é constantemente entendida em termos de conhecimento. Às pessoas faltaria o conhecimento sobre *a verdade* da sociedade e até mesmo sobre *seus verdadeiros interesses*, que lhes seriam entregues pelos que tiveram acesso a tal conhecimento. A crítica da ideologia se resumiria a uma simples operação de entrega de algo que falta, uma simples crítica da consciência; o seu exercício seria feito por teóricos ou até mesmo por diversos tipos de especialistas.

É nesse sentido que a teoria de Gabel (1979) leva essa lógica até suas últimas consequências, ao afirmar que a falsa consciência, além de ser um déficit de conhecimento da classe trabalhadora sobre a realidade, pode se identificar no plano individual com a falta de razão. Com efeito, ele encontrará a manifestação individual da ideologia, que chamará de seu “conteúdo concreto” (p. 70), no campo da psicopatologia psiquiátrica. Mais diretamente, identifica a manifestação da ideologia nos indivíduos esquizofrênicos. Ele afirma considerar “a afecção esquizofrênica como uma forma individual da falsa consciência, (...) trata-se de uma forma de alienação tanto na acepção marxista como na acepção psiquiátrica da expressão” (ibidem). Nessa lógica, na medida em que conseguissem curar os “insanos” e torná-los “normais”, os psiquiatras poderiam se converter em críticos da ideologia, ao menos de sua “forma individual”, e a saída para a alienação, compreendida na polissemia do termo, poderia ser encontrada em suas diversas terapêuticas e formas de administração.

Tendo em mente que o principal tratamento psiquiátrico para a loucura no momento em que o texto de Gabel foi produzido, no início dos anos 1960, já era o tratamento medicamentoso (WHITAKER, 2017), podemos levar sua teoria ao limite de seu absurdo ao indagarmos se a eventual redução dos sintomas esquizofrênicos, promovida pela intervenção química de um fármaco, poderia ser reconhecida por ele como uma espécie de saída, ou pelo menos um atenuador dos efeitos individuais da ideologia. Ou seja, dentro da lógica criada por esse autor, não seria possível concebermos a curiosa situação em que a indústria farmacêutica produzisse uma “pílula mágica” para lidar com a alienação ideológica? Se sim, o absurdo de um neuroléptico anticapitalista, de uma crítica da ideologia em um comprimido de cinquenta miligramas se tornaria possível.

Para além dessas hipérboles lógicas, tentaremos relativizar as concepções que entendem a ideologia a partir da concepção da falsa consciência, tendo como suporte o próprio texto marxiano. Como já vimos, em sua obra seminal sobre o assunto, Marx e Engels (2007) falam de uma concepção distorcida da realidade (p. 87). Entretanto, em diversos momentos colocam que tal distorção, muito mais do que por um déficit de consciência sobre a realidade, resulta da unilateralidade das relações sociais determinadas pelas divisões especializadas do trabalho. São as relações sociais estreitadas por essa condição histórica que necessariamente impõem certos entraves na compreensão da complexidade da realidade. Tais entraves tendem a gerar lacunas no saber produzido nessas circunstâncias. Essas lacunas, por sua vez, seriam preenchidas por uma atividade excessiva da consciência ou, como também colocam os autores, da imaginação (p. 44).

É assim que a mistificação ideológica, ao invés de ser um déficit, pode ser apreendida exatamente pelo seu oposto, como uma espécie de superávit de consciência. Esse é o sentido da crítica que os autores fazem àquilo que há de ideológico na filosofia alemã, que poderíamos dizer que eles consideravam como uma compensação excessivamente *imaginária* da consciência filosófica desse país em relação ao seu restrito desenvolvimento histórico. É exatamente pela limitação estrutural que as relações sociais baseadas na exploração e na divisão entre saber e fazer impõem, que a consciência, na forma de um conhecimento, aparece para regular essa realidade.

Marx e Engels (1998; 2007) afirmam em mais de uma oportunidade que as ideias das classes dominantes, em um determinado momento histórico, são também as

ideias dominantes. Isso acontece porque “a classe que tem à sua disposição os meios de produção material dispõe também dos meios de produção espiritual” (MARX; ENGELS, 2007, p. 47). Uma vez que essas classes possuem o poder econômico e o controle dos meios de produção e difusão de informação e conhecimento, além de ideólogos profissionais para defender seus interesses na luta das ideias, elas tendem a estar mais bem posicionadas para promover os excessos mistificadores de sua própria consciência para o conjunto da sociedade.

Assim, retornando às lacunas de que falávamos anteriormente, diremos que são as classes dominantes que tendem a preenchê-las com suas ideias, ou melhor, tamponá-las com o trabalho imaginário de sua própria consciência. Desse modo, as falhas, inconsistências e impossibilidades da própria estrutura do Modo de Produção Capitalista são reguladas, homogêneas e simplificadas pelas ideias das classes ou grupos sociais que diretamente se beneficiam dessa estrutura. O resultado produtivo desse processo é exatamente a universalização das ideias particulares dessas classes e grupos. O valor de uso desse produto que é a ideologia está em sua singular capacidade de gerar mistificações da realidade, que se expressam das mais diversas formas, sempre atuando no sentido de cristalizar para conservar aquilo que está instituído.

Se a ideologia não é uma falsidade, nem um déficit de compreensão da consciência, mas sim uma produção (ide)ativa que tenta compensar de diversas maneiras as falhas na própria estruturação da realidade, a crítica da ideologia também não pode ser simplesmente uma crítica da consciência. Muito menos a crítica de um especialista a uma suposta consciência alienada de um indivíduo isolado. Ao contrário, ela só poderá ser uma crítica que intercede por meio de uma *práxis* na sociedade. Portanto, existe nessa crítica uma proeminência do social em relação ao individual, bem como da prática em relação à teoria.

É assim que podemos compreender os ataques que Marx e Engels (2007) fazem aos pensadores que acreditam que a opressão e a miséria social são causadas exclusivamente pela alienação religiosa (p. 29), que creem poder libertar a humanidade pela crítica teórico-filosófica (ibidem, p. 44), ou que consideram que as revoluções são sempre revoluções teóricas (ibidem, p. 102). Em todos esses casos, o que eles afirmam é que a crítica da ideologia, enquanto permanecer como uma simples crítica da ideia, continuará sendo ela mesma ideológica. Com isso, os autores fazem a política entrar em cena de um modo inédito na história do pensamento ocidental, conforme expresso na

última das *Teses sobre Feuerbach*: “os filósofos apenas *interpretaram* o mundo de diferentes maneiras; o que importa é *transformá-lo*” (ibidem, p. 535) (grifos nossos). Ou seja, não pode haver uma crítica da ideologia que não considere o conjunto das relações sociais e todas as determinações históricas em jogo, ou que não se oriente em direção a uma *práxis* que transforme a realidade. É nesse sentido também que pretendemos orientar nossa crítica ao Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM), em favor da transformação instituinte na direção do Paradigma Psicossocial (PPS).

4 – A teoria althusseriana da ideologia

Althusser e sua teorização sobre a ideologia despertaram nosso interesse neste trabalho por dois motivos principais: por situar a existência material da ideologia nas instituições que se conformam na sociedade capitalista, e por formular sua teoria sobre o mecanismo da captura ideológica, apoiado na psicanálise, em relação aos processos de subjetivação. Ambas as características encontradas em seu trabalho foram consideradas úteis ao intuito de mobilizar esse conceito para pensar as formas de inserção da psiquiatria nas instituições de Saúde Mental, especialmente naquelas situadas no PPHM.

Em seu famoso ensaio *Ideologia e Aparelhos Ideológicos de Estado* (1996), Althusser afirma buscar uma maior consistência teórica para a compreensão marxista da ideologia e do Estado, que o autor ainda considera como parcialmente “descritivas” (p. 110). Primeiro, porque em Marx não encontramos muito mais do que ilustrações do funcionamento da ideologia, especialmente, como vimos, em suas críticas aos ideólogos alemães. Não existem textos em que esse conceito é rigorosamente articulado com outros encontrados em seu sistema teórico. Talvez a única exceção esteja em seu famoso prefácio da obra *Contribuição à crítica da economia política* (2008), em que a ideologia aparece metaforizada como uma superestrutura do edifício social (p. 48). Althusser (op. cit.) considera que essas elaborações não são capazes de expor as determinações fundamentais que orientam o funcionamento, desenvolvimento e a reprodução da ideologia em nossa sociedade. Desse modo, não haveria uma teoria

marxista da ideologia capaz de explicar a variedade de fenômenos que podem ser caracterizados como ideológicos.³⁶

Para avançar, o autor demonstra onde a ideologia se torna *necessária* na sociedade capitalista: para reproduzir as relações sociais de produção que caracterizam essa sociedade e o próprio proletariado enquanto força de trabalho submissa a essas relações específicas. Sua constatação parte do fato de que toda sociedade precisa necessariamente repor os elementos que funcionam como seus pressupostos materiais de existência. No caso do capitalismo, isso inclui a reposição das maquinarias industriais e de outros instrumentos de trabalho e distribuição, o que é garantido pelos ramos da produção especializados em cada uma dessas coisas. Além disso, também inclui a reposição da força de trabalho, que é garantida, ao menos no nível estritamente biológico, pelo pagamento dos salários. Mas para assegurar a reprodução da força de trabalho é preciso mais do que isso, é preciso garantir a reprodução da qualificação técnica e sobretudo da submissão às imposições feitas pelas relações sociais específicas que caracterizam essa sociedade. Ou seja, é necessário reproduzir também uma certa adaptação social. A ideologia existiria para garantir a reprodução dessa adaptação, sendo exatamente nesse ponto que Althusser a situa como função necessária e a partir disso produz sua teorização.

4.1 – Os Aparelhos ideológicos de Estado

Em mais de uma oportunidade, Žižek (1996a; 1992) afirmou que a frase que melhor descreve a ideologia é provavelmente a de Marx (2017): “eles não sabem disso [que fazem], mas o fazem” (p. 149). Tomando-a como objeto de reflexão, o filósofo esloveno colocará a seguinte pergunta: afinal, a ideologia estaria fundamentalmente do lado do saber ou do fazer? Sem dar uma resposta definitiva, com essa questão podemos ao menos situar a tradição que definiu a ideologia como simples erro ou déficit subjetivo do lado que privilegia o “saber”. Em contrapartida, Althusser (1996) definitivamente está situado do outro lado, na medida em que faz uma aposta radical no *fazer* como fundamento de tudo o que é ideológico. Essa aposta pode ser identificada na sua teoria dos chamados Aparelhos Ideológicos de Estado (AIEs).

³⁶ Ainda que não possamos nos alongar neste ponto, é importante pontuar que para Althusser as limitações da teoria marxista do Estado são basicamente as mesmas que as da teoria da ideologia. É por isso que as definições clássicas, como a encontrada no *Manifesto do Partido Comunista* (1998), que o descreve como “poder organizado de uma classe para opressão de outra” (p. 59), são, ainda que corretas no essencial, insuficientes para dar conta de toda a complexidade que compreende a existência e o funcionamento do Estado em nossa sociedade.

No famoso prefácio que já citamos anteriormente, Marx (2008) coloca explicitamente as formas jurídicas e políticas da sociedade no plano da superestrutura ideológica. Ou seja, em alguma medida é o próprio Estado que é jogado no reino das ideologias. Mais do que isso, Žižek (1996a), fazendo referência a Engels, insinua que o Estado pode ser considerado mesmo como “a primeira força ideológica” existente na história (p. 24). É seguindo esse raciocínio que Althusser colocará toda a ideologia como submetida aos Aparelhos de Estado vigentes. Portanto, não existiria para ele nenhum tipo de ideologia que não seja mediada pelas instituições oficiais que permeiam uma dada Formação Social. Segundo o autor, é exatamente o fazer dessas instituições, isto é, as práticas que elas diariamente realizam e prescrevem que garantem a existência material da ideologia (ALTHUSSER, 1996).

As instituições que atuam predominantemente por meio da ideologia, ou seja, pelas práticas que diariamente (re)produzem formas de adaptação e submissão às sociabilidades do Modo Capitalista de Produção, são conceituadas como os Aparelhos Ideológicos de Estado (AIEs). Elas se distinguem ao mesmo tempo que complementam os Aparelhos Repressivos de Estado (ARE), que seriam aqueles que funcionam predominantemente pela repressão, inclusive física, e que o autor identifica com as descrições clássicas da teoria marxista do Estado. Ele também deixa claro que não existem aparelhos estatais puramente ideológicos ou repressivos, sendo justamente a *predominância* de um ou outro modo de agir o aspecto responsável por defini-los. Além disso, é óbvio que podem haver também “combinações explícitas ou tácitas muito sutis” (ALTHUSSER, 1996, p. 116) entre essas duas modalidades. Em suma, trata-se de uma concepção de Estado que o compreende como produtor, ao mesmo tempo, de repressão e adaptação. Junto disso, Althusser (ibidem) também diferencia os ARE dos AIEs ao afirmar que o primeiro funciona como um único aparelho unificado nas mãos das classes dominantes, ao passo que os AIEs seriam múltiplos, dispersos e atravessados de modo mais direto pelas lutas de classes, ainda que se unifiquem pela própria ideologia de Estado, isto é, pela articulação das representações próprias das classes dominantes que garantem que elas exerçam sua hegemonia, de modo mais ou menos eficiente, por meio desses aparelhos (ALTHUSSER, 1999).

Althusser (1996) enumera algumas instituições que considera como AIEs típicos das Formações Sociais capitalistas, entre elas, o aparelho religioso, escolar, familiar, midiático, cultural e outros (p. 114-115). Essas instituições e as práticas específicas que

prescrevem são responsáveis por produzir modelos de sociabilidade que estão em sintonia com as determinações do MCP, sendo indispensáveis à sua reprodução. Por exemplo, a família e a escola são importantes como os primeiros modelos de relações de autoridade e disciplina que posteriormente são necessários nas relações de trabalho de tipo capitalista. Assim, o que essas instituições fazem, basicamente, é prescrever modos específicos de agir e de pensar: deve-se respeitar as autoridades e fazer o que elas ordenam, trabalhar exaustivamente, mais e melhor do que os outros, possuir uma mentalidade ambiciosa e uma postura empreendedora, ser bem sucedido, etc. Com isso, buscam situar e manter as pessoas em posições determinadas na Formação Social, estruturando formas de sociabilidade que entram nos moldes do MCP e que reproduzem, em diferentes instâncias e de maneiras diversas, as suas legalidades. Ao agir do modo que essas instituições nos dizem para agir, recriamos *em ato* as tendências gerais da sociabilidade capitalista, mesmo que de modo parcial e em uma escala reduzida. Além disso, ao vermos que todos a nossa volta também recriam essas tendências, temos uma confirmação empírica de que as coisas *são de fato assim*, sempre foram e sempre serão. Com isso, garante-se uma conscienciosa certeza de que se está agindo e pensando corretamente, *do jeito que deve ser*, isto é, do jeito que necessita o Capital.

Podemos observar como a ideologia advém e se sustenta primordialmente por meio de um fazer. Primeiro, existe uma posição lógica própria do materialismo, que postula a primazia da prática em relação à consciência que se pode ter dela. É por isso que as instituições prescrevem principalmente práticas, e apenas muito sutilmente fazem o mesmo com modos de pensar e conceber essas práticas ou a própria instituição. Assim, a família e a escola prescrevem a obediência em ato às figuras de autoridade, pouco importa se inicialmente a criança possui consciência da importância ou do sentido disso ou não. Essa consciência, se tudo acontecer conforme o esperado, virá depois³⁷. É assim que Althusser (1996), para resumir essa lógica, parafraseia um ditado que faz referência às práticas típicas e à consciência esperada nos aparelhos religiosos: “Ajoelhe-se, mexa seus lábios numa oração, e você terá fé” (p. 130). Ou seja, primeiro vêm a prática do ritual religioso de se ajoelhar e orar, e só depois “aparece” a consciência da fé.

³⁷ Caso essa consciência esperada não “apareça”, surgindo, ao invés disso, um questionamento a esse enquadramento “exterior”, entra em cena a dimensão repressiva dos Aparelhos de Estado, tanto as que existem em menor grau nos AIEs, quanto, nos casos de maior insubmissão, a dos próprios ARE.

Em segundo lugar, existe em geral uma antecedência histórico-concreta do fazer da ideologia, na medida em que as instituições que compõem a Formação Social já existem em sua forma instituída, com suas regras, práticas e discursos oficiais, desde antes das pessoas que serão institucionalizadas nascerem e terem contato com elas. Como essas instituições tendem a ter uma existência mais duradoura, perpetuando-se por um período de tempo muito mais longo do que o de uma vida humana, as pessoas tendem a encontrá-las já constituídas, com suas práticas específicas imediatamente prontas para serem prescritas a todos. Assim, o modo de existência da escola ou da família já está pronto quando uma criança nasce, sendo que esta última deve necessariamente se enquadrar em seu funcionamento para ser reconhecida como uma criança desta sociedade específica, ou seja, como um semelhante entre outros semelhantes. Assim, o excesso imaginário da consciência de que falamos anteriormente, que caracteriza certo conteúdo da ideologia, é situado agora em um momento lógico posterior ao das prescrições práticas dos AIEs, que configuram a sua forma primordial.

No que se refere às instituições de Saúde Mental, temos no PPHM uma relação com os sujeitos em sofrimento ou crise psíquica baseada em modelos hierarquizados, com os especialistas, em especial os psiquiatras, assumindo o lugar daqueles que supostamente sabem a respeito da condição desses sujeitos. Com a pressuposição desse saber – em grande medida disseminada pelo tecido social, dado o prestígio alcançado pelo modelo médico na contemporaneidade –, tais especialistas se posicionam como aptos a prescrever práticas específicas para esses sujeitos. Yasui e Costa-Rosa (2008) dirão que as práticas prescritas “tendem a ser funcionalistas por proporem uma adaptação de indivíduos queixosos, ‘desequilibrados’ ou desajustados” (p. 29), e todos deverão obedecê-las, caso queiram retornar ao seu estado anterior, antes do “adoecimento” que os incapacitou para o convívio social “normal”.

A contrapartida dessa concentração do saber na figura dos especialistas é exatamente a suposição da ausência de saber nos próprios sujeitos que se queixam. É exatamente o que Illich (1975) chamou de iatrogenia estrutural, que retira dos sujeitos a potencialidade que possuem para lidar com seus próprios impasses e sofrimentos e de produzirem saúde de modo autônomo, relegando essa responsabilidade exclusivamente ao profissional da técnica médica, configurando assim uma produção heteronômica de saúde. Por isso no PPHM não há nada que esses sujeitos possam fazer, a partir de si mesmos, para se ajudarem. A prerrogativa de prestar ajuda permanece apenas de um

lado, cabendo aos adoecidos e desajustados tão somente obedecer aos que possuem o conhecimento técnico sobre eles. Eles devem, portanto, fazer exatamente o que os especialistas lhes dizem, desde participar disciplinadamente de ofertas terapêuticas, como aconselhamentos e atendimentos individuais, até tomar os medicamentos de modo regrado, conforme lhes for prescrito³⁸. É por conta disso que esses sujeitos são expropriados de seu próprio saber (LACAN, 1992); o resultado dessa operação consiste em “privar o sujeito de seu impasse, [sendo que] tampouco [o especialista] poderá resolvê-lo por ele” (COSTA-ROSA, 2013e, p. 324).

Trata-se de um ciclo vicioso: a postura ética dos profissionais disciplinares do PPHM alija os sujeitos de seu saber – que é em geral inconsciente – acerca daquilo que os faz sofrer, colocando-os como carentes de saber. Essa carência, por sua vez, é suprida pelas ofertas típicas desse paradigma, que incluem desde uma identificação moral com o profissional até a prescrição de um fármaco. Costa-Rosa (2011) diz que a ação desses mestres-disciplinares “sempre implica na administração imediata de algum tipo de objeto-suprimento: químico, afetivo, social, psicológico, econômico; comumente a serviço do funcionalismo e da *adaptação* ao instituído” (p. 754) (grifo nosso). Essas práticas, entretanto, não podem produzir mais do que deslocamentos – tanto da representação em que o conflito psíquico se apresenta, isto é, do sintoma, quanto em relação aos estabelecimentos em que o sujeito buscará ajuda, fazendo-o vagar de porta em porta pela rede pública de serviços de Saúde Mental. Sobre essas práticas que tamponam o inconsciente e produzem apenas deslocamentos, ainda que muitas vezes bem-intencionadas, Lacan (2003) dirá que sempre conduzem ao *pior*.

Périco (2013) nos auxilia ao conceituar as práticas típicas do PPHM como “Terapêutico Alienantes”, em contraposição às “Analítico Singularizantes” que seriam próprias do PPS. Ao descrever as primeiras, dirá que são todas aquelas que visam ao “tamponamento e a capitalização do sofrimento psíquico e, com isso, a (re)adaptação ao laço social capitalista” (p. 79), nas quais o autor inclui as prescrições medicamentosas, psicoterapias da consciência e práticas de tutela social (ibidem, p. 80). São ações que, ao

³⁸ É evidente que nenhuma das práticas citadas são, por si mesmas, típicas do PPHM. Ou seja, é possível e até mesmo necessária a existência de ofertas clínicas e mesmo de médicos que possam prescrever remédios de uma outra forma, pensando com uma outra lógica e situados em uma outra ética. Essas práticas, para se posicionarem em outro paradigma, devem incluir, necessariamente, o sujeito do sofrimento e sua dimensão propriamente subjetiva, visando a implicá-lo no processo de produção de Atenção que pode equacionar de forma singular o seu sofrimento e angústia. Além disso, deve ter em conta uma reflexão mais ampla sobre os determinantes sociais da saúde.

readaptar os sujeitos nas formas de sociabilidade capitalista, reproduzem as legalidades desse modo de produção, sobretudo, por reconduzir um contingente antes incapacitado ao exercício da produção e do consumo de mercadorias. Fazem isso tamponando a dimensão subjetiva dos sujeitos e negando os determinantes históricos e sociais que participaram da produção do sofrimento que os afeta. Ao prescrever formas de conceber e de agir sobre seus sintomas, produzem um enquadramento homogeneizante, capaz de disciplinar aqueles que se tornam objetos dessas práticas. Desse modo, garantem a “reprodução da força de trabalho”, especialmente a “sua submissão às regras da ordem estabelecida, isto é, a reprodução de sua submissão à ideologia vigente” (ALTHUSSER, 1996, p. 108). É especialmente por conta dessas práticas que as instituições que se situam no PPHM podem ser consideradas AIEs.

4.2 – A interpelação ideológica

É na tentativa de avançar em uma teoria materialista da ideologia, que Althusser (1996) elabora o conceito de interpelação ideológica, que considera central em seu trabalho sobre o tema. Trata-se da elaboração conceitual de uma tese proposta pelo autor, que dirá que “não existe ideologia, exceto pelo sujeito e para o sujeito” (p. 131). Em seguida, complementa dizendo que “não existe ideologia a não ser para sujeitos concretos, e essa destinação da ideologia só é possível pelo sujeito, *pela categoria de sujeito* e seu funcionamento” (ibidem) (grifo do autor). Com efeito, para o autor tal categoria se define inicialmente como uma “subjetividade livre, um centro de iniciativas, autor e responsável por seus atos” (ibidem, p. 138). O sujeito é sempre o (suposto) ponto de partida de uma ação, dotado de consciência e, portanto, (supostamente) livre para decidir sobre elas.

Mas além da categoria de sujeito, a de indivíduo também é fundamental nessa teorização. Se Marx e Engels (2007) afirmam que as ações e condições concretas dos “indivíduos vivos”, “reais”, são os únicos pressupostos de sua teoria da história (p. 86-87), Althusser também partirá dos indivíduos para explicar a ideologia enquanto um mecanismo reprodutor da submissão aos modelos de comportamento e pensamento dominantes. É na relação entre essas duas categorias – indivíduo e sujeito – que ele constrói suas reflexões sobre a eficácia da dominação ideológica e de seus mecanismos de reprodução das relações de produção. Seu modelo teórico busca explicar a existência dessa forma historicamente determinada que os indivíduos assumem ao reproduzirem os modelos da sociabilidade capitalista, que ele designará com a categoria de sujeito.

Assim, busca expor como a ideologia “constitui” indivíduos como sujeitos às e das legalidades históricas capitalistas.

Dizemos que a categoria do sujeito é constitutiva de qualquer ideologia, mas, ao mesmo tempo e imediatamente, acrescentamos que a *categoria de sujeito só é constitutiva de qualquer ideologia na medida em que toda ideologia tem a função (que a define) de “constituir” indivíduos concretos como sujeitos* (ALTHUSSER, 1996, p. 132) (grifo do autor).

Essa ambiguidade da categoria de sujeito, como aquela que designa quem executa as ações que reproduzem certas legalidades históricas ao mesmo tempo em que está submetido a elas, foi observada por Althusser na própria polissemia da palavra, que diz remeter simultaneamente a um centro de iniciativa consciente de uma ação, conforme já definimos, mas também a um “ser [as]sujeitado, que se submete a uma autoridade superior e que, portanto, é desprovido de qualquer liberdade, exceto a de aceitar livremente sua submissão” (ALTHUSSER, 1996, p. 138). Esse aparente paradoxo, de uma categoria que representa algo ao mesmo tempo livre e submetido, que age, mas que também é feito agir pela ideologia, é solucionado por Althusser ao se explicitar o processo pelo qual os indivíduos se tornam sujeitos.

O conceito de interpelação ideológica busca dar conta de tal processo de “constituição”. A fórmula que o autor propõe para explicá-la diz que “a ideologia interpela indivíduos em sujeitos” (ALTHUSSER, 1996, p. 131). Ele introduz essa noção de interpelação, que se refere simultaneamente ao momento que marca o reconhecimento do chamado da ideologia e da captura que ela faz dos indivíduos para assujeitá-los. A interpelação situa indivíduos, ainda indiferenciados, na estrutura de uma ordem social específica, tornando-os sujeitos dessa sociedade. “A ideologia ‘age’ ou ‘funciona’ de maneira tal que ‘recruta’ sujeitos entre os indivíduos (ela os recruta a todos) (...), por essa operação muito precisa que denominei de *interpelação*” (ibidem, p. 133) (grifos do autor).

O recrutamento de um indivíduo chamado pela ideologia só pode se realizar e ter sua eficácia confirmada na medida em que é reconhecido por esse indivíduo que é interpelado. Mas esse reconhecimento já é uma ação que pressupõe uma consciência livre para realizá-la. Ou seja, qualquer indivíduo, ao reconhecer o chamado da interpelação ideológica, ao respondê-lo de qualquer forma, já está imediatamente se constituindo como um sujeito dessa ideologia, como aquele que a reconhece e responde ao seu chamado em ato. É assim que a ideologia “não apenas faz, de cada um de nós,

um dos seus, como se nutre da *prática* de seus interpelados: ela nos põe, a cada um de nós, a trabalhar (que seria do capitalismo se não dispusesse da força de trabalho?) (SILVEIRA, 2010, p. 171) (grifo do autor). Althusser (1996, p. 133) ilustra essas afirmações com uma metáfora simples de um indivíduo qualquer andando na rua e que, ao ser interpelado por alguém que lhe diz, pelas costas, um “ei você”, reconhece imediatamente que essa interpelação se dirige a ele, e volta-se imediatamente até aquele que o chamou. O simples ato de virar 180 graus faz do indivíduo do exemplo um sujeito da ideologia que o interpelou. Essa afirmação se sustenta na medida em que o indivíduo responde como uma consciência que se reconheceu no chamado e realizou a ação de girar seu corpo de modo a confirmá-lo. O efeito básico desse reconhecimento é a “constituição” de um sujeito.

Essa pequena “cena teórica”, como a chamou Althusser, ainda que possua a vantagem de ilustrar de um modo simples a estrutura geral da interpelação, deixa escapar que esse processo exige do indivíduo muito mais do que um simples virar do corpo. Com efeito, as interpelações feitas pela ideologia dominante são múltiplas e sucessivas, exigindo variadas respostas dos indivíduos interpelados – multiplicidade de interpelações que é mais amplamente teorizada nos trabalhos de Laclau (1986; 2013). Na medida em que tal processo se realiza nos AIEs e em suas diversas ritualidades práticas, existe uma variedade de interpelações, relativamente distintas e que exigem respostas específicas, sem as quais não poderíamos dizer que houve um reconhecimento do chamado nem o efeito de “constituição” de um sujeito. Essa variabilidade corresponde às diferentes classes, suas alianças e frações envolvidas nessas instituições (LACLAU, 2013), bem como às práticas e concepções específicas que cada instituição especializada funcionando como AIEs deve prescrever aos indivíduos, no intuito de torná-los sujeitos aptos a reproduzir suas diversas legalidades³⁹ (ALTHUSSER, 1996; 1999).

A ideologia se apoia sempre em uma “evidência básica”, sendo a maior delas justamente a “evidência do sujeito” (ALTHUSSER, 1996, p. 132). Assim, em uma espécie de retroação, o próprio reconhecimento do chamado ideológico que “constitui” o sujeito, funciona *a posteriori* como evidência confirmadora de que o sujeito realmente existe, é uma consciência livre e capaz de reconhecer quando a convocam. A evidência,

³⁹ As legalidades que nos referimos aqui dizem respeito tanto àquelas da instituição específica que realiza a interpelação, quanto às legalidades gerais da sociedade em que tal instituição foi produzida.

é claro, é uma mistificação ideológica, que busca negar o fato de que o sujeito, antes de agir para responder ao chamado, “é agido” por ele (ibidem, p. 131). Essa evidência é importante porque, para ser efetiva e se perpetuar, a ideologia não pode afirmar-se enquanto tal; ao contrário, ela deve sempre negar a si mesma como ideologia – ela nunca se acusa. É por isso que “quem está na ideologia, acredita-se, por definição, fora dela” (ibidem, p. 134).

Pêcheux (1996) provavelmente foi o primeiro a observar que esse foi um dos pontos que permitiu Althusser articular os estudos da ideologia com o campo psicanalítico. Ele demonstrou que o objeto de estudo de ambos – ideologia e inconsciente – possuem em comum o fato de precisarem “dissimular” de alguma maneira seus mecanismos de ação. O autor dirá que “o traço comum a essas duas estruturas, respectivamente chamadas de ideologia e inconsciente, é o fato de elas operarem ocultando a sua própria existência” (p. 148). Mais do que isso, ambas devem, por definição, permanecer necessariamente negadas à consciência para que continuem sendo o que são.

É por isso que quando Althusser teorizou sobre o agente operador do processo de interpelação, buscou auxílio no corpo teórico da psicanálise. Ele cria um conceito para designar a figura mítica responsável por disparar o processo de interpelação ideológica, o qual chamou de Sujeito, grafado com a inicial maiúscula. O Sujeito seria aquele que interpela os indivíduos para torná-los “seus” sujeitos. Eagleton (1996) nos diz que essa figura é mais ou menos equivalente ao conceito lacaniano de Outro, que ele descreve (de modo resumido e insuficiente, segundo pensamos) como “algo semelhante a todo o campo da linguagem e do inconsciente” (p. 216). Para além dessa definição, diremos também que o Outro é sempre aquele que não é semelhante – sendo este último entendido como uma outra pessoa concreta, que existe na realidade efetiva e com quem podemos nos comunicar no plano do enunciado consciente.

Assim, tanto o Outro lacaniano, quanto o Sujeito althusseriano, justamente por não se identificarem nunca com um (pequeno) outro qualquer, estão sempre para além e entre todos esses semelhantes, sendo sempre referência para e referido por todos eles. Como o Outro, o Sujeito é o detentor do “tesouro dos significantes”, para empregarmos a expressão usada por Lacan (1999, p. 122). De acordo com Althusser (1996), o Sujeito “ocupa o lugar singular de Centro [da operação ideológica] e interpela a seu redor a infinidade de indivíduos a se tornarem [seus] sujeitos” (p. 137). Ou seja, cada indivíduo,

para se tornar um sujeito, só pode se servir do tesouro da linguagem – ou seja, dos significantes e significações que transitam e constituem a realidade social como a conhecemos – mediante o assujeitamento ao Sujeito.

Althusser exemplifica todo o processo interpelativo-ideológico por meio do modelo do AIE religioso, mais especificamente, da religião cristã. Nesse contexto, é evidentemente a figura de Deus que assume o lugar de Sujeito, daquele que convoca a todos a reconhecê-lo como o seu criador, configurando-se como ordenador de toda a realidade e centro de identificação. Essa figura se posiciona, desse modo, como um garantidor da verdade dos sujeitos, detentor de suas significações e fiador de suas identidades (PASSARINHO, 2019). A formulação religiosa de um Deus todo poderoso se apresenta como a ilustração mais adequada para o modelo teórico proposto por Althusser (1996), por conseguir explicitar que:

(...) toda a ideologia é *centrada*, [uma vez] que o Sujeito Absoluto ocupa o lugar do Centro e interpela a seu redor a infinidade de indivíduos a se tornarem sujeitos, numa dupla relação especular, de tal ordem que *sujeita* os sujeitos ao Sujeito, ao mesmo tempo que lhes dá, no Sujeito em que cada sujeito pode contemplar sua própria imagem (presente e futura), a garantia de que isso realmente concerne a eles e a Ele, e de que, como tudo ocorre dentro da Família (...), aqueles que reconheceram Deus [figura do Sujeito] e que se reconhecem n'Ele serão salvos (p. 137) (grifos do autor).

Mas apesar do autor utilizar uma instituição religiosa como exemplo, fica evidente que esse lugar pode ser assumido por outras figuras em diferentes AIEs. Por exemplo, na instituição da família é a figura do Pai que poderá assumir esse papel, enquanto que na fábrica capitalista é a do Patrão. Nas instituições do PPHM, a tendência é que seja a figura do Médico Psiquiatra disciplinar que entre em cena, especialmente nos casos em que ele assume ser de fato o detentor de um saber-mestre, único capaz de enunciar a verdade sobre os sujeitos e seu sofrimento. Ele ocupa, nessas condições, o lugar central numa relação em que sua palavra, especialmente o seu diagnóstico, torna-se o ponto de sustentação de uma identidade imaginariamente alienada e de atualização de um chamado ideológico (PASSARINHO, 2019).

4.3 – As limitações da leitura althusseriana de Lacan

O principal texto lacaniano a inspirar Althusser nesse momento foi *O Estádio do Espelho como Formador da Função do Eu* (1998a). Trata-se de um escrito que se insere nos esforços de Lacan para explicitar uma teoria, retirada de sua leitura da obra

freudiana, sobre o processo de subjetivação primário⁴⁰ daqueles que se tornam sujeitos humanos; em especial, para pensar aquele momento que a psicanálise chamou de narcisismo, que o levou aos estudos sobre a formação da instância do eu (*moi*)⁴¹. Ele demonstra que o bebê humano, a partir de seus seis meses de idade, começa a estabelecer uma relação curiosa com seu reflexo no espelho – que vai da indiferença ao júbilo, para depois se tornar uma atitude de curiosidade, seguida de uma agressividade e por fim de um reconhecimento unificador com a imagem. Lacan (*ibidem*) demonstra que essa relação é reveladora de um “dinamismo libidinal” (p. 97) do bebê com essa imagem, que por sua vez informa sobre um drama específico do processo primário de subjetivação, que é tão marcante quanto universal, na medida em que todos os candidatos a se tornarem sujeitos humanos precisam passar por ele para se subjetivarem. Esse drama foi chamado por Lacan de Estádio do Espelho.

Para Lacan, esse momento da subjetivação é formador da instância do eu (*moi*), surgido de uma antecipação psíquica da unidade corporal do *infans*⁴² em relação à prematuração biológica de sua coordenação motora. Isto é, em um momento em que o corpo do *infans* ainda é vivido como um amontado de excitações parciais e dispersas, como corpo despedaçado, existe uma precipitação psíquica de uma completude ou totalidade corporal “que chamaremos de ortopédica” e que se direciona para “a armadura enfim assumida de uma identidade alienante” (LACAN, 1998a, p. 100). Essa identidade alienante é típica da instância do eu (*moi*), que acredita ser origem *evidente* de si mesma, em um (auto)engano que imediatamente nos remete ao pequeno sujeito althusseriano.

A origem desse “equivoco” se encontra no fato de que a imagem encontrada pelo *infans* só poder se sustentar como unidade pela mediação de um semelhante, que ocupa a função do Outro da maternagem. É dessa função que virá a imagem de um

⁴⁰ Trata-se daquele processo de subjetivação primordial e indispensável que insere o *infans*, o bebê humano, na linguagem, cujo efeito singular é aquilo que chamamos de inconsciente. A teoria freudiana reservou o nome de “complexo de Édipo” para esse processo. Por concebermos a subjetividade como uma “máquina” ao mesmo tempo estruturada e estruturante, isto é, organizada por um processo fundamental, mas também em contínua transformação por processos posteriores, damos o nome de subjetivação primária para esse primeiro e de secundárias aos outros.

⁴¹ O eu, grafado com a inicial minúscula, é a instância psíquica que foi traduzida no Brasil pelas Edições Standard das obras completas de Sigmund Freud, da editora Imago, como *ego*. Lacan designará esse eu freudiano com a palavra francesa *moi*, para diferenciá-lo do sujeito do inconsciente, para o qual ele utiliza o *je*. Ambas as palavras, *moi* e *je*, podem ser traduzidas para o português como “eu”, porém, na gramática francesa, o primeiro sempre possui função de objeto e o segundo de sujeito.

⁴² *Infans* é a palavra que Lacan usa para designar o bebê humano que ainda não passou pelo processo de subjetivação primária.

corpo totalizado com que o candidato a subjetivação se identifica, cujo efeito transformador é a entrada na célula narcísica, que funciona como núcleo fundador do eu (*moi*). Ou seja, o espelho de que fala Lacan não é um objeto empírico em que o bebê vê o seu reflexo, é um conceito que se refere a uma relação que o *infans* estabelece com um semelhante que ocupa a função específica de lhe fornecer uma imagem completa de si. Em uma metáfora talvez mais precisa, diríamos que o bebê captura sua completude corporal no espelho que é um outro semelhante, em que ele pode identificar, de fato, que é ele mesmo que está ali. É desse Outro da maternagem, evidentemente, que Althusser retira sua noção do grande Sujeito.

A relação entre a subjetivação do corpo e a formação do eu (*moi*) também é fundamentada na afirmação freudiana de que o eu seria “sobretudo corporal” (FREUD, 2011, p. 32). Já vimos também que esse corpo, em última instância, é uma imagem que vem de um Outro. Mas com algumas diferenças da concepção encontrada em outros autores pós-freudianos, Lacan situa o eu (*moi*) para longe do sistema percepção-consciência e do princípio da realidade, no intuito de demonstrá-lo como algo muito distinto de uma instância que funciona como condição para o conhecimento. Ao contrário, ele seria fundamentalmente uma instância de desconhecimento (LACAN, 1998a, p. 102-3). Isso porque a imagem retida pelo *infans*, dado seu caráter especular, “aparece num relevo de estatura que a *congela* e numa simetria que a *inverte*” (ibidem, p. 98) (grifos nossos). Aqui podemos ver outra relação com a teoria althusseriana, naquilo que, comentando a ideia da interpelação, Pêcheux (1996) chamou de mecanismo do (des)conhecimento ideológico.

Entretanto, alguns autores apontam para a existência de uma leitura limitada feita por Althusser da obra de Lacan (EAGLETON, 1996; SILVA, 2000; SILVEIRA, 1994; 2010). Ele só teria utilizado aportes do primeiro momento do ensino lacaniano, em que a ênfase recai especialmente no imaginário, justamente por meio do estudo da predisposição alienante do eu (*moi*). A identificação com a imago corporal vinda do Outro pode ser considerada como o momento fundante e o núcleo organizador do imaginário. Vendo em Lacan *apenas* uma crítica do (des)conhecimento imaginário, Althusser identificou o sujeito lacaniano com o eu (*moi*), fazendo-o encaixar em sua proposta da interpelação ideológica. De fato, tomado de forma isolada dos desdobramentos teóricos do ensino de Lacan, as indicações feitas no *Estádio do Espelho* (1998a) caem como uma luva na teoria althusseriana. Para dizer mais claramente,

Althusser parece retirar desse texto não apenas o fundamento para sua categoria de (pequeno) sujeito, a partir do eu (*moi*), mas também a do (grande) Sujeito, a partir do Outro materno de Lacan.

Silva (2000) nos diz que “acontece, porém, que o ‘Outro’ de Lacan tem um alcance que não se encontra em Althusser” (p. 236). De fato, Lacan conceitua o Outro como alteridade radical, uma suposta “pessoa” mítica, que de fato nunca existiu, mas que justamente por conta disso está sempre presente como referência para e sendo referido por todos os sujeitos. Em sua famosa carta 53 para Fliess, o próprio Freud (1986) observa que os sintomas histéricos configuram uma espécie de mensagem, que “visam àquela outra pessoa pré-histórica e inesquecível, que jamais é igualada por ninguém posteriormente” (p. 213). Trata-se daquilo que dá os contornos de uma presença Outra, que possui algo de fantasmática, para quem direcionamos nossas mensagens “esquecidas”, isto é, inconscientes, sendo também o lugar de onde podemos recebê-las de volta, ainda que de modo invertido.

O Outro também se apresenta como essa presença sufocante ao sujeito humano por se configurar como o campo das significações em que ele está invariavelmente imerso. É assim que ele também será definido como “o tesouro dos significantes” (LACAN, 1998b). Ou seja, é o lugar eminentemente Simbólico da linguagem que preexiste a todos nós e onde necessariamente nos inserimos. Em outros momentos, por remeter à inicial da palavra *Autre*, que significa Outro em francês, Lacan (ibidem) utilizou a letra A, grafada em maiúsculo, para designar esse lugar. Nesse sentido, um *infans* precisa necessariamente *ser dito* no discurso desse Outro (A) para que possa se subjetivar como sujeito humano, em um processo que foi chamado de alienação imaginária. Assim, se esse sujeito “parece servo da linguagem; ele o é mais ainda de um discurso em cujo movimento universal seu lugar já está inscrito desde o seu nascimento” (LACAN, 1998c, p. 498). Com isso, podemos postular que existe para Lacan, ao menos em alguma medida, um certo “condicionamento do sujeito pelo Outro” (SILVA, 2000, p. 245), cujo efeito é o de sua prisão em uma identidade imaginária.

Porém, é preciso reconhecer que a noção de Outro em Lacan passou por modificações ao longo de seu ensino. Inicialmente postulado como uma presença sufocante, que detém todas as chaves da linguagem e cuja significação nunca falha, como se fosse um “Outro absoluto”, muito próximo do Sujeito althusseriano, ele passa a ser compreendido posteriormente como um lugar essencialmente faltante, em que o

último significante, aquele que realmente poderia fechar todas as significações, estaria ausente⁴³ (SIRELLI, 2010, p. 24). Ou seja, descobre-se que o tesouro dos significantes não é, afinal, inestimável. Mais do que isso, essa ausência do último significante é na realidade “inerente à sua função mesma de ser tesouro do significante” (LACAN, 1998b, p. 833). Ou seja, ele só pode ser tesouro, esse campo que comporta uma variedade de significantes, na medida em que não possui um significante único que seja por si mesmo capaz de dar conta de todas as significações. É por isso que Lacan formulou um matema em que colocará o Outro com uma barra, indicando essa falta no campo do Outro: $S(\bar{A})$ (ibidem, p. 832).

Aquilo que resiste às significações do Outro é exatamente a dimensão irremediavelmente singular do sujeito. Tem-se uma parcela de pulsão que não se pode dar sentido nos termos restritos de uma identidade imaginária. Trata-se daquilo que impulsiona o sujeito para além do imaginário, em direção ao trabalho criador de novos significantes, radicalmente singulares e, portanto, distintos daqueles com que o campo do Outro lhe designava. Esse trabalho só é possível na medida em que há a ausência do significante que fecha e completa a cadeia simbólica do Outro, abrindo um espaço onde o desejo – que já conceituamos como o movimento absoluto do tornar-se – aparece como aquilo que no sujeito é para sempre “irredutível a qualquer redução e adaptação” (LACAN, 1999, p. 325). Colocando de outra maneira, Silveira (2010) dirá que:

(...) a dimensão sociossimbólica ‘faz água’, isto é, que ela mesma, enquanto tal, já é ‘furada’; furo no simbólico e no social que, estruturalmente, o imaginário não pode suturar. Esse furo no simbólico corresponde exatamente àquela divisão subjetiva, condição para que o sujeito [do desejo] possa aparecer (p. 178).

Aqui, imediatamente passamos para as necessárias considerações sobre o sujeito lacaniano, uma vez que já ficou claro que ele ultrapassa em muito a proposta althusseriana de um sujeito unilateralmente determinado pelo campo ideológico e para sempre escravo de sua alienação em um Outro Sujeito, suposto detentor de todas as suas significações. Para além dessa identidade imaginariamente enrijecida, podemos adiantar que o sujeito teorizado pela psicanálise aparece exatamente onde essa identidade *falha*. Em meio a coesão de um enredo imaginário escrito pelo eu (*moi*), ele entra em cena como elemento desestabilizador, um tropeço que compromete toda a atuação consciente

⁴³ Segundo a autora, o primeiro momento corresponde ao *Seminário 3. As Psicoses*, escrito entre 1955 e 1956; enquanto que o segundo momento se inicia com o *Seminário 5. As Formações do Inconsciente*, escrito entre 1957 e 1958.

que se dava até então. Quase como um acidente, seria mais correto dizer que ele aparece como um efeito-sujeito; efeito da falta de um significante que complete o Outro e da abertura desejante que ela permite. Essa relação é exposta por Lacan (1998b) da seguinte maneira: “Se é preciso esperar tal efeito de significação inconsciente, é aqui em $S(\mathcal{A})$, e há que lê-lo (sic): significante de uma falta no Outro” (p. 832).

Essa saída do roteiro só é possível porque, no processo de subjetivação primária, o *infans* não apenas se aliena aos significantes vindos do Outro, mas também realiza uma segunda operação, tão fundamental quanto a primeira, que é a da separação (LAURENT, 1997). Além de pressupor uma falha no próprio campo do Simbólico, essa segunda operação também “requer que o sujeito ‘queira’ se separar da cadeia significante”, ou seja, que tenha “uma vontade de saber o que se é para além daquilo que o Outro possa dizer” (SOLER, 1997, p. 62-3).

Esse sujeito, portanto, é sempre atravessado por uma pulsão não cifrada pelos significantes do Outro, que o divide entre o sentido e o que está para além dele, isto é, o *nonsense*. O primeiro pode até mesmo aparecer na consciência, mas é determinado por uma lógica significante inteiramente inconsciente, ao passo que o *nonsense* é todo aquele território angustioso, que está para além daquilo que Freud (2006) chamou de “rochedo da castração”, e para o qual não existe imediatamente palavras que o descrevam, a não ser por aquelas que podem *vir a ser criadas* por um trabalho de ciframento significante. Esse *nonsense* se situa exatamente naquilo que Lacan chamou de Real, essa dimensão que insiste em não se inscrever no Simbólico, onde não falta nada e as coisas simplesmente *são*.

O sujeito é aquilo que surge como efeito evanescente dessa divisão, bem no interstício entre esses dois campos. Assim, quando escolhemos “o ser, o sujeito desaparece, ele nos escapa, cai no não-senso – escolhemos o sentido, e o sentido só subsiste decepado dessa parte de não-senso que é (...) o que constitui na realização do sujeito, o inconsciente” (LACAN, 2008, p. 206). É por isso que o sujeito “não se define apenas na cadeia significante, mas também no nível das pulsões (...), ocorrendo, portanto, a separação” (SILVA, 2000, p. 246). O sujeito é esse efeito capaz de cifrar uma porção nova do Real, desde que haja sempre um resto não cifrado – efeito que no momento em que aparece imediatamente “se coagula em significante” (ibidem, p. 194). Tal processo de ciframento é um trabalho subjetivo que podemos chamar de *práxis* –

“termo mais amplo para designar uma ação realizada pelo homem, qualquer que ela seja, que o põe em condição de tratar o Real pelo Simbólico” (LACAN, 2008, p. 14).

Em suma, o sujeito lacaniano não pode ser definido apenas como alienação imaginária, nem a noção de Outro pode ser reduzida a um Sujeito absoluto e sem falhas, como pretendeu Althusser. Tanto a coesão do sujeito quanto a completude do Outro são desde sempre atravessadas – e até mesmo, dilaceradas – pelo Real da pulsão que não pode ser completamente circunscrito nem pelo enquadramento imaginário, nem pela significação simbólica. As consequências da desconsideração desses desdobramentos teóricos é que “o sujeito de Althusser [é] bem mais estável e coerente que o de Lacan, já que o eu ‘arrumadinho’ faz as vezes, aqui, do desalinhado inconsciente” (EAGLETON, 1996, p. 215-16). Sem essas considerações, é impossível não reduzir o inconsciente a um simples jogo de disfarces significantes, que não faria mais do que codificar o que nos diz e determina um Outro absoluto, no intuito de nos manter na ilusão de uma identidade imaginária – ele se reduz a um “xaropinho”, nas palavras de Silveira (2010, p. 167). Com isso, o inconsciente enquanto desejo, essa criação dinâmica de sentidos novos em que o sujeito aparece como efeito, não entra em cena no teatro teórico de Althusser.

5 – Para além de Althusser: a entrada em cena de uma outra Cena

Aquilo que foi retirado de cena por uma leitura limitada do ensino lacaniano, a saber, o sujeito do desejo, nos termos em que o definimos anteriormente, precisa ser reconduzido ao palco. Com efeito, alguns autores apontaram as insuficiências na teoria da interpelação, especialmente naquilo que ela tomou de empréstimo da psicanálise (EAGLETON, 1996; SILVA, 2000). Mais do que isso, é importante tirar as consequências desses apontamentos e, numa espécie de retorno à Lacan, (re)introduzir suas categorias nas reflexões sobre a ideologia, sobretudo naqueles aspectos que permaneceram inauditos nas formulações de Althusser, no intuito de fazer a teoria avançar um pouco mais. Esse trabalho deu seus primeiros passos com as contribuições de Silveira (1994; 2010).

Esse autor busca superar alguns dos problemas mais evidentes da teoria althusseriana, servindo-se, para tanto, especialmente da psicanálise. Dentre esses problemas, o primeiro trata do caráter exclusivamente imperativo da interpelação –

chamado de superegoico –, que embora a componha, não a compreende em sua totalidade. Ou seja, é preciso superar uma noção de ideologia que a considere apenas como uma imposição ou um mandamento compulsório (SILVEIRA, 2010, p. 172). O autor repara que, além de prescrever papéis determinados em uma ordem social, a eficiência da ideologia também está relacionada com a identificação que ela promove com o Sujeito e a promessa de completude que isso implica. Desse modo, há inequivocamente um gozo narcísico para aquele que é interpelado. Assim, além da dimensão imperativa, existe outra, que pode ser muito melhor descrita como uma sedução (idem, 1994, p. 32), operando para que a ideologia possa situar os atores em seus papéis, dando coesão imaginária e contribuindo assim para a produção da adesão à ordem social existente.

Outro problema, que guarda relações diretas com o primeiro, está no estatuto aparentemente infalível que a interpelação assume para Althusser, cujo resultado inevitável é o de “um certo pessimismo político” (SILVA, 2000, p. 243). Afinal, ao transformar o Sujeito em uma força absoluta e todos aqueles que são interpelados por ele em simples cordeiros da ideologia, o que permanece de fora é justamente a dimensão desejante do sujeito. Como diz Eagleton (1996), essa expulsão significa “emudecer seu clamor potencialmente rebelde, ignorando que só de maneira ambígua e precária ele pode atingir o lugar que lhe é destinado na ordem social” (p. 216). A solução para esse problema, de certo modo, já foi enunciada anteriormente em nossas considerações sobre o alcance dos conceitos de Outro e de sujeito em Lacan – sendo que o primeiro é fundamentalmente faltante, ao invés de onipotente e absoluto como o Sujeito, enquanto o segundo é muito mais do que um (auto)engano identificatório, sendo sobretudo criação dinâmica de significantes novos e decididamente singulares.

Ainda no mesmo sentido, Silveira (1994) questionará a própria fórmula althusseriana que dirá que a “a ideologia interpela os indivíduos em sujeitos”. Em um primeiro momento, ao invés de indagar o estatuto dado por Althusser ao sujeito, ele interroga sobre a “ausência de qualquer estatuto ou atribuição teórica à noção de ‘indivíduo’” (p. 33) (grifo do autor). Ele postula a hipótese de que haveria a necessidade teórica de pressupor um ser mítico que *poderia existir* caso não houvesse a interpelação, isto é, aquele que antecede a interpelação e que é sempre recrutado por ela. Ele é mítico na medida em que não é possível conceber alguém não interpelado, uma vez que a ideologia antecede a todos e está sempre presente como estrutura trans-histórica

(ALTHUSSER, 1996, p. 125). Assim, o indivíduo seria o simples testemunho da (im)possibilidade de uma existência humana sem nenhuma determinação da estrutura social, necessário para a teoria como um pressuposto, mas completamente inexecutável na realidade concreta.

Assim, para começar a encaminhar esse problema, o autor traz inicialmente a importante distinção feita por Lacan entre eu (*moi*) e sujeito do inconsciente (*je*), sendo que este último coincide com as definições de sujeito que fornecemos anteriormente – ele é um efeito do furo Real no Simbólico, $S(\mathcal{A})$, e que aparece como um tropeço no enredo Imaginário ao produzir significantes que estão para além daqueles que o campo do Outro tentou designá-lo. Por outro lado, o eu (*moi*), como já vimos, é uma instância de (auto)engano e ilusão de autonomia sustentada pelas garantias alienadoras do Outro. Portanto, fica evidente que aquele que é constituído pela ideologia, na fórmula da interpelação, não é um sujeito, mas sim algo que remete muito mais ao eu (*moi*). Como a função e o resultado da ideologia é produzir adesão à ordem social, Silveira (1994) busca uma categoria capaz de funcionar como uma espécie de homólogo sociológico do eu (*moi*) lacaniano. O que ele encontra é justamente a categoria de indivíduo. Como demonstra, a partir de citações de Adorno e Horkheimer, mas também apoiado em outras teorizações, é ela que designa uma identidade social supostamente (auto)consciente de todos os seus atos mediante à relação que estabelece com seus semelhantes, mas especialmente com os valores absolutos que organizam uma dada realidade social (ibidem, p. 34). O indivíduo é exatamente essa existência que se supõe indivisa e que por isso mesmo precisa esconder toda a complexidade das relações sociais que o dividem e constituem – como as “referências” que o determinam são os conteúdos e legalidades naturalizados da realidade social, ele aparece como se fosse autorreferente (OLIVEIRA, 2004). Assim, o indivíduo funciona precisamente do mesmo modo como descrevemos as evidências ideológicas. Ao se situar a partir da “ótica da Razão, da Moral e da Consciência” (SILVEIRA, 2010, p. 169) ele se configura como aquele que “trabalha direitinho, ‘por el[e] mesm[o]’, isto é, pela ideologia” (ALTHUSSER, 1996, p. 138).

A partir dessas considerações, será possível promover uma inversão na famosa fórmula da interpelação. Silveira (1996; 2010) dirá que “a ideologia interpela *sujeitos* como *indivíduos*” (grifos nossos). O indivíduo é situado no fim do processo, como aquele que é constituído pela interpelação. Ou seja, a ideologia realiza justamente o

tamponamento daquilo que Lacan chamará de sujeito, em favor das identificações imaginárias que constituem tanto o indivíduo – entendido como existência unitária e abstrata da totalidade social –, quanto a consciência, instância psíquica suposta-indivisa, que no campo psicanalítico corresponde ao eu (*moi*). Em outros termos, o que a ideologia faz é uma “costura imaginária do significante ao significado” (idem, 2010, p. 176). É quando o desejo inconsciente é sufocado pelo apego excessivamente imaginário aos significantes vindos de alguma figura que ocupa o lugar de Mestre, que trata de prescrever sentidos imaginariamente petrificados. Como diz Costa-Rosa (2013b), “isso significa que o S1 que representa o sujeito é, em maior ou menor grau, recortado do discurso ideológico dominante, quer dizer que é um significante de funcionalidade tautológica” (p. 205). Trata-se de uma identificação massiva com os significantes do Outro, que nos interpelam para (supostamente) dizer tudo sobre nós, tendendo, assim, sempre à univocidade. Portanto, a referida costura se faz muito bem na letra, ato e voz disciplinar da Religião, da Moral ou mesmo da Razão tecnocientífica; o que ela tece é uma individualidade cônica e disciplinada (PASSARINHO, 2019).

O avesso dialético dessa operação é justamente a ética da psicanálise, entendida como ética do desejo ou do sujeito (SILVEIRA, 2010, p. 173). Trata-se de uma posição tomada e sustentada em favor da singularidade, uma vez que “direciona-se para o desatamento do nó em que se amarra o sentido que aferrolha o sujeito” (ibidem, p. 174). É exatamente a mesma ética que Costa-Rosa (2013a) defende que deve ser sustentada pelo PPS, entendida como “implicação desejante, marcando a posição do sujeito nos conflitos e contradições que o atravessam” e que resulta na produção de “sentidos singulares, decididos, da representação do sujeito, construídos para além dos significantes mestres do campo social, ou seja, da alienação ideológica imaginária” (p. 29). Em suma, uma ética que valoriza o saber do próprio sujeito, tanto o que ele já possui, mas que eventualmente ainda não o sabe, quanto aquele que ele pode vir a produzir pelo seu próprio trabalho subjetivo.

A maior crítica à ideologia a ser sustentada *em ato* no campo em que nos inserimos, é aquela que valoriza e se posiciona em favor do desejo, fazendo uma aposta de que o trabalho desalienado – tanto daqueles que produzem a Atenção ao sofrimento, quanto daqueles sofrem e se queixam por isso – possui a potência para criar as soluções singulares para os dramas psíquicos e sociais que nos afligem. Uma crítica que só pode se realizar totalmente no movimento político dos trabalhadores e dos sujeitos em

sofrimento e/ou crise psíquica em defesa das vitórias já conquistadas pela Reforma Psiquiátrica e pela criação e consolidação de um paradigma *outro* de produção de Atenção nas instituições de Saúde Mental de nosso país.

6 – A fantasia ideológica

Para darmos mais um passo na teorização da ideologia, traremos uma última contribuição fornecida pelos trabalhos de Žižek (1991; 1992; 1996a; 1996b). Entendemos que esse autor, semelhantemente aos que apresentamos na seção anterior, parte em grande medida das contribuições althusserianas. Mas sem se limitar a elas, busca formas de superar seus impasses e abrir novos caminhos para fazer avançar a teoria. Mais uma vez, é o ensino de Lacan que comparece para fazer a teoria da ideologia encontrar outros desenvolvimentos, principalmente por meio do conceito de fantasia, que Žižek (op. cit.) faz aparecer em sua elaboração sobre a “fantasia ideológica”.

Para Žižek a ideologia não deixa de ser pensada a partir de uma função, nem de estar ligada à certa necessidade de reprodução da totalidade social – ele insiste muito na questão da necessidade de uma reprodução sempre ampliada que possui o Modo de Produção Capitalista (1991; 1992; 1996b). Aqui, a ideologia continua sendo uma forma de estruturação da própria realidade social, tal como ela se apresenta imediatamente aos nossos sentidos. Como nos diz Žižek (1996b): “uma ideologia só ‘nos pega’ para valer quando não sentimos nenhuma oposição entre ela e a realidade – isto é, quando a ideologia consegue determinar o modo de nossa experiência cotidiana da própria realidade” (p. 326). Assim, retomamos a afirmação de Althusser (1996) segundo a qual a ideologia é “uma ‘representação’ da relação imaginária dos indivíduos com suas condições reais de existência” (p. 126). Essa é uma afirmação que merece ser desdobrada: não são as “condições reais de existência” que são representadas imaginariamente, mas sim as relações com essas condições que aparecem como ideológicas. Ou seja, não se está afirmando que existe uma realidade “pura” ou “verdadeira” que é então deformada imaginariamente pela ideologia, mas que a própria relação dos homens com sua realidade já é sempre imaginária, é dizer, ideológica: “o que ‘os homens’ ‘representam para si’ na ideologia não são suas situações reais de existência, seu mundo real; acima de tudo, *é sua relação com essas condições de existência* que se representa para eles na ideologia” (ibidem, p. 127) (grifo nosso). Em

suma, é porque existe a ideologia e porque ela interpela a todos nós, que podemos afirmar que a realidade social é sempre ideológica – Žižek, à sua maneira, retoma constantemente essa hipótese.

Mas aqui temos um problema: não estaríamos expandindo demais os limites do conceito de ideologia? Ao praticamente identificá-la com a realidade social, a realidade em sua imediaticidade, não estaríamos tornando o conceito simplesmente inútil? Žižek (1996a) toma essa pergunta para si e tenta encaminhar uma resposta. Em primeiro lugar, encontra a solução marxista clássica, que consistente em evocar a realidade puramente econômica do Modo de Produção e suas necessidades coercitivas, como realidades que, por definição, seriam extra-ideológicas. Essa é uma diferenciação que persiste em Althusser, em sua diferenciação entre Aparelho Repressivo e Aparelhos Ideológicos de Estado e na relação destes com a realidade econômica do capitalismo. Mas Žižek (1996a) afirma que

Nesse ponto, contudo, as coisas voltam a ficar opacas, já que, no momento em que examinamos mais de perto esses mecanismos supostamente extra-ideológicos que regulam a reprodução social, vemo-nos atolados até os joelhos no já mencionado campo obscuro em que a realidade é indistinguível da ideologia (ŽIŽEK, 1996a, p. 20)

Em outras palavras, a ideologia penetra até mesmo no campo da estrutura econômica, não podendo ser sustentada uma separação completa entre elas, ao modo de uma lógica não dialética, em que existe um *ou* outro; aqui, sempre falamos em termos de um *e* outro, um não existindo sem o outro, embora eles não possam nunca se confundir – e aqui, parece que essa pista inicial não nos trai completamente. A ideologia regula relações e processos, situa papéis e, sobretudo, sustenta a realidade da produção capitalista tal como ela se apresenta imediatamente aos que nela estão engajados.

Até este ponto, não temos nada que não fosse possível deduzir das obras e autores que abordamos anteriormente. Nem mesmo pudemos avançar na solução do problema do alargamento excessivo que ameaça a própria viabilidade do conceito de ideologia. Mas é importante insistir um pouco mais no caminho que vínhamos tomando. Afinal, se não é na *realidade* econômica que podemos encontrar os limites da ideologia, o para-além de suas fronteiras que indica um espaço extra-ideológico, onde o encontraremos?

Antes de respondermos essa questão é preciso avançar na exposição do conceito de fantasia ideológica. A Fantasia, em Lacan, é uma ficção, uma cena, uma elaboração

Imaginária e Simbólica que busca dar uma resposta sobre a ausência de um objeto, designado como objeto *a* (LACAN, 1998; 2005; NASIO, 2007). Nesse contexto específico, o objeto *a* diz respeito àquilo que falta no campo do Outro, portanto, também ao que figura como faltante ao próprio sujeito que se constituiu a partir desse campo. O sujeito se identifica com esse objeto que escapa ao Simbólico, objeto perdido de uma suposta completude, conforme designa o famoso matema da fantasia de Lacan: $\$ \langle \rangle a$. Essa identificação com o objeto é constituída por suas operações: conjunção (\langle) e separação (\rangle). A primeira constitui um momento de alienação ao Outro, ao passo que a segunda é uma relativização desse primeiro momento.

Essa relativização só é possível pelo fato, no qual já insistimos bastante neste trabalho, de que o Simbólico não se completa, logo, o sujeito precisa encontrar uma saída para o impasse da falta no Outro. A solução é a identificação com esse objeto que na realidade nunca existiu, mas que para todos os efeitos figura como um objeto perdido – um “resto” ou “resíduo”, como nos diz Lacan (2005) – de uma completude mítica. A identificação do sujeito com o objeto *a* é aquilo que chamamos de fantasia (NASIO, 2007). Entretanto, trata-se de uma fantasia que nunca se realiza plenamente, uma identificação que falha: “o sujeito realiza [conjunção], sem realizar [separação], a sua entrega ao Outro como objeto” (CARREIRA, 2009, p. 165). Trata-se de uma dinâmica de realização sempre malsucedida que se dá nos termos de uma ficção, de uma cena absolutamente singular em que o sujeito tenta fazer as vezes de objeto perdido para o Outro, ainda que nunca possa fazê-lo completamente, uma vez que isso anularia sua própria condição de sujeito.

Lacan brinca com a origem etimológica do verbo “separar”, remetendo-o ao latim *separare*, que então se torna “*se parere*”, que significa “se parir” ou “se produzir” (CARREIRA, op. cit., p. 168). Assim, temos que a operação da separação é justamente um momento de autoprodução do sujeito, naquele espaço que ele encontra para além do campo do Outro (*A*).

Por se tratar de uma fantasia que *falha*, ela é constantemente reencenada pelo sujeito, nunca se realizando plenamente. É exatamente na medida em que falham que essas reiteradas tentativas podem ser a causa de uma autoprodução sem nenhum limite pré-definido. Assim, a fantasia, cujo motor é a não-completude do Simbólico, ao mesmo tempo em que baliza a relação com o Outro, estruturando assim uma realidade subjetiva (*realität*), também oferece possibilidades constantes de reestruturação dessa

realidade. Trata-se de uma repetição em que a cada vez que é reencenada se tem a possibilidade de adicionar algo de *novum*.

A fantasia ideológica proposta por Žižek é homóloga dessa formulação, “transposta” para o campo das Formações Sociais. Trata-se, portanto, de uma estruturação da realidade social mediante a exclusão de seus pontos de impossibilidade. Essa estruturação também funciona na forma de ficção, que baliza nossas relações práticas com e no campo das Formações Sociais. A função dessa fantasia é dotar com uma aparente consistência um campo que é intrinsecamente inconsistente, pois atravessado por uma divisão fundamental. A fantasia ideológica “é, como certa vez disse Lacan, o suporte que dá coerência ao que chamamos de ‘realidade’” (ŽIŽEK, 1996b, p. 322). Aqui, temos que o que a ideologia mistifica não pode ser a realidade, uma vez que ela funciona como condição de existência dessa própria realidade. Assim, voltamos mais uma vez ao impasse da relação entre ideologia e realidade, mas com alguns elementos que nos permitem avançar.

O que é negado pela ideologia é aquilo que não se inscreve em sua estrutura Simbólica e em seu fechamento Imaginário. Não é, portanto, a realidade social que é negada; nem mesmo realidade alguma, posto que a ideologia é exatamente aquilo que estrutura e sustenta qualquer realidade possível. Contudo, como vimos, tem de haver sempre algo que deve permanecer excluído dessa realidade para que ela possa *se apresentar como* uma totalidade fechada, ou seja, uma realidade absolutamente consistente e eminentemente a-contraditória. É justamente nesse ponto necessário de exclusão que devemos localizar os limites da ideologia, um ponto, como vimos, situado “fora” da realidade. Para resolver esse impasse, Žižek (1996a) vai recorrer ao conceito lacaniano de Real, por ser justamente aquele que designa o que insiste em não se inscrever no Simbólico ou ser fechado pelo Imaginário. Disso decorre que a demarcação do limite da ideologia pode ser encontrada no Real.

Mas onde podemos situar esse Real em nossa reflexão? Ou melhor, o que é esse impossível de se inscrever para o Modo Capitalista de Produção? Em um nível fundamental, ele aparece com muito mais vigor justamente naquela região que o marxismo tanto evidenciou: nas relações econômicas de produção, no movimento objetivo da própria produção capitalista. Mas somente onde essa estrutura econômica aparece como incompleta e esse movimento objetivo como contraditório, ou seja, na *mais-valia* e em seu efeito, a *luta de classes*. Ambos, via de regra, não podem ser

identificados na realidade, ao menos não de um modo imediato: não é possível ver, tocar, enfim, perceber a expropriação da mais-valia no ato cotidiano do pagamento de um salário. Da mesma forma, uma série de conflitos sociais que são, em última instância, (sobre)determinados pela divisão de classes entre possuidores e despossuídos, com todo o abismo que isso cria, acabam não se apresentando imediatamente dessa forma.

É fácil observar que os momentos em que os conflitos sociais foram diretamente referenciados à divisão de classes, em que a luta de classes se apresentou abertamente aos olhos de todos, em que a própria relação de assalariamento apareceu em si mesma como uma relação inaceitável de exploração, são sempre momentos fugazes na história, acontecimentos que se dão em situações limite, em última instância, para voltarmos ao conceito de Althusser.

A luta de classes não é nada mais do que o nome do limite imperscrutável que é impossível de objetivar, situado dentro da totalidade social, já que ela mesma é o limite que nos impede de conceber a sociedade como uma totalidade fechada. Ou, para dizer de outra maneira, ‘luta de classes’ designa o ponto em relação ao qual ‘não existe metalinguagem’: na medida em que toda a posição dentro do todo social é sobredeterminada, em última instância, pela luta de classes, não está excluída da dinâmica desta última nenhum lugar neutro de onde seja possível localizá-la dentro da totalidade social (ŽIŽEK, 1996a, p. 26)

A luta de classes, então, é essa divisão que atravessa a Formação Social e a impede de se constituir como um “todo fechado em si mesmo” (ibidem, p. 27). Mas a luta de classes é correlata da mais-valia, outra figura do Real do capitalismo que evocamos anteriormente. Quem nos apresenta a mais-valia nesses termos é Silveira (2002), que afirma que ela designa justamente o impossível da estrutura simbólica que corresponde à forma-dinheiro. Ou seja, o dinheiro, enquanto conversor universal, teria a capacidade de ser trocado por toda e qualquer mercadoria, com exceção de uma, a força de trabalho, uma vez que essa mercadoria é sempre capaz de produzir um certo *a mais* de valor. É na expropriação disso que é produzido a mais, nesse valor não pago na relação de assalariamento que o capitalismo se funda. Isso que não é pago, evidentemente, é a mais-valia. Assim, o preço da mercadoria força de trabalho, isto é, o salário, indica o ponto de impossibilidade do sistema de trocas regido pela forma-dinheiro, sistema este que Žižek (1992; 1996b) demonstrou ser Simbólico, na medida em que funciona de maneira rigorosamente homóloga ao sistema de significantes de Lacan.

A fantasia ideológica não produz essa negação apenas no campo do saber, mas fundamentalmente no fazer social – e aqui, mais uma vez, Žižek se aproxima de Althusser. A estruturação da realidade social se dá fundamentalmente nas práticas dos indivíduos, conforme o exemplo que ele fornece, que é justamente o da forma-dinheiro.

Quando os indivíduos usam o dinheiro, eles sabem muito bem que não há nada de mágico nisso - que o dinheiro, em sua materialidade, é simplesmente uma expressão de relações sociais (...) O problema é que, em sua atividade social, naquilo que *fazem*, eles *agem* como se o dinheiro, em sua realidade material, fosse a encarnação imediata da riqueza como tal. (ŽIŽEK, 1996b, p. 314-315) (grifos do autor).

A ideologia adquire dessa forma a função de estruturar a realidade social por meio de uma ficção que age na própria prática cotidiana, na tentativa de produzir uma coesão imaginária que possa manter negada a inconsistência Real do Modo de Produção.

Considerações finais

O conceito de ideologia foi provavelmente um dos mais maltratados nos últimos anos, tanto pela academia, que muitas vezes o relegou ao esquecimento, quanto pelo debate público mais amplo, que realiza, especificamente na atual conjuntura brasileira, uma verdadeira banalização – quando não uma distorção calculada com cinismo – do que a palavra e o conceito significam. Se a forma como a ideologia é utilizada hoje na boca de algumas figuras públicas comprova, de modo bastante contundente, sua própria existência e pertinência – não naqueles lugares onde é comumente apontada, mas nas posições e discursos dos próprios acusadores que se pretendem “não-ideológicos” e que acabam revelando, com bastante nitidez, os ideólogos que inequivocamente são – então este é o momento de haver um novo impulso nos estudos sobre esse conceito. Tal impulso parece existir e já começar a dar os seus primeiros resultados: surgem trabalhos nos últimos anos que retomam, das mais variadas maneiras, o conceito de ideologia. O presente ensaio buscou dar uma pequena contribuição para esse movimento.

Buscando retomar a dignidade do conceito de ideologia, fizemos um percurso para expor seus fundamentos desde a sua origem pré-marxista, com Destutt de Tracy e os ideólogos franceses, passando por sua primeira elaboração rigorosa com Marx e Engels, chegando a Althusser e seus conceitos de Interpelação e de Aparelhos Ideológicos de Estado, e finalizando com os passos dados para além das contribuições althusserianas, principalmente a partir dos trabalhos de Silveira e Žižek.

Encontramos em nosso percurso que a ideologia pode ser trabalhada de diversas maneiras na tradição marxista e em outras correntes teóricas, algumas delas complementares e relacionáveis entre si, outras de mais difícil articulação. Essa polissemia nos obrigou a fazer escolhas, e optamos pelo caminho que já resumimos acima. Parecia-nos óbvio a necessidade de partir dos criadores do conceito, para contextualizá-lo, mas apenas para chegarmos até Marx e Engels e seu texto *A Ideologia Alemã*. Mas é a mudança produzida por Marx no conceito em seu *Prefácio para a Crítica da Economia Política*, em que a teoria anterior é complementada por uma formulação positiva da ideologia, que deu o tom do presente trabalho. Foi a partir dela que pudemos pensar a ideologia como relacionada ao Estado e suas instituições, o que nos levou para a teoria althusseriana, esta última utilizada também pelas possibilidades de articulação com o pensamento psicanalítico. As contribuições adicionadas para matizar alguns pontos considerados problemáticos ou insuficientes na teoria althusseriana, foram dadas especialmente pelos já mencionados trabalhos de Silveira e Žižek.

Com isso, temos que a ideologia é considerada como uma espécie de superávit da ideia, um excesso de racionalização a serviço de uma dada ordem existente. Tal excesso, entretanto, não brota de modo completamente “espontâneo” ou “natural” na mente das pessoas, ao contrário, é resultado de um processo positivo de organização da totalidade social que passa necessariamente pelas instituições. Essas instituições são o palco privilegiado da chamada interpelação ideológica, isto é, do processo de captura ideológica a partir da identificação com um Sujeito, que convoca todos a se assujeitarem a ele. Em um outro nível de análise, temos que esse conjunto de processos interpelativos serve para estruturar a realidade ao modo da própria ideologia, ou seja, de um modo que exclua o Real e garanta na prática uma dada coesão imaginária para a Formação Social.

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, N. *Dicionário de Filosofia*. São Paulo: Martins Fontes, 2007.
- ALTHUSSER, L. *Sobre o trabalho teórico*. Lisboa: Presença, 1967.
- _____. Resposta a John Lewis. In: ALTHUSSER, L. *Posições I*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.
- _____. *Ideologia e Aparelhos Ideológicos de Estado* (notas para uma investigação). In: ŽIŽEK, S. *Um mapa da ideologia*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996a. p. 7-38.
- _____. *Sobre a Reprodução*. Petrópolis: Vozes, 1999.
- _____. *Por Marx*. Campinas: Editora Unicamp, 2015.
- BASATOS, C.; GASTAUD, M. Psicanálise e Transdisciplinaridade. *Psicanálise*, Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 519-533, jan. 2013.
- BERCHERIE, P. *Los fundamentos de la clínica: Historia y estructura del saber psiquiátrico*. Buenos Aires: Ediciones Manantial, 1986.
- BOTTOMORE, T. *Dicionário do Pensamento Marxista*. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, jan./abr. 2007.
- CHAUÍ, M. S. *O que é ideologia*. São Paulo: brasiliense, 1980.
- COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asilar. In: AMARANTE, P. (org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-168.
- _____. Ética e Clínica na Atenção Psicossocial: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan. *Saúde Soc.* São Paulo, v.20, n.3, p.743-757, jul./set. 2011.
- _____. Contribuição a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva. In: DIONÍSIO, G. H.; BENELLI, S. J. (orgs.). *Políticas públicas e clínica crítica*. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012. p. 15-31.
- _____. Modos de Produção das instituições na Saúde Mental Coletiva: efeitos na terapêutica e na ética. Ou a subjetividade capitalística e a Outra. In: _____. *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva*. São Paulo: UNESP, 2013a. p. 23-54.
- _____. Para uma crítica da razão medicalizadora: o consumo de psicofármacos como Sintoma Social Dominante. In: _____. *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva*. São Paulo: UNESP, 2013b. p. 167-212.
- _____. Um psiquiatra não tão médico: o lugar necessário da psiquiatria na Atenção Psicossocial. In: _____. *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva*. São Paulo: UNESP, 2013c. p. 213-232.

_____. Interprofissionalidade, disciplinas, transdisciplinaridade: modos de divisão do trabalho nas práticas de Atenção Psicossocial. In:_____. *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva*. São Paulo: UNESP, 2013d. p. 119-166.

_____. Para concluir: uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação. In:_____. *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva*. São Paulo: UNESP, 2013e. p. 323-324.

EAGLETON, T. *Ideologia: Uma Introdução*. São Paulo: Boitempo Editorial, 1997.

_____. A Ideologia e suas vicissitudes no marxismo ocidental. In: ŽIŽEK, S. (org.). *Um Mapa da Ideologia*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996.

ELIA, L. O operário e a histórica: dois sujeitos modernos. *Hist. cienc. Saúde-Manguinhos*. Rio de Janeiro, vol. 14, n. 3, jul./set. 2007.

ENGELS, F. Ludwig Feuerbach e o fim da filosofia clássica alemã. *Germinal: Marxismo e Educação em Debate*. Salvador, v. 4, n. 2, p. 131-166, dez. 2012.

_____. Letter to Joseph Bloch. In: TUCKER, R. C. (org.). *The Marx-Engels reader*. Nova Iorque: W. W. Norton & Company, 1978. p. 760-765.

FEUERBACH, L. *A essência do cristianismo*. Petrópolis: Vozes, 2007.

FINK, B. Prefácio. In: FELDSTEIN, et al. (org.). *Para ler o Seminário 11 de Lacan: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997. p. 7-14.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977.

FREUD, S. O Eu e o Id. In:_____. *Obras Completas Sigmund Freud Vol. 16*. São Paulo, São Paulo: Companhia das Letras, 2011. pp. 13-74.

_____. Análise terminável e interminável. In:_____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud Vol. 23*. Rio de Janeiro: Imago, 2006. p. 221-330.

_____. Carta 53. In: MASSON, J. M. (edit.). *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess (1887-1904)*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1986. p. 208-215.

GABEL, J. *A falsa consciência*. Lisboa: Guimarães e Cia. Editores, 1979.

GIANNOTTI, A. *Certa herança marxista*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais (edições on-line), 2010.

GOTO, C. S. A Reforma Psiquiátrica no Brasil contemporâneo: ensaios da psicanálise lacaniana e da crítica da economia política. 198f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2018.

GUARESCHI, et al. A atualidade das teorias críticas e a revitalização da categoria analítica “ideologia” na psicologia social. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 28, n. 3, p. 552-561, dez. 2019.

HAMRAOUI, E. Trabalho vivo, subjetividade e cooperação: aspectos filosóficos e institucionais. *Cad. Psicol. Soc. Trab.*, São Paulo, vol. 17, n. especial, p. 43-54, mai. 2014.

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

LACAN, J. O estádio do espelho como formador da função do Eu. *In:_____*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998a. p. 96-103.

_____. Subversão do sujeito e dialética do desejo. *In:_____*. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998b. p. 807-842.

_____. A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. *In:_____*. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998c. p. 496-536.

_____. Televisão. *In:_____*. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. p. 508-543.

_____. *O Seminário, livro 5: As formações do Inconsciente (1957-1958)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

_____. *O Seminário, livro 11: Os conceitos fundamentais da psicanálise (1964)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

_____. *O Seminário, livro 17: O avesso da psicanálise (1969-1970)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

LACLAU, E. *Política e ideologia en la teoria marxista: capitalismo, fascismo, populismo*. 3. ed. Madrid: Siglo XXI de España Editores S. A., 1986.

_____. *A Razão Populista*. São Paulo: Editora Três Estrelas, 2013.

LANTÉRI-LAURA, G. O empirismo e a semiologia psiquiátrica. *In: CAMPO FREUDIANO DO BRASIL (org.) A Querela dos diagnósticos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989. p. 84-98.

LAURENT, E. Alienação e Separação. *In: FELDSTEIN, et. al. (org.) Para ler o Seminário 11 de Lacan: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997. p. 31-41.

LÖWY, M. *Método dialético e teoria política*. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

MARX, K. *Crítica da filosofia do direito de Hegel*. São Paulo: Boitempo, 2010.

_____. *Os Manuscritos econômico-filosóficos*. São Paulo: Boitempo, 2010.

_____. *A Sagrada Família*. São Paulo: Boitempo, 2011.

_____. *O 18 do Brumário de Luís Bonaparte*. São Paulo: Boitempo, 2011.

_____. *O Capital*. São Paulo: Boitempo, 2017.

_____. *Formações econômicas pré-capitalistas*. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

_____. *Contribuição à crítica da economia política*. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MARX, K.; ENGELS, F. *O Manifesto do Partido Comunista*. São Paulo: Boitempo, 1998.

_____. *A Ideologia alemã*. São Paulo: Boitempo, 2007.

NETTO, J. P. Relendo a teoria marxista. In: SAVIANI, D. *et al.* (org.). *História e história da educação*. Campinas: Autores Associados, 1998. p. 55-64.

_____. *Introdução ao estudo do método de Marx*. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

OLIVEIRA, A. C. F. Razões “humanas” para esquecer Althusser. *Alceu*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 9, p. 114-131, jul./dez. 2004.

ORLANDI, E. P. *Análise do Discurso: Princípios e Procedimentos*. Campinas: Editora Pontes, 2000.

PASSARINHO, J. G. N. A pertinência da categoria de ideologia na perspectiva das lutas paradigmáticas em Saúde Mental: traçando novas perspectivas de trabalho. *Revista de Psicologia da Unesp*, v. 18, n. spe., p. 141-160, 2019.

PACHECO FILHO, R. A. Editorial: A ética, a política e a psicanálise. *A Peste*, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 11-14, jul./dez. 2011.

PÊCHEUX, M. O mecanismo do (des)conhecimento ideológico. In: ŽIŽEK, S. (org.). *Um Mapa da Ideologia*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996. p. 143-152.

PÉRICO, W. Do Terapêutica Alienante ao Analítico Singularizante: Contribuições da psicanálise do Campo de Freud e Lacan e do Materialismo Histórico à Clínica da Atenção Psicossocial. In: _____. *Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan a uma psicoterapia Outra: a clínica do sujeito na Saúde Coletiva*. 164f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2014.

_____. Psicanálise, transdisciplinaridade e Atenção Psicossocial: a necessária formação de trabalhadores de Saúde Mental de um novo tipo. *Revista de Psicologia da Unesp*, 2019. No prelo.

POCINHO, M. O DSM-5: Continuidade, mudança e controvérsia. *Interações*, Coimbra, n. 24, p. 86-97, jun. 2013.

ROSA, G. *Primeiras estórias*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

ROSE, N. *Our psychiatric Future: the politics of mental health*. Cambridge: Polity Press, 2019.

ROSEN, G. *Uma história da Saúde Pública*. São Paulo: Editora Unesp, 1994.

ROZITCHNER, L. Marx e Freud: a cooperação e o corpo produtivo. A expropriação histórica dos poderes do corpo. In: SILVEIRA, P.; DORAY, B. (Org.). *Elementos para uma teoria marxista da subjetividade*. São Paulo: Vértice, 1989. p. 109-146.

SADER, E. Apresentação. In: MARX, K.; ENGELS, F. *A Ideologia Alemã*, São Paulo: Boitempo, 2007.

SCLIAR, M. História do conceito de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41

SILVA, M.C.F. A relação do materialismo histórico com a psicanálise e suas implicações para a AD. *Revista Letras*, Curitiba, n. 54, p. 235-254. jul./dez. 2000.

SILVEIRA, P. A interpelação ideológica: a entrada em cena da outra cena. *A peste*, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 167-182, jan./jun. 2010.

_____. Ideologia, indivíduo, sujeito. *Cadernos de subjetividade*, Núcleo de Psicanálise da PUC São Paulo, p. 25-37, 1994.

_____. Da alienação ao fetichismo: formas de subjetivação e de objetivação. In: SILVEIRA, P.; DODRAY, B. (org.). *Elementos para uma teoria marxista da subjetividade*. São Paulo: Vértice, 1989. p. 41-76.

SIRELLI, N. M. Alienação e Separação: a lógica do significante e do objeto na constituição do sujeito. 95f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de São João del Rei, São João del Rei, 2010.

SOLER, C. O sujeito e o Outro II. In: FELDSTEIN, et al. (org.). *Para ler o Seminário 11 de Lacan: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997. p. 68-79.

STRINGHINI, S. Socioeconomic status and the 25 x 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. *Lancet*, Londres, v. 389, p. 1229-1237, jan. 2017.

VASCONCELOS, E. M. *Karl Marx e a subjetividade humana: balanço de contribuições e questões teóricas para o debate*. Volume 3. São Paulo: Hucitec, 2010a.

_____. *Karl Marx e a subjetividade humana: a trajetória das ideias e conceitos nos textos teóricos*. Volume 1. São Paulo: Hucitec, 2010b.

_____. *Karl Marx e a subjetividade humana: uma história das ideias psicológicas na Europa até 1850*. Volume 2. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

WHITAKER, R. *Anatomia de uma epidemia: Pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da Doença Mental*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde e Debate*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78-79-80, p. 27-37, jan./dez. 2008.

YASUI, S.; LUZIO, C. A.; AMARANTE, P. Atenção Psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Revista Polis e Psique*, vol. 8, n. temático, p. 173-190, 2017.

ŽIŽEK, S. *O Mais sublime dos histéricos: Hegel com Lacan*. Rio de Janeiro: Zahar, 1991.

_____. *Eles não sabem o que fazem: o sublime objeto da ideologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

_____. Introdução: O Espectro da Ideologia. In: ŽIŽEK, S. *Um mapa da ideologia*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996a. p. 7-38.

_____. Como Marx inventou o sintoma? In: _____. *Um mapa da ideologia*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996b. p. 297-330.

Ensaio 3

O DSM e sua psiquiatria: uma revisão crítica

*Desespera dessa espera por alguém pra lhe
ouvir,
Sente um frio na costela e uma ânsia de
sumir,
Transa modelito forte, comprimidos pra
dormir.*

(Angela Ro Ro)

Introdução

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) é um sistema de diagnósticos psiquiátricos elaborado pela *American Psychiatric Association* (APA) e que se encontra atualmente em sua quinta edição. O DSM se tornou, para utilizar as palavras que aparecem no prefácio de sua edição mais recente, uma nomenclatura oficial em uma série de instituições de Saúde Mental em todo o mundo. Seja por influência direta ou indireta no processo de formação de profissionais, de pesquisas científicas, ou pelo emprego obrigatório de suas categorias por uma série de instituições públicas e privadas, esse Manual se tornou um texto determinante na forma com que nossa sociedade responde as demandas de Saúde Mental. Em nosso país, seu espectro não passa despercebido, conforme testemunha uma série de produções científicas a seu respeito.

Na esteira desses trabalhos o presente ensaio busca fazer uma revisão bibliográfica do material disponível acerca do DSM, tomando-o também como nosso principal objeto de estudo. Como forma de orientar minimamente nossa revisão, estipulamos alguns critérios. Primeiramente, optamos por não incluir estudos que tratam de alguma categoria diagnóstica específica presente no Manual, considerando apenas aqueles que o abordam de modo mais abrangente. Apenas isso já restringiu bastante nosso escopo de pesquisa, ainda que a quantidade de material disponível nesses critérios continue sendo vasta. Em segundo lugar, optamos por dar enfoque aos artigos que

abordam o DSM-5, por ser a mais recente publicação, com exceção daqueles que tratam da história do Manual. Em terceiro, demos enfoques na pesquisa de artigos científicos, por considerar essa a maneira mais eficiente de conhecermos os debates contemporâneos sobre o assunto. Os artigos foram pesquisados nas bases de dados *Google Scholar*, *Scielo* e *Lilacs* e 18 textos foram selecionados. A partir deles, outros artigos identificados na bibliografia foram buscados em outras bases de dados. Outros ainda nos chegaram por diferentes vias, como as indicações. Para complementá-los, foram incluídos livros e outras fontes considerados indispensáveis para a presente pesquisa ou necessários para fundamentar a linha de argumentação que se desenhou.

Como forma de apresentação do material reunido, decidimos organizar as seções por temas gerais que foram identificados nas discussões feitas na bibliografia, sendo que um mesmo texto pode ter abordado mais de um desses temas. As seções enfocaram as críticas, tanto pela proposta do presente trabalho, quanto pelo material crítico ter mostrado ser a maior parte da bibliografia selecionada. Foi a melhor forma que encontramos de apresentar as discussões contemporâneas acerca do Manual, bem como de organizar as temáticas de um modo que servisse aos propósitos mais amplos deste trabalho, ou seja, para fundamentar a hipótese de um funcionamento ideológico no sistema de diagnósticos do DSM e na psiquiatria que lhe é correlata⁴⁴.

1 – Uma breve história do Manual Diagnóstico e Estatístico de Saúde Mental

Considerado por muitos a principal publicação no campo da Saúde Mental nas últimas décadas, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, conhecido como DSM⁴⁵, é um sistema de diagnósticos que busca incluir todas as formas conhecidas de impasses psíquicos ou, como são chamados no Manual, de transtornos mentais. Produzido pela *American Psychiatric Association* (APA), é hoje o modelo classificatório hegemônico em psiquiatria. Ao menos desde a sua terceira edição, ele dita as regras da diagnóstica psiquiátrica; sua aplicação se estende para as mais variadas áreas da vida social, muito além do uso simplesmente estatístico ou clínico. O DSM passou a ser utilizado, em diversos países do mundo, como critério para avaliações jurídicas, aquisição de auxílios e benefícios do Estado, por planos de saúde e agências

⁴⁴ As considerações mais especificamente voltadas para a fundamentação dessa hipótese, feitas a partir da revisão que será apresentada neste ensaio e das considerações teóricas do ensaio anterior, serão desenvolvidas no Ensaio 4 desta dissertação.

⁴⁵ A sigla vem do nome em inglês: *Diagnostic and Statisticale Manual of Mental Disorders*.

de seguro, além de diversos serviços públicos, como serviços de saúde e educacionais (PEREIRA, 2009; STRONG, 2013; FREITAS; AMARANTE, 2017; ROSE, 2019).

Podemos remontar as origens do DSM ao ano de 1840, quando, devido à necessidade de recolher dados estatístico sobre as então chamadas “doenças mentais”, os Estados Unidos da América decidiram incluir em seu censo um levantamento sobre o tema. Esse censo incluía os diagnósticos de “idiotice” e “insanidade”, além da categoria de “normalidade”, em oposição à suposta anormalidade das outras duas (POCINHO, 2013; DUNKER, 2014; ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014). Em 1880, foi realizado outro censo, que já distinguia sete categorias: mania, melancolia, monomania, paralisia, demência e alcoolismo (ibidem).

Em 1918, logo após a primeira Guerra Mundial, o exército estadunidense e sua associação de veteranos estabeleceu a mais completa classificação diagnóstica de “doenças mentais” que existia no país até aquele momento, distinguindo cerca de 22 diagnósticos (DUNKER, 2014). O Manual elaborado pelo exército, em conjunto com uma série de dados recolhidos em hospitais psiquiátricos e nos censos que comentamos anteriormente, formaram a base do que se tornaria a primeira edição oficial do DSM, que se utilizou dos dados recolhidos por cada uma dessas experiências.

O DSM-I foi lançado pela APA em 1952 e tinha 132 páginas que identificavam 180 distúrbios psiquiátricos (POCINHO, 2013; DUNKER 2014). Essa versão ainda possuía pretensões mais especificamente epidemiológicas (STRONG, 2013), mesmo que já demonstrasse ter inclinações como um guia para a prática clínica (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014). Ela também não trazia uma distinção rigorosa entre o normal e o patológico (SOHSTEN; MEDEIROS, 2016). Sua principal influência teórica era a da psiquiatria psicodinâmica de Meyer⁴⁶, que entendia os sintomas psiquiátricos como reações – sínteses das experiências do indivíduo em seu meio e em relação com a sua história de vida (DUNKER, 2014). Havia também uma influência da psicanálise, com a sua importante distinção entre neurose e psicose tendo sido incluída no Manual. As contribuições de recorte mais biológico também estavam presentes, com a importação de algumas categorias e hipóteses elaboradas por Kraepelin (ibidem). É por isso que alguns autores afirmam que a primeira edição do DSM era uma “solução de

⁴⁶ Adolf Meyer (1866-1950) foi um psiquiatra suíço formado em Zurique, mas que emigrou para os Estados Unidos em 1892. Meyer se tornou um dos psiquiatras mais influentes na APA na primeira metade do século XX.

compromisso” entre as diversas teorias que exerciam alguma influência na psiquiatria da época (DUNKER, 2014; ALMEIDA, 2015; SOHSTEN; MEDEIROS, 2016).

A segunda edição do Manual foi lançada em 1968, apresentando 182 transtornos listados em 134 páginas. Ainda que tenha havido um aumento no número de páginas e diagnósticos, este é um crescimento modesto. Como veremos, as versões seguintes fizeram alterações e inclusões muito mais substanciais. Nesse sentido, podemos dizer que o DSM-II foi um projeto conservador em suas tomadas de decisão, não arriscando fazer grandes mudanças com relação ao que já estava instituído na edição precedente. Ele também trazia as mesmas influências teóricas e o caráter de conciliação do DSM-I (DUNKER, 2014; SOHSEN; MEDEIROS, 2016).

Frances (2016) observa que essas duas primeiras versões foram pouco lidas e não possuíam uma influência dominante na psiquiatria estadunidense e muito menos mundial. Essa realidade mudaria com a edição seguinte. Publicado em 1980 e dirigido por Robert Spitzer, o DSM-III significou uma revolução na diagnóstica psiquiátrica e conseguiu, pela primeira vez, ter uma repercussão global. Os anos que antecederam essa publicação foram de intensa crise para a psiquiatria, que vinha sendo questionada de diversas formas, ora pelas considerações teóricas e posições éticas da chamada Antipsiquiatria, ora pelo fracasso da primeira geração de seus psicofármacos (WHITAKER, 2017). Outro aspecto muito criticado naquele momento era o da confiabilidade dos diagnósticos psiquiátricos.

Sobre isso, diversos autores relembram o famoso experimento de Rosenhan (DUNKER, 2014; FRANCES, 2016; FREITAS; AMARANTE, 2017; WHITAKER, 2017). Nele, Rosenhan, um professor de psicologia da universidade de Stanford, junto de mais 7 pessoas, foram até estabelecimentos psiquiátricos e simularam sintomas psicóticos, afirmando que estariam “ouvindo vozes”. Fora isso, agiram como sempre haviam feito anteriormente. Todos foram imediatamente internados, mas o mais curioso foi que isso ocorreu com uma certa variedade entre os diagnósticos que receberam. Ao publicar o resultado de sua pesquisa, questionando a confiabilidade dos diagnósticos psiquiátricos, Rosenhan foi desafiado pelos médicos responsáveis de um famoso Hospital a enviar seus falsos pacientes até eles. Rosenhan aceitou e disse que ao longo de um período de três meses enviaria as pessoas. Nesse tempo, o Hospital afirmou ter encontrado 41 impostores e 42 suspeitos. Em seguida, Rosenhan afirmou que não havia enviado nenhum simulador durante aquele período.

Um dos grandes pilares da disciplina psiquiátrica, seu sistema de diagnósticos, saiu profundamente abalado após esse experimento. Como tudo teve ampla repercussão midiática, a psiquiatria viu seu prestígio e legitimidade serem abertamente questionados. Em outros termos, podemos dizer que a psiquiatria enquanto profissão foi ameaçada por esse experimento, por atingir tanto a identidade médica quanto seu mandato social, colocando em questão sua capacidade para lidar com a parcela das encomendas sociais que lhes foram reservadas em nossa sociedade (BASAGLIA, 2001; VASCONCELOS, 2002).

Veremos mais aspectos dessa crise da psiquiatria em outro momento deste ensaio. Agora, é importante pontuar que o experimento de Rosenhan deu credibilidade e força para as críticas à nosologia psiquiátrica na época. A confiabilidade dos diagnósticos estava posta em xeque. Assim, era necessário estabelecer um Manual nosológico que se apoiasse na legitimidade das ciências médicas e garantisse alguma confiabilidade aos diagnósticos psiquiátricos, para tentar resgatar o prestígio profissional que havia sido perdido (WHITAKER, 2017). Foi assim que o DSM-III “salvou a psiquiatria” (FRANCES, 2016). A confiabilidade diagnóstica fez dessa edição um sucesso acadêmico e de vendas, permitindo a restauração da imagem da profissão psiquiátrica e a expansão dos limites de seu poder.

Ao mesmo tempo em que o DSM-III se apoiou na nascente “medicina baseada em evidências”, incluindo fundamentalmente as evidências estatísticas, essa edição também promoveu a exclusão de uma série de categorias oriundas da psicanálise (DUNKER, 2014). Dessa forma, tornou-se o “símbolo do fim do falido casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria” (p. 92). Em contraste com as edições anteriores, o DSM-III não possuía um caráter conciliatório. Os motivos dessa mudança envolvem o enfraquecimento da profissão que comentamos anteriormente, que colocava a necessidade de uma unificação da psiquiatria em torno do modelo biomédico com o objetivo de fortalece-la.

Frances (2016) nos relata como o Manual chefiado por Spitzer teria salvado a profissão psiquiátrica. Segundo ele, o grande mérito de Spitzer foi o de ter criado um método de diagnóstico baseado em critérios de checagem clínica dos sintomas – os chamados Critérios Diagnósticos de Pesquisa (ibidem, p. 88). Esse método aumentava significativamente a confiabilidade dos diagnósticos, ou seja, evitava que experimentos como o de Rosenhan colocassem a classificação nosográfica como o “calcanhar de

Aquiles” da psiquiatria. Ao unificar a psiquiatria em torno desse método diagnóstico e de uma série de pressupostos biomédicos – preconizados por conta dos objetivos da APA e das convicções pessoais de Spitzer (FRANCES; 2016; WHITAKER 2017) – o DSM-III teve sucesso em muitos de seus objetivos e se tornou uma verdadeira linguagem oficial para a psiquiatria da época.

O DSM-III possui 494 páginas e 265 categorias diagnósticas (POCINHO, 2013). É mais que o triplo de páginas e 83 diagnósticos a mais que a edição anterior. Ele também foi responsável por expandir o uso da diagnóstica psiquiátrica para novos contextos institucionais, como o jurídico e o da seguridade social. É também a primeira versão do DSM a se apresentar explicitamente como atórica (TOMM, 1990; SAUVAGNAT, 2012; LIMA, 2012). O objetivo de tal exclusão das divergências teóricas era justamente o de estabelecer um consenso em torno de uma nova classificação diagnóstica (PEREIRA, 2009). Como colocou Dunker (2014), tratava-se de criar para a psiquiatria um “basic english” (p. 86), capaz de facilitar a comunicação entre os médicos psiquiatras, bem como entre estes e os demais profissionais do campo da Saúde Mental.

O DSM-IV foi dirigido por Allen Frances e listou 297 transtornos em 886 páginas (DUNKER, 2014). Nele, os transtornos são definidos em torno da categoria de disfunção, isto é, da perda ou comprometimento de alguma função mental (FRANÇA NETO, 2012; GØTZSCHE, 2016). Essa versão também está organizada em 5 eixos: I. distúrbios clínicos, de desenvolvimento e aprendizagem, incluindo os principais transtornos mentais; II. retardo subjacente ou condições de personalidade; III. situações clínicas agudas ou doenças físicas; IV. fatores ambientais e psicossociais que contribuam para o transtorno; e V. avaliação global do funcionamento. A organização desses eixos, especialmente com a inclusão do eixo IV, pretendia, de acordo com Frances (2016), impedir uma prática que reduzisse a clínica psiquiátrica a uma classificação diagnóstica na forma de um simples *checklist* de sintomas clínicos. Entretanto, como o próprio autor admite, esse e outros eixos tendem a ser ignorados na maioria dos contextos em que o DSM é utilizado.

Frances (2016) coloca que o DSM-IV foi uma continuidade com relação à edição anterior e que por isso não buscou modificá-la excessivamente. De acordo com o autor, a maioria das sugestões de novos diagnósticos foi rejeitada, uma vez que havia sido estabelecido uma série de critérios rigorosos, que incluíam tanto a necessidade de

evidências científicas, quanto de testes de confiabilidade clínica para a inclusão de novos transtornos. Assim, 32 novos diagnósticos foram aceitos, um aumento bem menor do que o observado no DSM-III. Não obstante, Frances (ibidem) admite que o Manual que chefiou teve parte na criação de pelo menos três novas “epidemias” de transtornos mentais. Mesmo tendo sido modesto nas mudanças, conforme sua visão, o DSM-IV havia contribuído para o aumento da medicalização da população e da inflação diagnóstica.

Em 2013 foi publicada a quinta e mais recente edição do Manual, o DSM-5⁴⁷. Em suas páginas iniciais, podemos ler que seus coordenadores pretendem que ele seja uma ferramenta clínica, de ensino e também de pesquisa acadêmica (KUPFER; REGIER, 2014). Ali também podemos encontrar afirmações de que ele é uma “nomenclatura oficial”, que “deve funcionar em uma ampla gama de contextos” (p. 41). E também que:

As informações aqui resumidas são úteis para todos os profissionais ligados aos diversos aspectos dos cuidados com a saúde mental, incluindo psiquiatras, outros médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, consultores, especialistas das áreas forense e legal, terapeutas ocupacionais e de reabilitação e outros profissionais (ibidem)

Apesar das pretensões nitidamente universalistas dessa edição, o seu lançamento foi marcado por uma série de polêmicas e contestações. Foram críticas lançadas por movimentos sociais de usuários, jornalistas, profissionais do campo da Saúde Mental, escolas e grupos de psicanalistas, pesquisadores e acadêmicos de dentro e fora da psiquiatria, entre tantos outros. A seguir, veremos algumas dessas críticas.

2 – O que dizem os críticos do DSM?

O DSM pode ter ficado conhecido na mídia, desde a sua terceira edição, como “a bíblia da psiquiatria”; entretanto, dificilmente poderíamos dizer que hoje a sua palavra seja sagrada no campo da Saúde Mental. Isso porque, apesar desse Manual possuir disposições dogmáticas e pretensões universalizantes, como veremos de modo mais detalhado adiante, não é possível afirmar que ele tenha alcançado êxito em se consolidar como uma palavra incontestável. Por mais que o DSM pretenda ser o livro guia mais importante da psiquiatria contemporânea, o lançamento de sua mais recente edição foi marcado pelas mais diversas críticas, desde as que vieram da psicanálise e de

⁴⁷ Ver nota 16 desta dissertação.

outras correntes minoritárias na psiquiatria, até aquelas vindas de dentro do próprio modelo biomédico hegemônico.

Nesta seção, faremos uma revisão dos principais questionamentos e críticas colocadas ao DSM-5 desde o seu lançamento, buscando incluir um espectro amplo de intervenções. Foram revisados textos das mais diversas perspectivas teóricas e éticas, desde que comentassem, em especial de modo crítico, o referido Manual. Foi dada ênfase pela busca de artigos, uma vez que entendemos que essa é a principal forma de conhecermos o debate contemporâneo sobre a classificação diagnóstica em psiquiatria. Assim, em busca de um mínimo de rigor, fizemos um levantamento em três bases de dados: *Scielo*, *Google Scholar* e *Lilacs*. Com as palavras chave de “DSM” ou “DSM-5”, “diagnóstico” e “psiquiatria”, foram selecionados 18 artigos que tratavam do Manual de modo geral. Foi dado enfoque aos artigos que tratavam do DSM-5 e foram desconsiderados aqueles que tratavam de um diagnóstico em específico. Outros artigos foram encontrados por outras vias, como indicações ou por meio da própria bibliografia dos textos inicialmente selecionados. Também utilizamos livros e demais formas de publicação sobre o tema para complementar nossa pesquisa.

Como muitos textos apresentam diferentes argumentos contra o Manual diagnóstico, optamos por dividir a apresentação das críticas encontradas na forma de subseções temáticas. Este foi o modo que encontramos de apresentar as importantes polêmicas no campo da psicopatologia contemporânea e em torno do papel que a diagnóstica DSM desempenha nas práticas de Saúde Mental. As críticas abordam desde aspectos epistemológico-metodológicos, até questionamentos mais amplos sobre os efeitos que essa forma de classificação produz em nossa sociedade. Revisar esses textos pode auxiliar na fundamentação de nossa hipótese acerca do caráter ideológico do DSM.

2.1 – Sobre os marcos epistemológicos da Psiquiatria-DSM

Esta subseção trata sobre a forma e as condições de possibilidade aceitas pela psiquiatria-DSM para conhecer os fenômenos que ela toma como objeto, os assim denominados transtornos mentais. De início, é evidente que a própria pretensão de criar um Manual de diagnósticos que prescreva um uso que supostamente deverá “funcionar em uma ampla gama de contextos” e que pode ser considerado “uma nomenclatura oficial”, implica em uma posição epistemológica a favor da possibilidade de se

conhecer objetivamente tais transtornos. Ou seja, para a psiquiatria-DSM existe uma verdade subjacente a esses fenômenos.

A partir dos textos que apresentam e introduzem a quinta edição do DSM, fica óbvia a pretensão de estabelecer um conhecimento universalizável sobre tais fenômenos (APA, 2014). Em seu prefácio, os principais responsáveis por sua elaboração admitem que atualmente inexistem explicações causais inequívocas para os transtornos mentais, colocando a descrição objetiva dos sinais e sintomas feita pelo DSM como uma alternativa, “a melhor disponível” em psiquiatria nos dias de hoje (REGIER; KUPFER, 2014, p. 41). Em outras palavras, o DSM-5 se apresenta como o único caminho que pode levar ao conhecimento universal sobre os transtornos mentais.

Algumas importantes questões já podem ser aqui equacionadas: a psiquiatria-DSM não apenas crê ser possível construir um conhecimento universal, válido e confiável sobre o transtorno mental, como também aposta na via organicista para alcançá-lo. Isso fica nítido quando, logo no prefácio do Manual, podemos ler que uma das inovações da nova versão foi a “integração de achados científicos das pesquisas mais recentes em genética e neuroimagem” (KUPFER; REGIER, 2014, p. 42). Os achados científicos mais modernos, como podemos ver, restringem-se para os responsáveis pelo DSM-5 ao campo das biociências, não incluindo os desenvolvimentos teóricos de inúmeros outros campos do saber que investigam os mesmos fenômenos e que não são sequer mencionados.

Trataremos da exclusão dessas teorias e da aposta organicista da psiquiatria-DSM por outras vias nas próximas subseções. Neste momento, apenas é importante situar como essa aposta se articula com as opções epistemológicas do Manual. Ou seja, entre os motivos manifestos que fazem o DSM-5 rejeitar as contribuições teóricas oriundas da psicanálise, da fenomenologia ou de outras correntes teóricas, figura uma questão epistemológica: considera-se que nenhuma dessas correntes teóricas seja capaz de oferecer evidências empíricas confiáveis para sustentar suas hipóteses, isto é, evidências que sejam demonstráveis e *reproduzíveis* em um ambiente controlado. Muito menos podem oferecer resultados que sejam perfeitamente quantificáveis ou que possam ser submetidos a critérios de utilidade imediata. Neste ponto fica evidente quais são os “modelos” que o DSM assume ao empregar tais critérios: para além das ciências biomédicas, são as “ciências exatas” que são tomadas como um espelho.

A psiquiatria sempre buscou encontrar os fundamentos biológicos dos fenômenos que toma como objeto, tendo a prática da classificação rigorosa sempre desempenhado um papel importante nessa busca (FRANCES, 2016). Com isso, a psiquiatria não estaria agindo de modo diverso da maioria das ciências em que se espelhou. A astrofísica havia partido das descrições heliocêntricas do universo de Copérnico e Galileu, para só depois chegar na compreensão teórica e matematicamente demonstrável dos movimentos celestes feita pela síntese newtoniana. Lineu construiu uma classificação do mundo biológico – fundando uma taxonomia rigorosa e em grande medida válida até os dias de hoje – para servir de fundamento para a posterior compreensão evolucionista de Darwin. De modo semelhante, a psiquiatria também buscou iniciar sua compreensão da doença mental por meio de uma sistematização diagnóstica rigorosa, isto é, por meio de uma nosologia⁴⁸ que em tese permitiria construir posteriormente um conhecimento teórico sobre essas condições. A aposta era tentar repetir a fórmula de sucesso aplicada em outras ciências: recolher as evidências observáveis e classificá-las do modo mais rigoroso possível, de acordo com suas características, semelhanças e diferenças, na esperança que isso viesse a pavimentar o caminho até a “última verdade” sobre as moléstias da mente, parafraseando um famoso personagem da literatura brasileira (1984)⁴⁹.

Desde o seu início com Pinel, passando por Esquirol e Kraepelin, a psiquiatria se esforçou para criar seus próprios modelos de classificação diagnóstica. Em certo sentido, pode-se dizer que a história da psiquiatria do século XIX ao XX não passou de uma sucessão de nosologias distintas (BERCHERIE, 1986). Nenhuma delas, contudo, conseguiu desenvolver um conhecimento mais amplo e rigoroso sobre aqueles fenômenos mentais considerados anormais e/ou patológicos. Em especial, esses modelos diagnósticos foram incapazes de auxiliar na resolução do mistério sobre a *origem* das tais “doenças”. A esperança de seguir o mesmo modelo de outras ciências resultou em sucessivas frustrações.

⁴⁸ A nosologia é um ramo das ciências médicas que estuda a classificação das doenças. Trata-se de um conhecimento teórico produzido sobre e a partir destas classificações. Ela se distingue da nosografia, que é a organização descritiva de uma série de doenças e que dispensa uma reflexão teórica.

⁴⁹ Referência ao personagem Simão Bacamarte, do conto *O Alienista*, de Machado de Assis. O personagem é um renomado médico carioca, formado em Portugal, que se especializa em psiquiatria com o intuito de desvendar todos os mistérios deste campo da medicina. Bacamarte, evidentemente, também criou seu próprio sistema classificatório, isto é, sua própria nosologia como ponto de partida de suas investigações.

Frances (2016) defende que tal fracasso é devido ao fato de que o cérebro humano, suposto *locus* da doença mental, é um objeto muito mais complexo do que qualquer outro já estudado pela ciência até agora. Muito mais do que os movimentos dos astros ou a diversidade das espécies de nosso planeta. Por conta da quantidade de neurônios e da gigantesca variabilidade das redes sinápticas e de suas incontáveis conexões, incluindo aí o papel dos diversos neurotransmissores que interagem entre si, o cérebro é considerado complexo demais para que se deduza um conhecimento rigoroso sobre ele a partir de uma mera classificação de suas supostas manifestações mentais. Entretanto, essa é uma leitura que permanece no campo das biociências, que não questiona, mesmo após anos de resultados malogrados, o estatuto do cérebro como substrato causal único e incontestável das chamadas doenças ou transtornos mentais. Assim, permanece naquilo que alguns autores chamaram de reducionismo biológico, que transforma fenômenos complexos – cujo estatuto em alguma medida pode ser biológico, mas que certamente também é ético, político, psíquico e histórico – em uma realidade exclusivamente biológica (SZASZ, 1977; GORAYEB, 2002). Sobre isso, Szasz (1977) diz explicitamente que entender que toda a nossa realidade psíquica é mediada exclusivamente por fenômenos e dinâmicas cerebrais é um erro de natureza epistemológica, pois abstrai a existência de estruturas sociais (p. 20-22).

Vemos como necessário o aprofundamento do debate epistemológico em todo o campo da Saúde Mental, mas é fundamental que haja um enfoque na epistemologia da psiquiatria contemporânea e na crítica da epistemológica ao DSM, especialmente entre os profissionais médicos. O viés empirista e a abordagem exclusivamente estatística sobre os fenômenos, bem como o problemático binômio das categorias de normalidade e anormalidade, precisam ser urgentemente questionados. Pretendemos colocar abaixo uma pequena contribuição, apoiada na bibliografia selecionada, sobre essas importantes questões.

2.1.1. – Empirismo e transferência

Muitos autores tomam um caminho distinto daquele escolhido por Frances ao fazer suas críticas ao DSM, trazendo outros aspectos e novas discussões para o problema. A primeira discussão a ser destacada é aquela que questiona o empirismo como opção epistemológica do Manual (SAMUEL-LAJEUNESSE et al., 1989; TOMM, 1990; VIOLANTE, 2002; DUNKER, 2014; ABRAMOV; MOURÃO JR., 2016). Essa é uma opção que restringe os critérios diagnósticos àquilo que é observável

em um ambiente controlado de pesquisa. Tal abordagem assegura confiabilidade aos resultados finais, isto é, garante que eles sejam reproduzíveis em outras pesquisas. Esse é um requisito indispensável para uma disciplina que queira ter sua cientificidade reconhecida. É por isso que a necessidade imposta ao DSM de unificar a psiquiatria com um consenso em torno de um sistema diagnóstico confiável é destacado para explicar a opção epistemológica empirista por parte de seus organizadores (SAMUEL-LAJEUNESSE et al., 1989).

A primeira objeção a ser colocada ao DSM acerca de sua abordagem empírica vem da psicanálise, que indaga pela transferência nas experiências baseadas em observações que geraram os critérios diagnósticos do Manual (SAMUEL-LAJEUNESSE et al., 1989; DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011; PONTES; CALAZANS, 2016). A transferência não é observável por um espectador neutro, não pode existir fora da própria relação que ela pressupõe, nem mesmo possui a objetividade que o empirismo supõe nos fenômenos capturados pelos sentidos. Os efeitos da transferência podem ser percebidos e, na realidade, devem ser ouvidos pelo analista ou por outro profissional de Saúde Mental precavido pela psicanálise. Mas apenas isso não basta. Aquilo que é percebido como efeito da transferência deve inicialmente provocar surpresa no analista, mas também deve ser remetido a outras palavras ditas sob transferência e, eventualmente, possibilitar uma interpretação, isto é, uma torção no sentido inicialmente posto em movimento na relação transferencial. Certamente estamos longe, tomando em consideração a transferência, de uma situação em que um observador desimplicado pode simplesmente ver e ouvir o que está se passando e catalogar isso de modo objetivo e quantificável.

A transferência está submetida às leis do significante, ou seja, ela se transforma de acordo com as palavras ditas e ouvidas pelo sujeito no contexto transferencial (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011). Esse processo é eminentemente subjetivo, sendo que, obviamente, ele não pode ser previsto em uma experiência de tipo controlada. Não há como predeterminá-lo, pois o encontro que caracteriza uma transferência analítica é marcado pela singularidade, sendo epistemologicamente incompatível com a pretensão de confiabilidade da psiquiatria-DSM, que se baseia na observação de populações e na elaboração estatística dos dados recolhidos.

Em suma, os efeitos da transferência, que influenciam de modo decisivo as expressões do sofrimento e crise psíquica não estão ao alcance dos métodos empíricos,

não podendo ser determinados pelos critérios restritos de “objetividade” ali postulados (PONTES; CALAZANS, 2016). A simples ação de ver, ou mesmo ouvir o sofrimento psíquico, não é capaz de alcançar os sinais transferenciais, que se referem, em geral, à história de vida de cada sujeito, bem como ao contexto sociossimbólico em que ele está inserido e ao modo como é mediada simbolicamente tal inserção. É preciso uma *escuta* – algo bem diferente de um simples audição – que consiga propiciar uma experiência em que o sujeito se implique naquilo de que se queixa e que lhe abra a possibilidade para ressignificar sua própria história e o modo como ele se insere em sua realidade. Tudo isso fica de fora da observação controlada das experiências que guiam o DSM.

2.1.2 – Empirismo e validade diagnóstica

A abordagem exclusivamente empírica também não é consenso e não escapa às críticas dentro da própria psiquiatria. Isso porque a catalogação rigorosa de dados observáveis em ambientes controlados pode garantir confiabilidade aos diagnósticos do DSM, porém, não garante que eles terão validade científica (INSEL, 2013; NARDI, *et al.*, 2013; TIMIMI, 2014; FRANCES, 2016; FREITAS; AMARANTE, 2017). Em outras palavras, o fato de um diagnóstico ser bem definido, possuir coerência e coesão interna e, portanto, ser reproduzível e confiável, não garante que ele seja válido. Ser válido, neste caso, significa representar uma compreensão teórica sobre o funcionamento de uma entidade patológica bem definida – como diz Frances (2016), é determinar “se o diagnóstico revelará o que se quer saber” (p. 48). De acordo com esses critérios, segundo uma ampla gama de autores consultados, os diagnósticos do DSM falharam.

Um dos motivos de tal fracasso está na contradição, apontada por Frances (2016), entre a simplicidade dos critérios diagnósticos e a complexidade do cérebro, das doenças mentais e de suas manifestações clínicas. O impasse pode ser descrito da seguinte forma: para ter confiabilidade, os diagnósticos teriam de ser simples, genéricos e facilmente identificáveis, sem grandes complicadores que poderiam causar desavença entre os clínicos; mas, para serem válidos, eles precisariam ser extensivos, com inúmeras nuances e especificidades, para fazerem jus à complexidade dos fenômenos que pretendem descrever em termos categóricos. O DSM optou pela confiabilidade e entregou a questão da validade dos transtornos mentais para as neurociências e a genética, retirando-a do escopo da psiquiatria. Essa escolha acabou simplificando toda a disciplina psiquiátrica, como reconhece Frances, que protesta afirmando que “o DSM

tem de manter a simplicidade, a psiquiatria não” (ibidem, p. 48). Ele parece não estabelecer a óbvia relação que existe entre a opção epistemológica do DSM, a proeminência que ele alcançou como guia para a prática médica em Saúde Mental, e o empobrecimento da psicopatologia e da própria clínica psiquiátrica.

De fato, hoje temos uma série de autores que questionam a capacidade da psiquiatria em avançar em qualquer tipo de compreensão teórica por meio de um modelo cerebral. Veremos isso em subseções seguintes. Quanto a esperança de que a classificação rigorosa do DSM auxiliará em futuras elucidações sobre a questão da validade, alguns defendem que essa esperança ainda não se confirmou, mas ela deve ser mantida e o Manual ser conservado como uma importante referência para futuras pesquisas (NARDI, et al., 2013). Outros apontam que o próprio diagnóstico descritivista do DSM opera como um obstáculo para que novas descobertas sejam feitas. Parece ser o que insinua Insel (2013) em seu famoso artigo em que defende que o National Institute of Mental Health (NIMH) não aceite mais os diagnósticos do DSM como critério de obrigatoriedade para o financiamento de pesquisas. Timimi (2014) diz que os “diagnósticos psiquiátricos servem apenas como descritores que não possuem o poder de explicação”⁵⁰ (p. 210, tradução nossa). É também o que postula um artigo assinado por quatro pesquisadores britânicos, ao afirmarem que a heterogeneidade na forma de construir os diagnósticos do Manual é tão grande, com critérios tão diferentes uns dos outros, que eles só podem confundir mais do que esclarecer (ALLSOPP *et al.*, 2019).

É assim que Timimi (2014) coloca que o DSM não se traduziu em nenhum avanço científico ou clínico no campo da Saúde mental. Gorayeb (2002) afirma que não podem haver contribuições teóricas para a compreensão dos transtornos mentais a partir da “via de inventar novos nomes e reagrupar de modo diverso certas características das manifestações clínicas que encontramos na prática” (p. 155). Ainda que sejam alardeadas grandes descobertas, é válido nos perguntarmos se a afirmação de Bercherie (1986) de que a história da psiquiatria se resumiria a uma sucessão de reorganizações diagnósticas, não permanece verdadeira ainda nos dias de hoje.

Além disso, outra questão precisa ser colocada: haveria uma relação entre aquilo que é excluído pela abordagem empírica e estatística do DSM, a exemplo da transferência e seus efeitos, e os fracassos cada vez mais indisfarçáveis da psiquiatria

⁵⁰ “(...) psychiatric diagnoses serve only as descriptors that do not have the power of explanation”.

em elaborar um modelo teórico que explique o transtorno mental? Dizendo de outra maneira, a psiquiatria não estaria sabotando a si mesma ao se manter presa a uma aliança exclusiva com a medicina baseada em evidências, que inclui a submissão tanto à estatística quanto às neurociências, e ao ignorar as potencialidades que a psicanálise e tantas outras correntes teóricas podem lhe oferecer?

2.1.3 – Abordagem estatística e o problema da “normalidade”

Se o empirismo é uma das bases epistemológicas da diagnóstica DSM, a abordagem estatística aparece como o seu complemento necessário. A sua centralidade está explicitada no próprio título do DSM: Manual Diagnóstico e *Estatístico* de Transtornos Mentais. A relação entre ambos também remete à própria história do Manual, uma vez que a sua origem pode ser traçada até os censos estadunidenses, que visavam a um conhecimento da incidência dos transtornos mentais em sua população (DUNKER, 2014; ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014).

Os dados empíricos recolhidos e utilizados para a elaboração do DSM são trabalhados de acordo com os critérios colocados pela Estatística. São esses critérios que decidem o que deve ou não ser incluído no Manual. Trata-se de uma forma de garantir a confiabilidade, mas também de se apoiar no prestígio da ciência Estatística para tentar dar aos diagnósticos uma aparência de validade – lembramos que Badiou (2007) diz que os números são o grande fetiche contemporâneo, que aparecem para tamponar a inconsistência de nossos conhecimentos sobre a realidade, apresentando-a como regular e previsível (p. 50). Os números, ou melhor, a elaboração estatística aparece exatamente como esse tapa-buraco para a problema da validade científica nos diagnósticos do DSM.

Essa aposta na Estatística também é criticada das mais diversas formas por muitos autores que tratam das deficiências do Manual. Hassan (2012) coloca que tal abordagem é incapaz de resolver as duas grandes questões da psicopatologia contemporânea: a da relação entre o diagnóstico, enquanto categoria universal, e sua aplicação em uma situação específica, entendida como um caso particular; e a questão da evolução da chamada doença mental, isto é, do prognóstico. Em uma crítica mais pragmática, que se aproxima daquela feita por Frances (2016), Abramov e Mourão Junior (2016) afirmam que os critérios estatísticos são insuficientes para garantir

validade e até mesmo previsibilidade para a complexa realidade das manifestações genômicas de um indivíduo específico e suas múltiplas interações ambientais.

Rose (2019) diz que as quantificações estatísticas não são falsas, ou seja, elas trazem em alguma medida conhecimentos importantes e verdadeiros. Mas também são incapazes de expressar em seus próprios termos toda a realidade envolvida na produção do sofrimento psíquico – “os sistemas estatísticos, como os que temos discutido, reduzem a complexidade, incorporando essa miríade [de sintomas e sinais do sofrimento psíquico] em um único domínio e, muito frequentemente, gerando um único número que irá aparecer nas manchetes”⁵¹ (p. 39). Isso porque os números, além de tudo, são também políticos, sendo que, apesar de não serem exatamente falsos, são elaborados e apresentados para sustentar um determinado argumento e não outro, para chamar a atenção para um fenômeno ou um aspecto deste ao invés de outros, em suma, eles nunca são totalmente neutros. Mas ao se apresentarem como se fossem, temos por efeito que eles “moldam nossas imagens de nossa sociedade através da realidade que *parecem* revelar”⁵² (ibidem, tradução nossa) (grifo nosso). Essa é uma das formas de compreendermos o fetichismo de que fala Badiou (2007).

É por isso que a prática clínica diante dos “transtornos mentais”, seja ela no contexto privado ou ainda mais no dos serviços públicos, parece sempre exigir que se vá além das classificações baseadas na estatística. É o que demonstra um estudo realizado por Strong (2013), que enviou questionários indagando diversos psiquiatras clínicos sobre o papel que os critérios do DSM desempenham em seu trabalho. Ficou demonstrado que eles o utilizam, mas não de modo exclusivo e dogmático, percebendo a necessidade de complementá-lo com outras abordagens e técnicas clínico-terapêuticas. Percebe-se que na prática cotidiana as insuficiências do DSM aparecem de modo mais radical.

Essa deficiência da classificação estatística é explicada por Sauvagnat (2012) através de sua crítica mais ampla à epidemiologia, que segundo o autor é a influência por onde a Estatística entrou no DSM. A crítica de Sauvagnat deve ser considerada não em relação a epidemiologia ou a Estatística tomadas como um todo, mas

⁵¹ “(...) statistical systems, such as the ones we have been discussing, reduce complexity, incorporating this myriad into a single domain and, very often, generating a single number that will appear in headlines”

⁵² “(...) they shape our images of our Society through the reality they seem to disclose”

especificamente com relação ao lugar que ambas ocupam na produção de diagnósticos psiquiátricos no DSM.

Em poucas palavras, entendemos que apenas a quantificação de sintomas e sua elaboração estatística, bem como a análise da incidência desses sintomas em uma dada população, ainda que sejam saberes importantes, não são suficientes, por si mesmos, para produzir categorias diagnósticas válidas. São conhecimentos necessários, mas incapazes de fazer avançar a compreensão teórica da psicopatologia em seu estágio atual de desenvolvimento – reconhecer esse fato é importante para evitar o fetichismo dos números que nos referimos anteriormente (BADIOU, 2007). O DSM mantém a ilusão de que a mera análise quantitativa daquilo que a epidemiologia comumente chama de “morbidades” permitirá o avanço da nosologia psiquiátrica. É esse enfoque na morbidade que faz Sauvagnat (op. cit.) afirmar que esse é um trato com os mortos – entendemos que a morte nesse caso é justamente da singularidade. Uma quantificação dos mortos, quando a questão é urgentemente escutar os vivos.

Além disso, são populações inteiras que tem a sua “morbidade” quantificada nesses processos, o que coloca, via de regra, a exigência metodológica de que as diferenças individuais, especialmente aquelas mais desviantes da média populacional, sejam deliberadamente excluídas do trabalho de elaboração estatística. Contudo, como já colocado na argumentação de Hassan (2012), uma das questões que atualmente permanece não respondida pela psicopatologia psiquiátrica é justamente a da relação entre o diagnóstico universal e os casos particulares, exatamente em uma intersecção que a epidemiologia não pode alcançar. Apenas o conhecimento advindo de uma clínica que não se reduza a uma técnica diagnóstica é capaz de conquistar esse espaço. Uma clínica que se preocupe com a escuta da singularidade do sujeito – justamente aquela que, como veremos, está sendo esvaziada pela hegemonia do DSM.

São essas características que movem muitas das críticas da psicanálise ao Manual da APA. Seja por colocarem que a abordagem estatística exclui a imprevisibilidade que caracteriza o sujeito, que não pode ser quantificado ou reduzido a um desvio em relação à média populacional (HASSAN, 2012); seja pela ambição, muito apoiada no fetichismo dos números, de que a quantificação estatística garanta um valor de verdade para a diagnóstica DSM, constituindo-a como uma psicopatologia “toda”, isto é, completa, fechada e sem falhas (HASSAN, 2012; CASTRO, 2012). Os autores colocam que a psicanálise, ao contrário, postula um saber que sempre será

incompleto e precisará se inclinar para escutar o que diz o sujeito que sofre, em outras palavras, ela postula uma diagnóstica da incompletude e uma “psicopatologia não-toda”⁵³.

A última e talvez mais problemática questão que queremos destacar em torno da abordagem estatística, é a questão da normalidade. Coloquemos isso nos termos utilizados por Frances (2016): é possível a estatística determinar o que é normal e o que é anormal? O recurso que essa ciência possui para determinar a normalidade é a curva de Gauss⁵⁴, que pode estabelecer a partir de um certo número de desvios padrões, estabelecidos por convenção, qual é o afastamento da média que configura uma anormalidade. Ou seja, é a média populacional e o afastamento com relação a ela que decide para a Estatística o que é normal ou anormal. Essa pode ser uma abordagem útil para explicar as anormalidades climáticas ou até mesmo da incidência de uma doença causada por um vírus em uma determinada população. Mas é uma abordagem absolutamente incapaz de determinar o que é normal ou não com relação ao comportamento e sofrimento psíquico dos sujeitos humanos.

Os motivos dessa inadequação incluem muitas questões já abordadas: a dimensão irredutivelmente singular da existência humana, a variabilidade e a imprevisibilidade dos comportamentos e sua relação com a subjetividade, bem como a completa impossibilidade de quantificar de modo satisfatório esses comportamentos, estados e fenômenos. Tudo isso impõe uma barreira para as pretensões do conhecimento estatístico sobre a normalidade psíquica. Além disso, mesmo que o empecilho da quantificação fosse superado e existisse uma escala confiável, ainda restaria o problema de determinar em que ponto da escala se deve estabelecer o limiar entre normal e anormal. Assim, Abramov e Mourão Junior (2016) colocam que os problemas são de ordem métrica – como e com que escala medir? –, mas também paramétrica – como estabelecer o ponto em que termina a normalidade e começa a anormalidade? Esses são

⁵³ “Psicopatologia não-toda” é um termo proposto por Castro (2012), talvez sem pretensões de fazê-lo ser aceito enquanto um conceito. É importante pontuarmos que utilizamos o termo apenas para expor os argumentos do autor, evidenciando que possuímos muitas ressalvas ao uso da ideia de “psicopatologia” na psicanálise do campo de Freud e Lacan. Entendemos que o sujeito e o sofrimento psíquico de que trata a psicanálise não podem ser descritos por qualquer forma de “patologia”, mesmo que “não-toda”.

⁵⁴ A curva da normalidade ou curva de Gauss é um instrumento da ciência estatística para interpretar as informações encontradas e estabelecer a média da normalidade em uma dada população. Trata-se da disposição dos dados em um gráfico na forma de uma curva, em que a média está situada no meio e os desvios são localizados nas extremidades. O normal seria um intervalo próximo da média, estabelecido por convenção. A anormalidade seria um dado afastamento deste intervalo da normalidade, também estabelecido por convenção.

exatamente os mesmos problemas levantados por Frances (2016) sobre o uso da estatística na elaboração dos critérios diagnósticos do DSM. É por isso que esse autor também é taxativo: nem a estatística, nem nenhuma outra forma de conhecimento, são capazes de estabelecer o que seria a normalidade psíquica.

Essa é uma das questões que mais desafia a psiquiatria contemporânea. Questão que a persegue já há muito tempo por entre seus sucessivos sistemas diagnósticos. Citamos um importante psiquiatra, Allen Frances, presidente da força-tarefa que organizou o DSM-IV e atualmente um dos maiores críticos do DSM-5, que reconheceu em seu mais recente livro o enorme fracasso de todas as tentativas científicas e filosóficas de estabelecer o que seria a normalidade psíquica. Quando pensamos da perspectiva da psicanálise, que afirma a singularidade irreduzível do sujeito, a questão parece obsoleta e até mesmo sem sentido. A psiquiatria hegemônica não estaria fazendo a pergunta errada? Não seria esse o verdadeiro motivo para a ausência de respostas satisfatórias? Ela não estaria ignorando uma aliança importante, por meio de recursos teóricos como os de “sujeito”, “singularidade” e “subjetividade”, com o campo que desenvolveu enormemente cada uma dessas categorias, a psicanálise?

2.2 – Uma (implícita) ontologia cerebral

As questões que abordaremos agora já foram tergiversadas nas subseções anteriores. Trata-se do viés biomédico que é hoje hegemônico na psiquiatria. Entretanto, aqui daremos outro enfoque para a questão, não mais epistemológico, mas um que chamaremos de ontológico. Ou seja, não se trata mais de abordar como a psiquiatria busca conhecer seu “objeto”, mas sim o modo como ela encara a sua existência. A questão da ontologia em psiquiatria envolve o modo como se compreende a natureza das doenças ou, no caso do DSM, dos transtornos mentais.

A bibliografia consultada e mesmo uma leitura rápida das primeiras páginas do DSM-5 nos permite entrever uma ontologia organicista, que se consolida como dominante na psiquiatria atualmente. Já nos anos 1980, Lajeunesse, em um texto que transcreve a fala de muitos psiquiatras e psicanalistas, alerta sobre a intervenção das biociências na formulação do DSM-III (WERTEL et al., 1989). No prefácio da quinta edição do Manual, existe o já mencionado trecho que reduz os mais recentes “achados científicos” em psicopatologia às descobertas no campo da genética e da neuroimagem (KUPFER; REGIER, 2014, p. 42). Alguns autores também afirmam que as pesquisas que balizam o Manual utilizam os efeitos de psicofármacos para determinar os critérios

diagnósticos dos transtornos mentais, explicitando seu embasamento também na psicofarmacologia, inserida no rol das neurociências (GÖTZSCHE, 2016; SOHSTEN; MEDEIROS, 2016).

Temos também o estudo de Serpa Junior (2001), que demonstra como essa perspectiva biológica se tornou hegemônica na psiquiatria brasileira no início dos anos 1990, conclusão que chegou após analisar o número de artigos orientados por essa perspectiva publicados no *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, uma das publicações especializadas de maior circulação no país. O autor identificou que os textos de psicofarmacologia e psiquiatria biológica, que envolviam também as pesquisas com métodos estatísticos, aumentaram drasticamente e se tornaram a maioria absoluta na referida década. Inversamente, esse mesmo período viu reduzir até o quase desaparecimento os artigos que articulavam psiquiatria e psicanálise. É na década de 1990, portanto, que vemos a psiquiatria biológica definir seus contornos e consolidar sua hegemonia⁵⁵ – basta-nos lembrar que esta foi batizada pelo Congresso estadunidense como a “década do cérebro”⁵⁶.

Rose (2019), ao olhar retrospectivamente para os estudos da genética e das neurociências nas últimas décadas, constata que, infelizmente, eles não se converteram em avanços substanciais para a psiquiatria, no sentido de não terem se traduzido em melhores ofertas terapêuticas aos sujeitos em sofrimento ou crise psíquica que vão pedir ajuda nos consultórios privados ou nas instituições públicas. As ofertas permaneceram sendo basicamente medicamentosas, com os mesmos problemas de sempre, incluindo efeitos colaterais graves, cronificação e pouca eficiência no longo prazo (WHITAKER, 2017).

É o contraste entre a enorme empolgação com relação aos estudos das neurociências e sua completa incapacidade de produzir resultados satisfatórios em termos de Saúde Mental, que fez Roudinesco (2000) afirmar que vivemos nos tempos de uma “mitologia cerebral”. Trata-se da ilusão de que todos os fenômenos da mente humana podem ser reduzidos ao funcionamento cerebral, compartilhada atualmente pela maior parte dos psiquiatras e estudiosos de outras importantes disciplinas científicas. Serpa Junior (2001), em tom irônico, diz que é como se a “descoberta” de que temos um

⁵⁵ Leite (2002) cita o livro de M. Tremble, intitulado *Biological Psychiatry* e publicado em 1996, como um marco histórico da consolidação da psiquiatria biológica enquanto hegemônica.

⁵⁶ Para mais informações, visitar o site mantido pela *Library of Congress* dos Estados Unidos da América sobre o *Project on Decade of the Brain*, disponível em: <http://www.loc.gov/loc/brain/>.

cérebro nos obrigasse a deduzir que a vida psíquica pode ser completamente traduzida em uma sintaxe neuronal (p. 33). Mas como nos lembra Canguilhem (1980), “ainda não parece haver chegado o momento de anunciarmos, a maneira de Cabanis, que o cérebro secretará o pensamento como o fígado secreta bile (sic)” (apud ROUDINESCO, 2000, p. 57).

O texto de Serpa Junior (2001) nos diz que o giro da psiquiatria em direção às ciências biológicas e médicas já era uma realidade consolidada no país de origem do DSM, os Estados Unidos da América, desde a década de 1980. Para avançarmos, portanto, é importante determinarmos as origens dessa psiquiatria biológica, que se apoia sobretudo nas neurociências e na genética, e que surgiu inicialmente nos Estados Unidos, posteriormente exportando seu modelo para boa parte do mundo, inclusive para o Brasil. Com isso, esperamos determinar um pouco melhor os fundamentos daquilo que chamamos mitologia cerebral.

2.2.1 – As origens históricas da mitologia cerebral

Whitaker (2017) pontua que a psiquiatria teria passado por duas grandes crises durante o século XX. A primeira se deu logo após o fim da Segunda Guerra Mundial, entre os finais da década de 1940 e o início da década de 1950. Nos anos de guerra, a psiquiatria estadunidense havia sido convocada para auxiliar as forças militares, que esperavam que ela fosse capaz de lidar com o enorme problema da incapacitação gerada pelas “doenças mentais”. Entretanto, os tratamentos oferecidos pela psiquiatria na época eram baseados no coma por choque insulínico, na eletroconvulsoterapia (ECT), conhecida como eletrochoque, e na operação cirúrgica conhecida como lobotomia frontal⁵⁷ (ibidem, p. 59). Tais tratamentos, além de obviamente nocivos aos indivíduos que tinham que se submeter a eles, também não apresentavam resultados minimamente satisfatórios. Ademais, esse foi um momento em que a psiquiatria teve de se confrontar com a constrangedora acusação de que seus manicômios se assemelhavam aos campos de concentração revelados ao mundo durante a Segunda Grande Guerra.

Essa primeira crise foi relativamente superada ainda na primeira metade da década de 1950. Isso foi possível por meio de uma interação de fatores. Primeiro,

⁵⁷ Dentre as práticas psiquiátricas pré-psicofármacos, mas já calcadas em uma perspectiva biológica da doença mental, Freitas e Amarante (2017) incluem ainda os barbitúricos, o choque por cardiazólico, a terapia por hormônios e até a malarioterapia, essa última baseada na inoculação de um tipo supostamente “benigno” do protozoário que causa a malária (p. 16).

percebendo os problemas que enfrentava a psiquiatria, a iniciativa privada passou a dar um maior financiamento para suas pesquisas⁵⁸. Paralelamente, em 1949, o governo estadunidense criou o Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH)⁵⁹, como forma de regulamentar, mas também de fortalecer a psiquiatria. Mas a solução definitiva para o problema veio em seguida, nos anos em que os primeiros psicofármacos foram usados em pacientes psiquiátricos – a clorpromazina, utilizada em sujeitos psicóticos a partir de 1952, e o meprobamato (Miltown), o primeiro ansiolítico lançado no mercado em 1955 (WHITAKER, 2017, p. 65-7). Com isso, a psiquiatria pôde afirmar por um momento que finalmente havia alcançado o mesmo patamar que outras especialidades médicas, dispondo de suas próprias “pílulas mágicas”.

A segunda crise se deu nos anos de 1960 e 1970, com muitos aspectos que a tornaram mais grave do que a primeira. Os Hospitais Psiquiátricos, sucessores do manicômio, continuavam a ser questionados, inclusive por uma série de autores que começaram a desenvolver críticas ao mesmo tempo mais sofisticadas e incisivas a tais estabelecimentos – podemos citar aqui os conhecidos trabalhos de Erving Goffmann e Michel Foucault. Ainda no início dos anos 1960, Thomas Szasz começou a questionar os próprios fundamentos da psiquiatria. Nessa mesma década, Franco Basaglia realizou seu trabalho de desinstitucionalização em Gorizia, na Itália, e também produziu textos importantes contra a lógica das instituições de reclusão da loucura. Whitaker (2017) cita ainda outros importantes autores que compuseram o movimento de contestação da psiquiatria na época, como David Cooper e Ronald Laing (p. 272).

Além do movimento de críticas teóricas que marcaram esse período, são elencados três outros fatores que contribuiriam para o rigor da segunda crise: o fracasso completo da primeira geração de psicofármacos, incluindo um enorme problema de adicção causado pelos primeiros ansiolíticos; a competição representada pela disseminação de técnicas terapêuticas baseadas na fala, muitas delas de inspiração psicanalítica e oferecidas por psicólogos; e a inexistência de uma unidade teórica no interior da própria profissão psiquiátrica, especialmente pela presença do pensamento freudiano, que influenciava muitos departamentos de psiquiatria, além de outras correntes minoritárias como o existencialismo, que impediam a psiquiatria de ser completamente tragada pelo campo médico (WHITAKER, 2017).

⁵⁸ Whitaker (2017) cita dois grandes representantes da burguesia estadunidense que teriam financiado pesquisas em psiquiatria na época, John D. Rockefeller e Andrew Carnagie (p. 58).

⁵⁹ A sigla NIMH é referente ao nome em inglês, National Institute of Mental Health.

A solução encontrada para contornar a segunda crise foi exatamente a aposta em um giro biomédico. Como disse um psiquiatra estadunidense em um Congresso no final da década de 1970: “o que vai nos salvar é que somos médicos” (PLATT, 2009 apud WHITAKER, 2017, p. 276). A ideia era se apegar no prestígio do saber médico e na sua prerrogativa para ministrar medicamentos farmacológicos, inclusive as desmoralizadas medicações psiquiátricas. Desse modo, para que a tática desse certo, era necessário restaurar a boa fama dos psicofármacos. Isso foi assegurado pelo enorme sucesso comercial da fluoxetina (Prozac), que marcou o início da chamada segunda geração dos psicofármacos. Ao mesmo tempo, esse período marcou a consolidação da aliança entre psiquiatria e indústria farmacêutica. Esta última viu nesses especialistas os divulgadores e distribuidores perfeitos para seus novos produtos, enquanto os médicos psiquiatras viram na indústria a sua salvação.

Os psicofármacos também permitiam, em tese, que a psiquiatria finalmente abandonasse a sua longa e embaraçosa história de reclusão de pessoas por tempo indeterminado em manicômios ou Hospitais Psiquiátricos. Com isso, restava apenas excluir as vozes dissidentes ao modelo biomédico no interior da própria disciplina e profissão. Whitaker (2017) aponta que foi a psicanálise a corrente mais atacada: “‘Remedicalizar’ a psiquiatria significava que o divã freudiano devia ser posto na caçamba de lixo” (p. 276). As novas alianças, que substituíram a que existia com a psicanálise, foram feitas com as neurociências e posteriormente com a genética. Assim, diremos que esse processo de remedicalização também implicou na imposição da unidade em torno de uma ontologia biológica e organicista do transtorno mental.

O modo encontrado para excluir a psicanálise foi utilizar a terceira edição do DSM para retirar suas categorias da nova nosologia psiquiátrica oficial. Isso seria facilitado pelo fato de a elaboração do Manual ter ficado a cargo de Robert Spitzer, psiquiatra estadunidense de forte inclinação biomédica. Spitzer se considera um neokraepeliniano, chegando ao ponto de ter dito, segundo Sauvagnat (2012), que ele seria o “novo Kraepelin”. Durante o processo de elaboração do DSM-III, Spitzer teria prometido utilizar o Manual como “defesa do modelo médico, tal como aplicado a problemas psiquiátricos” (WHITAKER, 2017, p. 277). Isso implicaria na exclusão das categorias oriundas da psicanálise, presentes nas duas primeiras edições do DSM. Dunker (2014) demonstra como o DSM-III excluiu praticamente tudo que remetesse ao pensamento freudiano, mantendo apenas a palavra “neurose”, mas completamente

desligada de todo o seu contexto teórico. Em seguida, o DSM-IV não incluiu nem mesmo essa palavra e concluiu o processo de exclusão da psicanálise.

Podemos observar que o DSM, a partir de sua terceira edição, possui um alinhamento teórico incontestável dentro das divergências internas da psiquiatria – ele opta pelo modelo biológico em detrimento da psicanálise e de outras teorias. Esse processo ocorre a despeito de seu suposto ateorismo, afirmado pelo Manual justamente desde a sua terceira edição (LIMA, 2012; DUNKER, 2014; SOHSTEN; MEDEIROS, 2016). Ao proceder desse modo, os organizadores do DSM-III evidentemente pretendiam promover a exclusão de correntes contra-hegemônicas sem, entretanto, reforçar novas e velhas polêmicas teóricas. Era uma forma de se esquivar das discussões e tentar estabelecer, de modo brando, um consenso por cima. Assim, o DSM não assume abertamente uma aliança com nenhuma das teorias encontradas na psiquiatria, ao mesmo tempo em que afirma uma aliança com o modelo biomédico em suas entrelinhas. É por esse motivo que falamos de seu alinhamento nos termos da incorporação de uma *implícita* ontologia biológica dos transtornos mentais, mais especificamente, uma ontologia cerebral.

Com isso, podemos compreender melhor os motivos do DSM se harmonizar tão bem com o modelo biomédico. Também podemos compreender porque a sua terceira edição, lançada em 1980, é considerada como um marco de mudança na história do Manual, estabelecendo um momento de ruptura com a aliança que a psiquiatria mantinha com a psicanálise e, simultaneamente, de investida da perspectiva biomédica contra o pensamento freudiano (GALVÃO, 2002; DUNKER, 2014). Esse processo se consolidou na década seguinte, considerada a “década do cérebro”.

2.2.3 – A teoria do desequilíbrio químico do cérebro

A aliança entre a psiquiatria, neurociências e indústria farmacêutica transformou a disciplina criada por Pínel e o modo como nossa sociedade lida com o sofrimento psíquico. Entretanto, é importante observar que, ao contrário de outras especialidades médicas, as “pílulas mágicas” psiquiátricas foram descobertas sem que se conhecessem os marcadores biológicos para as chamadas doenças mentais (FRANCES, 2016; FREITAS; AMARANTE, 2017; WHITAKER, 2017). Era necessário, portanto, que a psiquiatria também dispusesse de seus próprios marcadores biológicos para as suas “doenças” – isto é, havia uma necessidade política, em torno da manutenção do poder e

prestígio da psiquiatria em nossa sociedade, da criação de uma teoria biológica para o sofrimento e crise psíquica.

Desde as décadas de 70 e 80 do século XIX, Pasteur havia identificado e comprovado a existência de microrganismos como agentes causadores de uma série de doenças (SCILAR, 2007; WHITAKER, 2017). Assim, quando Alexander Fleming começou a utilizar a penicilina em 1928, inaugurando a era das “pílulas mágicas” na medicina, havia a comprovação da existência de marcadores biológicos para as doenças que esses remédios deveriam curar. De fato, conhecendo os mecanismos das doenças, os resultados desses fármacos realmente revolucionaram a prática médica, melhorando muitos indicadores de Saúde ao redor do mundo (WHITAKER, 2017).

Entretanto, até os dias de hoje não se tem conhecimento sobre nenhum marcador biológico para as chamadas doenças mentais. Assim, a psiquiatria ficou de fora da revolução que atravessou a medicina nas primeiras décadas do século XX, sendo que a situação ainda era essa na entrada dos anos de 1950, quando os primeiros psicofármacos foram introduzidos no tratamento de pacientes psiquiátricos. Apenas em 1965 que Schildkraut, um psiquiatra do NIMH, formulou a teoria do desequilíbrio químico do cérebro para tentar explicar a depressão (WHITAKER, 2017). Sua teoria dizia que os transtornos afetivos eram causados por uma anormalidade nas vias catecolaminérgicas⁶⁰ do cérebro. Em 1967, Jacques Van Rossum, um psiquiatra holandês, formulou a teoria do déficit serotoninérgico da depressão. Rossum admitiu o princípio do desequilíbrio químico de Schildkraut, apenas substituindo o neurotransmissor supostamente responsável por gerar os sintomas (ibidem). Logo apareceu também a teoria da hiperatividade dopaminérgica para explicar os quadros psicóticos. Resumidamente, estavam postas as bases para a teoria do desequilíbrio químico como modelo explicativo para o conjunto das doenças mentais.

Freitas e Amarante (2017) destacam que a teoria dos desequilíbrios químicos é baseada na ação dos próprios psicotrópicos, ao contrário do que teria acontecido com outras classes de medicamentos, que foram baseados em conhecimentos prévios sobre a doença contra a qual deveriam agir. A lógica utilizada foi a seguinte: se um determinado fármaco age aumentando a atividade nas vias serotoninérgicas, produzindo um alívio

⁶⁰ As catecolaminas são neurotransmissores, substâncias químicas produzidas no cérebro para viabilizar os sinais sinápticos. As catecolaminas incluem a adrenalina, noradrenalina e dopamina. Os neurotransmissores são os responsáveis por enviar sinais que controlam a excitação corporal, funções motoras, experiências de prazer e outras funções relacionadas ao humor.

nos sintomas da depressão, então a depressão deve ser causada por uma deficiência de serotonina no cérebro. Whitaker (2017) observa que o próprio Schildkraut reconhecia que isso configura uma enorme simplificação da complexidade do cérebro (p. 77) – sendo que essa constatação permanece restringindo tudo a uma questão cerebral, reduzindo ainda mais a complexidade dos sintomas psíquicos e suas múltiplas causalidades. Freitas e Amarante (op. cit.) afirmam que o pressuposto utilizado para se formular teoria do desequilíbrio químico do cérebro é tão “lógico quanto se dizer que as dores de cabeça são causadas pela falta de aspirina” (p. 81).

Em 1968, um pesquisador estadunidense que tentou pôr à prova a teoria do desequilíbrio químico do cérebro não encontrou nenhuma relação entre os níveis de serotonina e a gravidade dos sintomas de oito pacientes diagnosticados com depressão (WHITAKER, 2017, p. 85). Por mais de quinze anos, muitas pesquisas foram realizadas, com os resultados alternando entre indícios inconclusivos e outros que demonstravam não haver correlação alguma entre as duas coisas. Em 1984, um grande estudo promovido pelo NIMH produziu um relatório bastante conclusivo contra a teoria do déficit serotoninérgico, em que se dizia que “as elevações ou diminuições do funcionamento dos sistemas serotoninérgicos, por si mesmos, não tendem a estar associados à depressão” (apud WHITAKER, p. 87). Whitaker também demonstra que, entre o final da década de 1990 e o início dos anos 2000, as teorias da superatividade dopaminérgica como explicação para a esquizofrenia também foram refutadas (ibidem, p. 90). As teorias do desequilíbrio químico do cérebro se mostraram incapazes de auxiliar no drama psiquiátrico da busca por uma etiologia das chamadas doenças mentais.

Apesar do fracasso das pesquisas que buscavam comprovar suas hipóteses, essas teorias permanecem populares até hoje, sendo reproduzidas pela grande mídia (SERPA JUNIOR, 2001), por médicos psiquiatras e clínicos gerais, que as empregam na tentativa de justificar os fármacos que prescrevem (WHITAKER, 2017). A necessidade política de adotar essa teoria, ainda que ela tenha se comprovado cientificamente inválida, levou a psiquiatria a reproduzi-la de modo acrítico.

A força do marketing da indústria farmacêutica também não pode ser desprezada quando vamos refletir sobre essa persistência teórica (FRANCES, 2016; SILVA JUNIOR, 2016). É preciso lembrar que a psiquiatria biomédica se tornou peça chave desse complexo esquema de marketing (WHITAKER, op. cit.). Ao mesmo tempo, esse

arranjo garantiu legitimidade para o mandato social expandido da psiquiatria. Trata-se de uma aliança para sustentar uma teoria que se revela mais política do que científica. Ao que tudo indica, Roudinesco (2001) estava certa em falar de uma “mitologia cerebral”, uma vez que a suposta cientificidade das teorias do desequilíbrio químico do cérebro se mostra antes de tudo como uma construção mítica.

2.3 – O caráter descritivo e a (ausência de) etiologia

A discussão da ontologia em psiquiatria possui ligações diretas com a chamada questão da etiologia das doenças ou transtornos mentais. A etiologia é o estudo das origens e das causas de um fenômeno. Em medicina, suas várias especialidades possuem seus modelos de explicação para as causas das doenças que lidam, ou seja, possuem uma etiologia dessas doenças. Na maioria delas, existem comprovações que validam os diagnósticos e seus modelos etiológicos e evidenciam a natureza biológica das doenças⁶¹. A psiquiatria também já propôs suas explicações etiológicas, entretanto, como vimos, ela nunca conseguiu reunir provas que validassem seus modelos do mesmo modo que as outras especialidades médicas fizeram. Basta pensarmos que não existem exames baseados em marcadores biológicos que confirmem os diagnósticos de qualquer transtorno mental. Assim, estabelecer de modo inequívoco a etiologia desses fenômenos é uma questão ainda inconclusa e cercada de polêmicas.

Em medicina, a formulação de um diagnóstico tradicionalmente obedeceu a uma sequência lógica: primeiro se estabelece uma descrição do quadro patológico a partir da observação clínica; depois um substrato anatômico que pode explicar os sintomas é identificado; e por fim um modelo etiológico é demonstrado, isto é, oferece-se uma explicação causal que relacione o substrato anatômico com o quadro clínico observável (KAMMERER; WARTEL, 1989). Assim, temos que o diagnóstico em medicina pressupõe uma doença bem definida e deve incluir uma explicação etiológica para ela. Foi obedecendo a essa sequência lógica que Kraepelin buscou estabelecer uma classificação rigorosa dos quadros clínicos que encontrava, acreditando que esse era o primeiro passo para se alcançar uma autêntica nosologia médica para a psiquiatria, que deveria chegar, evidentemente, até uma etiologia biológica bem definida das doenças mentais.

⁶¹ É óbvio que falar de uma natureza primariamente biológica das doenças em outras especialidades médicas, não implica afirmar que elas se reduzem a essa natureza, apenas significa que seus mecanismos causais mais fundamentais atuam nesse nível, ainda que sempre em interação com diversos outros fatores de outras ordens.

O DSM, ao contrário do pensamento kraepeliniano, apresenta-se a partir de sua terceira edição como um Manual ateórico. Com isso, as discussões que ele pretende abandonar são justamente as polêmicas em torno da questão etiológica (LIMA, 2012; DUNKER, 2014; SOHSTEN; MEDEIROS, 2016). Sendo assim, não é sem motivo que a ausência de uma etiologia figure entre as críticas mais recorrentes que encontramos aos diagnósticos do DSM (WERTEL et al., 1989; BIRMAN, 2001; LEITE, 2002; LIMA, 2012; FRANÇA NETO, 2012; POCINHO, 2013; DUNKER, 2014; TIMIMI, 2014). Essa é uma abordagem que pode trazer consequências para a clínica, reduzindo-a a uma mera técnica de classificação diagnóstica. Além disso, compromete o avanço teórico da psiquiatria, podendo colocar em xeque até mesmo a pretensão de sua corrente hegemônica de se consolidar como especialidade médica. Veremos um pouco mais sobre esses aspectos nas próximas subseções.

Essa abordagem ateórica, que podemos chamar de descritiva ou mesmo de pragmática, também coloca em questão a pretensão de Spitzer de fazer do DSM um consenso de tipo neokraepeliniano. No início do século XX, Kraepelin havia criado um certo consenso na psiquiatria em torno de sua nosologia. Quase oito décadas depois, Spitzer, manifestadamente inspirado por Kraepelin, precisava fazer algo semelhante. Mas alguns autores apontam o fracasso de tais pretensões justamente por conta da questão da etiologia. A proposta de Kraepelin seguia o modelo médico, colocando a importância de estabelecer uma explicação etiológica para os diagnósticos (CÂMARA, 2007; KYRILLOS NETO et al., 2011). Ao passo que o DSM-III e suas edições seguintes excluíram deliberadamente essa questão, restringindo-se a fazer apenas aquilo que seria a primeira etapa da formulação de um diagnóstico médico, a identificação e descrição de sintomas clínicos.

Contemporaneamente a Kraepelin, outro psiquiatra alemão, Krafft-Ebing, teria proposto um modelo diagnóstico que excluía a necessidade de uma etiologia (KYRILLOS NETO et al., 2011). Esse é um precursor muito mais direto do descritivismo pragmático do DSM do que o modelo kraepeliniano. Mas Krafft-Ebing não é Kraepelin, é dizer, não possui o mesmo prestígio na história da psiquiatria. Logo, a comparação com o primeiro não produziria os efeitos desejados em termos de produção de unidade teórica, sendo de menor importância para isso a questão do rigor.

Um diagnóstico que reflete apenas a descrição e organização de sinais clínicos é chamado de diagnóstico sindrômico. Já o diagnóstico que inclui a formulação de uma

etiologia que explique sobre as causas desses sinais clínicos é chamado de diagnóstico nosológico (SOHSTEN; MEDEIROS, 2016). Por isso o DSM é um Manual de diagnósticos sindrômicos, não podendo ser considerado, a rigor, um texto de nosologia. Ele se limita a ser uma simples nosografia⁶² dos quadros clínicos com que a psiquiatria se depara. Como diz Dunker (2012), ele é apenas uma “descrição sem narrativa (...), classificação sem ordenamento (...), redescrição sem finalidade” (p. 34). Trata-se de um conjunto de observações de sintomas feitas em contextos controlados (descritivismo), com o objetivo de ser operatório e consensual (pragmatismo), mas que não representa nenhum avanço teórico em uma compreensão mais ampla sobre o sofrimento mental.

Especialmente entre os anos de 1920 e 1950, a psicanálise foi uma grande aliada da psiquiatria ao fornecer o modelo etiológico que lhe faltava (BIRMAN, 2001; WHITAKER, 2017). Em 1917, Freud (2014/1917), com as suas *Conferências introdutórias à Psicanálise*, expôs a sua etiologia das neuroses, resultado dos desenvolvimentos teóricos de pelo menos duas décadas de pesquisa. Desde o estudo do famoso caso Schreber (2010/1911), ele também buscava esboçar uma explicação etiológica para a psicose. Esse trabalho se desdobrou em textos como *O Narcisismo: uma introdução* (1914/2010), *Neurose e Psicose* (1924/2011) e *A Perda da realidade na neurose e na psicose* (1924/2011)⁶³.

Não é nosso objetivo expor essas duas etiologias freudianas, que não poderiam ser apresentadas sem um longo desenvolvimento teórico. Neste momento, é importante apenas evidenciarmos que a psicanálise possui explicações etiológicas para os sofrimentos e crises psíquicas que se mantêm sólidas há mais de um século. Essa etiologia pode oferecer explicações para crises graves como os desencadeamentos psicóticos, mas também para os impasses e sofrimentos psíquicos típicos da neurose, incluindo, além dos quadros histéricos e obsessivos “clássicos”, sintomáticas que hoje são mais recorrentes, como as depressões e crises de ansiedade. A psicanálise acumula uma vasta bibliografia abordando as causas de cada uma dessas sintomáticas – Quinet (2001a) observa que essa consistência teórica garantiu para a diagnóstica psicanalítica, incluindo a sua etiologia, uma estabilidade que as constantes expansões e reorganizações do DSM não podem fornecer para a psiquiatria.

⁶² Para uma explicação sobre nosologia e nosografia, ver a nota 1 deste mesmo ensaio.

⁶³ Para mais informações sobre essa cronologia e também para uma análise do conteúdo do desenvolvimento da teoria etiológica de Freud para a psicose, ver o texto *A travessia da fantasia na neurose e na perversão* (JORGE, 2006).

Mas a psicanálise não pode fornecer uma identidade médica para a psiquiatria. Sua etiologia, também nos demonstra Quinet (2001b), está situada para muito além do corpo biológico, localizando-se no campo do sentido, da linguagem, bem ali onde ela se encontra com a dimensão pulsional naquilo que ela possui de inominável. Mesmo o corpo de que se trata na psicanálise, além de pulsional, é desde sempre já simbolizado pela linguagem. As inibições, sintomas e angústias não podem ser pensados pela psicanálise sem a referência à linguagem, ou seja, à lei sociossimbólica que regula o significante (ibidem). Ou seja, a etiologia psicanalítica do sofrimento e da crise mental possui uma dimensão social e outra irredutivelmente singular, ambas em relação de imbricação, ou melhor, de continuidade möebiana (LACAN, 2003; PÉRICO, 2014). Essa compreensão não atende aos critérios médicos que a psiquiatria parece demandar. Apesar disso, não seria essa etiologia um passo além, em termos de compreensão teórica, do que aquilo que o DSM pode oferecer? Ela não viabilizaria uma aliança importante para a psiquiatria, ainda que sob o custo do abandono da pretensão de se tornar uma ciência biomédica?

Não se trata de propormos que a psiquiatria desista de seus conhecimentos biológicos, sejam eles neuroquímicos, genéticos ou psicofarmacológicos. Além de indesejável, isso seria, em muitos sentidos, um absurdo. Mas consideramos válido, após os argumentos apresentados, apenas sugerir que essa disciplina teria muito a ganhar com uma rearticulação também com outras teorias, em especial com a psicanálise.

2.4 – O sujeito inaudito e a morte da clínica psiquiátrica

Após termos estabelecido algumas coordenadas históricas, epistemológicas e ontológicas do DSM, trataremos agora de uma das consequências negativas mais frequentemente apontadas pelos críticos do Manual: o empobrecimento da clínica psiquiátrica. Assim, devemos nos perguntar de que maneira os autores estão compreendendo o modo como o pragmatismo e as pretensões de consenso desse sistema de diagnósticos interferem ou mesmo comprometem os pressupostos dessa clínica.

Partiremos da definição de clínica estabelecida por Pereira (2001; 2009), que a compreenderá como espaço e prática de mediação ou mesmo de tensão entre os conhecimentos teóricos da psicopatologia e o caso de um indivíduo particular que se queixa de seu sofrimento. Com efeito, Birman (2002) também dirá que “a clínica forjou-se (sic) pelo estabelecimento inédito de certas coordenadas teóricas, pelas quais o saber sobre o particular seria então possível” (p. 53). Essa parece ser uma definição que

se articula com o que diz Canguilhem (2009), quando afirma que a prática clínica não pode ser reduzida a um conhecimento teórico. Ele argumenta que “a clínica coloca o médico em contato com indivíduos completos e concretos, e não com seus órgãos e funções” (p. 34). Enfim, a clínica psiquiátrica, mesmo que não vise especificamente ao sujeito do inconsciente – essa singularidade radical pela qual se orienta a psicanálise –, pode e deve dar algum espaço e atenção às manifestações particulares que aparecem em cada caso específico e às relações que isso encerra com a singularidade do sujeito que se queixa de seu sofrimento, indo além da mera identificação de sinais ou sintomas mórbidos descritos em termos teórico-universais⁶⁴.

Mas quando a psiquiatria abandona a busca pela etiologia e a nosologia se torna uma simples nosografia, quando a confiabilidade dos diagnósticos se ampara apenas em uma pragmática descritivista, a própria clínica psiquiátrica fica ameaçada de se ver reduzida a uma mera técnica de *checklist* de critérios diagnósticos previamente listados para um dado transtorno mental. Sohsten e Medeiros (2016) afirmam que a clínica orientada pelo DSM não passa de uma administração de sentidos previamente estabelecidos. Trata-se do exato oposto do que propõe a clínica psicanalítica, baseada na abertura para a emergência e produção de sentidos novos a partir do sujeito em sua relação com o Outro. Mas é também uma proposta contrária a qualquer tipo de clínica que leve em consideração a particularidade de cada caso, incluindo a relação do sujeito com o seu Território, sua história de vida, e com os sentidos que ele mesmo dá para seu sofrimento.

Strong (2013) aponta que o DSM foi um Manual elaborado inicialmente para fins de conhecimento estatístico, tornando-se um guia para a clínica e outras instituições sociais principalmente a partir de sua terceira edição. Os DSM I e II, portanto, eram instrumentos antes epidemiológicos do que clínicos. O mesmo autor afirma que o DSM produz um sentido pré-determinado para o sofrimento humano, concluindo que a clínica produzida por essa lógica é uma clínica abstrata, incapaz de considerar as determinações concretas do sofrimento. Assim, a expansão do DSM do domínio da epidemiologia para o da clínica seria em parte responsável pelo empobrecimento desta última. O saber da

⁶⁴ Costa-Rosa (2013c) fala de um “psiquiatra não tão médico”, que seria justamente esse trabalhador que possui formação em psiquiatria, incluindo os conhecimentos biomédicos que lhe competem, mas que também está avisado sobre a existência do sujeito do inconsciente e pode levá-lo em consideração em sua prática clínica.

epidemiologia, como já comentamos, é incapaz de responder satisfatoriamente às exigências das situações concretas encontradas na prática clínica.

A prática que apenas identifica critérios pré-estabelecidos e aplica os diagnósticos a partir de sua checagem reduz a clínica a uma mera operação técnica (PEREIRA, 2009; DUNKER, 2012). Se a clínica que almejamos deve incluir a dimensão da particularidade e os sentidos singulares dos sujeitos, é evidente que ela deve ser muito mais flexível e dinâmica do que uma técnica, no sentido forte do termo, que por definição se orienta por procedimentos pré-determinados. Assim, o estabelecimento de uma abordagem técnica pelo DSM implica em uma super simplificação da clínica (BASTOS, 2014). Mesmo os autores que não podem ser considerados críticos radicais do DSM, pois defendem seu uso em contextos mais restritos e de forma mais prudente, admitem que a clínica é muito mais complexa do que o conhecimento descrito nesse Manual (NARDI, et al., 2013; FRANCES, 2016).

Os autores ligados a psicanálise evidenciam justamente a surdez que existe nesse tipo de clínica para as manifestações do sujeito, entendido como a dimensão singular mais irreduzível de todos nós (BIRMAN, 2001; GORAYEB, 2002; PEREIRA, 2009; KYRILLOS NETO et al., 2011; HASSAN, 2012; COSTA-ROSA, 2013; DUNKER, 2012; 2014). Birman (2001) aponta que a linguagem e a subjetividade estão excluídas das práticas baseadas no DSM. Outros autores chamam a atenção para a objetificação do sujeito decorrente de tais aplicações diagnósticas (GORAYEB, 2002; HASSAN, 2012). Dunker (2012; 2014) evidencia que a historicidade dos sintomas é ignorada e que o sujeito termina alienado de seu inconsciente. Em suma, esses autores protestam contra a aplicação técnica de sentidos pré-estabelecidos, incapazes de se atentar para a singularidade sempre presente em cada caso.

Dunker (2014) também aponta que esse tipo de clínica se presta muito bem a mercantilização do sofrimento psíquico (ibidem), aspecto também evidenciado por Costa-Rosa (2013b), que o relaciona diretamente com a produção de uma subjetividade carente e demandante de um objeto-mercadoria capaz de apaziguá-la, muito comumente, um mercadoria psicofarmacológica. É nesse sentido que alguns autores parecem insinuar que tal lógica diagnóstica e a acelerada prescrição de remédios que ela implica reduzem a clínica psiquiátrica a uma psicofarmacologia aplicada (PEREIRA, 2009; SOHSTEN; MEDEIROS, 2016). É exatamente esse fator, intimamente relacionado com a surdez para a singularidade, que justifica a afirmação de que a clínica

baseada exclusivamente no DSM representa nada menos do que a morte da clínica psiquiátrica (BIRMAN, 2002; PEREIRA, 2009).

2.5 – Uma disciplina tomada pela indústria farmacêutica

A medicina de modo geral vem sendo questionada acerca da influência econômica exercida pela indústria farmacêutica e de como isso pode influenciar em sua prática cotidiana (COSGROVE et al., 2009; GØTZSCHE, 2016). Se a imparcialidade de todas as especialidades médicas está sendo posta em questão, com evidências que demonstram o enviesamento de cada uma delas pelo financiamento de grandes corporações, a psiquiatria tem sido o principal alvo desse escrutínio (COSGROVE et al., 2006; 2012; FRANCES, 2016; WHITAKER, 2017). Ela chegou a ser considerada o “paraíso da indústria de medicamentos”, uma vez que “as definições de transtornos psiquiátricos são vagas e fáceis de manipular” (GØTZSCHE, 2016, p. 185). Com efeito, parece que as dificuldades epistemológicas, a incapacidade de estabelecer uma etiologia baseada em uma ontologia biológica e a atual dependência de tratamentos exclusivamente medicamentosos, colocam a psiquiatria em uma posição de indefinição e, portanto, de maior susceptibilidade à influência da indústria farmacêutica.

O trabalho de Cosgrove et al. (2006) é um importante ponto de partida. Essa autora e seus colaboradores fizeram um levantamento de todo o quadro de membros da força-tarefa que coordenou e dos grupos de trabalho que revisaram e incluíram os critérios diagnósticos nas duas últimas versões do DSM. Em seguida, analisaram as relações econômicas desses profissionais com as companhias farmacêuticas. Sobre o DSM-IV, após analisar as declarações de conflito de interesse financeiro dos membros das comissões e grupos de trabalho, concluem que “existem fortes laços financeiros entre a indústria [farmacêutica] e aqueles que são os responsáveis por desenvolver e modificar os critérios diagnósticos para as doenças mentais”⁶⁵ (p. 158, tradução nossa). Essa afirmação é feita após o estudo revelar que 56% dos pesquisadores que participaram da elaboração do DSM-IV e IV-TR possuíam uma ou mais formas de financiamento pela indústria farmacêutica enquanto desenvolviam o Manual. Ou seja, mais da metade da equipe possuía algum tipo de conflito de interesse ao elaborar os critérios diagnósticos mais amplamente adotados pela psiquiatria naquele momento. Com relação aos grupos de trabalho responsáveis por elaborar os capítulos sobre os

⁶⁵ “there are strong financial ties between the industry and those who are responsible for developing and modifying the diagnostic criteria for mental illness”.

transtornos de humor e o de esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, 100% dos responsáveis possuíam algum tipo de conflito de interesse, em outras palavras, todos recebiam financiamentos da indústria. É importante lembrarmos que essas são duas seções que incluem diagnósticos como o de esquizofrenia, transtorno bipolar e transtorno depressivo maior, que comumente são tratados com as principais classes de psicotrópicos vendidas pela indústria de medicamentos, os neurolépticos (“antipsicóticos”) e os inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS) (“antidepressivos”) (GØTZSCHE, 2016). Entre as principais formas de financiamento feita aos psiquiatras pela indústria farmacêutica, estão os patrocínios de pesquisa (42%), atividades de consultoria (22%) e a promoção de palestras (16%) (COSGROVE et al., 2006).

Em outro estudo, pontua-se que a APA não possuía uma política de declaração e controle de conflito de interesses para o DSM-IV (COSGROVE et al., 2009). Isso também é admitido e lamentado pelo profissional responsável por coordenar essa edição, que diz que “não há desculpas para termos deixado de lançar mão das ferramentas formais de proteção contra conflitos de interesses” (FRANCES, 2016, p. 102). Após as críticas geradas por esse fato, a APA estabeleceu uma política de controle de conflito de interesses para o DSM-5 (COSGROVE; KRIMSKY, 2012). Entretanto, a política implementada passou a ser alvo de críticas, por exemplo, por não exigir especificações sobre a forma com que o financiamento foi feito. Cosgrove e Krinsky (ibidem) então fizeram uma pesquisa e encontraram em outras publicações que 15% dos profissionais que elaboraram os diagnósticos do DSM-5 declararam ter feito palestras financiadas por empresas farmacêuticas – uma forma mais direta de financiamento e com maior capacidade de produzir enviesamento. Esse é um fato de enorme relevância que não é declarado no DSM-5. A política também foi criticada por admitir financiamentos irrestritos para pesquisas e permitir que seus membros recebam até US\$ 10 mil em financiamento e, o que é mais absurdo, até US\$ 50 mil em *ganhos acionários* das indústrias farmacêuticas (ibidem). Essa política pode ter dado alguma visibilidade para a relação entre grandes empresas farmacêuticas e o processo de elaboração do DSM, mas certamente não a tornou menos permissiva.

Em uma abordagem comparativa, Cosgrove e Krinsky (2012) demonstram que os laços econômicos entre os profissionais envolvidos na elaboração do Manual da APA e a indústria farmacêutica aumentaram do DSM-IV e IV-TR para o DSM-5. Se antes

eram 56% dos responsáveis, na quinta edição esse número subiu para 69%, um crescimento de 13%. Mais especificamente, demonstram que no DSM-5 67% do grupo responsável pela seção de transtornos do humor declararam algum conflito de interesses, 83% na seção de transtornos psicóticos e 100% na de transtornos do sono-vigília. Comparando 12 capítulos que os DSM-IV e 5 tem em comum, o financiamento da indústria aumentou nos grupos de trabalho responsáveis por 6 deles e diminuíram em outros 6.

Frances (2016), mesmo admitindo o erro e o considerando imperdoável, paradoxalmente, afirma que não foi a falta de política de conflito de interesses que fez o DSM-IV contribuir para o aumento da inflação diagnóstica e, conseqüentemente, da prescrição de psicofármacos. Se considerarmos que no DSM-5 a APA estabeleceu uma política desse tipo e mesmo assim os conflitos de interesses aumentaram, da mesma forma que a inflação diagnóstica e a prescrição de medicamentos, ele pode ter alguma razão. Frances argumenta que o marketing farmacêutico, o mau uso do Manual por clínicos gerais e psiquiatras com formação duvidosa e a própria demanda dos pacientes, que atualmente se direciona para a medicação, teriam tido influência muito maior do que os financiamentos dos pesquisadores. Com certeza esses fatores desempenharam um papel relevante. Mas não podemos deixar de nos perguntar: caso a política de controle de conflito de interesses estabelecida para o DSM-5 não fosse tão permissiva, ela não teria apresentado resultados melhores?

Whitaker (2017) nos dá exemplos de como a indústria farmacêutica corrompe muitos profissionais da psiquiatria, mais especificamente nos Estados Unidos da América⁶⁶. Ele descreve como psiquiatras famosos se tornam parte das campanhas de legitimação e marketing dos psicofármacos das grandes empresas farmacêuticas. Eles são chamados de “líderes formadores de opinião” e são escalados para participar de campanhas de conscientização sobre transtornos mentais e de promoção de tratamentos medicamentosos. Além disso, dão consultorias, fazem pesquisas patrocinadas e ministram palestras nos principais congressos de psiquiatria em nome da indústria. Segundo os exemplos apresentados pelo autor, os pagamentos individuais que esses

⁶⁶ Infelizmente, não dispomos de estudos que investiguem sobre este tipo de relação entre os psiquiatras brasileiros, logo, não podemos atestar que ela exista em nosso país. Mas a despeito disso, os mesmos efeitos que a influência da indústria causam nos Estados Unidos também podem ser observados aqui: inflação diagnóstica, excesso de prescrições medicamentosas em Saúde Mental e aumento do consumo de psicofármacos (BRASIL, 2019).

profissionais recebem podem chegar a mais de US\$ 2 milhões ao ano (p. 229-30). Ele também demonstra como psiquiatras menos notórios também são influenciados pelas empresas, que lhes oferecem jantares, viagens e outros brindes (ibidem, p. 334). Frances (2016) também afirma que “muitos médicos são agentes, conscientes ou não, da penetrante campanha de marketing dos fabricantes de remédios para vender novos diagnósticos [e com isso, novos fármacos]” (p. 123). Ele admite que, quando era vice-presidente do comitê de programação da APA, consentiu em uma decisão coletiva que permitia que simpósios e outros eventos acadêmicos de psiquiatria fossem diretamente financiados pela indústria farmacêutica (ibidem).

É isso que faz com que Silva Junior (2016) fale de uma psiquiatria que ingressou em uma “bem-sucedida *joint venture* acadêmico-empresarial” (p. 232). Ele resume em seu artigo a lógica que acompanha toda campanha de marketing farmacêutico e destaca como ela exige constantes modificações nos critérios diagnósticos oficiais. São três etapas básicas, que seriam:

(...) 1. Aumentar a importância de uma doença; 2. Redefinir uma doença já existente, de modo a diminuir o preconceito em torno dela; e 3. Desenvolver uma nova doença de modo a construir o reconhecimento para uma necessidade não atendida pelo mercado. Claro está que tais estratégias implicam *renomeações* dos quadros afetivos, e eventualmente sua classificação como patológicos (ibidem) (grifo nosso).

Quais seriam as saídas possíveis dessa realidade de captura da psiquiatria pela indústria farmacêutica? Cosgrove e Krimsky (2012) colocam algumas medidas que consideram essenciais para enfrentar o problema: garantir que todos os membros que formulam os critérios e diagnósticos do DSM estejam livres de conflito de interesses envolvendo financiamentos da indústria. Caso exista a necessidade de consultar especialistas de alguma classe de transtorno específico em que não sejam encontrados profissionais qualificados sem este tipo de ligações financeiras, eles devem ser consultados, mas não devem ter poder decisório na modificação de critérios ou na inclusão de novos diagnósticos. Essa é uma medida provisória que pode amenizar as faltas mais graves, que devem ser solucionadas com urgência. Mas é importante nos questionarmos de modo mais amplo sobre a mercantilização do sofrimento psíquico que ocorre em nossa sociedade, incluindo uma reflexão sobre o papel desempenhado pela aliança entre a indústria farmacêutica e a psiquiatria hegemônica nesse processo. Acreditamos que essa seria uma forma mais adequada de indagarmos o problema para que possam surgir soluções mais definitivas.

2.6 – Uma crítica da psiquiatria biomédica ao DSM?

As duas primeiras edições do DSM não foram sucessos comerciais, não possuíam grande influência na psiquiatria estadunidense e praticamente nenhuma fora dela (FRANCES, 2016). Esses Manuais também eram instrumentos mais voltados para fins epidemiológicos, não possuindo grandes pretensões de servir como guia para a clínica ou para outros contextos institucionais (STRONG, 2013). Tudo isso mudou com o lançamento do DSM-III. Essa edição foi um sucesso acadêmico e comercial, além de um fenômeno sociocultural que ajudou a modificar nossa relação com o sofrimento psíquico. Sua publicação tinha o objetivo de conferir credibilidade para a psiquiatria e unificá-la em torno de um *implícito* modelo biomédico. Mas nos dias de hoje, época em que estamos na quinta edição do DSM, essa unidade ainda se mantém intacta?

Já abordamos neste ensaio a estratégia utilizada pelo DSM-III para realizar a homogeneização da psiquiatria em torno do modelo biomédico, por meio da adoção de uma abordagem dita “ateórica”. Com isso, foi possível inculcar implicitamente as categorias e vieses típicos das ciências biomédicas, ao mesmo tempo em que eram excluídas as categorias consideradas dissidentes. Tratou-se de uma estratégia pragmática que visou escamotear as contradições internas da disciplina (LIMA, 2012). Entretanto, por conta disso o DSM teve de abandonar pretensões etiológicas e se restringir a fazer diagnósticos sindrômicos, colocando, de certo modo, a psiquiatria aquém de outras especialidades médicas, que possuíam suas próprias etiologias e diagnósticos nosológicos (SOHSTEN; MEDEIROS, 2016). É também por isso que o DSM e a psiquiatria que lhe é correlata abandonam a designação de “doença mental”, substituída pela de “transtorno”. Tal estratégia, ainda que permita certa homogeneização da psiquiatria em torno do modelo biomédico, simultaneamente, não permite que ela o assuma inteiramente. Se isso foi útil para a psiquiatria em certo momento, com o passar dos anos essa estratégia começou a mostrar sinais de esgotamento.

Esse recuo na pretensão de tornar a psiquiatria uma especialidade médica foi possível, na época em que o DSM-III foi lançado, apenas por conta da profunda crise pela qual passava essa disciplina e pelo sucesso conquistado pelo Manual. A unidade garantida pelo DSM-III foi incontestada durante muitos anos e as décadas seguintes a sua publicação podem ser consideradas como os anos de ouro da psiquiatria biomédica. Contudo, atualmente começam a se acumular novas vozes críticas ao modelo diagnóstico do DSM e suas ligações com práticas medicalizadoras e com a indústria

farmacêutica. Diante das novas críticas aquela unidade pode encontrar dificuldades em se sustentar por muito tempo.

Alguns dos excessos do DSM-5 – com a criação de diagnósticos como a “síndrome das pernas inquietas”, “transtorno de escoriação”, “transtorno disfórico pré-menstrual” e “transtorno opositor desafiador” (APA, 2014) – demonstram de modo muito escancarado o processo de medicalização da vida e das diferenças individuais (FREITAS; AMARANTE, 2017). Esse processo abre brechas para muitas das objeções feitas ao DSM e, por extensão, a toda a psiquiatria biomédica com a qual ela se aliou desde a década de 1980. Além disso, a capacidade dessa psiquiatria responder as críticas fica cada vez mais comprometida na medida em que fracassam as buscas das neurociências e da genética para encontrar marcadores biológicos para os transtornos mentais. Por esses motivos, o pragmatismo descritivo do DSM começou a receber críticas de dentro da própria psiquiatria.

Rose (2019) afirma que quando o puro descritivismo começou a causar problemas para a unidade da disciplina e profissão psiquiátrica, o Manual da APA buscou incluir mais explicitamente a busca pelos marcadores biológicos. Quando essa busca falhou em dar fundamentos etiológicos para as categorias já existentes no DSM, começaram a aparecer propostas alternativas, que supostamente buscam olhar diretamente para o cérebro, sem passar por qualquer Manual de diagnósticos pré-estabelecidos de modo pragmático. Essa última empreitada é uma forma da psiquiatria biomédica se desvencilhar dos problemas causados pelo descritivismo do DSM e simultaneamente justificar os seus próprios fracassos pela obrigatoriedade do uso dos critérios desse Manual.

Talvez sejam os motivos enumerados acima que expliquem as críticas feitas por alguns dos principais representantes da psiquiatria biomédica ao DSM-5. Como disse Frances (2016), todo o seu último livro, recheado de ataques contra a quinta edição do Manual, foi feito no intuito de “salvar a psiquiatria” (p. 19). Para ele, é preciso barrar os excessos e fazer com que as pessoas “voltem ao normal”, isto é, que elas escapem da inflação diagnóstica que se formou nos últimos anos, responsável por patologizar parcelas cada vez maiores da população. É nesse mesmo sentido que podemos ler o lançamento do projeto de pesquisas como o *Research Domain of Criteria (RDoC)*⁶⁷,

⁶⁷ Em nossa tradução, seria algo como “Domínio de investigação de critérios”

que pretende olhar “diretamente para o cérebro” e eventualmente produzir novos sistemas diagnósticos distintos do DSM.

2.6.1 – As críticas de Allen Frances

Segundo Frances (2016) o DSM-IV teria sido responsável pela criação de três modismos ou epidemias diagnósticas: transtorno de déficit de atenção, transtorno bipolar e autismo (p. 172). Também destaca outros diagnósticos em que ele considera ter se equivocado quando presidia a elaboração dessa edição, como o transtorno depressivo maior, a fobia social e o conjunto dos transtornos sexuais. Porém, o autor destaca que pelo menos dez decisões equivocadas no DSM-5 devem gerar novos modismos ou mesmo epidemias diagnósticas. São elas: a criação do transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno neurocognitivo leve, transtorno da compulsão alimentar, transtorno de déficit de atenção para adultos, transtorno de ansiedade generalizada, as mudanças nos critérios diagnósticos do autismo, do transtorno do estresse pós-traumático, o afrouxamento dos critérios do diagnóstico de transtorno depressivo maior, dos transtornos por abuso de substância e a introdução da noção de adições do comportamento (FRANCES, 2013).

O autor também evidencia a má qualidade na condução da elaboração do DSM-5, com sucessivos adiamentos da publicação e com testes de campo que não alcançaram a confiabilidade esperada (FRANCES, 2016, p. 210). Também afirma que originalmente havia no planejamento um segundo estágio de pesquisas de campo para os diagnósticos que não alcançassem um resultado mínimo em termos de confiabilidade; entretanto, devido à falta de tempo, essa etapa foi simplesmente cancelada (ibidem). Com isso “a APA não apenas estava sacrificando a sua credibilidade, como também colocando a segurança dos pacientes em risco” (ibidem). A explicação para tamanha impostura, de acordo com o autor, é o dinheiro: a APA teria investido US\$ 25 bilhões na formulação do DSM-5, em um momento em que sua margem de manobra orçamentária vinha diminuindo. Ou seja, os lucros vindos das vendas dessa importante publicação seriam a salvação financeira da associação, que via o Manual “mais como um ativo (...) do que como um bem público” (ibidem, p. 211).

Outras imposturas são evidenciadas por Frances (2016), como o fato de que boa parte do processo de formulação e de tomada de decisões tenha sido feita de portas fechadas, sob a justificativa disso ser uma forma de defesa de direitos intelectuais. As

discussões haviam sido feitas publicamente nos DSM-III e IV – ainda que o autor admita que, com relação ao DSM-III, “o processo não foi bonito de ver”, porque muitos critérios diagnósticos teriam sido decididos por meio de discussões entre especialistas “vociferando uns com os outros suas opiniões discordantes”, sendo que muitas vezes “a vantagem era de quem fosse mais barulhento, confiante, teimoso, experiente ou falasse com Bob [Spitzer] por último” (p. 89-90). No DSM-5, o intuito de evitar constrangimentos, esconder os excessos e a influência do lobby farmacêutico podem ter sido alguns dos motivos que levaram a APA a colocar o processo de elaboração do DSM-5 sob sigilo.

Enfim, o autor também destaca a completa falta de um método que unificasse os diferentes grupos de trabalho, responsáveis por seções distintas de diagnósticos no DSM-5. Com a ambição de ser “criativo” e representar um autêntico avanço na diagnóstica psiquiátrica, a quinta edição do Manual negligenciou a necessidade de estabelecer critérios que balizassem os trabalhos de pesquisa e limitassem excessos e vieses na elaboração de novos diagnósticos. Frances (2016) afirma que em relação ao DSM-III, a liderança carismática de Spitzer teria representado esse freio – ainda que seja muito questionável que uma liderança como essa possa realmente ter barrado os excessos, por mais “carismática” que fosse, mesmo porque, é o próprio Frances quem destaca que foi exatamente essa edição que teria aberto as portas para o problema da inflação diagnóstica. No caso do DSM-IV, teria sido um conjunto de critérios bastante exigentes, estabelecidos por Frances de acordo com a produção científica mais recente, que teria limitado excessos ainda maiores. No entanto, o DSM-5 teria sido guiado por um “balaio de métodos desorganizados” e seus grupos de trabalho “não receberam ordens de partida claras que unissem as respectivas produções” (ibidem, p. 207). O resultado foi que “os grupos variaram amplamente nos métodos, na minuciosidade, na qualidade, na imparcialidade e na clareza dos exames” (ibidem). Isso também explica a enorme heterogeneidade encontrada nas formulações diagnósticas do DSM-5, que não possuem coerência entre os critérios diagnósticos dos diferentes transtornos listados em suas páginas (ALLSOPP et al., 2019).

Frances (2016) argumenta que, pela importância que o DSM assumiu, existe uma tendência muito forte da indústria farmacêutica se apropriar de qualquer erro ou brecha que a permita expandir os limites do diagnóstico e vender mais medicamentos. Ou seja, se algo pode dar errado no uso dos critérios do DSM, definitivamente dará. No

mínimo, para evitar tais erros seria preciso agir ativamente para retirar os excessos produzidos pelas edições anteriores, ser muito prudente e criterioso com a adição de novos diagnósticos ou novos critérios que afrouxem aqueles já existentes, bem como estabelecer uma política clara e rigorosa para evitar o lobby da indústria farmacêutica. Nenhuma dessas medidas foi tomada na elaboração do DSM-5.

2.6.2 – O RDoC como alternativa biomédica ao DSM?

O projeto *Research Domain Criteria* (RDoC) é uma iniciativa do NIMH lançada em 2009 com o objetivo de estabelecer uma estrutura ampla de pesquisas no campo da genética e das neurociências, tendo em vista a elaboração de uma nova nosologia psiquiátrica. A ideia é promover, reunir e articular um conjunto de estudos para identificar os marcadores biológicos dos transtornos mentais. Com isso, pretende-se reintroduzir a busca pela etiologia em psiquiatria e finalmente estabelecer uma nosologia válida para essa disciplina. A questão que precisa ser feita aqui é a seguinte: até que ponto isso coloca o RDoC em contradição com o DSM? Até que ponto um só pode se afirmar necessariamente negando o outro?

As divergências entre os dois projetos e a possibilidade de um ser substituído pelo outro começaram a ser mais amplamente discutidas a partir da crítica feita contra o DSM-5 nas vésperas de sua publicação pelo então presidente do NIMH, Thomas Insel. Publicada no blog oficial do NIMH, a crítica enfoca o caráter meramente descritivo e consensual do DSM, que é garantido em detrimento de sua validade científica. Ele diz que “ao contrário de nossas definições para a doença cardíaca isquêmica, linfoma ou AIDS, os diagnósticos do DSM são baseados em consensos sobre conjuntos de sintomas clínicos”⁶⁸ (INSEL, 2013, s/p, tradução nossa). Ele também afirma que “no resto da medicina, isso seria equivalente a criar sistemas diagnósticos baseados na natureza da dor no peito ou na qualidade da febre (...). Os pacientes com transtornos mentais merecem algo melhor” (ibidem, tradução nossa)⁶⁹. Logo em seguida, o autor começa a falar sobre o projeto do RDoC. Nitidamente, Insel está criticando a incapacidade dos diagnósticos sindrômicos do DSM garantirem uma identidade médica para a psiquiatria. Além disso, coloca o RDoC como uma alternativa ao DSM e em oposição a ele.

⁶⁸ “Unlike our definition of ischemic heart disease, lymphoma, or AIDS, the DSM diagnoses are based on consensus about clusters of clinical symptoms”.

⁶⁹ “In the rest of medicine, this would be equivalent to creating diagnostic systems based on the nature of chest pain or the quality of fever (...). Patients with mental disorders deserve better”.

Como o RDoC é um projeto que envolve o planejamento de diversas pesquisas a serem promovidas ao longo do tempo e a sua articulação visando à criação de uma nova nosologia psiquiátrica, Insel (2013) argumenta que os estudos experimentais não podem avançar na busca de marcadores biológicos enquanto se basearem nos critérios estabelecidos pelo DSM. Por isso, afirma que o NIMH não exigirá mais o uso obrigatório do DSM em suas pesquisas, recomendando que tais iniciativas se orientem para longe dos critérios do Manual da APA. A aliança entre a APA e o NIMH em torno do DSM foi um dos pilares do consenso psiquiátrico das últimas décadas. Até que ponto ela pode se manter de pé após o texto de Insel?

Muito embora já tenhamos demonstrado neste ensaio como a nosografia proposta pelo DSM se articula implicitamente com o modelo biomédico, o episódio de que tratamos a pouco é um sinal claro de que existem divergências entre uma corrente mais fortemente comprometida com esse modelo e outra que adere mais diretamente ao modelo pragmático e descritivo do DSM. Os motivos dessa cisão merecem ser melhor investigados, mas eles definitivamente incluem a perda de poder do DSM para criar unidade interna na psiquiatria, por conta das críticas que vem recebendo desde a sua terceira edição e que não pararam de aumentar nas duas edições seguintes. Essas críticas também envolvem denúncias sobre as relações que foram estabelecidas entre esses diagnósticos e os interesses da indústria farmacêutica.

Nos anos que antecederam o lançamento do DSM-5, vozes influentes na psiquiatria, como as de Allen Frances e Robert Spitzer, os responsáveis pelas duas edições anteriores, também aderiram ao grupo de oposição. Nesse sentido, podemos citar também movimentos internacionais como o *Stop-DSM*⁷⁰, lançado com a publicação do *Manifesto por una psicopatología clínica, no estadística* (2011) e idealizado por profissionais da Espanha e da Argentina. No Brasil, tivemos a assinatura do *Manifesto de São João Del Rei* (2011), que subscreve a iniciativa do *Stop-DSM*. São questionamentos que colocam novamente a psiquiatria na posição de ter que defender sua identidade profissional médica e seu mandato social. Da mesma forma que o DSM-III quatro décadas atrás, o RDoC foi lançado para atender essa exigência e dar uma resposta para as críticas feitas aos diagnósticos psiquiátricos, e isso diante da incapacidade do DSM-5 em fazer o mesmo.

⁷⁰ Para mais informações sobre o *Stop-DSM*, ver o site: <https://stop-dsm.com/en/>.

Mas a cisão exposta pelo texto de Insel não é generalizada. Alguns autores defendem que o DSM e o RDoC não seriam iniciativas antagônicas, podendo inclusive ser consideradas como complementares (NARDI et al., 2013; PEREIRA, 2014; STEIN; REED, 2019). Pereira (2014) argumenta que ambos possuem um enfoque diagnóstico e um viés organicista. O texto de Nardi (et al., 2013) afirma que a iniciativa do NIMH ainda é uma estrutura de pesquisas, não se concretizando em um manual de diagnósticos. Outros autores afirmam que o RDoC pode fornecer a teoria etiológica da qual o DSM carece, colocando-os em relação de complementariedade (STEIN; REED, 2019). Além disso, consideram que a complexidade do RDoC é mais adequada para o contexto da pesquisa, enquanto o DSM seria mais adequado para a clínica (ibidem).

Em uma entrevista publicada no site da revista *Veja*, Bruce Cuthbert (2013), atualmente o diretor responsável pelo RDoC, comenta em tom conciliador sobre o DSM. Ele admite que a iniciativa que dirige ainda não produziu resultados contundentes e que o DSM permanece sendo “a melhor forma de diagnosticar transtornos psiquiátricos que conhecemos” (ibidem, s/p). Além disso, coloca que as eventuais descobertas que o RDoC pode fazer no futuro não deverão substituir o DSM, mas sim complementá-lo, na mesma perspectiva colocada por Stein e Reed (2019). Cuthbert (2013) diz que

Está muito claro para nós [pesquisadores desta iniciativa] que o RDoC não é um concorrente do DSM, já que nós estamos tentando desenvolver uma literatura de pesquisas científicas que forneçam informações para futuras versões do DSM. O que todos os psiquiatras querem é que, no futuro, o diagnóstico desse manual seja baseado na genética e na neurociência, em um sistema que avalie os circuitos do cérebro (s/p).

Fica evidente que ambas as iniciativas possuem mais afinidades do que divergências em termos teórico-científicos e políticos. Tanto um quanto o outro querem estabelecer uma unidade na psiquiatria em torno do modelo biomédico, de modo a salvaguardar a identidade médica e o mandato social da profissão. De fato, enquanto o DSM incorre apenas implicitamente em um reducionismo biológico do transtorno mental, o RDoC o assume abertamente. Por outro lado, o RDoC não cai no reducionismo descritivista e pragmático como o DSM. A conclusão é que ambos os projetos se mostram reducionistas, mas cada um à sua maneira. Suas diferenças, portanto, são mais nuances do que contradições.

Considerações Finais

O DSM é um dos manuais mais importantes da história da psiquiatria. Inicialmente um inexpressivo documento de viés epidemiológico, ele se tornou a nomenclatura oficial da psicopatologia psiquiátrica, “a bíblia da psiquiatria”, um *basic english* para todo o campo da Saúde Mental. Tudo isso para atualmente se converter no principal alvo das críticas que ameaçam o prestígio e o estatuto que a psiquiatria conquistou na década de 1980, em grande medida por conta de suas edições anteriores. Neste ensaio pudemos revisitar alguns desses episódios que atravessam a história desse Manual, relacionando-o com as crises de legitimidade da psiquiatria e as necessidades políticas de manutenção de seu mandato social. Tal historicização foi fundamental para explicar algumas das mudanças nas sucessivas edições do DSM e a importância que ele adquiriu ao longo dos anos.

Em seguida, expusemos as críticas encontradas na bibliografia selecionada sobre o DSM. São objeções vindas de pesquisadores das mais variadas correntes teóricas, com diferentes formações profissionais e de diversas filiações institucionais. Críticas que se encaminham aos aspectos epistemológicos, ontológicos, prático-clínicos, políticos, socioculturais e éticos do Manual, bem como da função que ele desempenha na psiquiatria contemporânea e seus efeitos nessa disciplina. Alguns autores também incluem os efeitos gerais causados pelo DSM no tecido social, em termos de modificação nas formas e na linguagem que estabelecemos para nos relacionar com o sofrimento psíquico.

Com isso foi possível observar que a hegemonia que havia sido construída a partir da terceira edição do DMS se encontra, atualmente, mais ameaçada do que nunca. São muitos os sintomas que acusam a crise da unidade da psiquiatria em torno de um modelo biomédico mais ou menos implícito nas páginas do Manual. É assim que podemos observar e compreender o fato de figuras proeminentes desse modelo de psiquiatria, como Allen Frances e Thomas Insel, exporem críticas tão severas ao DSM. Podemos analisar nesse mesmo sentido o lançamento recente de projetos de pesquisa independentes com relação ao DSM, tal como o RDoC promovido pelo NIMH.

Com essa revisão esperamos ter explicitado as principais características do DSM, suas fragilidades do ponto de vista da cientificidade, suas relações com o poder econômico da indústria farmacêutica e suas implicações políticas mais flagrantes. Desse

modo, pretendemos ter feito uma primeira aproximação de nosso objeto de estudo e uma preparação para sua análise a partir do conceito de ideologia.

REFERÊNCIAS

- ABRAMOV, D. M.; MOURÃO JÚNIOR, C. A. A psiquiatria enquanto ciência: sobre quais bases epistemológicas sua prática se sustenta? *Psicologia em estudo*. Maringá, v. 21, n. 4, p. 551-556, out./dez. 2016.
- ALMEIDA, J. J. L. R. Psiquiatria e nomeação. *Rev. latino-americana de psicopatologia fundamental*. São Paulo, v. 18, n. 2, p. 352-368, jun. 2015.
- ALLSOPP, et al. Heterogeneity in psychiatric diagnostic classification. *Psychiatric Research*, vol. 279, p. 15-22, set. 2019.
- ALTHUSSER, L. *Ideologia e Aparelhos Ideológicos de Estado* (notas para uma investigação). In: ŽIŽEK, S. (Org.). *Um mapa da ideologia*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996a. p. 105-142.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ORGANIZATION (Estados Unidos). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)*. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ARAÚJO, C. A.; LOTUFO NETO, F. A Nova Classificação Americana para os Transtornos Mentais. *Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 67-82, abri. 2014.
- ASSIS, M. O Alienista. In:_____. Helena/O Alienista. São Paulo: Três livros e Fascículos, 1984.
- BADIOU, A. *O Século*. Aparecida (SP): Ideias & Letras, 2007.
- BASAGLIA, F. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal, 2001.
- BASTOS, G. B. Diagnóstico psiquiátrico e clínica psicanalítica. *Interações em psicologia*, Curitiba, v. 18, n. 1, p. 109-117, jan./abr. 2014.
- BERCHERIE, P. *Los fundamentos de la clínica: Historia y estructura del saber psiquiátrico*. Buenos Aires: Ediciones Manantial, 1986.
- BIRMAN, J. Despossessão, saber e loucura: sobre as relações entre psicanálise e psiquiatria hoje. In: QUINET, A. (Org.). *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001. p. 21-30.
- _____. Relançando os dados: a psicopatologia na pós-modernidade, novamente. In: VIOLANTE, M. L. V. (Org.). *O (im)possível diálogo psicanálise e psiquiatria*. São Paulo: Via Lettera/FAPESP, 2002. p. 47-63.
- CALANZAS, R.; KYRILLOS NETO, F. DSM: novas versão, velhas questões, antigas pretensões. In: KYRILLOS NETO, F.; CALANZAS, R. (Org.). *Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSMs*. Barbacena: Editora UEMG, 2012. p. 9-16.
- CÂMARA, F. P. A construção do diagnóstico psiquiátrico. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 677-684, dez. 2007.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

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

CASTIGLIONI, C.; LAUDISA, F. Toward psychiatry as a 'human' science of mind: the case of depressive disorders in DSM-5. *Frontiers in psychology*, v. 5, p. 2-12, 2015.

CASTRO, J. E. A ética da psicanálise e o DSM ou, respectivamente, psicopatologia ou antipsicopatologia? In: KYRILLOS NETO, F.; CALANZAS, R. (Org.). *Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSMs*. Barbacena: Editora UEMG, 2012. p. 173-182.

CHAUÍ, M. S. *O que é ideologia*. São Paulo: brasiliense, 1980.

COSGROVE, L. et al. Financial ties between DSM-IV panel members and the pharmaceutical industry. *Psychotherapy and psychosomatics*, v. 75, n. 3, p. 154-160, 2006.

_____. Conflicts of Interest and Disclosure in the American Psychiatric Association's Clinical Practice Guidelines. *Psychotherapy and psychosomatics*, v. 78, n. 4, p. 228-232, 2009.

COSGROVE, L.; KRIMSKY, S. A comparison of DSM IV and DSM-5 panel member's financial associations with industry: A pernicious problem persists. *PLoS Medicine*, v. 9, n. 3, p. 1-4, mar. 2012.

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

COSTA-ROSA, A. Para uma crítica da razão medicalizadora: o consumo de psicofármacos como Sintoma Social Dominante. In: _____. *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva*. São Paulo: UNESP, 2013a. p. 167-212.

_____. Um psiquiatra não tão médico: o lugar necessário da psiquiatria na Atenção Psicossocial. In: _____. *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva*. São Paulo: UNESP, 2013b. p. 213-232.

_____. Modos de Produção das instituições na Saúde Mental Coletiva: efeitos na terapêutica e na ética. Ou a subjetividade capitalística e a Outra. In: _____. *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva*. São Paulo: UNESP, 2013c. p. 23-54.

CUTHBERT, B. Em busca do diagnóstico perfeito [12 de maio de 2013]. *Veja online*. Entrevista concedida a Vivian Carrer Elias. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/saude/em-busca-do-diagnostico-perfeito/>. Acesso em: 13 de agosto de 2019.

DUNKER, C. I. L. Crítica da razão diagnóstica: psicanálise, psicopatologia, DSM. In: KYRILLOS NETO, F.; CALANZAS, R. (Org.). *Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSMs*. Barbacena: Editora UEMG, 2012. p. 33-74.

_____. Questões entre a psicanálise e o DSM. *Jornal de Psicanálise*, v. 47, n. 87, p. 79-107, 2014.

- DUNKER, C. I. L.; KYRILLOS NETO, F. A crítica psicanalítica do DSM-IV: breve histórico do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. *Revista latino-americana de psicopatologia fundamental*, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 611-626, dez. 2011.
- FRANCES, A. *Voltando ao normal: como o excesso de diagnósticos e a medicalização da vida estão acabando com a nossa sanidade e o que pode ser feito para retomarmos o controle*. Rio de Janeiro: Versal Editores, 2016.
- FRANÇA NETO, O. O saber e a verdade no DSM. In: KYRILLOS NETO, F.; CALANZAS, R. (Org.). *Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSMs*. Barbacena: Editora UEMG, 2012. p. 155-172.
- FREITAS, F.; AMARANTE, P. *Medicalização em psiquiatria*. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.
- GALVÃO, M. D. O sintoma na psicanálise e na psiquiatria. In: VIOLANTE, M. L. V. (Org.). *O (im)possível diálogo psicanálise e psiquiatria*. São Paulo: Via Lettera/FAPESP, 2002. p. 81-100.
- GORAYEB, R. Subjetividade ou objetivação do sujeito? In: VIOLANTE, M. L. V. (Org.). *O (im)possível diálogo psicanálise e psiquiatria*. São Paulo: Via Lettera/FAPESP, 2002, p. 139-164.
- GØTZSCHE, P. *Medicamentos Mortais e Crime Organizado: Como a indústria farmacêutica corrompeu a assistência médica*. Porto Alegre: Bookman, 2016.
- HASSAN, S. H. Conversações da psicanálise com a psicopatologia. In: KYRILLOS NETO, F.; CALANZAS, R. (Org.). *Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSMs*. Barbacena: Editora UEMG, 2012. p. 17-32.
- INSEL, T. *Transforming Diagnosis*. National Institute of Mental Health official blog. 2013. Disponível em: <https://www.nimh.nih.gov/about/directors/thomas-insel/blog/2013/transforming-diagnosis.shtml>. Acesso em: 13 ago. 2019.
- JORGE, M. A. C. A travessia da fantasia na neurose e na perversão. *Estudos psicanalíticos*, Belo Horizonte, n. 29, p. 29-37, ago. 2006.
- KAMMERER, T.; WARTEL, R. Diálogo sobre os diagnósticos. In: CAMPO FREUDIANO DO BRASIL (org.). *A Querela dos diagnósticos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989, p. 27-44.
- KUPFER, D. J.; REGIER, D. A. *Prefácio*. In: APA (Estados Unidos) *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)*. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- KYRILLOS NETO et al. DSM e psicanálise: uma discussão diagnóstica. *SPAGESP*, Ribeirão Preto, vol. 12, n. 2, p. 44-55, jul./dez. 2011.
- LACAN, J. *O Seminário, Livro 9: A identificação (1961-62)*. Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife (Publicação não comercial), 2003.
- LIMA, R. C. Três tópicos sobre a relação entre DSM e política. In: KYRILLOS NETO, F.; CALANZAS, R. (Org.). *Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSMs*. Barbacena: Editora UEMG, 2012. p. 95-114.
- MILLER, D. As três transferências. In: MOTTA, M. B. (Org.). *Clínica lacaniana: casos clínicos do campo freudiano*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989. p. 44-50.

NARDI, et al. The quest for better diagnosis: DSM-5 or RDoC? *Revista brasileira de psiquiatria*, Rio de Janeiro, vol. 35, n. 2, pp. 109-110, 2013.

PASSARINHO, J. G. N. A pertinência da categoria de ideologia na perspectiva das lutas paradigmáticas em Saúde Mental: traçando novas perspectivas de trabalho. *Revista de Psicologia da Unesp*, v. 18, n. spe., p. 141-160, 2019.

PEREIRA, M. E. C. O geral das estruturas clínicas e a singularidade do sofrimento: encontros e desencontros. In: QUINET, A. (Org.). *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001, p. 69-72.

_____. *O DSM IV e o objeto da psicopatologia ou psicopatologia para quê?* 2009. Disponível em: <http://egp.dreamhosters.com/EGP/98-dsm-iv.shtml>. Acesso em: 12 de abril de 2018.

_____. A crise da psiquiatria centrada no diagnóstico e o futuro da clínica psiquiátrica: psicopatologia, antropologia médica e o sujeito da psicanálise. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1035-1052, dez. 2014.

PÉRICO, W. *Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan a uma psicoterapia Outra: a clínica do sujeito na Saúde Coletiva*. 164f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2014.

POCINHO, M. O DSM-5: Continuidade, mudança e controvérsia. *Interações*, Uberlândia, vol. 24, p. 86-97, 2013.

PONTES, S.; CALAZANS, R. Os primórdios da psicanálise e a insuficiência do descritivismo. *Estudos e pesquisa em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 240-259, jan./abr. 2016.

QUINET, A. A psiquiatria e sua ciência nos discursos da contemporaneidade. In: _____. (Org.). *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001a. p. 13-20.

_____. Como se diagnostica hoje? In: _____. *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001b. p. 73-78.

RESENDE, M. S.; PONTES, S.; CALAZANS, R. O DSM-5 e suas implicações no processo de medicalização da existência. *Psicologia em revista*, Belo Horizonte, v. 21, n. 3, p. 534-546, set. 2015.

ROSE, N. *Our psychiatric Future: the politics of mental health*. Cambridge: Polity Press, 2019.

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

SAMUEL-LAJEUNESSE, B. et al. Em torno do DSM-III. In: CAMPO FREUDIANO DO BRASIL (org.). *A Querela dos diagnósticos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989, p. 70-83.

SAUVAGNAT, F. Considerações críticas acerca da classificação DSM e suas implicações na diagnóstica contemporânea. *Analytica*, Rio de Janeiro, v. 1, n.1, pp. 13-27, jul./dez. de 2012.

SCLIAR, M. História do conceito de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41

SERPA JÚNIOR, O. D. Psicanálise, psiquiatria e a sedução da completude. *In: QUINET, A. (Org.). Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências.* Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001. p. 31-36.

SILVA, M.C.F. A relação do materialismo histórico com a psicanálise e suas implicações para a AD. *Revista Letras*, Curitiba, n. 54, p. 235-254, jul./dez. 2000.

SILVA JUNIOR, N. Epistemologia psiquiátrica e marketing farmacêutico: novos modos de subjetivação. *Stylus*, Rio de Janeiro, n. 33, p. 227-239, nov. 2016.

SOHSTEN, P.; MEDEIROS, C. P. O diagnóstico: da psiquiatria à psicanálise. *Reverso*, Belo Horizonte, v. 38, n. 72, p. 59-66, dez. 2016.

STEIN, D. J.; REED, G. M. Global mental health and psychiatric nosology: DSM-5, ICD-11, and RDoC. *Brazilian Journal of Psychiatry*, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 3-4, fev. 2019.

STIER, M. Normative preconditions for the assessment of mental disorder. *Frontiers in Psychology*, vol. 4, p. 1-9, 2013.

STRONG, T. Sobre o DSM-V. *Nova perspectiva sistêmica*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 45, p. 8-24, abri. 2013.

SZASZ, T. S. *Ideologia e doença mental: ensaios sobre a desumanização psiquiátrica do homem.* Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

TIMIMI, S. No more psychiatric label: Why formal psychiatric diagnostic system should be abolished. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, Nova York, v. 14, n. 3, p. 208-205, 2014.

TOMM, K. A critique of DSM. *Dulwich Centre Newsletter*, Adelaide, n. 3, p. 1-4, 1990.

VIOLANTE, M. L. V. Psicanálise e Psiquiatria: campos convergentes ou divergentes? *In: VIOLANTE, M. L. V. (Org.). O (im)possível diálogo psicanálise e psiquiatria.* São Paulo: Via Lettera/FAPESP, 2002, p. 13-46.

WHITAKER, R. *Anatomia de uma epidemia: Pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da Doença Mental.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

Ensaio 4

O DSM como ideologia

*Tudo, aliás, é a ponta de um mistério.
Inclusive, os fatos. Ou a ausência deles.
Duvida? Quando nada acontece, há um
milagre que não estamos vendo.*

(Guimarães Rosa)

Introdução

Neste ensaio buscaremos articular os três ensaios anteriores, propondo o conceito de ideologia como um mediador teórico para refletirmos sobre o DSM e as implicações de seu uso nas instituições públicas de Saúde Mental. Dessa forma, após termos feito um trabalho para nos contextualizar no campo da Saúde Mental, de revisão da bibliografia acerca do nosso objeto e de termos disposto os instrumentos teóricos que pretendemos utilizar para compreendê-lo, é necessário dar um passo à frente e tentar produzir uma contribuição para a discussão sobre o diagnóstico psiquiátrico baseado no DSM, bem como de seus efeitos naquelas pessoas em sofrimento psíquico que buscam ajuda nos serviços públicos.

Partiremos da análise paradigmática feita por Costa-Rosa (2000; 2013), uma vez que estaremos pensando o DSM enquanto um equipamento típico do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM). Para trabalharmos teoricamente as instituições que funcionam nesse paradigma, traremos o conceito de ideologia tal como proposto por Althusser (1996; 1999), que se relaciona explicitamente com a presença das instituições especializadas nas Formações Sociais. Também traremos algumas contribuições de Žižek (1991; 1992; 1996), que faz um esforço de sistematização teórica da ideologia, auxiliando-nos a localizar o papel do DSM nessas instituições.

1 – Os três momentos da ideologia no PPHM

O conceito de ideologia é o principal instrumento teórico que utilizaremos para pensar o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM)⁷¹ e, mais especificamente, o Manual Diagnóstico DSM, tomando-o enquanto um equipamento típico das instituições orientadas por esse paradigma. Para tanto, apoiar-nos-emos nas definições que demos para o conceito de ideologia no segundo ensaio deste trabalho. Desse modo, apenas resumiremos abaixo as principais conclusões ali desenvolvidas, de modo a apresentar brevemente ao leitor o instrumento conceitual que estamos nos propondo a empregar.

Entendemos que a ideologia é uma (super)estrutura Imaginário-Simbólica, cuja finalidade é a de ordenar a sociedade e produzir uma forma determinada de subjetividade, que identificamos como capitalística (GUATARRI; ROLNIK, 1989), capaz de reproduzir a submissão às legalidades do Modo de Produção Capitalista (MCP). Com a noção de estrutura, tomamos a ideologia como uma organização formal de elementos diferenciados e que se relacionam entre si, produzindo uma dada regulação da realidade social – referimo-nos à estrutura da interpelação ideológica (ALTHUSSER, 1996). Entretanto, trata-se nesse caso de uma estrutura que tende ao fechamento, em que um elemento-mestre determina o sentido dessa regulação de modo unilateral, logo, também estamos falando de um fenômeno eminentemente Imaginário (SILVEIRA, 2001). Em outras palavras, a ideologia é uma forma de produzir a ilusão imaginária de harmonia e perfeição, de uma totalidade completamente fechada, escondendo as contradições e inconsistências intrínsecas à essa totalidade (ŽIŽEK, 1991; 1992; 1996a; 1996b). Ela também é uma racionalização tão excessiva quanto ilusória, que reflete de modo invertido a estrutura material em que foi produzida (MARX; ENGELS, 2007). Enfim, é necessário dizer que a ideologia sempre precisa se realizar em estabelecimentos e práticas institucionais concretas (ALTHUSSER, op. cit.).

É verdade que a ideologia é um conceito amplo, que pode apresentar inúmeras definições e até mesmo desenvolvimentos teóricos distintos e contraditórios. Uma dificuldade que decorre disso é a da coerência teórica. Algumas definições que encontramos sobre esse conceito são abertamente divergentes entre si, como é o caso da abordagem baseada no caráter fetichista da realidade de Lukács, em oposição àquela que se baseia na existência material das instituições e numa estrutura de subjetivação,

⁷¹ Para uma explicação sobre o PPHM, ver o ensaio 1 desta dissertação.

como é o caso de Althusser. Para o primeiro, a ideologia são ideias (conscientes) que possuem uma efetividade social determinada; para o segundo, ela é uma estrutura inconsciente que, mediada pela presença material do Estado, reproduz os sujeitos e sua submissão às legalidades capitalistas. Sem entrar no mérito dessas discussões, pontuamos que partiremos das perspectivas de Althusser, não sem adotar algumas modificações, a exemplo do trabalho desenvolvido por Silveira (2010). Esse último, ao contrário de Althusser, colocará que aquilo que a ideologia reproduz pode ser muito melhor descrito pela categoria de *indivíduo*, ao invés da de sujeito.

Outra dificuldade dada pela heterogeneidade do conceito é o seu possível alargamento desmedido, o que pode lhe tornar inespecífico, sem precisão e, portanto, inútil. Acerca disso, é preciso primeiro pontuar que se trata de uma construção teórica complexa e que necessariamente implica em certa amplitude. Entretanto, é possível lidar com essa multiplicidade sem cair na imprecisão. Žižek (1996a) propõe uma forma de organizar teoricamente as várias formas em que a ideologia se apresenta. Baseando-se na diferenciação hegeliana da religião – considerada por Marx (2010) a ideologia por excelência –, o autor apresenta os três momentos da ideologia: doutrina, ritual e crença (ŽIŽEK, op. cit., p. 15). A doutrina é a ideologia enquanto um conjunto de ideias, teorias e sistemas de pensamento, muito próximo do que teorizaram Marx e Engels em *A Ideologia Alemã*; o ritual é referente aos Aparelhos Ideológicos de Estado (AIEs) e as práticas estabelecidas e prescritas em suas instituições; e a crença são as manifestações aparentemente espontâneas da ideologia nos próprios atos e pensamentos das pessoas, que Žižek relaciona com a fantasia ideológica que sustenta a própria realidade social. Relacionaremos essa modalidade da ideologia também com um determinado resultado produtivo em termos de subjetividade. O autor utiliza o exemplo do liberalismo para ilustrar a sua proposta:

Lembremos o caso do liberalismo: o liberalismo é uma doutrina (desenvolvida desde Locke até Hayek) que se materializa em rituais e aparelhos (liberdade de imprensa, eleições, mercado etc.) e atua na (auto-)experiência “espontânea” dos sujeitos como “indivíduos livres” (ŽIŽEK, 1996, p. 15).

Ao utilizar esse exemplo, o autor deixa claro que essa mesma lógica pode ser utilizada para outros campos ou formações em que identificamos a estrutura da ação ideológica, nos quais também poderemos encontrar a tríade de doutrina, ritual e crença. Para o campo que nos propomos a estudar, o da Saúde Mental, utilizaremos a

diferenciação žižekiana para compreendermos melhor o funcionamento ideológico das instituições que se balizam pelos parâmetros do PPHM.

Baseando-nos em textos que já abordaram esse paradigma de produção de Atenção em Saúde Mental, diremos que a doutrina do PPHM se apresenta fundamentalmente como uma doutrina psiquiátrica, em que veremos que o DSM desempenha um papel central (COSTA-ROSA, 2013a; 2013b). Os rituais institucionais desse paradigma são centrados na prática médica e em uma perspectiva biológica sobre o sofrimento psíquico. E a crença produzida é a da patologização e individualização desse sofrimento. O efeito geral desse processo só pode ser a adaptação ao instituído social. Essa é a hipótese que tentaremos fundamentar. Começaremos com breves comentários sobre nossa proposta de leitura teórica.

1.1 – A doutrina psiquiátrica

Entre as teorias e sistemas de ideias que fundamentam as práticas do PPHM, o saber médico do psiquiatra disciplinar possui uma posição central (COSTA-ROSA, 2013a). Como veremos de modo mais detalhado neste ensaio, o pensamento atualmente hegemônico na psiquiatria é pautado, por um lado, no modelo biomédico e nas alianças com a genética e as neurociências e, por outro, em um pragmatismo diagnóstico calcado na observação empírica dos sintomas clínicos e na sistematização estatística dessas informações. O Manual Diagnóstico e Estatístico da American Psychiatric Association (APA) foi por muito tempo chamado de “a bíblia da psiquiatria” e unificou a disciplina em torno dessas duas perspectivas, encontradas de modo mais ou menos explícito nas páginas do Manual. São esses indícios que nos fizeram escolher o DSM como um exemplar da doutrina ideológica do PPHM e como nosso principal objeto de análise.

É evidente que outras perspectivas teóricas e sistemas de pensamento também podem ser observados nesse paradigma – podemos pensar imediatamente na doutrina religiosa que continua presente, por exemplo, nas chamadas Comunidades Terapêuticas, que vêm ganhando cada vez mais espaço na política oficial de Saúde Mental. Não são apenas eles, mas certamente possui ao menos uma inclinação ideológica qualquer pensamento utilizado nesse campo que exclua de antemão a subjetividade e as determinações sociais de suas considerações, negligenciando o importante papel que as divisões subjetiva e social desempenham no processo de produção de saúde-adoecimento-atenção. Nesse momento, entretanto, focar-nos-emos apenas no pensamento que nos parece ainda hegemônico, o da psiquiatria biomédica.

1.2 – Os rituais terapêutico-alienantes

Os principais rituais das instituições situadas no PPHM são aqueles envolvidos no tratamento e administração das chamadas doenças ou transtornos mentais. As prescrições de formas específicas de compreender e de se comportar diante das queixas sobre o sofrimento psíquico que a população endereça para esses espaços, constituem a principal forma de realização em ato da estrutura da ideologia nessas instituições. São nos estabelecimentos e organizações institucionais, bem como nas práticas ali prescritas, que existe uma realidade material capaz de sustentar e concretizar a ideologia.

Tais práticas de tratamento, orientadas pela perspectiva da remoção do sintoma para a rápida reposição do indivíduo na produção e no consumo, receberam uma elaboração teórica no trabalho de Périco (2014), onde foram conceituadas como “terapêutico-alienantes”. Assim, essas práticas visam ao “tamponamento e a capitalização do sofrimento psíquico e, com isso, a (re)adaptação ao laço social capitalista” (p. 79). Entre essas ofertas de tratamento e administração do sofrimento psíquico, incluímos as prescrições medicamentosas como resposta única e *a priori* para todas as formas de sofrimento, as práticas de tutela e pedagogia social, bem como as psicoterapias da consciência em suas diversas modalidades⁷². Chamaremos tais práticas de rituais terapêutico-alienantes.

Poderíamos utilizar o exemplo do ritual de recepção nas instituições do PPHM, a chamada triagem, em que encontramos uma lógica cujo objetivo parece ser a “rápida identificação de sintomas, enquadráveis em uma das enfermidades presentes no ‘Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais’ (DSM)” (PÉRICO, 2014, p. 138). Assim, trata-se de uma prática que toma os sujeitos como indivíduos, surda para a subjetividade e a temporalidade própria do sofrimento de cada um. Além disso, ela se conforma com o modelo diagnóstico atualmente hegemônico na psiquiatria, como bem destacou o autor. O diagnóstico psiquiátrico, como veremos mais adiante, será o principal ritual que iremos abordar, uma vez que o compreendemos como central na funcionalidade ideológica do PPHM. Por enquanto, ficaremos com o exemplo da triagem e deixaremos para desenvolver a questão do diagnóstico em outro momento.

⁷² Talvez devamos situar também práticas mais agressivas, como a eletroconvulsoterapia (ECT), que possui certa funcionalidade ideológica por aquilo que ela oculta e por seu efeito de adaptação. Entretanto, quando a eletroconvulsoterapia funciona pura e simplesmente como contenção, controle e punição dos sujeitos em crise psíquica grave, dificilmente podemos falar de um funcionamento por meio da ideologia, mas antes pela repressão

1.3 – A crença capitalística

O efeito da influência doutrinária e da prescrição ritualística é uma subjetividade crente. Mas crente em que exatamente? Crente nas representações totalizantes da realidade social, alienada de suas determinações e adaptada às legalidades capitalistas. Silveira (2010) aborda a questão em termos de processos inconscientes de subjetivação, fundamentalmente baseados no fechamento imaginário e promovidos pelo eu (*moi*). É esse fechamento que cria uma crença dogmática, baseada na exclusão das contradições que atravessam o sujeito e a sociedade e na identificação com um Mestre, isto é, com alguém que cumpra a função de detentor absoluto de todas as significações, tal como o Sujeito de que falava Althusser (1996).

No caso das instituições do PPHM, Costa-Rosa (2013c) destaca um resultado produtivo que se dá justamente em termos de uma subjetividade, a qual chama de subjetividade capitalística. Esse é um conceito que o autor encontrou em Guatarri e Rolnik (1989), que o definem como uma subjetividade que se presta a “todo tipo de manipulação pelos equipamentos capitalísticos” e que tende a “individualizar o desejo” (p. 233). Além disso, ela busca “reduzir tudo a uma tábula rasa” (p. 56) e direcionar a produção de sentido “àquilo que convém a uma certa funcionalidade do sistema [capitalista]” (p. 276).

Žižek (1996) fala dessa modalidade da ideologia enquanto uma “rede elusiva de pressupostos e atitudes implícitas, quase ‘espontâneos’” (p. 20). Convém destacarmos que essas pressuposições e atitudes, que parecem se basear em pensamentos que já existiriam antes de qualquer doutrina ou ritual poder “incuti-las”, são efeitos de uma naturalização típica da ideologia. Isso decorre do fato da própria realidade imediata já ser previamente organizada simbólica e imaginariamente desde antes de cada um de nós existir enquanto indivíduos. O efeito disso é certa disseminação e autonomização da mistificação ideológica, que se reproduz na própria consciência “espontânea” dos indivíduos. Voltando ao exemplo do liberalismo, podemos dizer que existe a crença na “liberdade” porque essa é uma representação que se impõe *primeiro por uma série de práticas* instituídas socialmente. As chamadas “liberdades individuais” são *prescritas* a nós e estruturam nossa realidade desde antes de sermos capazes de dar-lhes algum sentido, portanto, quando exercemos tais liberdades em nosso dia a dia estamos apenas reforçando uma crença que já nos foi prescrita anteriormente e que adquiriu um certo grau de autonomização. Ou seja, temos a ilusão, ideologicamente calculada, de que estamos agindo de determinada forma porque estamos indo de acordo com as nossas

crenças; mas o que acontece é justamente o contrário, nós possuímos uma série de crenças justamente porque *somos levados* a agir de um modo determinado, no limite, porque *a própria realidade está estruturada de uma maneira determinada*.

É assim que propomos pensar o momento da crença ideológica nos termos de uma produção de subjetividade capitalística. Trata-se de uma subjetividade produzida por um ritual e elaborada por uma doutrina – sendo que esta última nada mais é do que a organização dos sentidos desses rituais e crenças na forma de um sistema coerente de conhecimento. Mas produzida também pelos atravessamentos que decorrem de uma estruturação fantasmática da própria realidade social. A relação entre esses três momentos é de imbricação, eles são intrínsecos uns aos outros e se complementam mutuamente. Numa tentativa de fazer uma leitura teórica de nosso campo, baseada nesse referencial, tentaremos analisar o DSM como um exemplar da doutrina psiquiátrica, fundamental para o ritual diagnóstico e considerado um ponto de sustentação de uma forma específica de crença capitalística acerca do sofrimento psíquico.

2 – O DSM como ideologia

A partir da revisão feita sobre o DSM e do referencial teórico no qual apoiamos – o materialismo histórico e a psicanálise, em especial o conceito de ideologia –, propomos agora nossa própria análise sobre esse modo de classificação diagnóstica. Tentaremos fundamentar como o DSM, sobretudo quando é colocado como “a bíblia da psiquiatria”, pode operar como uma doutrina ideológica funcional à reprodução das legalidades e da subjetividade típicas do Modo Capitalista de Produção. Trata-se de uma aproximação na tentativa de avançar em uma compreensão teórica, articulando os conceitos com alguns dos aspectos evidenciados nas revisões críticas realizadas anteriormente neste trabalho.

Apoiar-nos-emos na categoria de ideologia, que já definimos como uma estrutura, Simbólica, mas com um fechamento notadamente Imaginário, que serve para sustentar uma espécie de “ilusão” coletiva, que nada mais é do que a universalização das ideias de uma classe social particular e hegemônica (CHAUÍ; 1980; SILVEIRA, 2001). Essa ilusão, entretanto, também não é mais do que o mundo tal como realmente o vemos em sua aparência imediata e acessível por meios empíricos – considerando que esse mundo empírico é sempre já organizado pelas coordenadas Simbólico-Imaginárias

que o estruturam e o apresentam como uma realidade acabada, harmoniosa e perfeitamente racionalizada (SILVEIRA, 1989; ŽIŽEK, 1996). Como diz Silveira (2010), a ideologia “não deixa de ser um modo de considerar a sociedade, as relações sociais e o indivíduo (...) pela ótica da Razão, da Moral e da Consciência” (p. 169). É assim que ela produz uma racionalização da própria irracionalidade existente no cerne do Modo de Produção, é dizer, ela busca produzir uma consistência imaginária para uma realidade que é intrinsecamente *inconsistente*.

Com Althusser (1996; 1999) sabemos que tal estrutura precisa se realizar em uma prática, além de exigir algum suporte material, concedido pelos estabelecimentos e equipamentos institucionais. É no interior e por meio das instituições de Estado que a captura ideológica encontra um ponto de sustentação e atualização. Mas, ao contrário de Althusser, entendemos que a ideologia não captura indivíduos para colocá-los na posição de sujeitos; com o auxílio da psicanálise, vimos que é exatamente o contrário, com o sujeito, entendido enquanto divisão subjetiva e marca da singularidade, sendo negado pela captura ideológica (SILVEIRA, 2010). O que seria afirmado é justamente o indivíduo, essa entidade que se supõe indivisa e cônica de suas determinações (SILVEIRA, 2010; PASSARINHO, 2019).

Nossa aposta é que o conceito de ideologia e outros conceitos e categorias que o cercam – os Aparelhos Ideológicos de Estado, a interpelação ideológica, o indivíduo, a universalização, a racionalização, entre outras –, sejam capazes de fornecer uma compreensão teórica a mais sobre o DSM e o papel que sua psiquiatria desempenha no campo da Saúde Mental e suas instituições.

2.1 – Retomando alguns pontos de partida: os primeiros indícios do caráter ideológico do DSM

Partimos das considerações sobre a história da psiquiatria⁷³, em que encontramos indícios de sua ligação com o desenvolvimento da modernidade e com as necessidades da emergente sociedade capitalista – era preciso retirar os “loucos” das ruas ou da tutela da igreja e institucionalizá-los sob os auspícios do conhecimento científico (FOUCAULT, 1978). O caráter normatizante – que entenderemos como aquilo que adapta a uma norma socialmente estabelecida – desse primeiro momento da psiquiatria, compreendendo principalmente o século XIX, é evidenciado por muitos autores, dentre

⁷³ Para uma exposição mais delongada sobre a história da psiquiatria, ver o ensaio 1 desta dissertação.

os quais destacaremos apenas dois. Foucault (1999), que fala da psiquiatria e do Hospital Psiquiátrico com relação ao poder disciplinar e Basaglia (2001), que evidenciava as contradições da sociedade capitalista e a exigência paradoxal que ela faz, por meio do mandato social concedido para a psiquiatria, de que os loucos sejam a-contraditórios e bem adaptados à ela.

Em seguida, já entrando no século XX, a psiquiatria se expande para além dos muros dos hospitais e adota a perspectiva do preventivismo e da profilaxia social. É o período em que a psiquiatria se engajou na “moralização das massas” (CASTEL, 1978, p. 262). É também o momento de nascimento de uma psiquiatria eugenista, cuja maior expressão no Brasil se deu por meio da Liga Brasileira de Higiene Mental (COSTA, 2007). Esse foi um momento em que fica evidente a expansão do mandato social da psiquiatria, isto é, de seu papel social e função em relação à manutenção das legalidades socialmente estabelecidas. Não cabia mais aos psiquiatras lidar apenas com aquelas pessoas em grave crise, os “loucos”, mas de todo e qualquer desvio de uma suposta normalidade psíquica socialmente estabelecida.

Também encontramos indícios no mesmo sentido com relação à psiquiatria contemporânea, aquela que chamaremos de psiquiatria-DSM (COSTA-ROSA, 2013b), dado seu caráter medicalizante e seu pragmatismo diagnóstico pautado pelo Manual que lhe nomeia. Trata-se de uma psiquiatria, como vimos, que se articula muito bem com o modelo biomédico, ainda que possamos observar nuances e eventuais divergências entre essas duas perspectivas, como no caso da discussão em torno do RDoC⁷⁴ com o DSM (INSEL, 2013). Além disso, vimos algumas inquietantes denúncias sobre suas relações financeiras promíscuas com a indústria farmacêutica (COSGROVE et al., 2006; COSGROVE; KRIMSKY, 2012; GÖTZSCHE, 2016; FRANCES, 2016; WHITAKER, 2017). Contanto, tal psiquiatria também é apontada por uma série de autores como normatizadora e mercantilizadora do sofrimento psíquico (COSTA-ROSA, 2013b; STIER, 2013; DUNKER, 2014; CASTIGLIONI; LAUDISA, 2015).

A disposição imaginária da ideologia para produzir racionalizações sobre diversos aspectos da sociedade e dos indivíduos que nela se constituem, visa sempre a uma espécie de normatização, isto é, de adaptação a uma norma social. Em última

⁷⁴ Sigla utilizada para o projeto de coordenação de pesquisas *Research Domain of Criteria*, promovido pelo *National Institute of Mental Health* dos Estados Unidos da América tendo em vista criar um novo sistema de diagnósticos etiológicos para a psiquiatria. Para mais informações sobre o RDoC, ver o ensaio 3 desta dissertação.

instância, tal adaptação visa a estruturação e a reprodução de aspectos do MCP, colocando em movimento o circuito do Capital, impulsionando a produção e o consumo e auxiliando desse modo a exploração reiterada da mais-valia. Assim, após visitar alguns dos principais elementos e episódios da história da psiquiatria, bem como algumas das principais críticas acerca de diversas de suas características e feitas em momentos e condições muito variadas, não teríamos alguns bons indícios do caráter ideológico assumido por essa disciplina e pelas instituições em que ela se encontra? Não poderíamos afirmar o mesmo com relação ao DSM, enquanto uma parte importante da doutrina ideológica da psiquiatria?

2.2 – Uma doutrina nosográfica

Nas páginas do DSM-5 podemos ler muitas vezes que seus critérios se constituem como uma “nomenclatura oficial” para os diagnósticos psiquiátricos (KUPFER; REGIER, 2014) ou mesmo como uma “nosologia oficial” para todo o campo da Saúde Mental (APA, 2014). É uma afirmação que se apoia não apenas no enorme prestígio e consenso que o DSM-III promoveu em um momento delicado da história da psiquiatria, mas também no fato dele ter feito das edições seguintes do Manual um instrumento de aplicação ampla, incluindo contextos clínicos, científicos, educacionais, jurídicos e administrativos. A partir de sua terceira edição, desde pesquisas universitárias até planos de saúde e órgãos de seguridade social passaram a adotar os critérios expostos no DSM.

É por conta disso que Dunker (2014) afirma que a APA pretende criar uma linguagem de consenso, ou melhor, um *basic english* em psicopatologia, capaz de ser utilizado por profissionais das mais variadas formações e filiações teóricas no campo da Saúde Mental. Essa é uma pretensão explicitamente colocada pelos responsáveis pela coordenação dos trabalhos que resultaram no DSM-5, que afirmam que

(...) tratando-se de uma nomenclatura oficial, o Manual deve funcionar em uma *ampla gama de contextos*. O DSM tem sido utilizado por clínicos e pesquisadores de diferentes orientações (...) que buscam uma *linguagem comum* para comunicar as características essenciais dos transtornos mentais apresentados por seus pacientes. As informações aqui resumidas são úteis para *todos* os profissionais ligados aos diversos aspectos dos cuidados com a saúde mental, incluindo psiquiatras, outros médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, consultores, especialistas das áreas forense e legal, terapeutas ocupacionais e de reabilitação e outros profissionais da área de saúde (...). O DSM também é um instrumento para coleta e a comunicação precisa de estatísticas de saúde pública sobre taxas de morbidade e mortalidade dos transtornos mentais. Por fim, os critérios e o texto correspondente servem como livro texto para estudantes que precisam de

uma forma estruturada para compreender e diagnosticar transtornos mentais (...). Felizmente, *todos esses usos são compatíveis entre si* (KUPFER; REGIER, 2014, p. 41) (grifos nossos).

Tamanha pretensão nos parece conflitar com as inúmeras e variadas críticas que acompanharam o Manual ao longo dos anos, mas que se intensificaram a partir das reformulações anunciadas para o DSM-5. Como vimos, existem fragilidades epistemológicas e indefinições ontológicas que comprometem a validade científica do Manual. Até mesmo autores ligados ao modelo biomédico – que tradicionalmente se articulou bem com as edições anteriores do DSM – passaram a criticar a sua quinta e mais recente edição (INSEL, 2013; FRANCES, 2016). Existe uma evidente contradição entre a cientificidade e legitimidade anunciada nas páginas do DSM e o que é encontrado em uma ampla bibliografia que comenta sobre ele. Ao mesmo tempo em que a sua cientificidade é questionada por muitos autores, outros evidenciam seus efeitos deletérios na sociedade em termos de iatrogenia e medicalização da vida (COSTA-ROSA, 2013b; RESENDE; PONTES, 2015; CALAZANS, 2015; FREITAS; AMARANTE, 2017; GÖTZSCHE, 2016; WHITAKER, 2017).

Não é de se espantar que encontremos na pesquisa feita por Strong (2013), que entrevistou psiquiatras clínicos sobre o uso que fazem do DSM em seu trabalho cotidiano, a afirmação de que esses profissionais muitas vezes reconhecem a insuficiência dos critérios pragmáticos do Manual, fazendo com que frequentemente não o utilizem como guia para sua prática clínica cotidiana. Entretanto, eles acabam o utilizando, ao menos formalmente, “por recomendação administrativa” (p. 13). Em contextos jurídicos e administrativos no geral ou mesmo em suas clínicas particulares, quando conveniadas com planos e seguros de saúde, os psiquiatras são levados, queiram eles ou não, a utilizar os critérios do DSM.

Esse Manual possui intenções explícitas de se colocar como uma doutrina oficial, um discurso unívoco em termos de diagnósticos psiquiátricos, que todos os profissionais devem ser *constrangidos* a utilizar em uma série de contextos institucionais. Ele se apresenta, portanto, como a universalização indevida de um pensamento particular sobre o sofrimento e/ou crise psíquica. Universalização de um aspecto particular, o biológico, dentre os muitos que participam desses fenômenos complexos que são o sofrimento e a crise psíquica. Ele possui a pretensão de estabelecer uma hegemonia em psiquiatria – hegemonia que sabemos, desde Gramsci, possuir uma ligação intrínseca com a ideologia, ao constituir uma tentativa de manter um

(des)equilíbrio entre elementos antagônicos de uma Formação Social por meio de um amortecimento de suas contradições, sempre em favor da força dominante (GRUPPI, 1978). Em tal amortecimento, é a ideologia que opera com seus rituais, crenças e doutrinas. Atualmente, tais doutrinas tendem a racionalizar quaisquer aspectos de crise que tenham alguma determinação ligada ao modo de produção. A hegemonia, ademais, também busca estabelecer um aparente consenso baseado em tal (des)equilíbrio social. É evidente que esse consenso é estabelecido em favor dos interesses de uma parcela da sociedade em detrimento de outra (ibidem). Assim, tal “equilíbrio” só pode ser considerado a partir do Imaginário, ou seja, nos termos de uma racionalização da realidade que promove um fechamento ao debate, uma suposta harmonia que tampona a divisão constitutiva da realidade social e cujos efeitos sempre insistem em retornar.

A estratégia do ateorismo utilizada a partir do DSM-III foi justamente uma forma de estabelecer esse tipo de consenso imaginário em psiquiatria – mesmo que o seu enunciado oficial não aderisse a nenhuma teoria específica, implicitamente ele orientou a disciplina em torno dos pressupostos biomédicos (LIMA, 2012; SOHSTEN; MEDEIROS; 2016; WHITAKER, 2017). Alguns autores comentam que essa foi uma forma de tentar ocultar, ou mesmo de amortecer, as contradições internas à própria psiquiatria (PEREIRA, 2009; LIMA, 2012). Essa tentativa de criar uma disciplina e uma profissão sem contradições teóricas foi feita por meio de uma extrema *racionalização* estatística de sintomas clinicamente observáveis. Com isso, pretendeu-se criar uma classificação diagnóstica universal.

Com relação ao DSM, Calazans e Kyrillos Neto (2012) afirmam abertamente se tratar de um Manual ideológico, tanto por sua assimilação acrítica de valores dominantes quanto por prescrever determinadas normas de conduta. A normalidade, como vimos, é um exemplo de categoria utilizada pelo DSM que não possui uma definição científica adequada, sendo relegada, no limite, ao campo dos valores morais (PEREIRA, 2014; FRANCES, 2016). Algumas mudanças realizadas no DSM-5, que transformam em transtornos mentais aspectos que antes eram comuns em nossas vidas, parecem apontar para a perspectiva do máximo desempenho social, ou melhor, o máximo desempenho do indivíduo na sociedade. Com isso, são valores tipicamente capitalísticos como o do “sucesso individual” e da “competência” que são incluídos nas entrelinhas do Manual da APA.

A exclusão das contradições, a extrema racionalização, inclusive com a exclusão daquilo que é (estatisticamente) desviante, as pretensões universalistas, a prescrição implícita de valores dominantes, tudo isso para produzir um consenso imaginário, são indícios que nos dizem sobre o caráter ideológico do DSM. Por se tratar de um sistema racionalizado de critérios diagnósticos escritos na forma de um Manual, funcionando como um conjunto de sentidos pré-estabelecidos, diremos que estamos diante de uma doutrina ideológica.

2.3 – A psiquiatria e os Aparelhos Ideológicos de Estado

Althusser buscou avançar na compreensão teórica sobre a ideologia dentro do pensamento marxista. Para isso, articulou esse conceito com outros que compõem o materialismo histórico. A pergunta que ele coloca é: qual a função da ideologia? A resposta é que ela é fundamental para a reprodução da força de trabalho, mais especificamente, dos trabalhadores enquanto submissos às legalidades do MCP (ALTHUSSER, 1996). É assim que ele relaciona esse conceito com outro fundamental para esse referencial teórico, o conceito de Modo de Produção. Ao mesmo tempo, a ideologia deixa de ser entendida como mera negatividade da estrutura econômica da sociedade, passando a ser tomada como um processo fundamental para a reprodução do MCP e que possui um poder real de organizar e até mesmo de reproduzir um aspecto necessário para a sociedade capitalista como um todo.

A questão seguinte é sobre o modo como a ideologia reproduz tal submissão – que chamamos em certos momentos de adaptação, por se tratar de um processo mais persuasivo do que coercitivo, como admite o próprio Althusser (ibidem, p. 114). É nesse ponto que o autor apresenta a ideia de Aparelhos Ideológicos de Estado (AIEs), responsáveis por dar corpo material e existência concreta para a ideologia. Aqui também temos a articulação desse conceito com outro, igualmente importante para o pensamento marxista, que é o conceito de Estado. A ideologia, portanto, só pode existir por meio da presença massiva do Estado. Mas é preciso complementar afirmando que não se trata apenas da presença inerte dos estabelecimentos estatais, mas que a ideologia envolve também uma relação fetichizada com essa entidade (SILVEIRA, 1989; ROZITCHNER, 1989). Como diz Žižek (1996), ela envolve uma “relação transferencial do indivíduo com o poder de Estado” (p. 19).

Nesse ponto cabe falarmos um pouco sobre o que é a transferência. No contexto analítico, Freud (2006; 2014) a descreveu como a repetição de uma cena psíquica,

reencenada com a inclusão da figura do analista. A presença de um outro evoca uma série de significantes inconscientes já previamente formados no sujeito, cujos conteúdos são reativados e direcionados para essa outra figura, ou seja, o analista é “incluído na série” criada pelo analisando (FREUD, 2006, p. 112). O modo como se lidará com essa transferência fará toda a diferença. Se ela for ignorada ou devidamente escutada e manejada, teremos efeitos muito diversos. Sobre as instituições de Saúde Mental de sua época, Freud afirmava que “a transferência ocorre com a maior intensidade e sob as formas mais indignas, chegando a nada menos que *servidão mental*” (ibidem, p. 113) (grifo nosso). Algumas páginas depois, fala que essas transferências podem se manifestar de duas formas: uma negativa, que faz o sujeito deixar “a instituição em estado inalterado ou agravado”, e outra positiva, que faz com que o sujeito se torne dependente da instituição e use dela para manter “certa distância da vida” (ibidem, p. 117).

Assim, nas instituições que funcionam como AIEs é evidente que não temos uma transferência de tipo analítica, em que o sujeito é escutado e levado a uma posição de implicação em relação ao sofrimento do qual se queixa, em que há uma abertura para o inconsciente e um movimento em direção ao trabalho desejante. Quando nos referimos à transferência típica que opera nos AIEs, estamos falando de uma francamente imaginária, chamada na teoria de transferência anônima, em que o sujeito é tamponado em favor de uma identificação com um Mestre, que é suposto ser capaz de lhe dizer toda a sua Verdade e garantir-lhe uma identidade fechada (MILLER, 1989).

Os AIEs materializam-se em “instituições distintas e *especializadas*” (ALTHUSSER, 1996, p. 114) (grifo nosso). É por isso que o autor afirma que existe uma “pluralidade de Aparelhos Ideológicos de Estado” ante a unidade do Aparelho Repressivo (ibidem, p. 115). Ao enumerar os AIEs, não são incluídas as instituições médicas no geral ou psiquiátricas em específico. Porém, já demonstramos como a psiquiatria – desde os tempos dos manicômios, passando pelos Hospitais Psiquiátricos e chegando na era contemporânea dos psicofármacos e do DSM – sempre desempenhou um papel estabelecido pelas necessidades do MCP, seja pela reclusão/exclusão de pessoas consideradas improdutivas e “antissociais”, pela adaptação dos sujeitos às normas moralmente estabelecidas, e até mesmo pelo incentivo direto ou indireto para a extração da mais-valia, restabelecendo sujeitos no circuito da produção e do consumo ou colocando-os imediatamente para consumir uma mercadoria medicamentosa. Assim, entendemos que “o projeto psiquiátrico pode ser entendido como parte de uma

estratégia global de controle e manutenção da atual ordem social” (BENELLI, 2006, p. 31). A psiquiatria e suas instituições contribuem, portanto, para a reprodução das legalidades do atual Modo de Produção. Com isso, também devem ser inseridas no rol dos Aparelhos Ideológicos de Estado.

Mas, antes de avançarmos, é importante deixarmos algumas palavras sobre a questão do Estado e a inclusão da psiquiatria entre os seus Aparelhos Ideológicos. A grande objeção que pode ser feita é sobre o caráter público ou privado que a prática psiquiátrica pode assumir, o que tornaria impossível situá-la completamente entre os Aparelhos de Estado. Na realidade, essa é uma objeção também feita a Althusser com relação a outros AIEs, por exemplo, sobre o Aparelho da Informação, em que ele inclui as grandes corporações midiáticas, que são em geral privadas. Em seu texto publicado sobre o assunto, Althusser (1996) responde dizendo que “a distinção entre público e privado é uma distinção interna ao direito burguês”, sendo que o próprio Estado não pode ser definido nesses termos, uma vez que ele próprio é “a condição para qualquer distinção entre o público e o privado” (p. 115). Ele afirma que o Estado não pode ser compreendido pelo seu estatuto jurídico, mas pela função que desempenha na (re)produção do Modo de Produção e, conseqüentemente, na luta de classes. Ele diz que “não importa se as instituições em que eles [os AIEs] se materializam são ‘públicas’ ou ‘privadas’. O importante é como funcionam. As instituições privadas podem perfeitamente ‘funcionar’ como Aparelhos Ideológicos de Estado” (ibidem).

Em seu *Sobre a Reprodução* (1999), texto de Althusser publicado postumamente e que compõe seu estudo mais amplo sobre a questão da ideologia, o argumento é desenvolvido um pouco mais. Ele afirma que a questão do direito é puramente formal, abstraindo necessariamente o conteúdo de classe ali presente (p. 107). É também por conta disso – por não se considerar um formalista radical, por incluir e dar enorme importância para a questão do conteúdo, no caso, conteúdo de classe – que Althusser rejeita a pecha de estruturalista. Assim, afirma que importa menos o estatuto jurídico da instituição, se é pública ou privada, do que o exercício de uma hegemonia por meio dela. Em outras palavras, o Estado é o Estado *da classe dominante* não porque ela o privatiza ou porque elege este ou aquele candidato para governá-lo, mas porque ela consegue reproduzir sua ordem de dominação por meio do Aparelho Repressivo e dos Aparelhos Ideológicos que o conformam. Em suma, Althusser tenta formular uma dialética entre o conteúdo de classe desses Aparelhos e a forma institucional que eles

assumem, forma intimamente relacionada com a já mencionada questão da *função*. Com isso, o autor também pode recusar a ideia do Estado como um puro instrumento a ser manipulado conscientemente por indivíduos isolados.

Mas Althusser (1999) adiciona mais um ponto sobre essa questão. Ele diz que as instituições que funcionam como AIEs não podem ser *reduzidas* às suas funções no Modo de Produção e na luta de classes, logo, não podem ser tomadas apenas como Aparelhos Ideológicos de Estado. Isso porque existem outros fatores que interagem nas práticas institucionais cotidianas, é dizer, existe um grau de autonomia relativa nessas instituições, que se manifesta em certas práticas que não desempenham a função de reprodução típica dos AIEs. Isso porque essas instituições não são simplesmente o suporte material em que se realiza a dominação ideológica da classe ou aliança de classes dominantes, mas é também o local onde os sujeitos “adquirem consciência desse conflito [de classes] e o levam até o fim” (MARX, 2008, p. 48). Elas são o “palco das lutas sociais” (LUZ, 1979), onde podemos ver “os efeitos mesmo longínquos, na realidade, muito próximos, *da luta de classes*” (ALTHUSSER, 1999, p. 110) (grifo do autor). É por conta dessa relativa autonomia, possível por conta da complexidade das contradições que as atravessam, que as instituições possuem o que Costa-Rosa (2013) chamou de brechas institucionais, a partir das quais se pode produzir efeitos instituintes.

Laclau (1986), entretanto, apresenta a seguinte crítica para a concepção althusseriana de Estado: não é porque o Estado deve ser definido por sua *função* que podemos deduzir que tudo aquilo que exerce essa mesma função deva ser caracterizado como parte do Estado. Ou seja, não é porque os Aparelhos Ideológicos de Estado sejam definidos por sua função de reprodução da força de trabalho como submissa às relações de produção, que tudo aquilo que acaba desempenhando algum papel nesse mesmo sentido possa também ser caracterizado como parte de um Aparelho Ideológico de Estado. Mas Laclau não consegue situar essas instituições para fora dos AIEs sem retomar para a categoria de “sociedade civil” e então caracterizá-la por uma certa “indeterminação”, diferente da sobredeterminação althusseriana (MOTTA; SERRA, 2014). A categoria de sociedade civil é instituída por intermédio do Estado e só pode ser mantida por meio dele. É uma categoria que escamoteia a divisão de classes que atravessa e caracteriza a própria sociedade e que determina, em última instância, o próprio Estado.

De nossa parte, apesar de discordarmos da solução encontrada por Laclau para encaminhar a questão, concordamos com o seu questionamento com relação a esse aspecto da teoria althusseriana: não é possível extrapolar o Estado para tudo aquilo que desempenha a mesma função que ele. Mesmo que existam relações necessárias entre as instituições privadas e o Estado quando existe essa coincidência de funções, não nos parece justificável apenas identificá-los totalmente. Talvez seja teoricamente justificado diferenciarmos “Aparelhos Ideológicos de Estado” de “Aparelhos de Hegemonia”, estes últimos inicialmente definidos por serem não-estatais. As instituições psiquiátricas, por exemplo, poderiam ser diferenciadas com a ajuda de tal critério. Entretanto, é difícil estipular a fronteira do “não-estatal” sem recair no formalismo jurídico e sua diferenciação entre público e privado.

Sem encaminhar definitivamente essa questão, diremos apenas que estamos focando, no presente trabalho, as instituições públicas de Saúde Mental, especificamente aquelas que trabalham por meio do conceito de Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador. Passemos então para a questão de como podemos observar a ação do DSM e de sua psiquiatria nessas instituições que estamos definindo como parte de um Aparelho Ideológico de Estado, por meio do exemplo do ritual institucional do diagnóstico.

2.4 – A interpelação ideológica e o ritual diagnóstico

O mecanismo da captura ideológica dos indivíduos é descrito por Althusser (1996) com o conceito de interpelação ideológica. É também com ele que podemos visualizar melhor a estrutura de funcionamento da ideologia. Trata-se do momento em que um indivíduo ainda indeterminado é chamado para fazer parte da sociedade de um modo determinado. É uma convocação para que se participe disciplinadamente das regras do jogo do MCP. A interpelação ideológica constantemente nos convoca a obedecer, consumir, ter sucesso e a trabalhar sempre um pouco mais e melhor do que os outros. Ela nos convoca a racionalizar o mundo de uma determinada maneira e, em momentos de crise, também pode nos convocar a fazer sacrifícios. Ela nos faz “soldado[s] (no duplo sentido) à ideologia: sujeito[s] da ideologia” (SILVEIRA, 2010, p. 173). Como veremos, ela também pode nos convocar a ser “felizes” ou “normais”.

Essa convocação se dá fundamentalmente por meio de um ato exigido ou prescrito diretamente pelo Aparelho Ideológico. O exemplo evocado por Althusser (1996) é de novo o religioso: ele afirma, retomando Pascal, que primeiro há o ato de se

ajoelhar e rezar e, apenas posteriormente, a fé em Deus “surge” como que espontaneamente na mente do indivíduo (p. 130). Tomando um exemplo de nosso próprio campo podemos deixar as coisas ainda mais visíveis: primeiro há a prescrição de um tratamento medicamentoso e apenas depois surge o sentimento de felicidade ou de volta à normalidade, bem como a confirmação de que, de fato, havia uma doença que impedia um estado mental “normal”. É evidente nesse exemplo que a ação química do fármaco funciona como um catalisador da interpelação ideológica, mas esta última existe apesar dessa ação, o que pode ser visualizado muito facilmente pelo chamado efeito placebo, que muitas vezes pode ter um índice de efetividade no abrandamento imediato dos sintomas próximo ou equivalente ao do fármaco (WHITAKER, 2017). Ou seja, na interpelação temos primeiro a prescrição de um ato e apenas depois o efeito de fechamento de sentido para aquele que é interpelado. Isso é válido para uma organização lógica da temporalidade da interpelação, uma vez que essa sequência pode não aparecer na realidade concreta de forma tão nítida e organizada.

Para demonstrar a estrutura do chamado ideológico, Althusser (1996) cria a categoria de Sujeito, grafado com a inicial maiúscula, para designar aquele que faz a convocação. Trata-se de um não-semelhante, uma figura mítica que está sempre presente e que o autor precisa supor para trabalhar sua teoria. Ele afirma que “a interpelação dos indivíduos como sujeitos pressupõe a ‘existência’ de um Outro Sujeito, Único e Central, em cujo Nome a ideologia (...) interpela todos os indivíduos como sujeitos” (ibidem, p. 136). Se a religião é a ideologia por excelência, é evidente que a figura de Deus é o melhor exemplo de uma manifestação do Sujeito. Mas, como se trata antes de mais nada de uma estrutura, em que o Sujeito ocupa o lugar central enquanto os pequenos sujeitos se colocam no entorno e voltados para Ele, é evidente que outras figuras podem ocupar esse lugar. Assim, na instituição familiar é a figura do Pai que a ocupará, ao passo que na fábrica capitalista é a do Patrão, enquanto que nas instituições do PPHM ela tende a ser ocupada pelo Médico Psiquiatra.

Aqui fica clara a articulação entre a interpelação ideológica e os AIEs, sendo que os últimos são os mediadores materiais que permitem a realização da estrutura do chamamento ideológico. Além disso, podemos perceber que a interpelação é reiteradamente atualizada por meio dos rituais prescritos nas instituições que compõem os AIEs, ou seja, não existe um momento único em que o chamado da ideologia é feito; ele é feito constantemente. Também percebemos que a ideologia possui uma estrutura

Simbólica, com uma diferenciação formal de lugares, distribuídos com o Sujeito no centro e os sujeitos em volta; entretanto, seu fechamento identificatório é essencialmente Imaginário (SILVEIRA, 2010, p. 176). Essas serão considerações importantes para o restante desta seção.

Antes de prosseguirmos, precisamos fazer uma breve retificação na teoria althusseriana da ideologia. Sua fórmula clássica da interpelação é: “a ideologia interpela indivíduos como sujeitos” (ALTHUSSER, 1996, p. 131). Mas essa fórmula coloca o sujeito como o *resultado* da captura ideológica, isto é, prioriza seu aspecto de assujeitamento. Por outro lado, o indivíduo, categoria que remete a uma interioridade fechada, completa, indivisa, é colocada como *interpelada*, como simples indeterminação que é capturada pela ideologia. Ainda que Althusser tenha se servido da psicanálise e dos textos de Lacan em específico, ele considera o sujeito unicamente em seu caráter Imaginário, como identificação com o Outro. Trata-se de uma leitura limitada da obra de Lacan, compreendendo apenas o primeiro momento de seu ensino (EAGLETON, 1996; SILVA, 2000; SILVEIRA, 2010). Com isso, Althusser confunde o conceito lacaniano de eu (*moi*) com o de Eu (*je*) (SILVEIRA, 2010), localizando o sujeito mais do lado do Imaginário e da consciência do que do inconsciente.

Como é na compreensão do sujeito como singularidade que se expressa na produção de novos significantes que podemos visualizar seu caráter irruptivo e subversivo, ao contrário da representação submissa que faz Althusser, o resultado da conceituação proposta por este último é um pessimismo político difícil de ser contornado dentro de seus próprios limites teóricos (SILVA, 2000). Aqui, trata-se de mais um momento em que, após nos servirmos das contribuições althusserianas, impõe-se a necessidade de irmos além delas. Após identificarmos qual é a sua limitação teórica – a compreensão limitada e até mesmo equivocada do sujeito em Lacan –, bem como os seus efeitos danosos – um certo pessimismo político –, podemos então explicitar o caráter do erro de Althusser: ele erra ao exagerar em seu “estruturalismo”, muito provavelmente por tentar manter a coerência com seu compromisso teórico de crítica ao “psicologismo”, “individualismo”, “humanismo” e outras formas de pensamento que considerava ideológicas.

É verdade que o próprio Althusser (1978) rejeitou explicitamente a pecha de estruturalista, ainda que também tenha admitido flertar com sua terminologia, justamente pelos objetivos que enunciamos acima (p. 99). É também verdade que, no

texto *Sobre a Reprodução* (1999), ele tenta evidenciar de modo mais enfático o papel das lutas de classes nos Aparelhos Ideológicos de Estado, numa tentativa de fugir de uma teoria demasiadamente fechada ou estruturalista sobre a ideologia. Porém, é curioso que o texto publicado em vida por Althusser – *Ideologia e Aparelhos Ideológicos de Estado* (1996) – pareça dar menos ênfase para esses aspectos. Contudo, em todos os seus trabalhos permanece inexplicado, para além de uma referência relativamente vaga às lutas de classes, como e por que algumas pessoas são capturadas pelo chamamento ideológico, enquanto outras não. Ou seja, Althusser é incapaz de explicar essa figura que ele apenas evoca no final de seu livro, o “mal-sujeito” (ibidem, p. 138), aquele que não se submete à ideologia. A referência às lutas de classes pode explicar de modo geral as condições de sua possibilidade, mas é insuficiente para ir além na elucidação dos mecanismos que atuam em seu aparecimento. Para explicar esse mal-sujeito, é preciso fazer algumas retificações na teoria althusseriana ao fazer comparecer com toda a sua potência o conceito de sujeito.

A retificação proposta por Silveira (2010) começa a solucionar o problema do pessimismo posto por Althusser ao inverter a fórmula clássica da interpelação, que se torna então “a ideologia interpela sujeitos como indivíduos” (p. 169). O sujeito é colocado como interpelado e seria aquela singularidade tamponada pela identificação ideológica, enquanto o indivíduo se torna o resultado da interpelação. Para justificar essa inversão, Silveira faz comparecer a diferenciação lacaniana entre o eu (*moi*) e o sujeito do inconsciente (*je*), entendendo o primeiro como uma identificação alienante ao campo do Outro, enquanto o segundo é tomado justamente como um instante de separação e o aparecimento de algo que se produz *para além* dos significantes-mestres da alienação ao Outro. Ou seja, em Lacan, o sujeito se constitui por um duplo movimento de alienação e separação ao Outro (LAURENT, 1997). Esse momento da separação pressupõe, em primeiro lugar, que o campo do Outro não seja completo, mas essencialmente faltante.

(...) se o Outro não é furado, se é uma bateria [de significantes] completa, a única relação possível do sujeito com a estrutura é a de uma alienação total, de um assujeitamento sem resto: ora, a falta no Outro quer dizer que há um resto, uma inércia não-integrável no Outro (...) e o sujeito pode evitar a alienação total justamente na medida em que se coloca como correlato desse resto (ŽIŽEK, 1991, p. 77-78).

Em segundo, pressupõe a potência do sujeito em ocupar esse lugar de correlato de um resto *que não se inscreve* no campo do Outro, ou seja, pressupõe no sujeito uma

“vontade de saber o que se é para além daquilo que o Outro possa dizer, para além daquilo inscrito no Outro” (SOLER, 1997, p. 62-63).

Com isso, temos o aspecto da alienação imaginária que foi utilizado por Althusser em sua elaboração do conceito de Sujeito da interpelação, mas temos também um outro aspecto que se define justamente por aquilo que ultrapassa esse primeiro momento. É por isso que a inversão de Silveira se justifica e ao mesmo tempo começa a resolver o beco sem saída da teoria althusseriana. Em poucas palavras, há uma estrutura, mas que não é perfeitamente fechada, pois sempre o sujeito insiste em ocupar, mesmo que de modo provisório e evanescente, o espaço que ela não é capaz de englobar. Após essa breve digressão teórica, seguiremos com as considerações acerca dos rituais observados nas instituições que estamos analisando.

Nas instituições pautadas pelo PPHM, em que a disciplina psiquiátrica assume uma função central, podemos observar várias situações em que o psiquiatra é colocado em uma posição de dessemelhança, como suposto portador de um saber sobre os sujeitos que eles mesmos não creem possuir, nomeadamente, o saber sobre os seus próprios impasses psíquicos. Essas suposições acontecem porque a psiquiatria foi historicamente legitimada como a especialidade responsável para lidar com esse recorte específico da Demanda Social, amparada no mandato social das ciências biológicas e médicas. É por meio dessa legitimação que a transferência que acontece nos AIEs, no caso das instituições do PPHM, realiza-se preferencialmente na figura do especialista em psiquiatria. Trata-se de uma transferência anônima (MILLER, 1989), em que a suposição imaginária de saber não está encarnada em nenhuma pessoa em particular, mas em qualquer um que assuma o título e a identidade de “Médico Psiquiatra”, tomado como aquele que *supostamente* sabe sobre o mal-estar com que nos defrontamos.

Existem muitas situações em que podemos visualizar o posicionamento central do Médico Psiquiatra na posição de Sujeito, enquanto os sujeitos que vão em busca de ajuda nesses estabelecimentos são colocados na posição de indivíduos, de pessoas que não são dotadas de divisão subjetiva. Nos rituais de recepção do PPHM, comumente chamados de triagem, os sujeitos se amontoam em filas de espera, para então serem “acolhidos” por uns poucos minutos por algum profissional, e só então terem – às vezes após um longo período de espera – alguns outros minutos na presença do Médico Psiquiatra. Em geral, o sofrimento que está paralisando esses sujeitos é respondido com um saber marcado pelo reducionismo biológico e com a prescrição de (mais uma)

mercadoria, nesse caso um fármaco. Assim, os sujeitos antes incapacitados para o ritmo cada vez mais acelerado da produção de mercadorias são repostos em sua posição de trabalhadores disciplinados e consumidores vorazes, ao serem capturados pela interpelação e postos para consumir uma mercadoria medicamentosa.

Entre o ritual da recepção e o da prescrição farmacológica existe outro que os intermedia, o do diagnóstico. A diagnóstica psiquiátrica contemporânea, orientada pelas classificações do DSM, baseia-se na noção de “normalidade”, a despeito de sua completa incapacidade em validá-la cientificamente. O recurso utilizado para remediar esse problema é a Estatística (FRANCES, 2016). Entretanto, a normalidade estatística rejeita aquilo que se afasta da média e, em alguns casos, foraclui tudo aquilo que é radicalmente diferente e que pode causar uma suposta anomalia nos dados – trata-se do chamado *outlier*⁷⁵. O sujeito, tal como formulado pela psicanálise, é entendido justamente como aquilo que escapa à identidade imaginária, sendo por definição algo irruptivo e causador de surpresa. Em suma, ele é sempre um ponto radicalmente fora da curva da normalidade, um *outlier*.

Os autores ligados à psicanálise que comentam sobre o DSM o indagam pelo sujeito que se ausenta em seus critérios diagnósticos (BIRMAN, 2001; GORAYEB, 2002; PEREIRA, 2009; HASSAN, 2012; DUNKER, 2014; SOHSTEN; MEDEIROS, 2016). Não é preciso muito esforço para perceber que a singularidade é desconsiderada em uma técnica diagnóstica que se contenta em classificar as pessoas em categorias universais, partindo apenas de alguns sintomas clínicos observáveis e catalogados após uma elaboração estatística. Mas o sujeito também é tamponado no próprio ato do diagnóstico. Ou seja, existe uma prática de silenciamento do inconsciente e um efeito de fechamento imaginário pela prescrição de um significante que busca determinar todos os sentidos relacionados com aquele sofrimento que se pretende designar. Esse diagnóstico é apresentado pela voz do Médico Psiquiatra e seu efeito é sustentado pela posição de Mestre este ocupa. É nesse sentido que Silva Júnior (2016) descreve uma breve vinheta clínica em que um sujeito se apresenta como totalmente identificado com o seu diagnóstico: “eu *sou* bipolar” (p. 228) (grifo nosso) – o sujeito não tem bipolaridade, ele *é* bipolar. É uma situação com que muitos trabalhadores do campo da Saúde Mental certamente já se depararam. O diagnóstico psiquiátrico é um ponto

⁷⁵ *Outlier* em estatística é um valor aberrante que destoa de modo muito acentuado do resto da série que está sendo analisada. Como ele é em geral considerado prejudicial aos resultados, é comumente excluído da análise estatística.

central de identificação em que o sujeito é aferrolhado a um significante-mestre, que produz um fechamento imaginário do saber sobre o sofrimento psíquico que o aflige (SILVEIRA, 2010; PASSARINHO, 2019).

Ao fornecer ao sujeito um diagnóstico de transtorno mental com o qual ele pode se identificar o psiquiatra se torna agente de uma interpelação ideológica, em que se convoca os sujeitos a seguirem as práticas prescritas para que voltem a ser (ou para que se tornem finalmente) “normais”. Em impasses psíquicos específicos como a depressão e a melancolia, os sujeitos também podem ser convocados a se tornarem indivíduos “felizes”. Assim, o ritual da prescrição medicamentosa é embasado pela doutrina diagnóstica do DSM e mediada pela materialidade de instituições especializadas e da mercadoria psicofarmacológica, muitas vezes disponível nas próprias instituições. A triagem, o diagnóstico e a prescrição medicamentosa, portanto, são três rituais de um mesmo AIE, momentos de atualização de um chamamento ideológico que cria indivíduos bem adaptados, bons trabalhadores e consumidores alegres.

Mas a lógica da captura ideológica não é absoluta. Ela não acontece sem falhas, sem que o sujeito reapareça e desestabilize o tamponamento imaginário e o conhecimento enciclopédico do DSM (SILVA JÚNIOR, 2016). Assim, a ética da psicanálise é uma das possibilidades de realização de uma subversão desejante contra o fechamento imaginário da ideologia. Essa ética é uma posição sustentada em favor da singularidade, que “direciona-se (sic) para o desatamento do nó em que se amarra o sentido [pré-estabelecido] que aferrolha o sujeito” (SILVEIRA, 2010, p. 174). Trata-se de um posicionamento também postulado por Costa-Rosa (2013) para o Paradigma Psicossocial (PPS), que exige uma “implicação desejante marcando a posição do sujeito nos conflitos e contradições que o atravessam” e que resulta na produção de “sentidos singulares, decididos, da representação do sujeito, construídos para além dos significantes mestres do campo social, ou seja, da alienação ideológica imaginária” (p. 29).

Como a psicanálise, também as contribuições do materialismo histórico, que nos avisam sobre a existência da ideologia e de sua relação singular com a divisão social não podem ser desconsideradas. Ambas as teorias nos dão possibilidades e ferramentas para a crítica da ideologia em nosso campo, uma crítica que encontra o máximo de sua potencialidade na *práxis* dos trabalhadores e usuários das instituições públicas de Saúde Mental

2.5 – A crença capitalística: considerações teóricas

Quando a modalidade da ideologia enquanto crença foi inicialmente formulada por Žižek (1996a), ele a relacionou com a sua própria conceituação da fantasia ideológica. A crença ideológica não é a ideologia enquanto um sistema de ideias que racionaliza e justifica uma dada relação de poder ou de exploração no nível das relações econômicas. Isso porque, no limite, ela dispensa completamente qualquer racionalização consciente para operar, uma vez que se trata muito mais de um suporte fantasmático que sustenta a própria prática social em seu funcionamento concreto. A subjetividade cínica de que fala Žižek (ibidem) é o exemplo disso: ela pode perfeitamente saber que existe uma racionalização justificando e universalizando um interesse ou pensamento particular, mas ela age de acordo com tal interesse ou pensamento da mesma forma, como se a contradição que ali se apresenta não tivesse valor e não produzisse efeitos.

Mas a crença ideológica também não se identifica com os Aparelhos Ideológicos de Estado, em outras palavras, ela não se confunde com aqueles rituais práticos que determinadas instituições de Estado realizam para atualizar em ato o processo de chamamento ideológico. Vejamos isso com outro exemplo que Žižek (1996a; 1996b) apresenta, o do fetichismo da mercadoria. Essa conceituação marxiana aparece para o filósofo esloveno como uma figura da crença ideológica a ser explicitada pela mercadoria mais fetichizada de todas, o conversor universal, o dinheiro. Ele observa que a atitude prática de todos os indivíduos da sociedade perante o dinheiro é correlata ao cinismo que comentamos acima. Ou seja, todos têm consciência e podem articular racionalmente o fato de o dinheiro não possuir nada de sobrenatural, dele não ser dotado em si mesmo de nenhum atrativo inigualável que o torne capaz de ser trocado por todas as outras mercadorias; enfim, todos sabem perfeitamente que se trata apenas de um simples pedaço de papel, que só pode exercer sua função por meio de uma espécie de convenção social. Não obstante, todos agem diariamente ignorando tudo isso, como se o dinheiro tivesse alguma substância que lhe confere poderes quase infinitos, possibilitando que ele seja trocado por toda e qualquer mercadoria existente, em um mundo em que praticamente tudo se tornou mercadoria.

Esse exemplo demonstra que a crença ideológica não é uma mistificação que atua simplesmente no âmbito do Estado, mesmo se o considerarmos como o conjunto dos aparelhos que cumprem a função, por meio da repressão ou da ideologia, da reprodução do Modo de Produção em favor do bloco dominante no poder. Mesmo se

tomarmos o Estado como núcleo da superestrutura e se considerarmos como secundária a divisão entre direito público e privado, ainda assim, não seria possível situar o fetichismo, esse fenômeno elementar e cotidiano da sociedade capitalista, constitutivo de todo o campo que chamamos de mercado, no âmbito restrito do Estado. Para Žižek (1996a), enquanto os Aparelhos Ideológicos de Estado podem ser descritos como a materialidade que sustenta o mundo fantasmático da ideologia, o fetichismo, ao contrário, seria a sustentação fantasmática que opera na própria materialidade das mercadorias – as “sutilezas metafísicas” da forma-mercadoria de que falava Marx (2017).

O fetichismo da mercadoria, portanto, funciona nos termos em que descrevemos a fantasia ideológica, sendo uma sustentação Simbólica e Imaginária que rejeita um Real – um certo impossível – da forma-dinheiro, permitindo que atue como conversor universal, mercadoria que na prática cotidiana da sociabilidade capitalista não encontra limite algum em seu circuito incessante de trocas. Ou seja, trata-se de uma crença ideológica que sustenta essa realidade básica da sociabilidade capitalista.

A fantasia ideológica é uma estruturação da realidade que organiza as formas e sentidos do mundo em que vivemos, sendo justamente por meio do suporte fantasmático que ela representa que podemos agir, e efetivamente agimos, em uma determinada realidade social. Em poucas palavras, é por conta da fantasia que temos a crença nas formas de sociabilidade capitalísticas como totalizadas e perfeitamente harmônicas, como *as únicas* formas de sociabilidade possíveis. Dizer que a fantasia ideológica é o que nos “constitui” enquanto crentes de uma forma de sociabilidade é o mesmo que dizer que ela atua como uma força produtora de subjetividade, mas de uma de um tipo específico, que chamamos de subjetividade capitalística (GUATARRI; ROLNIK, 1986).

A fantasia ideológica nos coloca constantemente para agir de uma determinada forma, leva-nos a ocupar um lugar determinado na realidade social, e faz com que enxerguemos o mundo e nos posicionemos com relação a ele de modo também determinado. Assim, não se trata de uma estruturação da realidade feita previamente à nossa inserção nessa mesma realidade, como algo que primeiro organiza todo o ambiente para que, posteriormente, as pessoas sejam nele inseridas; ao contrário, trata-se de uma estruturação que nos atravessa e constitui desde o princípio.

É por isso que nos autorizamos a falar de uma subjetividade capitalística como um efeito produtivo da fantasia ideológica. Essa subjetividade só pode “se presta[r] a toda espécie de manipulação pelos equipamentos capitalísticos” (GUATARRI; ROLNIK, 1986, p. 233), pelo fato de crer nas mistificações produzidas pela fantasia na própria efetividade da prática social. É uma subjetividade produzida nesses atravessamentos que nos constituem cotidianamente, na tentativa constante de rejeitar um Real que, apesar disso, insiste sempre em retornar. A escolha pelo uso da subjetividade capitalística, ao invés da subjetividade cínica, como parece preferir Žižek, justifica-se para nós tanto pela coerência desse primeiro conceito com a elaboração teórica da crença capitalística, quanto pela inconveniente relação que foi estabelecida entre a subjetividade cínica e a estrutura dos sujeitos da denegação (“perversão”) presente na teoria lacaniana⁷⁶. Essa relação parece mais confundir do que explicar, uma vez que essa subjetividade pode ser produzida em todas as três estruturas clínicas⁷⁷. Por isso, optamos por utilizar o conceito de “subjetividade capitalística”.

2.6 – A crença capitalística: considerações sobre o DSM

O DSM, enquanto um sistema nosográfico, é muito melhor descrito em seu funcionamento atual como uma doutrina ideológica. Ao mesmo tempo, é fácil situar sua relação com os rituais ideológicos na medida em que pensamos a prática do diagnóstico, presente nas mais variadas instituições de Saúde Mental e especialmente naquelas situadas no PPHM. Mas como podemos pensar em uma crença ideológica com relação ao DSM? Em que sentido o DSM e sua psiquiatria, com sua linguagem e seus efeitos, produzem uma estruturação de nossa própria realidade? Em que medida isso nos atravessa de modo a constituir nossa própria subjetividade?

É na medida em que ele modula a forma de nos relacionarmos com nossos próprios sintomas, angústias e inibições que podemos começar a pensar sobre uma crença ideológica produzida pelo DSM e sua psiquiatria, não sem um importante suporte da indústria farmacêutica. Para Rose (2019), vivemos em um mundo e temos uma vida cada vez mais tomados pela psiquiatria: “a psiquiatria de hoje parece ser parte da vida de todo mundo, em muitos casos, literalmente (...)”⁷⁸ (p. 03, tradução nossa). Isso significa que a psiquiatria hegemônica cada vez mais está “modelando experiências

⁷⁶ Até onde sabemos, essa relação foi inicialmente proposta pelo próprio Žižek (1992), ainda que tenha encontrado eco em vários autores desde então.

⁷⁷ Tratam-se das estruturas da neurose (recalcamento), psicose (forclusão) e perversão (denegação).

⁷⁸ “psychiatry now seems to be part of almost everyone’s life, in many cases quite literally”.

de vida enquanto sua fala e seus diagnósticos permeiam os modos como nós compreendemos e respondemos aos nossos problemas e como nós pensamos sobre os nossos filhos, parentes e sobre nosso próprio ciclo vital”⁷⁹ (ibidem, tradução nossa). Em certos momentos, essa questão é abordada nos termos da aparelhagem jurídico-burocrática que se formou em torno dos diagnósticos do DSM. Por exemplo, com relação ao recebimento de seguros de saúde e outros benefícios assistenciais dos governos ou para validar pedidos de financiamento de pesquisas científicas. Entretanto, ainda que isso de fato produza certa regulação social, esses fatos não bastam para explicar o surgimento quase que espontâneo de uma determinada forma de enxergar e lidar com os sofrimentos que nos acometem. Para isso, precisamos falar de uma produção de subjetividade, questão que certamente comparece no livro de Rose, ainda que não exatamente nesses termos.

Rose afirma que o império da psiquiatria e de suas categorias diagnósticas, mesmo que apoiado preferencialmente no DSM ou em outros manuais diagnósticos, pode no limite dispensar as regulações burocráticas e as práticas institucionais dos médicos que aplicam os diagnósticos, uma vez que os sentidos prescritos já agem “sozinhos” e com bastante efetividade nos pensamentos, práticas e relações das pessoas na própria realidade social cotidiana.

Talvez mais fundamentalmente, embora o sistema de classificação diagnóstica formal seja importante quando o indivíduo entrar em contato com o serviço psiquiátrico ou médico, o caminho para esse contato seja modelado pela *crença* sobre normalidade e patologia, crença assegurada por muitos outros – pelos próprios indivíduos, suas famílias, professores ou equipes de serviço social, vizinhos e empregadores”⁸⁰ (ROSE, 2019, p. 07-08, tradução nossa) (grifo nosso).

Essa dispersão dos pontos de sustentação (família, vizinhos, empregadores, etc.) da crença nos sentidos pré-estabelecidos pelos manuais diagnósticos, com destaque para o DSM, e pela psiquiatria que os pratica, acontece porque essa já é uma teia de significações que estrutura uma determinada forma de compreender e lidar com essas realidades específicas, que são a do sofrimento e da crise psíquica. Essa ação da ideologia também se apoia na capacidade administrativa da psiquiatria em termos

⁷⁹ “(...) [psychiatry] is shaping the very experience of living as its languages and diagnoses pervade the ways we understand and respond to our problems and think of those of our children, our relatives and our own life course”

⁸⁰ “Perhaps more fundamentally, although the formal diagnostic classification system may be importante when an individual comes into contact with a medical or psychiatric service, the path to contact is shaped by the beliefs about normality and pathology held by many others – the individuals themselves, their families, teachers or social workers, neighbours and employers”.

propriamente jurídicos, garantida pelo Estado: regulando quem pode ou não receber um benefício previdenciário ou uma dispensa do emprego, entre outros exemplos. Mas ela vai muito além dessa concessão de poder feita pelo Estado, definindo-se justamente por possuir um grau de independência com relação a ele.

Podemos retomar a vinheta clínica apresentada no texto de Silva Júnior (2016), em que um sujeito chega ao consultório dizendo, antes de qualquer outra coisa, o seu diagnóstico e como ele se identifica com ele: “eu *sou* bipolar” (p. 228) (grifo nosso). Trata-se de uma situação corriqueira, como reconhecemos, para todos aqueles que trabalham no campo da Saúde Mental. Nesse caso em específico, é difícil estabelecer se essa identificação já nos remete a uma prática institucional prévia, isto é, a algum encontro com um profissional que, ao assumir uma posição de mestria, deu um diagnóstico que funcionou como ponto de sustentação de uma alienação imaginária com o significante “bipolar”. Entretanto, embora saibamos que esse último caso é bastante comum, também não é estranho nos depararmos com a curiosa situação em que os sujeitos, mesmo sem nenhum tipo de encontro prévio com qualquer profissional ou de inserção em algum contexto institucional, apresentam o mesmo tipo de identificação com um diagnóstico, que chegou até eles por muitas outras vias, quase impossíveis de serem localizadas, porque baseadas em uma dispersão por todo o tecido social.

A linguagem e as práticas psiquiátricas, ou melhor, os seus significantes, apresentam-se como verdadeiros organizadores da sociabilidade contemporânea, sustentáculos de uma determinada realidade ou pelo menos de uma porção dela. São pontos de coesão de uma estrutura que busca o fechamento para o Real do sofrimento e da crise psíquica. Tudo isso operando, ao menos em alguma medida, de modo independente das práticas institucionais ligadas ao Estado, agindo espontaneamente no próprio âmago da sociabilidade cotidiana. Em suma, temos aqui o indício de como o DSM e a sua psiquiatria podem funcionar como uma fantasia ideológica. A psiquiatria pode ainda se apoiar em suas doutrinas teóricas e rituais institucionais, mas é importante identificar aquilo que dela age *para além* dessas instâncias, como um poder que se autonomiza, um espectro que ronda toda a sociedade em que vivemos.

Vejamus um exemplo em que, parece-nos, podemos visualizar essa dispersão autônoma e os seus impactos na estruturação da realidade psíquica dos indivíduos. Em uma entrevista recente sobre seu último livro, concedida para pesquisadores brasileiros, Rose nos faz o seguinte relato sobre a realidade do Reino Unido: “[existe] um número

crescente de aplicativos móveis e sites da Internet onde as pessoas autodiagnosticam seus problemas psiquiátricos e são ensinadas a fazer uso de diferentes técnicas psiquiátricas” (CARVALHO *et al.*, 2020, p. 02). Ainda segundo o autor, esses são meios com os quais a psiquiatria passa a influenciar os modos como as pessoas compreendem a si mesmas, lidam com os impasses de sua subjetividade e performatizam seus próprios estados psíquicos. Isso, diríamos nós, não apenas por sua doutrina de conhecimentos ou suas práticas *strictu sensu*, mas pela autonomização que estas adquirem na própria realidade social, estruturando, ao mesmo tempo, uma porção dessa realidade em um sentido determinado.

É verdade que não existe nenhuma novidade em dizer que a psiquiatria funciona estabelecendo a realidade da doença ou transtorno mental. Faz muito tempo que foi postulado por Canguilhem (2009) o argumento de que o saber médico funciona desenhando os limites entre o normal e o patológico, e que essa separação produz uma série de efeitos nos sujeitos que são submetidos a esse tipo de distinção nas práticas médicas. O que talvez seja mais recente é que essa separação vem deixando de ser um fato puramente teórico-epistemológico e institucional, *para se tornar um fato da sociabilidade cotidiana geral*, reproduzido em diversos lugares por uma parcela cada vez maior da população, que a assume enquanto verdadeira.

Em grande medida, é possível afirmar que esse é um processo que se desenvolve há muito tempo, sendo que talvez quem melhor o tenha observado, referindo-se à medicina em geral, foi Illich (1978), com o seu conceito de produção heteronômica de saúde. Entretanto, na teoria de Illich, a produção heteronômica, que se desenvolve na exata medida em que se reduz a produção autônoma de saúde por um sujeito em relação com o seu território, depende grandemente da figura do médico e de suas instituições, que ocupa com seu saber técnico o espaço daquele saber autônomo que é expropriado. Contudo, o que vemos aqui não seria uma simples heteronomia, mas a *autonomização da produção heteronômica de saúde*. Não é apenas o sujeito do sofrimento que é expropriado, mas o próprio sujeito da técnica e suas instituições, em alguns casos, que passam a ser dispensados, exatamente porque seu poder heteronômico cresceu em demasia. Crescimento que se deu, de modo aparentemente paradoxal, em um período em que as hipóteses da psiquiatria hegemônica foram mais questionadas do que nunca. Basta olharmos mais uma vez para o DSM, que se mostrou completamente incapaz de validar seus critérios e categorias diagnósticas, tendo sido amplamente criticado por

conta disso. Ainda assim, foi possível disseminá-las por toda a sociabilidade cotidiana, que trata de validá-las como uma realidade efetiva.

Nesse ponto podemos visualizar formas de mistificações ideológicas que se encaminham e operam por outras vias que não as tradicionais formas estatais, ou pela fórmula massificante da interpelação. Estas últimas persistem, mas as vemos coexistindo com outras que não convocam a todos sob o signo de um mesmo chamado ideológico. Existe uma nova forma de ação ideológica que busca não apenas criar de modo uniforme indivíduos bem adaptados, mas operar na própria variabilidade de cada sujeito, que *tenta* se aproveitar das diferenças, do espaço irredutivelmente singular de cada um. Ao que nos parece, o Aparelho Ideológico da Informação, que para Althusser (1999) inclui as organizações de publicidade e propaganda, foi precursor nesse processo de sofisticação da ideologia. Sabemos que hoje, com as novas tecnologias de captura, armazenamento e sistematização de informações pessoais na internet, as campanhas publicitárias são cada vez mais baseadas em uma customização: é uma propaganda que se dirige especificamente para alguém, que tenta atingir, ainda que de modo capenga, um sujeito.

Isso não deixa de se manifestar no marketing das grandes companhias farmacêuticas. Com o tempo, é como se as representações que ali existem ganhassem vida própria, autonomizando-se e passando a agir no interior da própria sociabilidade. É o que parecem demonstrar as práticas cada vez mais preocupantes da automedicação de drogas psiquiátricas – certamente correlata à prática do autodiagnóstico que referimos anteriormente (CARVALHO *et al.*, 2020). A associação entre um (auto)diagnóstico baseado em um *checklist* de sintomas e a (auto)medicação do remédio supostamente exato para tratar desse transtorno recentemente identificado, parece ter alcançado um grau tão fantástico quanto assustador de disseminação e autonomia em nossa sociedade. São questões que exigem uma pesquisa específica, pois merecem desenvolvimentos mais delongados e cuidadosos; por ora, voltemos para a argumentação que vínhamos apresentando.

Tamanho dispersão faz com que Rose (2019) questione até mesmo a própria separação entre normal e patológico: com a linguagem psiquiátrica adquirindo tamanha abrangência e uma operatividade relativamente autônoma com relação aos seus domínios teóricos e institucionais, os números daqueles que se identificam com alguma doença ou transtorno mental em algum momento de suas vidas vem crescendo

descontroladamente, podendo atingir em alguns países até a metade da população (p. 25-26). Sendo assim, Rose questiona em que sentido podemos dizer que essas pessoas, que se contam em quantidades semelhantes aos ditos “normais”, podem ser classificadas como mentalmente anormais? Como os “anormais” podem ser a metade de uma população e ainda estar em tendência de crescimento? Que tipo de “anormalidade” é essa? Esse é o impasse em que a psiquiatria se coloca na medida em que opera como uma fantasia ideológica, constituindo uma parte da realidade e atravessando com isso um número cada vez maior de pessoas.

Como resultado desses atravessamentos, temos a produção de subjetividades, especificamente de uma que já nomeamos como capitalística. Essa subjetividade possui um caráter de serialização, de produção em escala industrial, com todos os efeitos que isso implica. Quando temos uma identificação massiva de pessoas com os diagnósticos psiquiátricos modelados pelo DSM, estamos diante desse tipo de subjetivação que “tende a reduzir tudo a uma tábua rasa” (GUATTARI; ROLNIK, 1986, p. 56). Quando essas categorias diagnósticas e os pressupostos redutores que elas implicam se tornam a linguagem comum com que as pessoas se expressam sobre seus sofrimentos e crises psíquicas, temos uma serialização das formas de elaborar essas questões. Quando essa linguagem psiquiátrica começa a determinar diretamente o modo como agimos em sociedade, como nos relacionamos com outras pessoas, com o mundo e com nós mesmos, quando ela começa a situar lugares e instituições específicas em que supostamente devemos estar, temos uma subjetivação que “se presta a todo tipo de manipulação pelos equipamentos capitalísticos” (ibidem, p. 233).

Sabemos dos muitos autores que evidenciaram o caráter normativo das categorias diagnósticas do DSM (COSTA-ROSA, 2013b; STIER, 2013; CASTIGLIONI; LAUDISA, 2015). Tal normatização, para além das deficiências teóricas da categoria de normalidade postulada pela psiquiatria, também pressupõe uma série de coordenadas fantasmáticas que organizam a realidade social contemporânea como *a única possível*, como a realidade *normal*. Ou seja, os psiquiatras aceitam e partem do pressuposto de que “esta é a ordem do mundo, ordem que não pode ser tocada sem que se comprometa a própria ideia de vida social organizada” (GUATTARI; ROLNIK, 1986, p. 42, grifo dos autores). Ser diagnosticado, portanto, inclui não apenas uma suposta anormalidade genética ou neuroquímica – que, aliás, vimos não ter sido comprovada –, mas, sobretudo, um desvio de uma normalidade instituída por meio das

coordenadas de uma fantasia ideológica. Pouco importa, nesse sentido, se o diagnóstico foi imposto pela palavra de um médico especializado, um clínico geral ou até mesmo pelo próprio indivíduo suposto desviante, em uma prática de autodiagnóstico que muitas vezes vem acompanhada da automedicação. A normalidade instituída pelas coordenadas da fantasia ideológica aparece agora como a régua, quase intuitiva, quase espontânea, com que a psiquiatria mede onde começa e termina a ordem e a desordem mental. É esse o parâmetro inconfesso da psiquiatria-DSM.

Antes de finalizarmos, é importante pontuarmos uma última coisa. Da mesma forma que o ritual ideológico nunca realiza a interpelação de modo perfeito, sempre existindo um espaço em que o sujeito pode advir, a fantasia ideológica também nunca pode rejeitar completamente o Real, que insiste em retornar. É por isso que temos produções de subjetividade que não se incluem na serialização da subjetividade capitalística. Trata-se, nesse caso, da subjetividade singularizada, tal como formulada por Costa-Rosa (2013d). Ela se define nesses termos por “partir do sujeito [e não dos aparelhos ou fantasmagorias capitalistas] como agente produtivo por excelência” (p. 68). É uma subjetividade que se produz bem ali nas bordas que nenhum fechamento imaginário pode tamponar completamente, em relação com o Real que insiste, não para negá-lo, mas para dar a ele outros destinos.

Como forma de pensarmos essa subjetividade de modo menos abstrato, diremos que ela não se produz espontaneamente no interior da sociabilidade capitalista, porque essa forma de sociabilidade, é importante insistimos, tem a tendência imperiosa de produzir serializações, mistificações e fechamentos. Assim, uma subjetividade que seja radicalmente outra só pode ser produzida em contextos muito específicos, salvo em raríssimas exceções em que ela é produzida *apesar* dos empecilhos das condições sociais mais amplas – parece ser esse o caso de alguns sujeitos da foraclusão que “não conseguem (ou não querem) entrar no sistema de significação dominante” (GUATARRI; ROLNIK, 1986, p. 27).

Esse contexto, para favorecer a produção de subjetividade singularizada, deverá propiciar a implicação dos sujeitos nas próprias contradições que os atravessam, sejam elas subjetivas ou sociais. Ao menos no nível das instituições de Saúde Mental, nossa hipótese é que esse contexto pode ser oferecido pelo conjunto articulado de práticas, saberes, discursos e formas de organização específicas que designamos pelo nome de Paradigma Psicossocial (COSTA-ROSA, 2013d). É ali que temos maiores chances de

encontrar e produzir uma subjetividade que não se fecha em si mesma, que não reproduz comportamentos e compreensões manufaturadas, mas ao contrário, produz sempre algo novo em um movimento absoluto do tornar-se.

Considerações finais

Partindo dos pontos em que chegamos nos ensaios anteriores, em que foi contextualizado o campo em que nos inserimos, o referencial teórico que utilizamos e o objeto de estudo que escolhemos, buscamos desenvolver as contribuições que eventualmente pudemos fazer para a discussão sobre a diagnóstica psiquiátrica contemporânea baseada no Manual Diagnóstico DSM e seus efeitos políticos, sociais e subjetivos mais amplos.

Concluimos que a psiquiatria contemporânea e seu principal sistema de diagnósticos possuem fragilidades teóricas, epistemológicas, políticas e práticas muito evidentes, que contrastam com a pretensão de cientificidade e consensualidade que apresentam. Por suas características de fechamento imaginário ao debate, pretensões universalizantes e dissimulação dos interesses particulares ali implicados, bem como por seus efeitos mistificadores, caracterizamos esse Manual como uma doutrina ideológica fundamental para a psiquiatria contemporânea.

Quanto ao diagnóstico como uma prática, entendemos que ela pode ser apreendida como um ritual específico de um Aparelho Ideológico de Estado no contexto das instituições públicas de Saúde Mental de nosso país – e talvez um Aparelho de Hegemonia no caso de instituições privadas. O diagnóstico parece cumprir um papel fundamental entre as práticas institucionais do PPHM em que se realiza a interpelação ideológica. Trata-se de uma interpelação que apresenta certa variabilidade, pois pode convocar os sujeitos a serem e agirem de modos distintos conforme o diagnóstico de que se trata. O sujeito pode ser aferrolhado em um significante como “depressão” e ser convocado a agir de determinadas formas a partir disso – ele pode ser convocado, por exemplo, a comparecer em sessões de terapias psicológicas, modificar certos hábitos e a consumir uma medicação. Uma lógica semelhante, mas com um conteúdo diferente, pode aparecer para os sujeitos aferrolhados no significante da “esquizofrenia” e assim por diante. No decorrer desse processo, os rituais terapêutico-administrativos do PPHM

convocam os sujeitos a serem “felizes” ou “normais” para então situá-los novamente em seus respectivos lugares determinados pela sociedade capitalista e suas leis.

No que diz respeito ao que se autonomiza desses significantes no próprio movimento espontâneo da sociabilidade capitalista, como dispersão pelo tecido social, podemos vislumbrar sua ação como estruturadora de realidades determinadas ou de porções específicas da realidade social mais ampla. São realidades que constituem as formas como vivenciamos nossos estados mentais e os eventuais sofrimentos e crises psíquicas que podem nos acometer. O seu efeito é a produção de uma subjetividade capitalística, com sua serialização dos modos de nos relacionarmos com nós mesmos e com a sociabilidade que nos atravessa, em termos sempre favoráveis ao Modo de Produção dominante. Assim, identificamos o funcionamento de uma fantasia ideológica, enquanto um conjunto de crenças disseminadas na sociedade e que estruturam a própria realidade em que estamos imediatamente inseridos.

O pessimismo político não pode ser o resultado dessas conclusões. Apesar de toda a (super)estrutura ideológica, com sua aparentemente irresistível força de mistificação, vimos que ela constantemente esbarra em seus próprios limites. Vimos também que a psiquiatria não é ideológica em si mesma, ou seja, ela não precisa funcionar dessa forma. É possível instituir uma psiquiatria radicalmente outra, distinta dessa que examinamos no presente ensaio por não se prestar à funcionalidade ideológica. Para tanto, é importante incluir, ao lado dos conhecimentos médicos e biológicos, outros que digam sobre os aspectos sociais e subjetivos envolvidos na produção do sofrimento. Além disso, abandonar as categorias do DSM e a sua lógica de produzir diagnósticos é imperioso e urgente. Em paralelo, as reflexões sobre o sujeito e a subjetividade devem ser revalorizadas.

Isso nos leva ao segundo aspecto relevante. Existe sempre um ponto que faz furo na estrutura da ideologia. Um ponto que se tenta constantemente suturar, mas que insiste em aparecer, mesmo que em momentos às vezes evanescentes e isolados. No trabalho que desenvolvemos aqui, o sujeito, tal como o conceituamos, aparece como essa singularidade radical que sempre resiste à ideologia, como aquilo que aparece como efeito desse furo.

Sobre esse último ponto, é importante abordar uma última questão: é fácil identificar o sujeito, tal como o conceituamos a partir das contribuições da psicanálise,

quando pensamos em seu efeito em um indivíduo específico, esse acontecimento fugaz que abala as convicções imaginárias e reconfigura toda uma rede de significações, tal como ele aparece na clínica psicanalítica. O contexto das instituições de Saúde Mental, quando temos a intercessão de uma *práxis* crítica, também fornece exemplos em que esse sujeito pode ser situado. Mas temos que fazer ainda algumas considerações. Quando falamos em fantasia ideológica, ainda que esse conceito tenha sido diretamente inspirado no conceito lacaniano de fantasia fundamental, eles não se confundem. Žižek não colocou o complemento “ideológica” de modo inconsequente. Não são fortuitas suas considerações acerca da relação existente entre aquilo que esse conceito busca elucidar e a estruturação da própria realidade capitalista, envolvendo a luta de classes e o funcionamento econômico do Modo de Produção. Assim, o “sujeito” de que falamos neste trabalho também não pode ser exatamente o mesmo que o da psicanálise. Ainda que ele possa partir da elaboração lacaniana, ele exige outros desenvolvimentos.

Em outras palavras, é preciso desenvolver a ideia de algo como um “sujeito social”, em termos evidentemente muito distintos daqueles que utilizou o campo da sociologia, pelo menos até onde temos conhecimento. Consideramos insuficiente afirmar, como alguns poderiam fazer, que o social já está incluído na conceituação lacaniana do sujeito enquanto um “entre” significantes, em sua relação com o Outro. Ainda que esta seja uma afirmação com a qual concordamos, ela diz pouco sobre a relação que isso encerra com a fantasia ideológica e, conseqüentemente, com o Real da luta de classes e da exploração da mais-valia. É também uma afirmação que parece querer simplesmente transplantar as categorias da psicanálise para o campo dos estudos críticos sobre a sociedade, desconsiderando os efeitos da constelação conceitual própria que pode e deve emergir desse tipo de articulação. Ao nosso ver, parece muito mais profícuo pensar a relação entre o sujeito conceituado pela psicanálise e as classes e grupos sociais que possuem algum potencial revolucionário. E aqui as categorias de *classes trabalhadoras* (*Arbeiterklasse*) e especificamente de *proletariado* (*proletariat*) nos parecem ainda indispensáveis. Com relação aos grupos sociais, estamos nos referindo aos movimentos organizados de mulheres, LGBTQ+, indígenas, negros e quaisquer outros que possuam contradições diretas com a forma atual de estruturação de nossa sociedade. A relação entre estes movimentos e aqueles que se organizam em torno de categorias de classe, também merece maiores pesquisas e desenvolvimentos. Ao

invés de dar qualquer tipo de encaminhamento para essas questões, consideramos que apenas começar a delinear-las já configura uma das principais conclusões deste trabalho.

REFERÊNCIAS

ALTHUSSER, L. Elementos de autocrítica. *In*:_____. *Posições 1*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

_____. *Ideologia e Aparelhos Ideológicos de Estado* (notas para uma investigação). In: ŽIŽEK, S. (Org.). *Um mapa da ideologia*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996. p. 105-142.

_____. *Sobre a Reprodução*. Petrópolis: Vozes, 1999.

AMERICAN PSYCHIATRIC ORGANIZATION (Estados Unidos). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)*. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BASAGLIA, F. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

BENELLI, S. J. *Pescadores de homens: estudo psicossocial de um seminário católico*. São Paulo: UNESP, 2006.

BIRMAN, J. Despossessão, saber e loucura: sobre as relações entre psicanálise e psiquiatria hoje. In: QUINET, A. (Org.). *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001. p. 21-30.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CALANZAS, R.; KYRILLOS NETO, F. DSM: novas versão, velhas questões, antigas pretensões. In: KYRILLOS NETO, F.; CALANZAS, R. (Org.). *Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSMs*. Barbacena: Editora UEMG, 2012. p. 9-16.

CARVALHO, S. R. et. al. Our psychiatric future and the (bio)politics of Mental Health: dialogue with Nikolas Rose. *Interface*, Botucatu, vol. 24, p. 1-14, 2020.

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

CASTIGLIONI, C.; LAUDISA, F. Toward psychiatry as a ‘human’ science of mind: the case of depressive disorders in DSM-5. *Frontiers in psychology*, v. 5, p. 2-12, 2015.

CHAUÍ, M. S. *O que é ideologia*. São Paulo: brasiliense, 1980.

COSGROVE, L. et al. Financial ties between DSM-IV panel members and the pharmaceutical industry. *Psychotherapy and psychosomatics*, v. 75, n. 3, p. 154-160, 2006.

COSGROVE, L.; KRIMSKY, S. A comparison of DSM IV and DSM-5 panel member’s financial associations with industry: A pernicious problem persists. *PLoS Medicine*, v. 9, n. 3, p. 1-4, mar. 2012.

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

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 141-168.

_____. Para uma crítica da razão medicalizadora: o consumo de psicofármacos como Sintoma Social Dominante. In: _____. *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva*. São Paulo: UNESP, 2013a. p. 167-212.

_____. Um psiquiatra não tão médico: o lugar necessário da psiquiatria na Atenção Psicossocial. In: _____. *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva*. São Paulo: UNESP, 2013b. p. 213-232.

_____. Modos de Produção das instituições na Saúde Mental Coletiva: efeitos na terapêutica e na ética. Ou a subjetividade capitalística e a Outra. In: _____. *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva*. São Paulo: UNESP, 2013c. p. 23-54.

DUNKER, C. I. L. Questões entre a psicanálise e o DSM. *Jornal de Psicanálise*, v. 47, n. 87, p. 79-107, 2014.

EAGLETON, T. A Ideologia e suas vicissitudes no marxismo ocidental. In: ŽIŽEK, S. (org.). *Um Mapa da Ideologia*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996.

FOUCAULT, M. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

_____. *Vigiar e Punir*. 20. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

FRANCES, A. *Voltando ao normal: como o excesso de diagnósticos e a medicalização da vida estão acabando com a nossa sanidade e o que pode ser feito para retomarmos o controle*. Rio de Janeiro: Versal Editores, 2016.

FREITAS, F.; AMARANTE, P. *Medicalização em psiquiatria*. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

FREUD, S. A dinâmica da transferência. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud Vol. 12*. Rio de Janeiro: Imago, 2006

_____. Conferências introdutórias à psicanálise. In: _____. *Obras Completas Sigmund Freud Vol. 13*. São Paulo, São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

GORAYEB, R. Subjetividade ou objetivação do sujeito? In: VIOLANTE, M. L. V. (Org.). *O (im)possível diálogo psicanálise e psiquiatria*. São Paulo: Via Lettera/FAPESP, 2002, p. 139-164.

GÖTZSCHE, P. *Medicamentos Mortais e Crime Organizado: Como a indústria farmacêutica corrompeu a assistência médica*. Porto Alegre: Bookman, 2016.

GRUPPI, L. *O conceito de hegemonia em Gramsci*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes, 1986.

HASSAN, S. H. Conversações da psicanálise com a psicopatologia. In: KYRILLOS NETO, F.; CALANZAS, R. (Org.). *Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSMs*. Barbacena: Editora UEMG, 2012. p. 17-32.

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

INSEL, T. *Transforming Diagnosis*. National Institute of Mental Health official blog. 2013. Disponível em: <https://www.nimh.nih.gov/about/directors/thomas-insel/blog/2013/transforming-diagnosis.shtml>. Acesso em 13 de agosto de 2019.

KUPFER, D. J.; REGIER, D. A. *Prefácio*. In: APA (Estados Unidos) *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)*. Porto Alegre: Artmed, 2014.

LACLAU, E. *Política e ideologia en la teoria marxista: capitalismo, fascismo, populismo*. 3. ed. Madrid: Siglo XXI de España Editores S. A., 1986.

LAURENT, E. Alienação e Separação. In: FELDSTEIN, *et. al.* (org.). *Para ler o Seminário 11 de Lacan: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997. p. 31-41.

LIMA, R. C. Três tópicos sobre a relação entre DSM e política. In: KYRILLOS NETO, F.; CALANZAS, R. (Org.). *Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSMs*. Barbacena: Editora UEMG, 2012. p. 95-114.

LUZ, M. T. *As instituições médicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MARX, K. *Crítica da filosofia do direito de Hegel*. São Paulo: Boitempo, 2010.

_____. *O Capital*. São Paulo: Boitempo, 2017.

MARX, K.; ENGELS, F. *A Ideologia alemã*. São Paulo: Boitempo, 2007.

MILLER, D. As três transferências. In: MOTTA, M. B. (Org.). *Clínica lacaniana: casos clínicos do campo freudiano*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989. p. 44-50.

MOTTA, L. E.; SERRA, C. H. A. A ideologia em Althusser e Laclau: diálogos (im)pertinentes. *Rev. Sociol. Polit.*, Curitiba, vol. 22, n. 50, p. 125-147, abri./jun. 2014.

NETO, F.; CALANZAS, R. (Org.). *Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSMs*. Barbacena: Editora UEMG, 2012. p. 17-32.

PASSARINHO, J. G. N. A pertinência da categoria de ideologia na perspectiva das lutas paradigmáticas em Saúde Mental: traçando novas perspectivas de trabalho. *Revista de Psicologia da Unesp*, v. 18, n. spe., p. 141-160, 2019.

PEREIRA, M. E. C. *O DSM IV e o objeto da psicopatologia ou psicopatologia para quê?* 2009. Disponível em: <http://egp.dreamhosters.com/EGP/98-dsm-iv.shtml>. Acesso em: 12 de abril de 2018.

PÉRICO, W. *Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan a uma psicoterapia Outra: a clínica do sujeito na Saúde Coletiva*. 164f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2014.

RESENDE, M. S.; PONTES, S.; CALAZANS, R. O DSM-5 e suas implicações no processo de medicalização da existência. *Psicologia em revista*, Belo Horizonte, v. 21, n. 3, p. 534-546, set. 2015.

ROSE, N. *Our psychiatric Future: the politics of mental health*. Cambridge: Polity Press, 2019.

ROZITCHNER, L. Marx e Freud: a cooperação e o corpo produtivo. A expropriação histórica dos poderes do corpo. In: SILVEIRA, P.; DORAY, B. (Org.). *Elementos para uma teoria marxista da subjetividade*. São Paulo: Vértice, 1989. p. 109-146.

SOHSTEN, P.; MEDEIROS, C. P. O diagnóstico: da psiquiatria à psicanálise. *Reverso*, Belo Horizonte, v. 38, n. 72, p. 59-66, dez. 2016.

SOLER, C. O sujeito e o Outro II. In: FELDSTEIN, et. al. (org.). *Para ler o Seminário 11 de Lacan: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997. p. 68-79.

SILVA, M.C.F. A relação do materialismo histórico com a psicanálise e suas implicações para a AD. *Revista Letras*, Curitiba, n. 54, p. 235-254, jul./dez. 2000.

SILVA JUNIOR, N. Epistemologia psiquiátrica e marketing farmacêutico: novos modos de subjetivação. *Stylus*, Rio de Janeiro, n. 33, p. 227-239, nov. 2016.

SILVEIRA, P.; DODRAY, B. (Org.). *Elementos para uma teoria marxista da subjetividade*. São Paulo: Vértice, 1989. pp. 41-76

_____. A Ideologia como sintoma. *Sociologia e Psicanálise. Plural*, São Paulo, v. 8, p. 133-144, jul./dez., 2001.

_____. A interpelação ideológica: a entrada em cena da outra cena. *A peste*, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 167-182, jan./jun. 2010.

WHITAKER, R. *Anatomia de uma epidemia: Pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da Doença Mental*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

ŽIŽEK, S. *O Mais sublime dos histéricos: Hegel com Lacan*. Rio de Janeiro: Zahar, 1991.

_____. *Eles não sabem o que fazem: o sublime objeto da ideologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

_____. Introdução: O Espectro da Ideologia. In: _____. (Org.). *Um mapa da ideologia*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996a. p. 7-38.

_____. Como Marx inventou o sintoma? In: _____. (Org.) *Um mapa da ideologia*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996b. p. 297-330.

CONCLUSÕES GERAIS

Antes de finalizarmos este trabalho há algo que precisa ser dito com todas as letras. O que foi desenvolvido aqui pretende ser uma pequena contribuição teórica para que as instituições públicas de Saúde Mental caminhem na direção de um novo modo de produzir Atenção para o sofrimento psíquico, caracterizado por um paradigma que chamamos de Psicossocial, pois enfatiza as relações entre sujeitos, dá ouvidos para a subjetividade e não ignora os atravessamentos vindos da Formação Social, além de todos os outros aspectos que já enunciamos. Na tentativa de realizar essa eventual contribuição, buscamos criticar alguns dos aspectos de seu paradigma antípoda, que chamamos de Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador. Para tanto, delimitamos um aspecto específico do PPHM como nosso objeto de interesse para o presente estudo: os diagnósticos baseados no DSM e a psiquiatria que lhe é correlata.

Essa escolha foi devida a importância que essa questão parecia desempenhar nesse paradigma e porque, de alguma forma, ela nos causava um incômodo muito grande, uma questão inicialmente não elaborada que poderia mover a pesquisa. Esse incômodo também era proveniente da prática, ainda que limitada, que tivemos no campo da Saúde Mental, onde a questão do diagnóstico e os problemas que ele parecia implicar retornavam constantemente. Assim, pareceu-nos correto não partir da crítica, mas suspender nossas suspeitas e começar um trabalho de revisão sobre o objeto de estudo escolhido. Muito nos surpreendeu quando encontramos quase que exclusivamente materiais críticos ao DSM, especialmente quando enfocamos a sua última edição. Mesmo os poucos estudos que arriscavam defendê-lo o faziam de forma relativa, quase envergonhada, reconhecendo algumas das críticas e se contentando em afirmar que ele de fato pode não ser a melhor ferramenta diagnóstica possível, mas que certamente seria a “melhor que existe atualmente” – afirmação que é também muito difícil de sustentar.

Ao avançar no exame desse material, nossas suspeitas muito rapidamente se converteram em uma hipótese: estaria de alguma forma o DSM funcionando como uma ideologia? Os psiquiatras que assumem acrítica e integralmente os seus pressupostos estariam atuando, em algum sentido, como ideólogos?

Essa hipótese pôde ser elaborada também a partir de nosso interesse e conhecimento prévio sobre esse importante conceito da teoria marxista e de seus desenvolvimentos realizados em articulação com a teoria psicanalítica. Com o objeto,

uma hipótese e os referenciais teóricos já bem estabelecidos, incluído o método qualitativo com que conduzimos o trabalho, começamos efetivamente a pesquisa, agora com o intuito de fundamentar nossa hipótese para confirmá-la ou recusá-la ao final do processo.

Os resultados aos quais chegamos parecem confirmar de modo bastante rigoroso nossas hipóteses iniciais. Em nosso último ensaio, onde pudemos evidenciar de modo mais explícito nossos argumentos, apresentamos uma elaboração que evidencia ao menos três formas ideológicas de funcionamento do referido Manual e da psiquiatria que lhe é correlata. Falamos do DSM enquanto uma doutrina ideológica, com seus fechamentos e universalizações em uma suposta “linguagem oficial”; das práticas diagnósticas da Psiquiatria-DSM como um ritual ideológico, realizado nas instituições em que elas aparecem como pontos de sustentação da alienação em uma identidade imaginária, que interpela ao mesmo tempo em que administra indivíduos, buscando recolocá-los na sociabilidade capitalista conforme convém para a reprodução desse Modo de Produção; e falamos do DSM e sua psiquiatria como um conjunto de significantes e suas significações que se autonomizam e atuam na própria sociabilidade cotidiana, de modo independente, até certo ponto, de qualquer sustentação institucional ou doutrinária, como uma fantasia que estrutura uma parte do próprio tecido da realidade. Todas essas elaborações se basearam na bibliografia selecionada sobre o próprio Manual e no referencial teórico escolhido.

Ao chegar neste ponto, é importante deixar registrada uma afirmação. Ao realizarmos e sustentarmos essa crítica ao DSM e sua psiquiatria, não pretendemos, de maneira nenhuma, criticar o conjunto dos psiquiatras de nosso país ou de qualquer lugar do mundo. Não se trata de acusar indivíduos (muito menos sujeitos). Sabemos, evidentemente, que existem e damos imenso valor para tantos psiquiatras que atuam nos serviços de Saúde Mental por todo o país e que fazem um valoroso trabalho, especialmente nos serviços públicos. Estes ensaios se direcionam em grande medida para esses profissionais, especialmente para aqueles que muitas vezes *são levados a praticar* a psiquiatria-DSM, mas que desejam realizar uma *práxis* rigorosamente outra. Muito menos se trata aqui de eximir completamente a responsabilidade de tantos outros profissionais, que não deixam de assumir certo grau de cumplicidade com tudo que apresentamos aqui.

É por isso que o fundamental que se critica aqui é um certo *funcionamento* que a psiquiatria, enquanto profissão e instituição, assumiu ao longo de sua história. Trata-se de evidenciar um local que a psiquiatria ocupou na Formação Social, de onde se sustenta um sistema de conhecimento e se realiza uma prática eminentemente ideológica. Em poucas palavras, a psiquiatria não é ideológica em si mesma, o que acontece é que ela está *funcionando predominantemente como ideologia*. É o que acontece quando sua prática se deixa ser determinada por um Manual doutrinário como o DSM. Mas outra psiquiatria é possível e necessária. Os ensaios aqui desenvolvidos visaram também dar alguma contribuição nesse sentido, mesmo que por meio de uma crítica ao que existe atualmente como hegemônico.