



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

SILVIO GABRIEL LINHARES GUIMARÃES

**POR UMA ESCUTA DESOBEDIENTE: PSICANÁLISE E ANTIPSIQUIATRIA EM
GUERRA (E EM PACTO)**

For a Disobedient Listening: Psychoanalysis and Antipsychiatry at War (and in Pact)

São Cristóvão – SE

2026

SILVIO GABRIEL LINHARES GUIMARÃES

**POR UMA ESCUTA DESOBEDIENTE: PSICANÁLISE E ANTIPSIQUIATRIA EM
GUERRA (E EM PACTO)**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Sergipe (UFS) como requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Linha de pesquisa: Psicanálise e Cultura Contemporânea

Orientador: Prof. Dr. Daniel Menezes Coelho

São Cristóvão – SE

2026

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

G963p	Guimarães, Silvio Gabriel Linhares Por uma escuta desobediente: psicanálise e antipsiquiatria em guerra (e em pacto) / Silvio Gabriel Linhares Guimarães ; orientador Daniel Menezes Coelho. – São Cristóvão, SE, 2026. 158 f. Dissertação (mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Sergipe, 2026. 1. Psicologia. 2. Psicanálise. 3. Antipsiquiatria. 4. Psiquiatria. 5. Medicalização. I. Coelho, Daniel Menezes, orient. II. Título. CDU 159.964.2
-------	---

Em memória de Fernando Freitas

Dedicatória

Esta pesquisa é dedicada a todas as pessoas que foram e são psiquiatrizadas.

Agradecimentos

Sempre achei os “agradecimentos” a parte mais bonita de todo texto. É o momento que se mostra que ninguém chega a lugar algum sozinho.

Gostaria de começar agradecendo aos meus lutos. Neles, descobri que lembranças são formas de eternizar o amor. Minha avó (mãezinha), Socorro, que “és parte ainda do que me faz forte”. Minha mãe, Naide, por me ensinar que o amor é mais forte que o declínio do corpo. Meu amigo, Antônio Neto, pelos sorrisos compartilhados. Meu companheiro canino de momentos difíceis, Monstro.

A minha companheira, Grace, por acreditar nos momentos em que nada fazia sentido. Obrigado por fazer meus olhos brilharem, pois nada disso seria possível sem seu apoio. Obrigado por sonhar junto comigo.

A minha tia, Naiza, por ser minha mãe quando ela não pode mais. Obrigado por ser minha segurança. A meu tio, Leonardo, por ser meu pai. Obrigado por comemorar comigo em cada passo.

Aos meus amigos de Teresina, Kárita, Sid, Paulo, Dieguin, Felipe, Julio, Leo, Rodrigo, Milena, Elma, Jorge, Ícaro e Wassermann. Obrigado por me acompanharem durante a maior parte da minha vida. Vocês são o meu lar!

Aos meus amigos de Petrolina, Daniel, Luís e Pedro. Muito obrigado por diminuírem a solidão de morar longe. Seus incentivos foram fundamentais nesse caminho. A Shákia e Fernanda, por compartilharem do meu humor quebrado e do afeto. A Erika Epiphanio, por me ensinar que a psicologia pode ser diferente e ter me tirado de um destino infeliz como médico. A Karla Daniele, por me mostrar que ser humano vem antes de qualquer análise.

A Artur e Lucas, pela companhia na luta, na dor e na vida. Essa pesquisa é fruto do nosso encontro.

A Daniel Coelho, por apostar nesse percurso e em mim. A Rafaela Zorzanelli, Michele Vasconcelos e Rossano Cabral Lima, por me inspirarem com seus trabalhos e aceitarem contribuir comigo.

A Cristiano, o lacaniano mais empático que conheço, por ter sido meu irmão em Aracaju. Obrigado pela presença e pelas discordâncias. Jamais esquecerei do debate acalorado sobre pulsão de morte em plena uma madrugada ébria. A João Pedro e Henrique, pelas conversas na hora do almoço e o compartilhar do ordinário cotidiano.

A Rafael Lobato Pinheiro, por sustentar a escuta por tantos anos.

Ao grupo de pesquisas, por tantos atravessamentos, mas, principalmente, por expandirem meu horizonte às sextas-feiras.

Aos queridos colegas do Grupo Brasileiro de Pesquisas Sándor Ferenczi, por cada encontro caloroso, seja em São Paulo, no Rio de Janeiro ou em João Pessoa.

Ao Grupo de Estudos, Pesquisas e Práticas em Desmedicalização da Vida, em especial a Claudia Gomes, por me mostrar que é possível fazer diferente.

Ao Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental, Internet e Mídias Sociais e ao Krisis – Laboratório de Antropologia Crítica, pelas discussões e trocas.

Aos meus analisandos e alunos, por me fazerem ter certeza das minhas escolhas.

A FAPITEC/SE por viabilizar financeiramente esta pesquisa.

*“A única forma que pode ser norma / É
nenhuma regra ter / É nunca fazer nada
que o mestre mandar / Sempre
desobedecer / Nunca reverenciar”*

Belchior

Resumo

Esta dissertação tomou como eixo central as relações entre psicanálise e antipsiquiatria, destacando suas aproximações pontuais, disputas, tensões e alianças circunstanciais. Partindo de uma história controversa em que a psicanálise influenciou e foi influenciada por práticas psiquiátricas, a pesquisa buscou explicitar como essa ambivalência abriu espaço, ao mesmo tempo, para cumplicidades e resistências. Hodiernamente, essa discussão ganha urgência em tempos de franca expansão psiquiátrica, quando identidades diagnósticas passam a circular como explicações rápidas para administração de condutas. Destacou-se também o valor social do sofrimento e a moralização sofrida em diferentes fases da construção dos saberes psi. Nesse cenário, a antipsiquiatria foi tomada como uma posição crítica ao poderio psiquiátrico, à violência perpetrada sob a forma de tratamento e à lógica manicomial que se estabelece sem a necessidade de muros. Por fim, possibilidades de fazeres contra-hegemônicos foram apontadas como formas de práticas desmedicalizantes as quais a psicanálise poderia se aliar.

Palavras-chave: Psicanálise; Antipsiquiatria; Psicologia; Psiquiatria; Medicalização da Vida.

Abstract

This dissertation took as its central axis the relationships between psychoanalysis and antipsychiatry, highlighting their specific approximations, disputes, tensions, and circumstantial alliances. Starting from a controversial history in which psychoanalysis influenced and was influenced by psychiatric practices, the research sought to make explicit how this ambivalence opened space, at the same time, for complicities and resistances. Nowadays, this discussion acquires urgency in times of frank psychiatric expansion, when diagnostic identities begin to circulate as rapid explanations for the administration of conduct. The social value of suffering and the moralization it underwent in different phases of the construction of the psy knowledges were also highlighted. In this scenario, antipsychiatry was taken as a critical position toward psychiatric power, the violence perpetrated in the form of treatment, and the asylum logic that becomes established without the need for walls. Finally, possibilities for counter-hegemonic practices were pointed out as forms of demedicalizing practices with which psychoanalysis could ally itself.

Keywords: Psychoanalysis; Antipsychiatry; Psychology; Psychiatry; Medicalization of Life.

Avisos Importantes

Cara leitora e caro leitor, se você está fazendo uso de drogas psiquiátricas, é muito importante que **NÃO** interrompa abruptamente, principalmente com base nas considerações feitas pelo texto que irá ler. A retirada de tais substâncias deve ser feita com acompanhamento de profissionais capacitados em desprescrição para que os efeitos nocivos possam ser aliviados.

Outro ponto importante de aviso é que questionar as causas biológicas de transtornos mentais não significa invalidar o sofrimento. Há uma compreensão de que ele é real e pode se manifestar de maneiras paralisantes. Ainda sobre isso, também não significa dizer que o corpo não sofre modificações, mas que o que ocorre não está na raiz do que é categorizado como diagnóstico.

Por fim, estabelecer uma crítica a instituições e discursos não implica na condenação moral de pessoas enquanto sujeitos que fazem parte desses arcabouços, inclusive, muitas vezes, sem terem ciência das contradições que permeiam a epistemologia do que fazem.

Sumário

1 Para Início de Conversa	13
2 O Caldo Entornando	24
3 Dr. Freud and Mr. Hyde: Psicanálise e Medicalização	31
3.1 Medicalização da vida	32
3.2 Pílulas de Foucault	37
3.3 Gotas de Illich	41
3.4 Injeções de Conrad	44
3.5 O frágil conceito de “transtorno mental”	47
3.6 Loucura, a que será que se destina?	54
3.7 Diagnosticando diagnósticos.....	58
3.8 Em nome da APA, da psiquiatria e do DSM, amém	60
3.9 Mercado de saúde ou de doenças?	68
3.10 Diagnóstico da Silva	70
3.11 Confusão de línguas entre o DSM e a vida	72
4 Desorganizando para Organizar: A Antipsiquiatria	75
4.1 A astrologia psiquiátrica	81
4.2 O cerne do problema	90
4.3 Dando sentido a loucura	95
4.4 A antipsiquiatria contra o manicômio	102

4.5 Basaglias pelo fim dos manicômios	111
4.6 Por uma psicanálise radical	118
5 Dom Quixote Contra os Moinhos Psiquiátricos	120
5.1 É possível fazer diferente	122
5.2 Menos muro, mais mundo	130
6 Considerações Finais Não-todas.....	135
Referências Bibliográficas	138

1 Para Início de Conversa

A psicanálise e a psiquiatria compartilham uma história controversa com pontos de encontro e desencontro. Práticas distintas foram semelhantes em diversos momentos e se influenciaram mutuamente, seja apoiando-se ou fazendo frente uma à outra. Nesse contexto, ambas gozam de um lugar de destaque no imaginário do senso comum e na cultura contemporânea.

Sigmund Freud, na Conferência XVI, que compõe as Conferências Introdutórias sobre Psicanálise (1916–1917/1996), intitulou seu texto como *Psicanálise e Psiquiatria* e o dirigiu aos interlocutores críticos de uma postura científica proposta pela condução analítica. Nas palavras de Freud, encontra-se uma crítica feita ao caráter superficial de como os psiquiatras abordam os fenômenos mentais, fechando-se em uma preocupação com o caráter hereditário, o diagnóstico e o prognóstico, o que demonstraria pouco interesse pelo conteúdo das afecções.

Um futuro no qual as técnicas analíticas fossem utilizadas pela psiquiatria foi previsto por Freud, entretanto, tal relação guarda consigo uma complexidade muito mais profunda do que o tom otimista sobre a fusão poderia prever à época (Freud, 1916–1917/1996). Contudo, anos depois, o controverso fundador da psicanálise voltou suas críticas para a forma como a psicanálise era utilizada pela psiquiatria americana. Sendo empregada como método terapêutico, os médicos demonstrariam pouco interesse no significado cultural e nos problemas científicos que compunham o escopo psicanalítico, o que demonstraria uma frágil familiaridade e um uso débil de conceitos e expressões isoladas. Outro ponto de destaque seria o ecletismo com o qual se misturava a psicanálise com sistemas teóricos diversos, o que foi nomeado por Freud como uma tentativa de demonstrar uma mente aberta, mas que, na verdade, atingia uma falta de discernimento (Freud, 1930/2010a).

As aproximações da psicanálise com outros saberes e práticas do campo psicológico, como a psicologia, psiquiatria, neurologia e neurociência, guardam nuances de múltiplas afetações, sendo alguns pontos de ataques à teoria psicanalítica e outros de defesa. O inegável é que os estudos do inconsciente influenciaram e alicerçaram para que as mais diversas ordens possam galgar seus próprios caminhos, mesmo que sejam rompendo e recalçando seu passado psicodinâmico (Zaretsky, 2006). Porém, a psicanálise não se manteve inerte e imutável em mais de um século de história. Por vezes, aproximou-se de uma psicologização e psiquiatrização de sujeitos, caindo na mesma armadilha eclética que criticou, assim como algum personagem de

uma tragédia grega que tenta evitar seu destino conhecendo as previsões oraculares, a modernização neoliberal psicanalítica seguiu o fio tecido pela moira do capitalismo (Parker; Pavón-Cuéllar, 2025).

A interpretação do passado é a base de um processo analítico e também o que fundamenta a compreensão do presente. O fato é que se faz mister uma imersão radical no aparecimento da psicanálise e na psiquiatria para uma leitura do estado atual das práticas. Importante destacar que por “radical” entende-se com base em sua etimologia, ou seja, referente à raiz, entretanto, o termo foi tomado por conservadores que o classificam erroneamente como associado à exaltação, extremismo ou irresponsabilidade (Heather, 1976/1977). A crítica radical não é uma forma alvoroçada e que morre em si mesma, mas uma postura combatente e organizada que toca feridas narcísicas tão bem escondidas pelo caráter fantasioso de completude, o que, por vezes, besunta-se no verniz daquilo que é chamado de ciência ou busca argumentos retóricos *ad hoc* para não reconhecer as fragilidades da própria prática.

A honestidade intelectual reside no reconhecimento das falhas daquilo que se faz e a imersão de uma crítica intracampo ao qual se pertence. Conhecer e documentar as origens duvidosas de práticas que beneficiam profissionais e saberes que moldam a subjetividade contemporânea é lançar uma sobriedade ao romantismo artificial propagado e maquiado para que não seja reconhecido como uma forma de governo. Destarte, cabe um mergulho profundo nas águas abissais da contradição, nas quais a psicanálise e a psiquiatria banharam-se, porém, sem esquecer a bússola que orientaria uma forma crítica de refletir sobre o que se faz.

Um *leitmotiv* em comum embala a ascensão e expansão das duas, o que pode ser nomeado como o fenômeno de medicalização da vida. Tanto a psicanálise quanto a psiquiatria beneficiaram-se de um processo moderno de tornar experiências consideradas socialmente indesejadas em objetos sob o domínio da ordem médica. A *démarche* do movimento situa-se na transposição de elementos da ordem moral, social e política para explicações tidas como produzidas pelo campo da saúde, conservando o caráter moralizante referente à produção do que seriam os transtornos psiquiátricos (Freitas; Amarante, 2017).

A medicalização da vida não possui um consenso em seu conceito, podendo muitas vezes ser compreendida como sinônimo de patologização e medicamentação ou refere-se à ascensão da centralidade médica nas práticas de saúde. Salienta-se que a medicalização é um objeto de estudo que possui suas bases inicialmente na sociologia, o que demarca o caráter

sobretudo de organização social que desempenha, fato que coloca em xeque a posição solipsista que o saber clínico pode assumir, sobretudo com o agir do *furor curandis* (Minakawa; Frazão, 2019).

A psicanálise surgiu como uma prática radical de escuta e emergiu de um movimento marginal, propondo de partida uma escuta do sujeito em suas amplas condições, incorporando o caráter relacional e político e desafiando o saber biomédico e organicista. Marcada como parte da psiquiatria moderna, conservou distanciamentos teóricos e práticos do fazer hegemônico asilar, fundamentando o primeiro grande arcabouço de compreensão e intervenção sobre a vida pessoal. A meta não era uma “cura” da loucura como um restabelecimento da razão e da moral como os tratamentos morais defendiam. Em oposição a isso, borrou as barreiras entre o que seria dito normal e patológico (Goffman, 1978; Parker; Pavón-Cuéllar, 2025; Zaretsky, 2006).

A crítica ao fazer psiquiátrico hegemônico à época remonta ao nascimento da psicanálise ao berço asilar que, antes de converter-se em manicômios, estruturava-se em Hospitais Gerais. Esse é também o lar do alienismo que foi convertido em psiquiatria na mesma instância temporânea. É nesse local, ainda constituído de muros e grades até então, que se concentra o aparelho jurídico e o aparato de repressão utilizados para coibir e “consertar” a falha moral que impedia que sujeitos trabalhassem e estaria no cerne do volume de pessoas excluídas socialmente que não deveriam habitar as ruas, uma vez que seria uma parcela indesejada da população (Foucault, 1972/2010).

O ambiente encarcerador não era destinado apenas às pessoas ditas como “loucas”, uma vez que se expandia como local de internação em massa de qualquer uma ou um que perturbasse minimamente a hipocrisia social vigente. Nesse balaio de gatos sem critérios específicos, avolumou-se a população trancafiada com pessoas em situação de mendicância, estrangeiros, crianças órfãs, mulheres desvirginadas antes do casamento ou que foram abandonadas por seus maridos, pessoas racializadas, idosos que não conseguiam trabalhar e dependiam de cuidados, entre tantos outros casos. Por conseguinte, um solo fértil se fez para o aparecimento das mais diversas e atrozes categorias diagnósticas, como a neurose do viajante ou dromomania, que perseguia judeus expulsos e perseguidos, o bovarismo e a síndrome da esposa abusada que remetiam-se respectivamente a propensão de mulheres a serem possuidoras de devaneios e ao fato de não conseguirem sair de relacionamentos abusivos, o enfuriamento, a drapetomania e a disestesia etiópica, essas destinadas a pessoas escravizadas que resistiam à violência sofrida ou

sucumbiam a ela. Porém, uma neurose em específico comportou a pedra angular para o desenvolvimento da psicanálise e da psiquiatria: a histeria (Foucault, 1972/2010; Greenberg, 2013; Zaretsky, 2006).

A histeria desafiava a prática médica organicista da época e invocava uma exigência de uma explicação psicológica. Dividindo os estudiosos, duas correntes principais tentavam validar-se, sendo uma que acreditava na dissimulação dos sinais e sintomas e outra que incansavelmente obstinava-se a encontrar uma alteração anátomo-fisiológica cerebral. Lançando luz sobre o palco mais importante desse debate, encontra-se na ribalta o médico Jean-Martin Charcot com seus verdadeiros espetáculos de hipnose no Hospital da Salpêtrière. Afirmando que o conhecimento anatômico estava esgotado, Charcot, herdeiro do iluminismo, ao invés de dissecar cadáveres, buscava por uma explicação fisiológica ou dinâmico-funcional daquilo que se chamava de histeria (Foucault, 2003/2022; Zaretsky, 2006).

A importância da eleição do Hospital da Salpêtrière se dá por ser o espaço em Freud encontra o motor que irá impulsionar suas primeiras produções de grande relevância, contudo, é mister destacar que existiam vários hospitais espalhados pela Europa do século XIX e XX que promoviam um verdadeiro zoológico humano com o pretexto de promover debates científicos (Foucault, 1972/2010). A espetacularização, tão destinada para descrever o comportamento de histéricas, demonstrava-se nas próprias sessões clínicas de hipnose promovidas por Charcot, ao conseguir embasbacar o público com a troca de sintomas entre pacientes ou a remoção momentânea deles. Verifica-se que demonstraria uma ausência de dano a uma estrutura anatômica que justificasse a sintomatologia em questão. O cenário está montado para a insurreição psicanalítica liderada por Sigmund Freud (Zaretsky, 2006).

A compreensão da neurose histérica à época comportava um discurso moral sendo biologizado e depois psicologizado, uma vez que havia o entendimento de uma feminilidade inerente que colocava em xeque a autonomia tão estimada pelo vitorianismo. Outro ponto, era o alinhamento das proposições de Charcot à teoria da degeneração ou da degenerescência proposta por seu colega Bénédict Augustin Morel. Acreditava-se que os degenerados estavam imersos em complexas redes hereditárias que eram responsáveis pela debilidade dos níveis superiores da mente e que isso se confirmava nas diferenças raciais. Deve-se salientar que a degeneração estava por base nos casos de crime e suicídio e que deveria ser “tratada” por uma correção moral. Nessas circunstâncias, não é exigido um esforço intelectual hercúleo para que

se compreenda como tais proposições serviram ao racismo científico, à fisiognomia, à frenologia e, em destaque aqui, à expansão do encarceramento como forma de tratamento (Foucault, 2003/2022; Zaretsky, 2006).

O tratamento moral baseava-se principalmente em estratégias de confissão da loucura e uma busca do aparecimento da degeneração na cadeia hereditária. Se fosse realizado um esforço semelhante e o alvo da inquisição psiquiátrica fosse a própria psiquiatria, seria possível criar uma árvore genealógica familiar mostrando que as raízes de Morel perpassam por antecessores como Jean-Pierre Falret, Philippe Pinel e Jean Étienne Dominique Esquirol, assim demonstrando como a história anistiu a origem do saber e do fazer psiquiátrico. Voltando-se para o momento em que Pinel atuou quase como *deus ex machina* e libertou os condenados em internações asilares de seus grilhões, marcou-se uma nova forma de gerência de subjetividades muito mais eficaz, no qual o alvo é o próprio discurso (Foucault, 2003/2022).

A psicanálise que surgiu dando voz aos sofrimentos daqueles que nada podiam dizer sobre si mesmos, uma vez que eram silenciados pelo saber médico, também é a mesma que instalou uma nova moralidade sobre a sexualidade. Houve uma introdução de termos biológicos e mentais através de um aumento de complexidade sobre fenômenos como desejo e poder, de modo que se tratava de uma energia rebelde que fora reprimida. O caráter científico foi instaurado a fim de compreender e explicar uma teoria do desejo centrada na lógica da concupiscência (Foucault, 1976/2023).

Poder e desejo articularam-se intimamente através do ditar uma lei no que diz respeito à vida sexual. O sexo foi reduzido, diante do poder, a um regime binário que comporta polos de valorização moral. Nesse exercício, operou-se uma legislação que prescrevia a ordem a ser cumprida. A psicanálise surgiu como uma suposta liberação daquela repressão exercida, porém, é mister ressaltar que o poder não age de modo negativo, ou seja, não rejeita, exclui, recusa ou barra, mas cria um estado de direito enunciado por uma regra capilarizada por diversos setores sociais (Foucault, 1976/2023).

A tomada do sexo da vida comum pelo discurso médico, psicológico e psiquiátrico é apenas um dos exemplos do que pode ser chamado de medicalização. O deslocamento do saber médico, do objeto da ciência médica e das intervenções para os campos social, político e econômico não demarca apenas uma mudança profunda na estruturação das ciências, mas uma modificação do exercício do poder (Zorzanelli; Cruz, 2018).

A capacidade de se poder psicologizar e psiquiatrizar praticamente qualquer instância da vida somada à herança iluminista fez com que os campos dedicados à compreensão dos fenômenos mentais ascendessem rapidamente na esfera social sobretudo a partir do século XIX. As raízes são anteriores, por outro lado é preciso demarcar os objetos desta investigação, então centraliza-se a análise em uma constituição mais sólida da psicanálise e da psiquiatria que remonta aos séculos XIX e XX e as implicações que alcançam a sociedade hodiernamente.

Um fato em destaque é que o movimento freudiano produziu uma mudança crucial na linhagem médica. As barreiras entre o dito “normal” e o “patológico” foram borradas e passava-se a uma possibilidade de que um sujeito poderia ser socialmente “normal” mesmo sendo tomado por um padecimento abominável. A relação também se sustenta quando um sujeito poderia ser categorizado como “louco” pela sociedade e viver sua vida psíquica em harmonia. O demonstrado é que, em suma, aquele que diagnostica é um guardião da moralidade e, por conseguinte, da sociedade (Goffman, 1978).

Os limites entre “normal” e “patológico” nunca foram claros e explícitos, sendo campo de uma série interminável de propostas de nomeação, classificação e controle. Diversos autores importantes tentaram abordar a questão do ponto de vista psicopatológico, não apenas os já citados Pinel e Esquirol, como também Griesinger, tido como pai da psiquiatria biológica, Falret, Baillarger, Maudsley, Ribot, Janet, Krafft-Ebing e Emil Krapelin, conhecido pai da psiquiatria moderna, sem perder de vista o já explicitado, Morel. Apesar disso, há uma nuance que extrapola os muros da clínica e que precisa ser entendida que é a organização social que se dá em torno daquilo tido como um adoecimento psíquico.

Georges Canguilhem, no clássico *O Normal e o Patológico* (1966/2009), explorou como as definições de algo patológico são frágeis e variáveis. O paradigma quantitativo médico-positivista foi colocado em xeque em nome de uma elaboração mais refinada e qualitativa do que seria um processo tido como uma doença. Nesse cenário, uma normalidade seria desenvolvida de acordo com seu contexto, rompendo com a polarização instalada pelo critério da ausência de adoecimento. Saúde seria entendida então como a capacidade de instituir e adaptar-se às normas, enquanto a doença abarcaria uma nova norma que reduziria uma potência de ação por parte da vida. Haveria então uma redução drástica do biologicismo e um norte que apontasse para o caminho das ciências da saúde como um saber sobre as normas situadas sociohistoricamente.

A ênfase dada pela obra de Canguilhem localiza-se no exercer de uma medicina de cunho mais biológico, ainda assim isso não foi entrave para que se extrapolasse para um pensamento inerente ao campo das afecções mentais. A passagem se dá sobretudo na obra de Michel Foucault que incorpora outros elementos demonstrando como o próprio objeto da medicina se modificou ao passo dos séculos e destaca a emergência das ciências que se ocupavam da vida psíquica.

O alicerce dado para a edificação de um percurso pela compreensão que embasou os movimentos de medicalização, permite que haja um olhar amplo para elementos que sustentaram o local de privilégio assumido por psiquiatras, psicólogos e psicanalistas. Todavia, gozar da posição na qual se estruturam hoje não foi uma construção arbórea e de profundas raízes, mas manejos discursivos e manobras políticas (Coppock;Hopton, 2000).

A frágil conceitualização do que seria uma “loucura” ou “doença mental” aliada à capacidade expansiva voraz da medicalização da vida são molas importantes no impulsionar dos movimentos adotados pelas práticas no campo do psiquismo. A psicanálise, mesmo se propondo a uma radicalidade e fazendo frente ao discurso biomédico da época, é incorporada pela psiquiatria e, por um período considerável de tempo, operou oferecendo explicações que capturavam as falas de sujeitos e as transformavam em provas contumazes da loucura ou da insanidade mental (Castel, 1973/1978). Freud (1916–1917/1996) afirmou que o problema não seria a psiquiatria, mas os psiquiatras, demarcando o antagonismo que os práticos possuíam em relação ao fazer psicodinâmico, contudo, o que a história assegurou foi o uso da teoria psicanalítica para o estabelecimento de uma psiquiatria psicodinâmica (Ellenberger, 1970/2023).

A neutralidade analítica estava em jogo para afirmar uma pretensão cientificista, porém, revela-se como uma amálgama ficcional produzida pelas condições políticas, históricas e técnicas. Mesmo nesse cenário, alguns analistas evocam o poder revolucionário que a psicanálise pode desempenhar frente ao processo de psiquiatrização, no entanto, há uma fragilidade quando não se reconhece que os acordos com a psiquiatria atuaram fortemente para a inserção sócio-política e pela transformação em uma técnica de adequação que responde aos anseios morais e privilegiados socialmente (Castel, 1973/1978; Parker; Pavón-Cuéllar, 2025).

A relação entre psicanálise e psiquiatria é complexa e com uma miríade de nuances que seriam impossíveis de serem abordados em completude, não obstante, há de se ressaltar que a

crítica psicanalítica ao fazer psiquiátrico teve, na maior parte das vezes, um tom brando e reformista, mesmo quando se propunha a demarcar uma separação de campos ao se alocar fora da medicina mental (Castel, 1973/1978). Não há uma voz uníssona sobre a posição tomada pela psicanálise na expansão do poder psiquiátrico, contudo, alguns psicanalistas alinharam-se a um movimento emergente chamado de antipsiquiatria.

A antipsiquiatria não é um movimento único e coeso, inclusive possuindo diferentes faces de acordo com o país em que se desenvolveu, o que não impede de uma busca por explicitar, de maneira ampla, uma importante história do momento pós-guerra.

O nome “antipsiquiatria” pode gerar alguns desconfortos ao ser tomado como sinônimo de negacionismo, pseudociência ou mesmo teoria da conspiração, no entanto foi designado pelo psiquiatra sul-africano David Cooper (1967/1973) para a articulação que se formara a fim de questionar os dogmas psiquiátricos vigentes. A violência tida como modelo de tratamento estava em questão e a loucura transformada em esquizofrenia associada à ideia de periculosidade iminente é deslocada do lugar de argumento incontestável para ser pensada como produzida pelo próprio manejo médico-social.

A definição do que seria o movimento da antipsiquiatria é complexa e tomaria formas diferentes de acordo com a avaliação e implementação feita em diversos contextos e locais, contudo há por base uma tendência de pôr em xeque a terapêutica psiquiátrica convencional, o que poderia ser vista como uma evolução da própria psiquiatria ao compreender os conflitos sociais e familiares como causadores permanentes que serão traduzidos na formação dos quadros clínicos (Arruda, 1972). Ademais, é mister acrescentar que se trata de um manifesto, uma revolta contra a violências perpetrada em nome da razão e de uma falsa segurança social.

A crítica sustentada pela antipsiquiatria apresentou diversas nuances, não sendo possível assegurar uma voz uníssona que ressoasse por toda a mobilização. A centralidade assumida por três autores (David Cooper, Ronald Laing e Thomas Szasz) não resume as diversas formas e influências assumidas no irromper da oposição às práticas psiquiátricas. Nesse cenário, nomes como de Michel Foucault, Franca e Franco Basaglia, Erving Goffman, Robert Castel, Félix Guattari, Gilles Deleuze, Jean-Paul Sartre, François Tosquelles, Frantz Fanon e Jacques Lacan podem aparecer como associados ao movimento, sendo influenciadores ou influenciados pela efervescência contracultural à época (Bosseur, 1974/1976).

A antipsiquiatria também possuiu raízes práticas em instituições e movimentos de base como no Hospital de Gorizia e de Trieste, Clínica La Borde, Escola de Palo Alto, a Clínica de Tavistock, comunidade Kingsley Hall e o Coletivo Socialista de Pacientes (SPK). Todas essas instituições diferem-se pela forma como conduziram suas práticas, não obstante, há um elo entre si que é a proposição de alternativas à psiquiatria hegemônica (Bosseur, 1974/1976).

A interseção entre as diversas insurreições antipsiquiátricas, desde as mais conservadoras e reformistas até as mais radicais e revolucionárias, comporta três principais eixos de articulação, o repúdio à nosografia psiquiátrica, à instituição asilar e ao tratamento violento e ou adaptativo (Musacchio, 1978).

Em primeiro lugar, nega-se o estatuto da doença mental como desprovido de razão, mas estabelece-se com ele um reconhecimento de um semelhante e de uma lógica diferente de ordenamento do mundo e das experiências, com isso, aquilo que se chama de saúde mental nada mais é que o resultado de uma série de condicionamentos, modelagens e expectativas morais que devem ser correspondidas (Bosseur, 1974/1976; Goffman, 1978; Musacchio, 1978). Nesse cenário, o diagnóstico serviria ao psiquiatra mais que ao paciente e atuaria como uma forma de dissimulação ante o desconhecimento do que seria a própria afecção mental. Não se trata de nomear o sofrimento, mas de uma corporificação de uma entidade mórbida arbitrária que mumifica, coisifica e condena o sujeito a um destino de intervenções e sofrimentos pretendidos pelo prognóstico e tratamento (Musacchio, 1978; Foucault, 1954/2008).

A fragilidade das explicações psiquiátricas para as doenças mentais somada à insustentável epistemologia da psiquiatria que buscava sustentar-se como ciência dura (*hard science*), entretanto só demonstrava uma mistificação da biologia sem evidências reais, fizeram os antipsiquiatras buscarem por uma concepção da loucura como algo cultural. Isso perpassaria a quebra da barreira entre o “normal” e o “patológico”, movimento já realizado por Freud, no que se refere às neuroses. Apesar disso, sua iniciativa ainda foi limitada em relação à psicose (Bosseur, 1974/1976; Goffman, 1978).

O repúdio à instituição asilar comporta uma complexidade muito além do pensamento concreto de muros e grades. Para isso, é mister a compreensão da lógica manicomial. De partida, há uma centralidade da administração da violência em diferentes graus de modo que seja velada. O funcionamento comporta uma hierarquia que condene à exclusão sob a justificativa de uma finalidade educativa ou de imputar e combater a “culpa” e a “doença”. Nesse rol, encontra-se a

família, a escola, a prisão e os manicômios, sendo nomeadas por instituições da violência (Basaglia, 1968/2010).

A hierarquia baseia-se na distribuição desigual, arbitrária e mística de sujeitos em torno de valores como bom e mau, são e doente, respeitável e não-respeitável. Com isso, a face violenta não é exposta abertamente, mas encontra vazão no poder estendido ao desempenhar técnico especializado que depende da inferiorização dos sujeitos que são alvos das intervenções. Nesse ponto, a inferioridade moral e social consegue ser confirmada cientificamente e carece por correção de sua conduta (Basaglia, 1968/2010).

O diagnóstico psiquiátrico participaria da lógica manicomial como uma forma de etiquetamento que codificaria uma passividade daqueles que não conseguem se opor e a torna irreversível. Na crítica estabelecida, compreende-se que a lógica de sujeição alonga seus pseudópodes para fora do aço e do concreto dos altos muros do manicômio, todavia que estabelece uma postura de prostração da pessoa em sofrimento mental ante ao aplicador do conhecimento técnico-científico (Basaglia, 1968/2010).

A gerência desses corpos acontece pela violência, exclusão e silenciamento, ainda que não transpareça, evidenciando que “o manicômio destrói o doente mental” (Basaglia, 1968/2010, p. 94). No contexto, não há uma compreensão de que ali existe antes de tudo uma pessoa, mas um encarnar do adoecimento que deve ser contido e adaptado a todo custo. A proposta realizada de colocar o quadro entre parênteses e olhar para o sujeito leva em consideração que é fundamental um acolhimento e a garantia de um lar livre, afirmando a liberdade e autonomia, além de um canal aberto para a discussão de todos os comportamentos em oposição à proibição apriorística (Basaglia, 1968/2010). Isso só é possível com o entendimento de que o que é tomado por doença mental é, na verdade, uma tentativa de resolução de um conflito que deve ser respeitada (Musacchio, 1978).

Com base nesses apontamentos, a psicanálise e antipsiquiatria se relacionariam com a repressão social sobre sujeitos e subjetividades (Bosseur, 1974/1976). A psicanálise possui, em sua história, uma capacidade de associar-se com movimentos “anti”, como anticapitalistas, anti-heteropatriarcais, antirracistas, anticoloniais e, inclusive, assume a postura de uma antipsicologia. Isso é possível devido à articulação com movimentos políticos e a faculdade de reflexão crítica social e de si mesma desempenhada por uma parte significativa de analistas

(Parker; Pavón-Cuellar, 2025). Nesse contexto, coloca-se o problema em questão: como a psicanálise articulou-se e se articula com a antipsiquiatria?

Houve realmente uma oposição psicanalítica à violência psiquiátrica? Se sim, poderia a psicanálise afirmar-se como uma prática antipsiquiátrica? A história contraditória assumida pelo movimento psicanalítico resguardaria uma vertente da escuta radical para além do fazer medicalizante e adaptativo? É possível estabelecer uma forma de escuta analítica desvinculada ou ao menos distanciada da hegemonia do diagnóstico psiquiátrico moderno? Essas são algumas questões almejadas pelo percurso teórico desenvolvido.

2 O Caldo Entornando

A psicanálise tornou-se uma prática de forte influência na cultura ocidental contemporânea, ocupando um local de privilégio tanto na clínica quanto na análise social. No entanto, não é possível afirmar que se mantém a mesma desde a passagem do século XIX para o XX. O pensamento freudiano foi por vezes modificado e aliado a diferentes discursos, alguns deles contraditórios entre si (Zaretsky, 2006).

A visão clássica de um analista sentado atrás do divã, fumando charutos e fazendo perguntas enigmáticas permeia o senso comum deslocando a psicanálise para um lugar elitista dissonante de suas raízes (Parker; Pavón-Cuéllar, 2025). Nascida de uma experiência radical de escuta, apontou para uma alternativa ao modelo biomédico hegemônico, compreendendo as afecções mentais como resultados dos conflitos internos vivenciados por cada sujeito que se deitava no divã. Nesse cenário, as afetações políticas e socioculturais também faziam parte dos sofrimentos manifestos, não sendo raros os achados teóricos que indicavam o impacto do heteropatriarcalismo e das guerras sobre os que viviam o conturbado momento europeu (Ferenczi, 1908/2011; Freud 1920/2023; Parker; Pavón-Cuéllar, 2025; Zaretsky, 2006).

A mistura com o contexto histórico-cultural deu o tom das clínicas populares que brotaram em diversos locais, sobretudo no pós-guerra. Instituições que foram o solo fértil para as diversas formas de experimentações clínicas que não dissociavam a prática analítica do engajamento político. Assim, há de se destacar que houve um passado pouco neutro politicamente na história da psicanálise, por outro lado, isso é perdido, sobretudo com a ascensão de Ernest Jones, porém, não só. Diversos movimentos dentro da hegemonia psicanalítica propiciaram a aproximação de uma neutralidade política que levou à desvalorização do contexto vigente (Gabarron-Garcia, 2023).

Um dos pontos que podem ser destacados é o caminho tomado por parte da prática psicanalítica, temporalmente localizado na década de 1970, que tomou para si uma acepção de prática terapêutica semimédica, voltando-se para o tratamento dos ditos “transtornos mentais” e dando livre-passe para o que se tornariam seus maiores opositores, como a neurociência, a psiquiatria biológica e psicofarmacologia. Foram esses psicanalistas que participaram do processo de psicologização da psicanálise, baseando-se em uma distinção entre saúde e doença que era contraditória às bases da prática em questão (Parker; Pavón-Cuéllar, 2025; Zaretsky, 2006).

A localização dos anos 70 só demarca o momento mais crítico da ruptura, pois é possível destacar movimentos que antecederam e até anunciaram o que estaria por vir. Nesse caso, é importante o olhar sóbrio para a história da psicanálise, uma vez que rompimentos e tensões acompanham a ciência desde sua invenção. Contudo, é possível destacar o aparecimento do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM) engendrado pela relação torpe entre psicanálise e psiquiatria (Bezerra Jr., 2014; Caponi, 2012; Zaretsky, 2006).

A publicação na década de 1950 da primeira edição do DSM contou com a produção da Associação Americana de Psiquiatria (APA) e trazia em seu texto uma pretensão diferente do local assumido pelas versões mais atuais. As páginas apresentavam cerca de 106 categorias diagnósticas fortemente influenciadas pelo pensamento psicodinâmico e seria uma tentativa, dentre tantas, de categorizar os sofrimentos mentais, visto que duas forças conflitavam para tal, sendo uma herdeira de Emil Kraepelin com uma visão de uma evolução dos pacientes e a ideia de categorias excludentes entre si e, a outra, impulsionada pela psicanálise que transformava o muro impenetrável entre o normal e o patológico em uma membrana semipermeável como a classificação em grandes estruturas (Benilton Jr., 2014; Caponi, 2012).

A centralidade do pensamento kraepeliano ainda era muito tímida na segunda versão do DSM, publicada na década de 1960. No entanto, a situação se transformaria com o advento do DSM-III em 1980. O manual ascendeu ao estado atual de *bíblia da psiquiatria* ao sair em defesa do modelo biomédico aplicado aos sofrimentos mentais. Cabe um destaque sobre como a tarefa encarregada de sua elaboração e liderada por Robert Spitzer se autoproclamava como *neokraepelianos* (Caponi, 2012). Para a compreensão do que o termo carrega consigo e as consequências do pensamento aliado ao de Kraepelin, é preciso mergulhar um pouco na história do pai da psiquiatria moderna (não ironicamente).

Kraepelin utilizou de dados estatísticos coletados em diversos países, como diminuição das taxas de natalidade, aumento das de suicídio, mortalidade infantil e de sofrimentos mentais decorrentes do álcool e da sífilis para alicerçar a teoria da degeneração biologicamente, assim negando a alteridade dos mais diferentes contextos e biologizando os fatos sociais destacados. Além disso, houve uma empreitada evolucionista do psiquiatra que baseou futuras intervenções políticas e higienistas (Caponi, 2012).

Os estudos estatísticos fizeram Kraepelin argumentar sobre a inferioridade transmitida de pais portadores de sífilis e alcoolistas como responsáveis diretos do montante de

degenerados. Nesse rol, pertenceriam os chamados idiotas, criminosos, prostitutas e vagabundos. O legado eugenista e racista kraepeliano teve uma continuidade com seu aluno e sucessor, Ernst Rüdin, que, filiado ao Partido Nazista Alemão, trabalhou na implantação da *Lei para a Prevenção de Descendência com Doenças Hereditárias* de 1933, o que, mediante uma arquitetura de higiene social, foi responsável pela esterilização forçada de milhares de pessoas tidas como degeneradas (Timimi, 2020).

O trabalho de Kraepelin chega aos dias atuais por meio de um posicionamento objetivo da psiquiatria, no qual, ouvir os relatos de angústia e o sofrimento humano não teria mais qualquer espaço. Outrossim, criou-se uma equivalência sobre cuidado e diagnóstico, de modo que seria necessário inserir os sujeitos em classificações de patologias psiquiátricas. Para o psiquiatra, a empatia seria um perigo para a prática clínica, pois levaria a enganos, então realizou uma oposição à psicanálise (Caponi, 2012).

A teoria da degeneração ou degenerescência não foi algo completamente rechaçado pela psicanálise logo de partida, o que pode ser evidenciado inclusive em textos do mais empático dos psicanalistas, Sándor Ferenczi. Porém, no decorrer da experiência clínica e do refinamento de seu pensamento, é nítido o afastamento da ideia de degeneração hereditária (Dean-Gomes, 2019). Aqui conserva-se a contradição tão presente em grandes figuras e em toda a história da psicanálise.

O fato é que o pensamento de uma classificação moral apresentada como verdades biológicas atéticas e apolíticas, atravessou o tempo e edificou-se na égide dos diagnósticos psiquiátricos contemporâneos. Todavia, é mister um olhar mais aguçado sobre como tais classificações são construídas e os impactos da ampla aceitação.

A redação do DSM-III apontou sua identificação clara com os princípios kraepelianos e isso não se perdeu nas outras versões posteriores. O DSM-5-TR domina as estantes de livros dos profissionais psi e é ensinado, em muitos casos, como uma verdade universal da mais pura ciência, marcando uma doutrinação colonial que desconsidera diferenças culturais e sociais e reafirma o imperialismo americano em sua face de expansão neoliberal (Timimi, 2014).

A construção dos textos é realizada com grandes acordos de médicos psiquiatras que possuem uma miríade de conflitos de interesses com a indústria farmacêutica (Frances, 2016; Whitaker, 2017). A situação chega a soar como conspiratória, entretanto, Allen Frances (2016), presidente da força-tarefa responsável pela produção do DSM-IV, explicitou sobre o fato de

manuais criarem epidemias falsas de diagnósticos. Com a larga aplicação indiscriminada do DSM, seria mais assertivo falar de epidemia ou pandemia?

O que se põe no horizonte é que, mesmo pretendidos como formas de vincular um quadro de sofrimento mental com seu tratamento correto, os diagnósticos psiquiátricos operam de maneira ineficiente e são realizados com uma objetividade arbitrária, o que contradiz a solidez tão veiculada sobre seu emprego, principalmente por não terem a construção semelhante aos outros da medicina (Timimi, 2014). Outro ponto de destaque é a garantia de direitos e acessos aos serviços que deveriam ser assegurados pelo Estado, apesar disso, surgem com um uso político que transfigura os déficits de políticas públicas em serviços prestados de maneira muito específica e tornando um problema político em questões individuais, ou seja, despolitizando o que aquele sofrimento denuncia. Nesse cenário, emerge uma questão importante sobre a capacidade de alienação de direitos e restrição de autonomia outorgada pela própria condição estabelecida para aquele sujeito diagnosticado (Senne, 2005).

A garantia de direitos por meio de diagnósticos desloca o olhar da real produção de sofrimento pelo meio socioeconômico e político para a consequência individualizada sobre o sujeito. Assim, a abrangência que o cenário patologizante de experiências pode ser inflacionada sem limites, uma vez que as condições básicas e necessárias para uma vida digna não fazem parte da equação que se forma sobre a alcunha de “saúde mental”. Nessa situação, há um fator importante, conhecido como *disease mongering* que deve ser considerado como uma das forças que compõem o quadro atual.

A criação de doenças e onde não existe transforma pessoas saudáveis em pacientes crônicos que devem receber drogas psiquiátricas em seu “tratamento”. Pseudodoenças são cunhadas através da medicalização do mal-estar promovido por fatores sociais. Tristeza, desânimo, inquietação e outros tantos sentimentos que faziam parte da vida cotidiana foram transformados em transtornos pelo controle do discurso médico pela produção industrial e mercado de serviços sem que haja evidência alguma de serem desequilíbrios bioquímicos (Desviat, 2024).

A fragilidade constitutiva da produção do DSM aliada ao amplo adotar acrítico do manual e com o relacionamento torpe entre profissionais e indústrias farmacêuticas, monta o cenário da promoção de pseudodoenças e, a reboque, de tratamentos, em sua maioria farmacológicos, tidos como eficazes, porém, com evidências científicas controversas e

ficcionalizadas (Brasil, 2024; Gøtzsche, 2016; Moynihan, 2012; Whitaker, 2017). O fenômeno de medicalizar e patologizar o drama humano não reconhece limites quando se trata de ver o mercado em expansão. Nesse contexto, novos quadros clínicos são criados e outros flexibilizados e expandidos para que alcancem ainda mais pessoas. No senso comum, mantém o verniz de uma maior acurácia científica e aprimoramento da medicina, mas se trata de entender a psiquiatria como uma especialidade médica muito peculiar, repleta de idiossincrasias e diferenciada do resto do campo médico.

O volume de pessoas diagnosticadas aumenta vertiginosamente ano após ano, o que se traduz na explosão do uso de drogas psiquiátricas, muitas vezes vistas como principal forma de tratamento e cuidado, e impactam os lucros astronômicos das indústrias farmacêuticas (Whitaker, 2017). A configuração estabelecida encontra-se em um estado simbiótico com as práticas de cidadania e de produção de identidades biológicas produzidas artificialmente pelo enfoque que o diagnóstico psiquiátrico detém na sociedade atual (Rose, 2013).

A eugenia, que atuava pela eliminação dos degenerados, perde espaço para a ascensão da compreensão da população em sofrimento como um mercado consumidor importante e que impulsiona o lucro privado de grandes companhias farmacêuticas (Rose, 2013). Demonstra-se assim o reposicionamento estratégico da psiquiatria, porém, sem perder seu horizonte moralizante e normalizante, mas se camaleando como formas empíricas no discurso bioquímico e neurocientífico.

Os passos marchadores dados pela psiquiatria foram acompanhados pela fiel escudeira, a psicologia. Não se pode pensar na epistemologia da ciência psicológica distante do surgimento e da formalização do que é a psiquiatria (Foucault, 1954/2008). Os padrões-ouro multiplicam-se sob a forma de reserva de mercado, servindo à adaptação de sujeitos aos desígnios neoliberais e produtivistas, porém, sem usar da camisa de força, mas apostando no gerenciamento da vida e de direitos (Rose, 2013).

O protagonismo do DSM na cultura não se limita ao campo psi, mas adentra às portas de escolas, transforma sujeitos em consumidores de bem-estar e modifica o vocabulário do público leigo com jargões, portanto demonstrando que subjaz como um produto da cultura e operando de maneira medicalizante e patologizante de amplo espectro (Zorzanelli, 2014). O saber psiquiátrico não se encontra encastelado nos muros de manicômios, mas expande-se tendo toda a sociedade como alvo. A passagem para um regimento menos cruel do sofrimento humano

não garantiu o abandono de uma delegação invalidante e repressiva, mas uma transfiguração do emprego da violência (Basaglia, 1996/2025).

A lógica de uma hierarquia e de um emprego indiscriminado de intervenções, além do uso da culpabilização do sujeito foi mantida e reconfigurada com queda física dos tijolos dos manicômios, mas mantida com base em artifícios classificatórios que administram a violência suavizando atritos, derrubando resistências e despolitizando o sofrimento (Basaglia, 1968/2010). Uma pradaria social se abriu para que a medicalização e patologização corresse em passos largos, uma vez que as cenas de terror já não ocupavam o cenário dos tratamentos.

A ampla hegemonia psiquiátrica não se estabeleceu sem conflito, por isso é mister um olhar cuidadoso para movimentos críticos que bancaram a luta sobretudo na década de 1970. Os anos em destaque foram de grande efervescência e mudanças para a psiquiatria, psicologia e psicanálise, sobretudo pelas pressões realizadas pela antipsiquiatria à época. A compreensão de que houveram forças de resistência é que movimenta a importância do caminho trilhado pelas discussões apresentadas, uma vez que se busca evidenciar as relações da psicanálise como um movimento de liberação, ainda que sua hegemonia esteja aliada ao malfazejo psiquiátrico atual. Trata-se de lançar luz no ponto histórico em que a psicanálise se perdeu de ser uma forma de estabelecimento de autonomia do sujeito e de compreensão política e social de suas condições para assumir uma prática que atua alinhavando um pensamento moral psiquiátrico no discurso de cuidado do sujeito.

As categorias diagnósticas psiquiátricas conseguem um espaço privilegiado dentro da clínica psicanalítica e, por vezes, sem que pareçam ter qualquer contradição com a psicopatologia própria da psicanálise. O fato em questão encontra-se evidenciado com o fazer clínico que se volta para uma prática psicológica e não se sustenta em sua independência e, sobretudo, em sua crítica social (Parker; Pavón-Cuéllar, 2025).

Uma lacuna está aberta para que pesquisas sejam desenvolvidas sobre a íntima relação entre a psicanálise e a antipsiquiatria. Vários trabalhos já foram publicados, alguns com ampla circulação, sobre aproximações e distanciamentos da psicanálise com a psiquiatria, mas um ponto ainda pouco explorado é no alinhamento com a postura crítica e questionadora do movimento emergente da década de 1970. Cabe ressaltar as torções produzidas em várias teorias na época, bem como o reconhecimento de que nenhuma das partes envolvidas no processo

surgem de uma abiogênese no período destacado. Há raízes históricas que pivotaram o caminho teórico assumido por cada uma, no entanto a ribalta será composta pela interseção de ambas.

O preenchimento poderá não ser dado de maneira objetiva, entretanto abre o leque para que se possa pensar no processo em que a psicanálise hegemônica adentrou ao campo da adaptação e deixou de realizar uma escuta radical para servir ao paradigma psiquiátrico. Explicita-se que a perda da qual se trata é especificamente do engolfamento, muitas vezes sem luta, da psicanálise pela psiquiatria, o que marcou, em dada medida, um movimento de ataques atuais ao estatuto científico e, até mesmo, a sua eficácia.

A psicanálise ainda comporta em si uma capacidade crítica de pensamento social, mesmo que vilipendiada diversas vezes pelos próprios analistas que a praticam (Parker; Pavón-Cuellar, 2025). Essa é a pedra angular que justifica a escolha de seu repertório teórico para sustentar as discussões a seguir. Sem muitas certezas, a afirmação de um posicionamento crítico através do enfoque psicanalítico pode construir uma contribuição que aponte para uma subversão dos processos de medicalização e patologização da vida, o que é pretendido pela produção em questão.

3 Dr. Freud and Mr. Hyde: Psicanálise e Medicalização

A psicanálise surgiu em um período da história dos saberes psicológicos que colocava em crise a prática exercida pelos profissionais médicos. As teorias somáticas não conseguiam abarcar a complexidade dos fenômenos psíquicos, além de evidenciar o caráter de moralização na correção dos sujeitos alienados. Haveria então uma norma familiar que, se transgredida, garantiria o diagnóstico de “loucura” a quem não se enquadrava nas expectativas valorizadas socialmente (Birman, 1978).

O cenário em questão aponta para uma negação do discurso daquele que sofre associada a intervenções violentas e pedagógicas sobre o corpo e comportamentos ditos desviantes (Foucault, 2003/2022). Desmentir aquilo que é relatado é *per se* uma forma de violência e de traumatogênese, ainda assim, castigos físicos eram provocados como formas de intervenções médicas, sejam convulsões ocasionadas pela administração de insulina ou choques, uso de laxativos, banhos gelados e outros tantos métodos tidos contemporaneamente como tortura.

Um diagnóstico salientava o destaque da falha das teorias biológicas: a histeria. Sendo uma patologia majoritariamente destinada às mulheres, provocava sintomas físicos, porém, sem causa orgânica, o que poderia ser comprovado pelos verdadeiros espetáculos promovidos por Jean-Martin Charcot e que tinham como palco o Hospital da Salpêtrière. O médico francês conseguia, por meio da hipnose, remover momentaneamente alguns sintomas, bem como trocá-los entre pacientes (Zaretsky, 2006).

A técnica utilizada por Charcot demonstrava que não haveria um dano neurológico naquelas mulheres e colocava a questão para outros médicos que o sofrimento relatado era oriundo de dissimulações e teatralização. É nesse contexto que Sigmund Freud fundou a psicanálise, botando a nova ciência como uma forma de resistência aos discursos psiquiátricos (Zaretsky, 2006).

Entrelaçando os aspectos do domínio psíquico e afetivo, uma nova teoria se propunha a um método de tratamento que abria mão da brutalidade até então empregada. Apostando numa livre associação de ideias, mas não sem antes falhar em pelo menos outras duas formas de intervenção clínica (hipnose e método catártico), Freud investigaria a alma humana e seus mais variados conflitos que dariam origem aos sintomas manifestados (Zaretsky, 2006).

Um tratamento então para as neuroses que não implicava passar necessariamente por intervenções no corpo deu margem para a expansão das fronteiras do que seria um diagnóstico.

Dessa forma haveria um rol de doenças do espírito que necessitariam de intervenção médica tanto quanto as somáticas. Assim, mesmo com os ganhos de resistência à psiquiatria, Freud atuou como um expansionista do que viria a ser chamada de “medicalização” (Scull, 2009; 2014).

3.1 Medicalização da vida

Ao neófito na discussão do que seria o fenômeno da medicalização, o termo pode soar como o uso de medicamentos, entretanto é preciso delimitar o debate. Medicalizar trata de estratégias discursivas promovidas por diferentes atores (desde médicos e laboratórios até a população leiga, pacientes, familiares de pacientes e imprensa) que captura, com o discurso médico, experiências indesejadas. Tais experiências que antes eram da ordem moral, social, política ou religiosa, passam para o controle da ordem médica e de práticas afins. Nesse processo, pode haver a presença ou não do uso de drogas, todavia quando há, dá-se o nome de medicamentação. Dito isso, compreende-se que a medicamentação (ou farmacologização) pode estar incluída na medicalização, porém, são práticas distintas (Freitas; Amarante, 2017).

Outro destaque deve ser feito para dissociar sobre o que se trata medicalização do processo de patologização. Tornar um evento da esfera social, política, moral e ou cultural em um binarismo de saúde e doença (ou transtorno) é o funcionamento da patologização, logo, é possível observar que também é uma prática englobada pela medicalização, sendo possivelmente sua forma mais eficaz, contudo ser parte do processo e não o define como um todo (Freitas; Amarante, 2017).

Freud, ao expandir a atuação da psicanálise para a vida comum, tornou comportamentos corriqueiros como alvo das interpretações e tensionou os limites do fazer médico (Scull, 2014). A teoria freudiana introduziu uma mudança expansionista no paradigma da linhagem médica quando inaugurou que um comportamento tido socialmente inadequado pode ser psicologicamente cômico e um comportamento socialmente adequado poderia manifestar na verdade um sujeito adoecido (Goffman, 1978).

A sexualidade, tão cara a Freud, foi tomada pelo viés médico-moralizante, mesmo com argumentações pró-liberdade que grandes defensores religiosos conferem a ele (Foucault, 1976/2023). A questão que se impõe é que a psicanálise atuou ofertando a munição necessária para a patologização do discurso, ou seja, tornar doença aquilo que é do relato do sujeito, uma

vez que não seria possível encontrar um corpo enfermo (Foucault, 1954/2008; 2003/2022). Diante disso, o conceito de “doença mental” é forjado para dar conta da possibilidade de uma pessoa agir e parecer como se estivesse doente mesmo sem ter uma enfermidade corporal (Freitas; Amarante, 2017).

O fato é que agora não haveria mais barreiras para a expansão daquilo que poderia ser nomeado como “anormal”. Isso se traduz, por exemplo, em a psicanálise ser o referencial teórico utilizado para a elaboração das duas primeiras versões do *Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais* (DSM) pela *Associação Americana de Psiquiatria* (APA) (Caponi, 2012; Zaretsky, 2006).

O amplo espaço conquistado pela psiquiatria é fruto da capacidade de se patologizar todo e qualquer comportamento. Já não é só a loucura sobre a qual incide a psiquiatria, mas incluem-se uma série de comportamentos ditos desviantes, como orientação sexual, identidade de gênero, uso de drogas lícitas e ilícitas, agitação infantil, dificuldades de aprendizado e a própria educação, práticas recreativas, além dos conflitos criminais, manifestações religiosas e, até mesmo, aspectos da vida cotidiana, como síndrome pré-menstrual, início e fim da idade reprodutiva, luto, morte e tantos outros aspectos (Henriques, 2015).

Não se pode perder do horizonte o aspecto moral que atravessam os diagnósticos, o que é evidenciado por uma série de tentativas e méritos psiquiátricos na criação dos tipos clínicos. É mister “apreciar” propostas como a da *drapetomania*, que visava imputar aos escravizados um transtorno mental visto que tentavam fuga, *disestesia aethiopica*, também tendo como alvo os escravizados, mas apontando que por um adoecimento mental possuíam inaptidão ao trabalho por preguiça. Ainda é possível citar tantos exemplos, como *dromomania* ou *neurose do viajante*, que destacava a vida errante que judeus levavam uma vez que eram perseguidos e expulsos de seu território, *síndrome da esposa abusada*, destinada às mulheres que se mantinham em relacionamentos abusivos, entre tantos outros (Greenberg, 2013; Zaretsky, 2006). A medicalização da vida tem por alvo a miséria, seja econômica, política, social e ou cultural (Rapley et al., 2011; Speed et al., 2014).

A medicalização não é uma especificidade da psiquiatria, mas está por toda medicina, contudo, é preciso se ater ao movimento na criação de psicodiagnósticos. Ela não se inicia e nem se finda com a psicanálise, contudo é inegável a contribuição que foi dada. Outro ponto de importante ressalva é que não se trata de negar o sofrimento humano, tampouco rejeitar que

haveriam formas patológicas de sofrer, o que se busca é explicitar os atravessamentos morais, bem como os interesses velados que baseiam o engolfamento da vida comum pelo critério saúde-doença da psiquiatria.

Durante toda a história das ciências do psiquismo, vários autores se propuseram a discutir o fluxo do descolamento entre o que era do social, moral, político e religioso para ser posse das práticas médicas. Nesse contexto, é mister destacar que grande parte daqueles que tomaram a medicalização como tema de estudos são do campo da sociologia, o que *per se* demonstra como é um processo que modifica a dinâmica da organização social. Porém, a questão também é levantada pela psicologia, psiquiatria, economia, filosofia, entre outras áreas do conhecimento.

O termo *medicalização* apareceu pela primeira vez no primeiro volume da Enciclopédia Internacional de Ciências Sociais em 1968 e significava o que mais tarde viria a ser patologização. Tratava-se de como os comportamentos que não se conformavam ao esperado eram rotulados como doença pelas instituições médicas. Contudo, o movimento de medicalização é bem anterior do que sua definição e tomou significados diferentes para os mais diversos atores que o trabalharam (Minakawa; Frazão, 2019).

Mesmo com a diversidade de acepções, há um elemento central que coaduna cada uma delas: a centralidade social que as práticas da saúde conquistaram. Seja pelo alinhamento entre o poder sobre o corpo e a tecnologia disciplinar ou entre o fazer médico e sociedade industrial e mercado financeiro, a medicina tornou-se um fator central nos fazeres laborais, jurídicos e no esquadramento de populações (Minakawa; Frazão, 2019).

Um ponto de comunhão entre autores é o uso do termo medicalização de maneira crítica ao que, por excesso, foi tornado um problema médico (Gaudenzi; Ortega, 2012). Não há como negar que alguns aspectos específicos foram importantes de serem alvos do fazer da medicina. Foi o que oportunizou o pensamento de uma saúde pública e comunitária, estratégias de vacinação, rastreamento e prevenção de doenças, mortalidade e inanição infantil, entre outros. Contudo, o destaque deve ser feito para a contraditória história dos fazeres psiquiátricos que se aliou aos poderes do Estado nos processos judiciais e promoveu internação involuntária, remoção de direitos, comprometimento da autonomia de sujeitos e aprofundou preconceitos (Minakawa; Frazão, 2019).

A aliança forjada entre a psiquiatria e o Estado não foi algo promovido por meio de um imperativo, mas de um alinhamento de práticas e objetivos que tinham o propósito de promover o controle de uma faixa da população (os loucos) que colocava em xeque os limites da prática de governo e do saber médico (Castel, 1976/1978).

Na perspectiva crítica, há o questionamento do espectro da intervenção política promovida pela medicina no corpo social. Tal relação possui baluartes que ilustram o que pode ser justificado por um discurso médico-científico, por outro lado trata-se de segregação, exclusão e controle social, além de violência, como a eugenia e higienismo (Caponi, 2012; Gaudenzi; Ortega, 2012). Por outro lado, a validação promovida pela outorga médica de um diagnóstico psiquiátrico serve atualmente de embasamento para o acesso de direitos, que deveriam ser garantidos independente do saber médico (Rose, 2019). O cenário que se apresenta aponta para a complexidade da discussão proposta, uma vez que a psiquiatria pode atuar como uma verdadeira polícia do desvio e com isso estar a serviço da norma e da ideologia dominante (Castel, 1976/1978).

Uma importante ressalva deve ser feita com o intuito de distinguir como os modos de medicalizar são exercidos de maneiras diferentes entre a psiquiatria e a psicanálise/psicologia. A hegemonia médica assume um exercer punitivo com ares místicos, assim o atuando na lógica de perpetrar uma punição dissimulada de cuidado voltada para as pessoas que não se enquadram nos limites das normas sociais impostas. Nesse contexto, o diagnóstico torna-se um instrumento repressivo que visa alcançar exclusão ou readaptação dos sujeitos (Coutinho Júnior, 1984).

Aquela pessoa que é levada ao júri metafísico médico por uma inadequação, passaria a reagir contra as violências sofridas, porém, os novos comportamentos são tomados como provas cabais da doença e fortalece a retórica de que é preciso intervir e controlar mais. A contestação do diagnóstico é um claro exemplo desse funcionamento, mesmo que atue como uma maneira de legalizar a repressão e medicalizar a legislação (Coutinho Júnior, 1984; Goffman, 1961/2013).

A psiquiatria então atuaria com a centralidade da nosologia, conferindo um local privilegiado ao diagnóstico operando na chave do risco e da periculosidade. Diagnosticar vira sinônimo de intervir e proteger a sociedade de grandes males. Na mesma chave, opera-se um reducionismo de como as categorias são produzidas, além de uma expansão em encontrar indícios de desajustes em qualquer experiência humana minimamente incômoda. Cada vez

infla-se o número de possibilidades de nomear o sofrimento humano de maneira torpe e vazia, ao passo que também dizem cada vez menos sobre aquilo que se nomeia. Nesse jogo, a esperança é manipulada e vendida, uma vez que estar aos cuidados dos profissionais psiquiátricos poderia conduzir a uma “normalidade” possível e segurança (Broderick, 2022; Coutinho Júnior, 1984).

A psicologia buscou então por sua fatia de torta no cenário cataclísmico apresentado. A história controversa de seu nascimento não foi o suficiente para que se distanciasse das práticas psiquiátricas violentas, mas insiste incessantemente a continuar nos domínios da psiquiatria. As tecnologias psicológicas (testes, escalas, protocolos, inventários e a atuação em diferentes contextos) abrem espaços para a inserção da psiquiatria e utilizam dos jargões médicos para isso. Outrossim, problemas sociais são vistos como questões relativas à constituição psicológica, como por exemplo vulnerabilidades que são encaradas como falta de resiliência, poucas habilidades sociais ou problemas de comunicação. Nesse cenário, uma possível nomeação do fenômeno poderia ser de psicologização da vida, ou seja, a psicologia capturando conflitos sociais e instalando normas de desempenho (Rose, 1985; 1989/1999; 1996; 2019).

Ampliando ainda mais, há uma íntima relação promovida artificialmente entre a loucura e a criminalidade. Retornando à história, a psiquiatria utilizou-se das estratégias discursivas e disciplinares para “evidenciar” moralmente uma ligação entre “adoecimento mental” e crime, o que foi feito convocando o caráter biológico por trás dos comportamentos (Andrade, 2007). O saber biomédico justificou a implementação de condutas violentas, classificatórias e segregadoras sob a égide da proteção dos que não eram loucos, assim inaugurando a medicina social aliada aos dispositivos jurídicos, pois é justo na figura do psiquiatra que se alinhavam a autoridade científica, moral e policial (Arruda, 1972; Castel, 1976/1978; Costa, 1976/2006; Foucault, 2003/2022).

O significado de disciplina aqui empregado é conforme conceituado por Michel Foucault (1975/2008) como um conjunto de práticas de coerção objetivando controlar e produzir corpos dóceis e úteis. Nesse aspecto, quanto mais obediente o sujeito é tornado, maior será sua utilidade econômica e social (Revel, 2005). Por conseguinte, há novamente o destaque da relação com a economia. Contudo, é evidente que o próprio conceito de loucura ou de “doença mental” foi metamorfoseado durante o passar das décadas e hoje encontra-se camaleado sob a alcunha de “transtorno mental”.

A loucura, enquanto uma expressão genérica para aquilo que rompe com os padrões da moralidade, da ética, da cultura ou mesmo comportamentais almejados, pode ser diferenciada daquilo nomeado como “doença ou transtorno mental”, uma vez que implicaria em uma nova leitura do antigo fenômeno sendo então utilizado o saber médico para a definição enquanto distúrbios, lesões, prejuízos, comprometimentos ou divergências que compõem etiologias e prognósticos, além da determinação de um tratamento (Amarante, 2017). A mudança no vocabulário pode transparecer uma ideia de avanço científico ou mesmo de humanização do processo de cuidado das pessoas em sofrimento psíquico, contudo, os resultados disso são bem distintos das impressões apriorísticas.

A psiquiatria, mesmo atuando de maneira revisionista de suas práticas, conseguiu uma expansão de sua influência no meio social a partir de uma ação menos autoritária e de menor violência física, ou seja, se promovendo pelos moldes “antimanicomiais” alcançou camadas que até então eram inacessíveis, visto que se delimitavam na conduta de tratamentos para doenças mentais. A dilatação e pulverização do saber psiquiátrico foi possível com a ideia de atuarem profilaticamente e objetivando proteger tanto o indivíduo louco quanto a população que estaria à mercê de atos criminosos que poderiam ser perpetrados por eles, caso não estivessem em tratamento (Castel, 1981/1987).

Mesmo tendo uma roupagem e desdobramentos diferentes no tempo corrente, é preciso lançar um olhar para a história do movimento em que a medicalização se insere nas tecnologias de governo. Para a análise dessa transformação, é factível recorrer ao já apresentado Michel Foucault e aos conceitos de *biopolítica* e *biopoder*.

3.2 Pílulas de Foucault

O termo “biopolítica” foi utilizado pela primeira vez por Rudolph Kjellen objetivando apresentar seu entendimento do Estado como um organismo vivo (Lemke, 2010), no entanto, na obra de Michel Foucault, adquiriu um novo significado. Seu primeiro uso pelo filósofo francês data de 1974, em uma conferência realizada no Rio de Janeiro e intitulada de *O nascimento da medicina social*. O vocábulo foi elaborado em diversos momentos, como em *História da sexualidade I* (1976) e em vários cursos ministrados no *Collège de France*, como *Os anormais* (1974 – 1975), *Em defesa da sociedade* (1975 – 1976), *Segurança, território e população* (1977 – 1978) e culminando no *Nascimento da biopolítica* (1978 – 1979) (Caponi, 2016; Esposito, 2010; Fróis, 2010).

A etimologia da palavra já apresenta um início para a conceituação do termo, a partir do léxico helênico *Bíos* (bios), que designava uma vida qualificada, para além do mero acontecimento orgânico derivado da reprodução, englobaria o caráter cultural, político e histórico daquele que vive. Todavia, é preciso recorrer a um outro vocábulo grego para a discussão. Os helenos dispunham do vocábulo *Zωή* (zoé) para designar a vida em sua expressão meramente biológica e simplista (Esposito, 2010). A diferenciação entre a vida biótica e zoética, bem como a escolha pelo primeiro, transmite a ideia da construção do léxico “biopolítica”.

A conjunção com o termo *política* para a criação do neologismo aqui em questão, desenvolve a ideia de gestão da vida, o que pode ser melhor definida como os exercícios de poder, por parte das instituições, que visam a legitimação e organização em torno de um modelo normativo (Bazzicalupo, 2017). Assim, há uma relação de cuidado com a vida considerada produtiva pelo poder, de forma a preservá-la e potencializá-la, entretanto, a mesma relação não é vista com a vida improdutiva, uma vez que as ações direcionadas a ela, visam adestrá-la e governá-la por uma lei que oprime e suspende direitos e autonomias (Ritter, 2014).

Foucault, através da análise da vida e das ciências da vida pela ótica das estratégias de poder, apresentou um modo como biopolítica gere a existência (Portocarrero, 2009). Utilizando-se de dispositivos morais e jurídicos (Bazzicalupo, 2017), esse novo exercício do poder incide seu domínio sobre os processos biológicos e biossociológicos, incorporando a disciplina exercida sobre o indivíduo, dessa vez tendo as populações como alvos e objetivando uma redução da capacidade política delas juntamente com o aumento produtividade (Candiotto; D’Espíndula, 2016; Caponi, 2016).

O poder é um tema central na fase genealógica de Michel Foucault. Nesse ponto a biopolítica, sob a óptica do autor, mostra-se atuando através das diversas instituições do corpo social (família, exército, escola, polícia, medicina etc.), o que evidencia como está inserida no âmbito das relações interpessoais, incluindo os processos de subjetivação mediante um assujeitamento à norma (Foucault, 1976/2023).

Em vista disso, a vida tornou-se objeto no qual se incide um juízo político de valor, sendo condicionada pelo poder, bem como condicionando a instituição que o exerce (Bazzicalupo, 2017; Caponi, 2016). Trata-se de integrar a tecnologia disciplinar aos fenômenos próprios da vida (nascimento, morte, reprodução, doença etc.), criando espaços para a instalação de uma métrica do que seria “normal” (Caponi, 2016). O sujeito é então formado socialmente

por meio de procedimentos de sujeição à norma (Fachini; Ferrer, 2020), sendo assim qualificados, medidos, avaliados e hierarquizados em torno dela, o que resulta na distribuição de pessoas através do valor e da utilidade, objetivando produzir corpos politicamente dóceis e economicamente ativos (Portocarrero, 2009). Destarte, há na biopolítica, um alinhamento entre o cuidado com a perpetuação de uma vida humana adequada à norma e aumento da produtividade que ela é capaz de executar (Ritter, 2014).

A “novidade” em vista do modelo anterior trata-se de uma inversão da ideia de “fazer morrer e deixar viver”, típica das sociedades conduzidas pelo poder soberano, para “fazer viver e deixar morrer” (Foucault, 2004/2023). Contudo, há uma passagem, inclusive temporal, por um refinamento do exercício do poder, passando por uma sociedade disciplinar até que se chegue à biopolítica. É na fusão da disciplina e da biopolítica que se encontra o que foi denominado de biopoder, pois ambas as formas incidem sobre o corpo e a vida. Além do mais, não são duas formas “antitéticas e constituem, ao contrário, dois polos de desenvolvimento interligados por todo um feixe intermediário de relações” (Foucault, 1976/2023, p.150).

Conforme Foucault (1974/2023) a medicina é impregnada nos exercícios de poder por meio de modelos adotados na Alemanha, França e Inglaterra durante os séculos XVII e XVIII. É em *O Nascimento da Medicina Social* que o autor coloca como tais países operacionalizaram um controle social que não opera pela consciência ou ideologia, mas a partir de um investimento capitalista no corpo biológico, destacando que "o corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica" (p. 144).

A Alemanha contribuiu com a formação da *ciência do Estado*, o que propiciou um conhecimento dos recursos naturais, do estado da população, mas sobretudo do funcionamento geral do aparelho político, ou seja, foi com base em uma série de procedimentos que o Estado acumulou conhecimento para garantir o melhor funcionamento possível, sendo ele próprio objeto de conhecimento, instrumento e lugar de formação dos conhecimentos específicos (Foucault, 1974/2023).

A criação da ciência do Estado viabilizou a implementação de uma polícia médica que objetivava um monitoramento mais completo da natividade e mortalidade, uma organização normalização das práticas que deveriam ser da alçada dos médicos, bem como a formação desses profissionais e a nomeação para cargos de responsabilidade por conta do domínio do poder e do exercício da autoridade atribuída ao saber (Foucault, 1974/2023).

A França, em decorrência das péssimas condições sanitárias, tomou o espaço urbano como local de incidência do poder médico, instituindo o que seria a medicina urbana. Nesse caso, caberia ao fazer médico regular a circulação de recursos, a habitação das áreas, o monitoramento dos doentes pela vigilância tendo como objetivo distribuir, isolar e individualizar pessoas de acordo com seu estado de saúde (Foucault, 1974/2023).

A medicina urbana fundamentou a noção de salubridade, demonstrando que não se trata mais de pessoas saudáveis, mas de organizar o meio para que seja possível promover a melhor saúde possível. Logo, o controle médico é exercido com o contato direto com ciências extra-médicas, o que demonstra a expansão para além dos limites do corpo enfermo (Foucault, 1974/2023).

A Inglaterra contribuiu para o quadro da medicalização com o que seria a medicina dos pobres incidindo com uma intervenção controlada para assegurar a saúde da população mais vulnerabilizada, porém, tendo como plano de fundo garantir um cordão sanitário autoritário que protegesse as classes mais ricas. Por conseguinte, atuaria com o controle vacinal, o registro de epidemias e doenças potencialmente epidêmicas, além da localização e destruição de locais que fosse tido como insalubres (Foucault, 1974/2023).

O controle das classes mais pobres era o objetivo direto das práticas de saúde, de forma a extrair a utilidade dessa população fazendo que os mais “válidos” fossem transformados em mão-de-obra. Esse foi o modelo que teve maior sucesso, pois permitiria a coexistência de três sistemas médicos diferentes: medicina assistencial (para as classes pobres), medicina administrativa (responsável pelo controle dos problemas gerais da população) e a medicina privada (para quem podia pagar por ela) (Foucault, 1974/2023).

O apresentado por Foucault (1974/2023) no Brasil foi que primeiro o próprio Estado foi medicalizado, depois a cidade e, por último, pobres e trabalhadores. A retrospectiva historicizada feita é de suma importância para a compreensão de que não se trata de um fenômeno natural ou espontâneo, mas sim de estratégias governamentais, o que quebra a ideia de que “as coisas sempre foram assim”. O que de início (século XVII) era um processo de gerir a malsania nos grandes centros europeus, expande-se para vida como todo a partir do século XIX, não havendo mais o que não pudesse ser descrito por termos médicos, conforme já apresentado anteriormente (Zorzanelli; Cruz, 2018).

Seguindo a trilha deixada pelo pensador francês, é preciso apresentar um outro personagem ao debate das consequências geradas pelo devorar da vida comum pelo discurso biomédico: Ivan Illich.

3.3 Gotas de Illich

Assumindo a medicalização, ou seja, a expansão das práticas médicas para além de problemas realmente que a alçada comporta, Ivan Illich escreveu duas importantes obras: *A Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina* (1975) e *Limits to Medicine. Medical Nemesis: The Expropriation of Health* (1995). De partida, haveria um posicionamento prático e político da medicina na expansão industrial e os efeitos disso são discutidos em suas produções. Em ambas, a ideia de iatrogênese é central e norteia a crítica estabelecida.

Iatrogênese refere-se aos danos provocados pelo próprio sistema de saúde, seja por intermédio de efeitos adversos de drogas, erros médicos ou até mesmo por um diagnóstico. No entanto, na crítica social feita por Illich, haveriam dimensões que ultrapassam o corpo físico, sendo prejuízos causados também na experiência humana natural e na própria autonomia dos sujeitos, sendo classificadas como iatrogênese clínica, iatrogênese social e iatrogênese cultural (Illich, 1975).

Para o autor, a medicina é um agente crucial no campo político, social e econômico, contudo, com o alinhamento com a expansão industrial, o papel do médico tenderia a se tornar um “tratador de pacientes para a vida inteira” (Illich, 1975, p. 6). Para esses profissionais, Illich (1975) nomeou a “medicina maligna” (p. 7) que reprovaria quando colocada à prova sua eficácia quanto seu princípio da não maleficência, uma vez que destinaria tratamentos caros, ineficazes em reduzir a morbidade global e que produziriam enfermidades, angústias e um conjunto danos que configurariam uma epidemia.

Illich (1975; 1995/2011) argumentou que quanto mais uma condição exige uma intervenção de um especialista ou de infraestrutura específica, mais dispendiosa será e maiores são as chances de a condição de vida do paciente não melhorar, de aumentar o tempo de invalidez e de mobilizar uma outra série de tratamentos para lidar com o dano provocado, sejam físicos ou psicológicos. A ineficiência de parte dos cuidados médicos e produção de efeitos adversos provocariam o que foi chamado de iatrogênese clínica.

A definição mais completa do termo engloba as condições de enfermidade produzidas não só pela condução médica, como também medicamentos e hospitais como agentes

patogênicos, ou seja, são efeitos secundários, sem deixarem de serem diretos, da terapêutica empregada (Illich, 1975; 1995/2011).

A iatrogênese social está relacionada ao efeito não desejado e danoso provocado no âmbito social pelo impacto da medicina, como a perda de autonomia e o controle do meio. Tal fato evidenciado pela perda da participação dos indivíduos no processo de tratamentos, além da grande expansão médica que geraria dependência de constantes intervenções, ou seja, pelo caráter burocrático e gerencial assumido, criou-se um processo de classificação de pessoas com base nas necessidades terapêuticas, ampliando os limites nos quais a medicina pode agir (Illich, 1975; 1995/2011).

Aliado ao processo mencionado, haveria uma aceitação passiva por parte da população que acreditaria na impossibilidade de uma gestão autônoma e destinaria à medicina a validação do que seria tido como “saúde” em diversos aspectos. Isso centraliza o fazer médico no controle social, transferindo as questões do que é do âmbito moral, social e jurídico, para o binarismo saúde-doença. Por conseguinte, as práticas terapêuticas em saúde podem servir para a manutenção da exploração por meio de “consertos” propiciados sem o horizonte político, em outras palavras, a instituição médica transforma a saúde em mercadoria e a doença em condição universal dos sujeitos (Illich, 1975; 1995/2011).

Situações comuns do cotidiano, como estresse e insatisfação, são patologizadas e tratadas com intervenções terapêuticas que desconsideram o contexto e regulam a vida social e profissional das pessoas, exercendo um controle social pelo diagnóstico. Seguindo a corrente, o paciente se torna cada vez mais passivo e excluído do seu próprio processo terapêutico até o ponto de se tornar incapaz de tomar decisões que visem seu bem-estar sem orientações de profissionais de saúde (Illich, 1975; 1995/2011).

Em conformidade ao avanço da sociedade industrial, as práticas de saúde passaram a ser produtos oferecidos como bens que devem ser consumidos de maneira compulsória. Nesse aspecto, um importante elemento é a falácia do progresso via industrialização, no qual haveria uma melhor condição de bem-estar para quem conseguisse acesso aos produtos industriais, gerando um agravamento da crise de distribuição de recursos financeiros e privilégios (Illich, 1975; 1995/2011).

A supermedicalização aliada ao consumo de bens vendidos como práticas de bem-estar estaria relacionado com mudanças sociais profundas, como a organização de consumidores

exigindo ainda mais direitos de acesso aos tratamentos que não demonstram qualquer efetividade, contudo estão dissimulados de melhor alternativa disponível, inclusive apontando para falhas graves que comprometeram tentativas de reformas importantes na área, uma vez que foram executadas de modo a reforçar ainda mais o consumo compulsivo e a perda de autonomia dos sujeitos, sobretudo por buscarem soluções institucionalizadas quando, na verdade, as raízes do problema estariam na própria institucionalização (Illich, 1975).

A guisa de conclusão do apresentado por Illich (1975; 1995/2011), há de se expor do que se trata a iatrogênese estrutural. Conforme já mencionado, a medicina impactou a sociedade fortemente e nesse choque reconfigurou o próprio conceito de saúde e doença de modo a eliminar a possibilidade de autonomia por meio de uma colonização da vida pelo discurso médico. O que na história da humanidade é parte de uma estrutura da sociedade, após a aliança médico-industrial passou a ser regulada por especialistas, portanto atuando como uma modalidade de dominação e criação de dependência, como pode ser evidenciado pela expansão das áreas da saúde sobre o envelhecimento, a tristeza e até mesmo cansaço. É no íntimo contato que se fabrica um rol de doenças e vendem drogas e intervenções técnicas para ele (Illich, 1975; 1995/2011).

O sujeito é alienado (no sentido de ser separado) da sua condição de precariedade financeira e vulnerabilidade política e social para que receba um rótulo adoecimento, bem como a condução para o consumo específico de técnicas e drogas que, além de reforçar ainda mais sua perda de autonomia, propiciam a eliminação da dimensão simbólica e cultural (Illich, 1975; 1995/2011).

A iatrogênese estrutural, conceito central na crítica de Ivan Illich à medicalização, refere-se ao impacto sistêmico da medicina institucionalizada na organização social e na percepção da saúde. Mais do que causar danos individuais por tratamentos inadequados (iatrogênese clínica) ou gerar dependência de serviços médicos (iatrogênese social), a iatrogênese estrutural remodela a forma como a sociedade entende e gerencia a vida, a doença e a morte. Illich argumentou que a medicina moderna não apenas intervém na saúde, mas redefine suas próprias condições de existência, criando novas doenças, patologizando processos naturais e reforçando um sistema de dependência tecnológica e institucional. A medicalização, nesse contexto, não apenas trata enfermidades, mas produz sujeitos doentes ao converter a

fragilidade humana em um problema técnico administrado por especialistas que transformam a saúde em mercadoria e reforçam desigualdades sociais.

Ivan Illich e Michel Foucault foram importantes autores da discussão sobre a notoriedade da instituição médica no controle social, contudo é mister apresentar as contribuições de Peter Conrad sobre o entrelaçamento com os mais diversos atores sociais.

3.4 Injeções de Conrad

O conceito de medicalização para Peter Conrad assume uma forma que se funde com o que foi exposto como patologização. Para o autor, o fenômeno ocorre quando aspectos da vida cotidiana são capturados pelo domínio da medicina e com isso são passíveis de diagnóstico e tratamento, entrando assim na baila questões sociais, comportamentais e biológicas (Conrad, 2007).

A reflexão de Conrad sobre o assunto aponta para atores além da profissão médica, o que inclui laboratórios farmacêuticos, a mídia e grupos de pacientes, de modo que o movimento está cada vez mais imerso em valores de mercado e lucro ao ponto de criarem novas “doenças” para oferecerem “tratamentos”. O fato é ilustrado com o aparecimento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) que era tido como uma variante do comportamento infantil e tornou-se algo que exige diagnóstico, intervenções e tratamento médico-terapêutico específico. O que era da particularidade infantil passa a ser definido em termos médicos, sendo compreendido por referencial teórico alicerçado na medicina e seu desenrolar depende de intervenções médicas (Conrad, 2007).

O TDAH é um dos exemplos que podem ser citados, contudo há espaço para que seja pensado sobre outras questões como o envelhecimento, a calvície, obesidade, menopausa ou mesmo disfunção erétil, diferenças sexuais e de gênero, abuso infantil e sexual, menstruação, infertilidade e morte, destacando que a medicalização atua tanto sobre desvios como aspectos da vida comum. Para tanto, novas categorizações foram criadas de modo a transformar o que era da ordem do pecado, da imoralidade ou mesmo do crime em doenças (Conrad, 2007; Conrad; Schneider, 1980/1992).

O rótulo médico aliviaria a condenação moral, o que estaria relacionado a uma tendência mais humanitária do controle social através da medicalização, não obstante isso produziria uma individualização de problemas sociais e uma despolitização do comportamento desviante. A consequência disso é a tomada de problemas sociais complexos por uma transformação

comportamental de indivíduos que seria necessária, sendo rotulados e tendo o comportamento no contexto social ignorado, buscando um silenciamento político (Minakawa; Frazão, 2019).

O desvio moral e comportamental só seria possível em decorrência da produção de regras criadas e impostas que não necessariamente busquem o bem comum, mas mobilizam todo um montante de profissionais especializados e instituições que rotulam pessoas e retiram delas a autonomia e direito de emitirem seus valores e ideias. É nesse cenário que a categoria médica se destaca ao conceituar o que seria ou não doença, assim retirando do domínio público e realocando no direito de exercer o tratamento e diagnosticar (Minakawa; Frazão, 2019).

O processo então se daria em três níveis: conceitual, institucional e interacional. Por conceitual, haveria a circunscrição do problema ou condição, seja social, biológica ou comportamental, em termos médicos, ou seja, enquadrada dentro de uma perspectiva biomédica e alterando a forma como é vista pela sociedade. Nesse nível, pode não envolver necessariamente uma intervenção clínica, mas está diretamente relacionado à mudança de linguagem e categorização de como eram descritos. A própria transformação da tristeza em depressão clínica ou da timidez em transtorno de ansiedade social marcam como variações da experiência humana podem ser tomadas pelo léxico médico (Conrad; Schneider, 1980/1992; Hengartner, 2022).

A medicalização institucional ocorre quando instituições médicas ou relacionadas à saúde, como hospitais, clínicas, órgãos reguladores governamentais, empresas farmacêuticas e seguradoras de saúde, assumem o controle de determinados aspectos da vida humana. Desse modo, os problemas apresentados de ordem sociais, comportamental ou mesmo biológica, passam a serem geridos por e no sistema médico. A consequência disso é o que pode ser visto com a exigência diagnósticos médicos para a garantia de direitos fundamentais, o uso de protocolos médicos para questões sociais e ou jurídicas, além da elaboração políticas públicas, diretrizes e práticas institucionais que afirmam quais condições necessitam de intervenção ou não, como por exemplo as perícias de aposentadorias, a regulamentação do parto em hospitais e a inimizabilidade ou não (Conrad; Schneider, 1980/1992).

O nível interacional da medicalização ocorre quando a definição e o tratamento do desvio acontecem no nível da relação médico-paciente. Assim, comportamentos, sintomas ou condições são interpretados e classificados dentro de categorias médicas. Nesse cenário, o profissional da saúde desempenha um papel central no definir e descrever uma condição, bem

como orientar um tratamento, contudo há um ator muito importante que é a participação dos próprios pacientes, como na busca ativa por diagnósticos para validar sua experiência e obter acessos aos recursos médico-assistencialistas destinados ao que se apresenta, individualizando o problema e tornando a influência social dispensável (Conrad; Schneider, 1980/1992).

A medicalização interacional recebe influência da indústria farmacêutica e toda uma série de outras instituições que vislumbram os pacientes como mercado consumidor e oferecem uma maior quantidade de diagnósticos e terapias para que possam enquadrar ainda mais pessoas no espectro do consumo, ou seja, há uma abertura para um excesso de diagnósticos e tratamentos, uma vez que se busca intervir em questões da vida comum que foram tomadas como adoecimentos. Nesse contato, existe uma forte pressão externa que molda a própria interação entre médicos e pacientes (Conrad; Schneider, 1980/1992).

Os três níveis da medicalização não acontecem de maneira isolada, mas interagem e amalgamam os diferentes agentes do campo da saúde. Logo, as concepções de que eram falhas morais, crimes ou mesmo faziam parte da vida cotidiana, passaram a serem descritas no binômio médico de “normal” e “patológico”, exigindo diagnósticos classificatórios e tratamentos, mais precisamente a percepção de tais comportamentos é moldada ao ponto de se promover uma criação doenças (*disease mongering*) com o objetivo de expandir a venda de drogas e serviços de tratamento, aliando o trabalho médico com a percepção social e os interesses econômicos (Conrad; Schneider, 1980/1992).

De toda forma, no limite, não se confirmaria a medicina como algo que produz danos intencionais, ainda assim está imersa em um processo complexo de individualização de problemas sociais, nos quais há uma alternância de papéis assumidos pelo sujeito (vítima ou culpado) que ocultam as causas enraizadas no sistema social (Minakawa; Frazão, 2019).

A vida descrita com termos médicos, em outras palavras, a vida medicalizada levaria à perda da diversidade humana, ao aumento do controle social e à superdependência de intervenções médicas em situações que poderiam ser abordadas de formas diferentes. Dessa forma, haveria um deslocamento das questões sociais e estruturais para o indivíduo como portador do problema (Conrad, 2007).

O fenômeno da medicalização é bem amplo e está entranhado em toda a medicina, todavia carece-se de fazer um recorte para o campo da psiquiatria e das psicoterapias, uma vez que se alicerçam em um terreno frágil epistemologicamente e gozam de grande prestígio social.

É no campo da saúde mental, da psicopatologia e dos fazeres psicológicos que se encontram as contradições inegáveis do processo apresentado e que perduram por séculos.

3.5 O frágil conceito de “transtorno mental”

A difícil conceituação do que é medicalização traz consigo a miríade de aspectos inter-relacionados que colorem o complexo quadro da operacionalização do poderio biomédico junto à política, cultura e sociedade. Destarte, é mister definir um conceito operacional que será adotado para o desenvolvimento da discussão almejada. Compreende-se por medicalização/medicalização da vida a transformação de aspectos da vida comum, mesmo que incômodos, ilegais, imorais e socialmente inaceitáveis, em objetos do saber médico. Soma-se a isso o fato de setores afins e ou leigos ratificarem como alvo de intervenções e controle por meio de enunciados que contemplem o caráter salutar. Portanto, a ideia do binômio saúde-doença orienta tais ações, ainda que apareça dissimulada em outras nomenclaturas.

As fronteiras entre o que seria “normal” e “anormal” nunca foram bem estabelecidas, assim como as implicações ocasionadas pela adoção das compreensões historicamente situadas. Antes mesmo de se pensar o que é chamado de “transtorno mental”, é preciso remontar às raízes que fixam no que foi tomado por “loucura”.

Georges Canguilhem (1966/2009), no clássico incontornável *O Normal e o Patológico*, colocou em destaque a naturalização do que se compreendia por “normal”, uma vez que explicações rasas não eram suficientes para um problema tão complexo que atravessa a organização social.

A definição por auxílio estatístico, ou seja, o normal como o que pertence à uma curva média e o patológico sendo o que se desvia, vela um fato fundamental que está presente na avaliação das pessoas e na classificação: o caráter valorativo. Com Canguilhem (1966/2009) houve uma percepção de que o que regularia o processo de categorização é, sobretudo, uma capacidade de lidar com as normas produzidas ao se relacionar com o meio, destacando os crivos sociais disso.

Cada pessoa, enquanto agente ativo, estabelece normas que regulam e transformam seus padrões internos de funcionamento, demonstrando a perícia de adaptação, o que poderia ser melhor dito como a capacidade de criação de novas normas diante das adversidades. Entretanto, para além dos sintomas manifestos, aqueles tidos como “anormais” estabeleceriam normas mais restritivas que não assegurassem a flexibilidade do organismo ou pelo menos não de forma

funcional e satisfatória. Assim, a própria anormalidade seria o estabelecimento de uma normalidade a partir de novas formas de organização que se distanciariam da amplitude comum de lidar com as intempéries que surgem no horizonte da vida. Dessa forma, um rompimento ou desequilíbrio seria precipitado na relação entre o sujeito e o meio (Canguilhem, 1966/2009).

O patológico não se apresenta como apenas um desvio estatístico, haveria ainda uma valoração negativa que lhe é destinada, uma vez que poderia ser experienciado como uma redução de possibilidades de liberdade. Todavia, a objetividade biomédica não abarcaria o que está fora da alçada de parâmetros objetivos, ademais também sofreria modificações que colocam as métricas situadas valores culturais, sociais e históricos datados, o que evidenciaria como sendo algo que não é, nem no limite, permanente, sólido e imutável (Canguilhem, 1966/2009).

A obra de Canguilhem abriu espaço para que se pudesse discutir interdisciplinarmente as mais diversas questões em diferentes áreas que vão desde a saúde pública e a bioética até o que se é dito e como são formados os diagnósticos psiquiátricos. O evidenciado é que até o conhecimento biológico-científico é permeado por afetações valorativas morais, agindo enviesado na definição da natureza normativa do conceito de saúde e promovendo profundas implicações éticas. Nesse passo, foi possível problematizar o papel que a loucura assumiu na sociedade, uma vez que os ditos “insanos” sempre estiveram presentes na história da humanidade e nos mais diversos povos, apesar disso foram tratados de modos bem distintos.

A noção de loucura é marcada por uma série de rupturas e continuidades que são evidenciadas em porção substancial da obra de Michel Foucault. Os efeitos da empregabilidade de um conceito abstrato e frágil epistemologicamente fomentaram diferentes respostas à incógnita social e médica que se apresentava, de modo que produziu um encarceramento em massa, processos de exclusão e de formas de subjetivação que impactaram o tecido social e o imaginário popular maculando a figura da pessoa em sofrimento psíquico.

As ideias médicas e filosóficas concatenadas com o modo que a sociedade tratava a loucura em sua vida cotidiana manifestam a construção do discurso sobre a razão e a desrazão. O crivo que sugeria uma “evolução humanitária” no tratamento é descortinado com o demonstrar das diferentes formas de exclusão que foram impostas. O louco, aqui tomado como figura caricata e amplamente inserida no imaginário popular, perdeu o local de um ser profético, de uma imaginação artística e foi tomado pelas medidas moralizantes médicas, sendo classificado como doente e que demandava um tratamento imediatamente para que não se

convertesse em criminoso e não colocasse em risco a sociedade (Foucault, 1954/2008; 1972/2010; 1999/2010).

A desrazão tornou-se o cerne daquilo que poderia ser definido por loucura na idade clássica, de modo que houve uma homogeneização daquilo que se desviava da norma a fim de confinar e manter uma pretensa estabilidade social. Acontece que no balaio de gatos produzido em consequência da hegemonia destinada ao conceito, diversos marcadores de vulnerabilidades sociais e políticas foram associados e lidos como aptos de serem agrupados no grande espectro do desvio, como a pobreza, mendicância, prostituição e o crime. Haveria então um papel de autoridade destinado aos que subjagam a desrazão, de modo que operavam no silenciamento através do disciplinamento e da moralização (Foucault, 1972/2010; 2003/2022).

O paradigma instalado buscava resolver os problemas de ordem pública através do confinamento daqueles que apresentariam alguma falha moral e que precisariam ser retirados do convívio. Fato que foi alicerçado, no caso dos loucos, no que foi chamado de “doença mental”, o que colocaria o psiquiatra não apenas como uma pessoa responsável pelo tratamento moral, mas também como um guardião da norma e do comportamento, uma figura necessária para a manutenção da segurança e da ordem (Foucault, 1972/2010; 2003/2022).

Um ponto de importante destaque é a coadunação da exclusão e, porque não dizer tortura, com a atuação social do psiquiatra e das instituições psiquiátricas que materializavam a regulação dos corpos e criavam uma série de categorias que “justificassem” as mais diversas, violentas e invasivas intervenções em nome de um suposto ajustamento moral (Foucault, 1972/2010; 1999/2010; 2003/2022). Mesmo os mais “progressistas” no campo, os que desacorrentaram e abriram as celas, atuaram de modo a refinar a prática, estabelecendo novos modelos de vigilância mais eficientes e que corrigisse em liberdade sem chocar tanto a opinião pública que se transformou ao longo dos anos, assegurando uma expansão para além dos muros do manicômio e tendo a sociedade inteira como seu local de trabalho (Castel, 1981/1987; Foucault, 2003/2022).

Os binômios razão-desrazão, ordem-desordem, segurança-risco, entre tantas outras oposições binárias, escamotearam aspectos sociais e políticos importantes que estavam presentes no sofrimento psíquico e camalearam o louco como potencialmente ou de fato perigoso, sendo a personificação de uma ameaça social. Para atuar de maneira eficaz e preventiva, uma série de classificações e instrumentos diagnósticos foram criados, fortalecendo

ainda mais a importância que as tecnologias psi assumiram na sociedade através da aliança entre os discursos médicos, jurídicos e morais (Foucault, 1954/2008/; 1978/2006; 2003/2022; 2004/2023).

Tomando “discurso” como o apresentado em *A Ordem do Discurso* (1971/1999), compreende-se que não é algo que se restringe à fala ou ao texto escrito, mas se estabelece como práticas linguísticas e não linguísticas que produzem e moldam saberes e visões de mundo de uma determinada época, ou seja, regras específicas e historicamente situadas que organizam a forma como sujeitos pensam, agem e se constituem. Dessa forma, atuam controlando, selecionando, categorizando, hierarquizando e distribuindo subjetividades, seja pela expressão proferida ou pelo silenciamento (Revel, 2005).

O cenário apresentado mostra como não só a psiquiatria, como também a psicologia e a psicanálise assumiram o papel de administrar o louco na ribalta social. Fato que aconteceu não por advento de descobertas científicas irrefutáveis no campo da medicina biológica e sim por uma dominação discursiva estabelecida pelos acordos explícitos e implícitos entre discursos.

A situação que se descortina é que nunca se produziu uma prova irrefutável de origens orgânicas dos sofrimentos psíquicos, seja a loucura ou qualquer outra metamorfose dela, porém, acumulam-se evidências e análises dos impactos sociais nas derivas tomadas pelo sofrer (Foucault, 1954/2008; Freitas; Amarante, 2017; Hengartner, 2022; Moncrieff, 2013; Timimi, 2014). Com a incapacidade de demonstrar uma lesão ou desequilíbrio químico, a psicologia e a psicanálise se encarregaram de buscar patologias na vida psicológica, atuando com um “sadismo moralizador” (Foucault, 1954/2008, p. 86) e se encastelando com um discurso pretensiosamente científico e objetivo. Todavia, as práticas psi atuaram e atuam por meio de promover verdadeiras confissões da desrazão, seja individual ou familiar (Foucault, 2003/2022).

A negação da existência de um sofrimento psíquico e sua eventual capacidade de paralisar a vida do sujeito é irresponsável e perigosa. Dito isso, é mister delimitar que se busca questionar e problematizar como questões relativas à vida humana foram passadas ao polo de doenças e depois eufemisticamente chamadas de “transtornos”. Nessa seara, há as modificações sociais, políticas e culturais que implicaram em consequências atuais sobre os limites dos conhecimentos e das práticas em saúde mental.

Um mito que é preciso desconstruir de partida é que a psiquiatria foi sempre bem aceita dentro do campo da medicina, quando o que houve foi uma série de medidas e estratégias

políticas que buscaram garantir o crivo médico aos profissionais que atuavam nos manicômios (Castel, 1981/1987; Foucault, 2003/2022). Todavia é válido destacar que a população enclausurada não se tratava apenas de pessoas que estavam em conflitos com a razão iluminista, destarte faziam parte mulheres que sofriam as mais diversas formas de violência, população que viria a ser conhecida como LGBT, crianças bastardas, pessoas em situação de rua, entre tantos outros atores sociais.

O montante humano era composto por aquelas e aqueles que recebiam o diagnóstico de degenerados, seja por apresentarem um desvio estatístico das características pretendidas pela norma, que eram as mais variadas possíveis e incluíam até critérios como altura e formato do rosto, seja por se distanciarem dos valores europeus tidos como invioláveis e universais (Caponi, 2012). A problemática exposta evidencia que os critérios de saúde e doença da medicina e da psiquiatria são bem distintos e o diagnóstico psiquiátrico é diametralmente diferente do que é realizado por áreas médico-orgânicas (Timimi, 2020).

A psiquiatria se estabeleceu como uma medicina do não patológico ao engolfar o social e vesti-lo como doença mental. Nesse processo, o surgimento da teoria da degeneração, no século XIX, serviu de pedra angular para a construção da ponte com a medicina e propiciou uma reorganização da área médica anos depois (Caponi, 2012).

A chave em que a teoria da degeneração, ou da degenerescência, trabalhou era privilegiando uma compreensão de hereditariedade que estaria diretamente envolvida na reprodução de sujeitos tidos como degenerados ou anormais, assim, mesmo que não manifestassem uma doença, seriam portadores de uma degeneração que seria transmitida aos descendentes e irromperia em futuras gerações (Caponi, 2012; Foucault, 1999/2010).

A possibilidade de atrelar qualquer desvio a uma degeneração de raiz hereditária garantiu à psiquiatria a capacidade de atuar como instrumento médico-político tendo como alvo o controle familiar e propiciando estratégias eugênicas. O objetivo nunca foi o de curar ou produzir alívio dos sofrimentos, mas de antecipar a emergência de um “perigo” e promover uma correção e purificação da sociedade (Foucault, 1999/2010).

A teoria da degenerescência, elaborada pela psiquiatria biológica, influenciou fortemente as ideias eugênicas de Francis Galton. O psiquiatra afirmava que tanto os atributos físicos quanto habilidades mentais e o caráter eram herdados, amalgamando diferentes aspectos sociais, como a criminalidade e a indigência, com teorias biológicas e darwinistas. Nesse

contexto, buscava-se pelo isolamento físico, e consequentemente reprodutivo, daqueles que pudesse produzir uma descendência “defeituosa” (Coppock; Hopton, 2000).

A prática psiquiátrica estaria então alicerçada em ideologias que subjugavam populações com base em suposições pejorativas de raça, gênero e classe, como por exemplo a ampla aceitação de que os cérebros de pessoas negras eram menos desenvolvidos que os de brancas. Dessa maneira, serviu de arcabouço para diversas práticas, sobretudo na Alemanha nazista, que atuaram na perseguição, morte e violação de grupos tidos como “racialmente inferiores” (Coppock; Hopton, 2000).

Um importante destaque deve ser feito para o fato de a psiquiatria dita darwinista, determinista e evolucionista reivindicar uma autoridade social a fim de atuarem tanto dentro como fora do espaço do manicômio. Mesmo com teorias equivocadas e de evidente cunho eugenista, o movimento contou com certo apoio organizacional e financeiro para estabelecer-se como uma ciência especializada na hereditariedade e no funcionamento mental (Coppock; Hopton, 2000).

O metrônomo que ditou o ritmo do compasso assumido pela psiquiatria foi justamente a teoria da degeneração, uma vez que possibilitou um distanciamento da imagem do alienista e a criação da figura do psiquiatra nutrido pelo seio da medicina. Todavia essa passagem não foi tão direta e sem resistências, além de ter dependido da atuação direta de diversos Estados europeus ao reconhecer legal a incorporação. A desrazão medicalizada e localizada na hereditariedade criava o cenário de um risco iminente que o psiquiatra, legislado e legislador, poderia combater e prevenir (Caponi, 2012; Castel, 1981/1987).

A psiquiatria até então ortodoxa e que fincava seus pés no terreno de uma degeneração hereditária foi confrontada sobretudo pelo tratamento dos soldados que voltavam da guerra. A partir desse ponto, não seria possível apontar apenas as questões genéticas em explicações sobre o sofrimento e o trauma vivido. O determinismo unívoco não bastava e seria necessária uma revisão que incluísse causas ambientais. Nesse ponto, era preciso ter em mãos as teorias e técnicas psicológicas, incluindo a própria psicanálise (Coppock; Hopton, 2000).

O próprio pensamento do que seria loucura começou a ser metamorfoseado para diversas afecções, uma vez que o período entre guerras foi de franco apogeu sobretudo para as ciências psicológicas, nas quais se inclui a psicanálise. Era preciso lidar com o *shell-shock*, ou seja, com

o choque produzido pela guerra e as consequências psíquicas, políticas e sociais decorrentes do fato (Coppock; Hopton, 2000; Zaretsky, 2006).

Sigmund Freud foi convidado, em 1920, a escrever um parecer sobre as práticas de eletroterapia aplicadas em desertores militares no período da Primeira Guerra. Em seu depoimento, além de reconhecer a importância do que foi vivenciado no campo de batalha, apontou os conflitos com a hierarquia militar e o fazer médico eletroconvulsivo como tendo o único intuito de fazer o soldado voltar a lutar. Destacou também as mortes e suicídios decorrentes do “tratamento” e que os médicos que o executavam teriam sua função perturbada, uma vez que deveriam defender a pessoa em sofrimento e não agirem em torná-las aptas a lutar novamente o mais rápido possível (Freud, 1920/2023).

A expansão da assistência ambulatorial foi vertiginosamente acelerada pelas guerras, como por exemplo com a fundação do Hospital Maudsley, a Clínica de Tavistock e de Bellevue, além da ampliação da atuação das clínicas já existentes, como a Policlínica de Berlim. Nesse cenário, a psicanálise ampliou sua assistência e, conseqüentemente, popularizou seu método. O mesmo se deu com sua participação política e mobilização progressista. (Coppock; Hopton, 2000; Gabarron-Garcia, 2023; Zaretsky, 2006).

As clínicas públicas e privadas que foram fundadas e disseminavam as práticas psicoterapêuticas entravam em contraste inicialmente com o poderio psiquiátrico biológico, entretanto houve um movimento de absorção delas. Os médicos psicólogos e psicanalistas foram engolfados em um arcabouço médico mais amplo e colonizados pela linguagem médica biológica, originando assim um ecletismo em vez de um conflito (Coppock; Hopton, 2000; Zaretsky, 2006). O que, de início, marcou uma oposição, no limite, atuou como uma forma de fortalecimento das práticas psi e da hegemonia psiquiátrica.

As transformações sociais, culturais e políticas vivenciadas na história dos saberes psi influenciaram as transformações da compreensão do que seria a loucura e seus desdobramentos. O saber biomédico não foi descartado, mas transfigurou-se e se fortaleceu *pari passu* as teorias psicológicas se biologizaram, chegando até a colocá-las em xeque quanto à sua validade. Uma forma de saber apolítico, ateu e centrado em desequilíbrios bioquímicos inaugura a noção atual de transtorno mental.

Convém destacar que “transtorno mental” pode ser definido atualmente como:

Uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes. Uma resposta esperada ou aprovada culturalmente a um estressor ou perda comum, como a morte de um ente querido, não constitui transtorno mental. Desvios sociais de comportamento (p. ex., de natureza política, religiosa ou sexual) e conflitos que são basicamente referentes ao indivíduo e à sociedade não são transtornos mentais a menos que o desvio ou conflito seja o resultado de uma disfunção no indivíduo, conforme descrito (APA, 2023, p. 108).

Todavia tal conceito abre larga margem para questionamentos, uma vez que tem por cerne o pensamento sobre a funcionalidade do sujeito, claramente respondendo a uma demanda neoliberal, além de trazer por base a biologização da vida, a individualização do sofrimento e o afastamento do caráter político das emoções. Os critérios norteadores estão de acordo com binômios econômicos, estéticos e de capacidades de hierarquização e controle. Mesmo com ressalvas, a abrangência dos critérios do *checklist* psiquiátrico permite tamanha elasticidade interpretativa que podem ser classificados como transtorno mental até fenômenos que, a princípio, são como não configurando um (Safatle, 2023).

O afastamento da ideia de loucura e sua pulverização em transtornos mentais obedece ao modo de produção neoliberal no qual a própria vida é gerida com base em um modelo de empresa, o que cria um discurso quimérico entre a economia e os saberes psi. Nesse cenário, teorias e técnicas empresariais adentram os consultórios e o ser humano passa a ser quantificado, qualificado, hierarquizado, medido e avaliado de acordo com os novos critérios de classificação de sofrimentos alicerçados na máxima do empreendedorismo, o que escamoteia a precarização sob uma suposta neutralidade e cientificidade (Safatle, 2023).

3.6 Loucura, a que será que se destina?

A loucura foi abordada e tomada por diversos discursos ao longo dos séculos e deixou de habitar um cenário religioso e espiritual para preencher os muros físicos e simbólicos dos manicômios. No cenário contemporâneo, essa categoria assume contornos distintos e precisa ser delimitada com precisão.

Primeiramente, aquilo que pode receber a alcunha de loucura recebeu uma série de eufemismos e teve seu significado alterado e expandido, como já apresentado pelos processos de medicalização. Porém, é mister o destaque que partindo do estigmatizado caricato tomado pela desrazão até os mais de 500 diagnósticos que contém o DSM nos dias atuais, haveria um *continuum* de desdobramentos discursivos que conservaria uma herança mórbida de sub-humanização (Caponi, 2012). Mesmo a lógica binária de normal-patológico sendo flexibilizada, ainda estaria em evidência uma polarização que coloca um polo hierarquicamente superior ao outro, sendo o primeiro tomado como aquele que deverá ditar os valores de seu tempo e o segundo, apreciado como deficitário, incapaz e que necessitaria de correção (Gondar, 2018; Senne, 2005).

O termo loucura tornou-se cada vez mais inespecífico, seja para designar as afecções psíquicas ou pelos diversos pseudópodes que tomaram a vida cotidiana como parte do campo dos saberes psi. Todavia, o camaleão em novos vocábulos, como transtornos mentais, traz consigo um problema crucial que é a questão do diagnóstico psiquiátrico.

A importância que a chancela médica assume no âmbito sócio-político não é dada sem ser historicizada, como aparece em diversas obras já citadas de Michel Foucault, porém, há uma problemática da qual não se pode escapar: os diagnósticos garantem acessos a direitos e benefícios. Não há como negar a importância para a vida de pessoas precarizadas que os recebem e assim desempenham uma tentativa de equidade social, no entanto é preciso levar em consideração alguns pontos.

Senne (2005) bem destaca que um diagnóstico psiquiátrico, mesmo em sua aplicação vislumbrando garantir o melhor disponível para o sujeito, seja em tratamento, direitos, serviços ou benefícios, haveria ali um enquadramento na condição de “civilmente morto” (p. 171), o que traria consigo uma alienação de princípios básico por força de uma dita ciência neutra, atórica, apolítica e que se revela, no limite, como eugênica e interessada em alocar-se acima do bem e do mal no determinar do destino de populações inteiras.

Oliveira (2018), ao lançar um olhar aguçado para a sociedade neoliberal atual, coloca em voga o que chamou de “tendência necrófila”, uma vez que “o mercado precisa destruir as intenções de autonomia, de exploração de novas experiências, de libertação e independência” (p. 14). Não é desejável uma existência que não seja robotizável ou coloque em xeque as

questões de consumo, então torna-se muito útil a transformação dessa em um mercado potencialmente consumidor.

Um íntimo relacionamento é exposto ao analisar as cadeias que compõem todo o processo sócio-político envolvido em um diagnóstico. Para tanto, é preciso evocar uma obra de grande impacto nos estudos sobre a medicalização da vida: *Anatomia de uma epidemia* (Whitaker, 2017).

Robert Whitaker (2017) realizou um trabalho investigativo-jornalístico aprofundado ao se deparar com o mito de que haveriam grandes avanços científicos que alcançaram diagnósticos, protocolos e intervenções objetivas cada vez mais eficazes, seja no rastreio, identificação ou tratamento, no entanto o que se apresenta é um crescimento vertiginoso de diagnósticos psiquiátricos para problemas usuais do cotidiano e não uma melhora significativa na população.

Um erro de base e estrutural sedimentaria todo o alicerce sobre o qual está construído o castelo dos saberes psi. O que sustenta o local ocupado pelos profissionais psi é justamente o fato de discernirem o que é normal do que é anormal e com isso atuarem para realizar um encontro tutelado do sujeito patologizado com a norma, contudo diversas teorias tentaram balizar o que os limites entre cada categoria. A partir da década de 1980, haveria então o apogeu de uma proposta biológica e organicista.

A biologização da vida social não é um fato novo e percorreu diversas veredas desde a ideia de degeneração até as descobertas da neurologia, da anatomopatologia cerebral, de neuroimagens e da genética. Entretanto, a *hard science* empregada para legitimar o conhecimento sobretudo psiquiátrico, não conseguiu produzir evidências cabais, mas foi mesmo assim tomada como o mais verdadeiro dentre todas as hipóteses psicopatológicas (Caponi, 2012).

A herança da degeneração se atualiza na publicação do DSM III em 1980. No referido documento, proposto como atóxico e apolítico, os transtornos mentais teriam suas classificações enraizadas na mais “pura ciência” que seriam as teorias biológicas. A partir desse ponto, o desequilíbrio químico de neurotransmissores não só elucidaria as causas dos transtornos mentais, como também ofereceria uma forma correta e eficaz de tratamento com a administração de psicofármacos (Caponi, 2012; Freitas; Amarante, 2017).

A terapêutica empregada atuaria justamente em restabelecer o equilíbrio químico, apesar disso, não consideraram um simples fato que é a própria corrupção nas pesquisas que apresentavam tais teorias como indubitáveis. Além de mascararem resultados desfavoráveis, subornarem atores do campo da psiquiatria, trabalharem em fortes campanhas de *marketing* que não apresentavam evidências científicas convincentes, mas ansiavam o apelo do grande público e psiquiatras favorecidos financeiramente, os laboratórios farmacêuticos tiveram grandes vantagens financeiras com a divulgação de tais teorias (Freitas; Amarante, 2017; Hengartner, 2002; Moncrieff, 2008; Timimi, 2020; Whitaker, 2017).

As pílulas da felicidade que buscavam regular quimicamente o psiquismo, na verdade causaram os desequilíbrios bioquímicos que sempre afirmaram tratar, inclusive sendo associadas a vários casos de suicídio que foram ocultados da publicação de resultados (Gøtzsche, 2016). O que se apresenta na ribalta da discussão é que o cenário montado por explicações biológicas formou uma aliança financeira forte com diversos laboratórios farmacêuticos. Não se trata de teorias da conspiração ou negacionismo, mas de averiguar o que está ricamente documentado (Gøtzsche, 2016; Maldonado, 2023; Moncrieff, 2008; Hengartner, 2002; Whitaker, 2017).

O complexo médico-industrial e médico-financeiro estabeleceu-se sobre os mais diversos diagnósticos, de modo que as classificações ditas científicas passaram a operar em prol de oferecer consumidores para o que a indústria e o mercado ditariam (Maldonado, 2023; Moysés; Collares, 2020). Não caberia questionar a veracidade das pesquisas, mas reafirmar a rotulação diagnóstica para o oferecimento de bens e serviços a um mercado consumidor em franca expansão (Timimi, 2014; Whitaker, 2017).

As drogas psiquiátricas já foram tidas como um processo de libertação e reestruturação de autonomia frente ao ruir dos manicômios e foram defendidas até por grandes nomes da luta antimanicomial, como Franco Basaglia (1968/2010). A questão que se impõe é que o uso deveria ser condicionado ao efeito e não buscando o tratamento de uma “doença mental”. A mudança do paradigma sobre a prescrição e administração dos psicofármacos faz contraponto também ao *rebranding* feito pela indústria farmacêutica ao renomear as categorias de fármacos de modo a soarem como se realmente estivessem atuando em combater alguma doença (Freitas; Amarante, 2017; Moncrieff, 2008; Whitaker, 2017).

Para além da questão financeira envolvida, há de se lançar um olhar atento para as implicações sociais e subjetivas dos diagnósticos psiquiátricos. A psiquiatria definiria os seus próprios limites e, conseqüentemente, os limites do seu campo clínico auxiliar (a psicologia) também, além de ter participação na manutenção da ordem social e desempenhar um papel como uma ciência política (Birman, 1978; Castel, 1976/1978; Rose, 2019). Assimilando a moral de seu tempo, estabelecendo laços econômicos e transformando questões políticas e sociais em doenças mentais, o fazer psiquiátrico se faz para além de espaços confinados, como manicômios, e rompe com a membrana que delimitaria o campo da saúde, atuando em práticas associadas ao neoliberalismo, seja através do fortalecimento do individualismo e centralizando uma responsabilidade do sofrimento no próprio sujeito como uma maneira de expurgar as implicações políticas ou mesmo o transformando em um empreendedor de si pronto para voltar ou manter-se no mundo do trabalho (Cardoso, 2024; Rose, 2019).

Os diagnósticos psiquiátricos se impõem como uma questão cultural, apesar disso buscam negar tais condições mediante sua impostura em se colocar como arregimentados junto aos critérios estritamente biológicos. Mesmo que houvesse explicações tais quais as apresentadas como verdadeiras, ainda haveriam seus impactos micro e macropolíticos (Rose, 2019; Zorzanelli, 2014). A loucura metamorfoseada, disfarçada, dividida e camuflada, atravessou séculos e assumindo diversos papéis que foram impostos de maneira a resolver ou apaziguar problemas sociais que despontavam no horizonte.

3.7 Diagnosticando diagnósticos

Os diagnósticos, pretensamente neutros, escondem por baixo de um verniz de cientificidade, marcas profundas do colonialismo, o que fica evidente através da pretensão de universalidade proposta pelo manual americano. Timimi (2014) argumenta sobre como aspectos culturais são verdadeiramente tomados como adoecimentos mentais (eufemizados como transtornos mentais) impactando a cultura e as políticas públicas com categorizações simplistas. Nesse ponto, seria necessário resgatar uma psicopatologia mais complexa e que integrasse diferentes teorias, como psicologia, antropologia, sociologia e política.

Um problema inicial dos diagnósticos psiquiátricos é não seguirem a lógica do resto da medicina. Isso parte desde uma situação basilar que está no próprio reconhecimento da psiquiatria como parte do campo médico até a produção de novas categorias nosográficas. Respondendo aos entraves sociais que se apontavam, a “doença mental” foi concebida como

algo que os psiquiatras poderiam identificar de maneira confiável e que necessitaria a intervenção e o tratamento automaticamente. Junta-se a isso o pensamento de que o tratamento era eficaz e que os médicos eram íntegros acima de qualquer suspeita, ainda assim o cenário mostrou situações bem destoantes (Coppock; Hopton, 2000; Timimi, 2014; Whitaker, 2017).

A produção em série de categorias, como evidenciada a cada nova edição do DSM, sinaliza falhas no processo de construção do material, que vão desde conflitos de interesse até reuniões com votação para eleger o que deve ser inserido ou não. Além disso, o manual é meramente descritivo, não possuindo poder explicativo e almeja a reificação de opiniões em fatos empíricos (Caponi, 2012; Timimi, 2014; 2020; Whitaker, 2017).

Um importante adendo deve ser feito para lançar os olhos ao papel da psicologia e da psicanálise na contemporaneidade, que aceita para si as categorias arbitrárias psiquiátricas e esvaziam seu campo de compreensão subjetiva para ocupar um espaço de extensão do saber e da técnica psiquiátrica. Ocorre que no fundir, se é que já foram separadas em algum momento, a psicologia profere enunciados de que o diagnóstico mudaria a direção do tratamento e que haveriam abordagens melhores para cada categoria, o que não se sustenta em meta-análises produzidas que demonstram que os fatores extraterapêuticos são muito mais importantes do que o modelo utilizado (Timimi, 2014; 2020).

As falhas estruturais no encastelado poder de dizer a verdade sobre o sofrimento alheio sob a égide de um transtorno mental visando o melhor tratamento e proteção ameaçam fazer o poderio ruir desde o início, porém, se fortalece a cada novo malabarismo discursivo. Aqui confluem diversos enunciados, seja de proteger a sociedade de um risco iminente, garantir acessos a direitos e serviços, como organizador cultural de subjetividades, formação de identidades e validação de experiências de dor, entretanto há uma marca do neoliberalismo que faz com que o diagnóstico seja algo desejado. O que é exposto é um movimento que sai da estigmatização para a defesa social de maneira acrítica e ocultando-se de ser visto como dispositivos de governo de subjetividades (Banzato; Pereira, 2014; Caponi, 2012; Cardoso, 2024; Rose, 2019; Timimi, 2020; Zorzanelli, 2014).

Uma provocação deve ser feita ao se pensar em um outro resultado possível do ser diagnosticado. Todavia poderia ser que se manifeste como um silenciamento da experiência ou, melhor dizendo, um desmentido. Para tal, é possível encontrar diversos exemplos ao longo de

toda a história dos saberes psi, como a impregnação de ideologias nas classificações atuam de modo a individualizar o sofrimento e a silenciar populações precarizadas.

3.8 Em nome da APA, da psiquiatria e do DSM, amém

As classificações diagnósticas das afecções mentais possuem raízes antigas, datando da medicina hipocrática e galênica com as teorias dos temperamentos dominantes baseados nos humores, todavia não era o interesse dos psiquiatras, sobretudo estadunidenses, que atuavam nas práticas asilares. A detecção dos sintomas observados era mais importante do que a diferenciação das diversas condições, o que outorgava a aplicação de drogas sedativas, comas insulínicos, eletroconvulsoterapia e terapias de febre, com a inoculação deliberada de malária, por exemplo (Horwitz, 2021).

O aumento da população internada em asilos levou ao desafio de gerenciar as instituições. Os hospitais psiquiátricos estavam no topo dos maiores gastos nos orçamentos estatais dos Estados Unidos (EUA) e precisavam prestar contas ao Estado, com isso, era necessário categorizar os pacientes recebidos. Cada asilo possuía sua forma de contabilizar, gerando uma necessidade de uniformização para a melhor gestão, com isso, em 1918, o primeiro Manual Estatístico para o Uso de Instituições para Doentes Mentais foi publicado pela Associação Médico-Psicológica Americana, que viria a se tornar a Associação Psiquiátrica Americana em 1921 (Horwitz, 2021).

O forte apelo biológico já estava presente desde essa época, porém, assumia outros contornos. Mesmo assim, a utilização não estaria ligada ao emprego clínico em determinar condutas ou prognósticos. O fato é que o documento sofreu duras críticas, sendo tomado como inútil para o trabalho do psiquiatra, de toda forma seu uso foi mantido até o final da Segunda Guerra Mundial (Horwitz, 2021).

As críticas se concentravam sobre as peculiaridades individuais serem tomadas por categorias rígidas. Psiquiatras da psicobiologia e psicanalistas rejeitavam o sistema diagnóstico empregado, estreitando a utilização ao levantamento de dados quantitativos das populações internadas. A baixa aceitação do *Statistical Manual* ainda era limitada por não ser útil para o tratamento dos que sofriam pelas guerras. A população de militares estadunidenses que retornava ou deserdava sob forte sofrimento psicológico provocado pela vivência traumática não conseguia ser classificada pelas categorias do manual. Uma nova forma de instrumentalizar era necessária, com isso, o *Medical 203* foi criado (Horwitz, 2021).

O *Medical 203*, também intitulado como *War Department Technical Bulletin 203*, foi o sistema de nomenclatura criado por William Menninger, irmão do psicanalista Karl Menninger, e possuía o intuito de descrever e registrar as condições psiquiátricas em militares. A base psicodinâmica orientou a escrita que enfatizava os conflitos inconscientes, a formação dos vínculos, a importância da infância e a necessidade da compreensão na relação terapêutica. A aceitação do material foi ampla, porém, ainda concorria com diversos outros sistemas disponíveis. (Horwitz, 2021).

O *Medical 203* provocou uma mudança drástica na prática psiquiátrica, de modo que favoreceu a expansão para além dos manicômios. Com o manual, tornou-se possível pensar em uma psiquiatria praticada na comunidade, além de não só agir sobre a “doença mental”, mas na sua prevenção. A psiquiatria biológica perdeu espaço para uma abordagem mais psicossocial com base psicanalítica, contudo é mister ponderar sobre o momento que isso aconteceu (Horwitz, 2021).

A influência do pensamento de Adolf Meyer sobre a psicobiologia influenciou a base teórica do manual. A adoção de uma psiquiatria centrada na história de vida do paciente, na observação longitudinal e buscando integrar fatores biológicos, psicológicos e sociais fez com que as “doenças mentais” fossem compreendidas como reações, respostas mal-adaptativas aos diversos aspectos que entram em interseção na formação de sujeitos. A adoção do *maladjustment model* também baseou a criação do DSM-I (Horwitz, 2021).

Entender o sofrimento psíquico como uma forma de desajuste corroborou com a ideia de adaptação e ajustamento que a psiquiatria deveria exercer não só com os pacientes psiquiatrizados, uma vez que deveria atuar no bem-estar familiar e na educação de crianças e adultos. O vocabulário humanitário e as perspectivas não-reducionistas expandiram a ação do poder psiquiátrico para a comunidade, por outro lado, seus fazeres aliavam-se ao discurso higienista. O foco não era mais as “doenças mentais”, mas tornou-se a regulação das condutas, hábitos, afetos e relações. Os desviantes deveriam ser adaptados através do controle social e isso serviria tanto como tratamento, como para a prevenção de novos casos. O movimento da higiene mental reorganizou as práticas sobre o sofrimento, conduta e normalidade definindo um ideal de ajustamento, assim alinhando psiquiatras, psicólogos e psicanalistas em torno *Medical 203* e fazendo frente ao manual estatístico (Horwitz, 2021).

Os conflitos sociais são vistos como desajustes individuais ou familiares que deveriam ser corrigidos e prevenidos com base em uma métrica moral-biológica que reforçava exclusões de raça, classe, gênero e contra pessoas com deficiência. O higienismo aliava-se com valores burgueses de ajustamento, como “autocontrole”, “produtividade”, “disciplina” e “família”, vocabulário esse presente ainda nas intervenções psicológicas e psiquiátricas atuais, demarcando suas raízes e o que está implícito no fazer psi. Nesse cenário, as terapias assumem uma postura pedagógica de reduzir questões político-estruturais a inteligibilidade do sofrimento, além de alienar o significado das condutas para que o sujeito retorne adaptado e produtivo ao ambiente social (Costa, 1976/2006; 1979; Foucault, 2003/2022).

As escolas, as famílias e a vida privada era o espaço do estabelecimento da ampla medicalização através dos exercícios higienistas. Buscava-se formar sujeitos com condutas ajustadas, reduzindo desvios e controlando populações vulneráveis. Não é necessária uma grande perspicácia intelectual para perceber que isso se aliou aos projetos de eugenia. O viés estatístico-moral se implantava com critérios de triagem e vigilância preventiva, além dos mais variados testes que classificavam sobretudo crianças, mas também famílias e personalidades, que deveriam ser excluídas ou violentamente ter suas condutas modificadas (Castel, 1976/1978; Costa, 1976/2006; 1979). Nesse contexto, o *Medical 203* foi visto como uma possibilidade de expansão social da psiquiatria, bem como das ações higienistas, uma vez que contava com aceitação popular e dos profissionais.

A importância do *Medical 203* se dá por ser o antecessor do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), sendo o elo da psiquiatria militar de guerra com a produção do manual mais amplamente utilizado nos dias atuais. A padronização que surgiu por necessidades militares-administrativas, rompeu as barreiras e foi assimilada pela comunidade, fato que transformou o DSM na língua utilizada não só pelos profissionais psi, mas também por pessoas leigas quando buscam denotar características negativas a alguém (narcisista, antissocial etc.) ou nomear emoções e comportamentos. Nesse processo de nomeação, as emoções são vistas como inimigas e senti-las baseia julgamentos que as condenam como patológicas. É mister ressaltar que a inserção da psiquiatria no amplo espectro social não aconteceu por meio da profusão de diagnósticos, entretanto foi acompanhada deles sobretudo a partir do DSM-III (Gaines, 1992; Horwitz, 2021).

Os DSMs são geralmente apresentados como um conhecimento técnico e científico acumulado pelo rigoroso exame das “doenças mentais” e dotados uma neutralidade. Essa afirmação é falaciosa em diversos pontos, uma vez que as classificações são produtos histórico-culturais que materializariam uma leitura tendenciosa centrada na interpretação estadunidense sobre a normalidade e como seus desvios devem ser explicados. Outra inconsistência se apresenta quando se analisa que os autores não possuem carreira de pesquisadores (Gaines, 1992; Whitaker, 2024).

A visão que se impera é que há uma causação preponderantemente biológica, senão totalmente, excluindo a percepção sobre o próprio campo que afirma isso ser uma construção inacabada de um processo histórico. A postura assumida é que descrevem quadros que atravessam os tempos e possuem uma estrutura enraizada no orgânico, o que atestaria sua cronicidade e permanência histórica, porém, o que se apresenta é a criação de doenças com base no estreitamento de como fenômenos devem ser explicados. As entidades nosológicas, tão caras aos praticantes psi, não seriam descobertas, mas culturalmente criadas através da interpretação de características encontradas nos âmbitos médico e não-médico, ou seja, extrapolando a atuação para áreas que não deveriam ser concernentes ao poderio biomédico (Gaines, 1992).

A construção cultural do conceito de anormalidade ligada ao processo de interpretação das experiências é o que cria a entidade da “doença mental”. Uma voz monolítica sobre uma nosologia, tal qual o DSM se demonstra, seria uma tentativa uma articulação dentro de uma cultura específica, mas que se propõe a falar sobre todos os modos singulares de existência, ou seja, ignorando o caráter cultural local, além de não se perceberem como construções analíticas e não uma verdade última (Gaines, 1992).

O essencialismo biológico, apresentado como estrutura de sustentação das classificações psiquiátricas, propicia a criação de um binarismo que distingue os “normais” dos “anormais”, sendo que o padrão implícito de normalidade compreende um perfil muito bem delimitado de um ser humano adulto, do sexo masculino, germânico-protestante e que percebe as emoções como inimigas do controle de si. Essa figura caricata é vista como o nascedouro de todos os valores e para quem se atribui um caráter positivo, dessa forma, qualquer dissonância dessa norma leva a suspeição e patologização, seja por serem mulheres, crianças, idosos ou mesmo pertencerem a outros grupos culturais, como não-cristãos, sendo tomados como o polo negativo, o que justificaria a violência e desumanização direcionada a essa população (Gaines, 1992).

O salto de fé que torna a figura da psiquiatria tal qual a de um deus, agarra-se ao livro sagrado (DSM) para profetizar os caminhos que a vida de cada pessoa que aceitar a palavra da APA (*American Psychiatric Association*) tomará. Assim como a Bíblia cristã, o texto foi reformulado várias vezes para atender às pretensões políticas do movimento. Com a proposta de catalogar e unificar uma nomenclatura diagnóstica para registro estatístico e administrativo, além de propiciar a comunicação profissional, a criação do DSM marcou uma mudança sobre os modos de interpretação da vida cotidiana e a expansão da medicalização (Gaines, 1992).

A primeira versão, de 1952, possuía uma nosologia fortemente embasada na psiquiatria psicodinâmica, sobretudo norte-americana. A psicanálise estaria presente de uma forma bem diferente de sua origem, mas guiando o raciocínio médico-psiquiátrico e atuando como forma de interpretação das reações às condições da vida. Os diagnósticos psiquiátricos que antes eram reservados apenas para os casos mais extremos, estranhos, disruptivos e incompreensíveis que se encontravam em condições psicóticas e internados em asilos, foram expandidos passando a abarcar as condições neuróticas e isso se deu pelos achados clínicos psicanalíticos que flexibilizaram a fronteira entre as condições comuns e patológicas. A forte carga teórica implicou em categorias amplas com descrições vagas e que dependiam da expertise do profissional para se pensar em um diagnóstico. A operacionalização não era prática, uma vez que cada categoria não funcionava como uma entidade, uma vez que apresentava apenas formulações gerais (Ellenberger, 1970/2023; Gaines, 1992; Horwitz, 2002; Zaretsky, 2006).

A noção de “reação” marcou o desenvolvimento do texto. O sofrimento era lido como uma forma de expressão dos problemas subjacentes, demarcando a ligação com a concepção psicossocial e situacional que estariam ali envolvidas. O manual nasceu como um instrumento de gestão e contabilização para coordenação institucional, não como um instrumento de produção de diagnósticos e condução de práticas clínicas, apesar disso a história mostrou que seu uso foi bem diferente do que o proposto inicialmente. Vale a ressalva que a máxima “o problema não é o DSM, mas a maneira que se usa” é completamente falha ao pensar nos critérios socioculturais homogeneizantes que implicam na distinção entre normalidade e anormalidade proferidas pelo manual, assim, mesmo o uso como ferramenta de gestão, é ainda problemático. A normalidade como conformidade ao meio social e compartilhamento de moralidades fica pronunciada quando existe a classificação de desvio sexual para a homossexualidade. Os

desvios a colocaria como um quadro patológico ao lado da pedofilia, estupro e outras agressões sexuais (Gaines, 1992; Kawa; Giordano, 2012).

A segunda versão (1968) foi marcada pela expansão da definição do que seria “doença mental” de acordo com a ampliação da teoria psicodinâmica. Os quadros rígidos ganharam flexibilidade e a passaram a conter situações transitórias, ou seja, pessoas tidas como “normais” poderiam passar por exames psiquiátricos para que atestassem transtornos. O ambiente avassalador em que se vivia provocaria distúrbios situacionais transitórios que deveriam ser diagnosticados pela psiquiatria (Kawa; Giordano, 2012).

A adição de que se deveria diagnosticar todo transtorno presente, mesmo quando não era possível discernir sobre qual classificação específica se tratava, foi feita nessa nova publicação, o que representou uma aproximação da tradição kraepeliana que buscava por uma sistematização maior da categorização das “doenças mentais”. O termo “reação” também foi retirado, marcando o início do distanciamento das teorias psicodinâmicas, resultado de uma busca pela aproximação ainda maior com o modelo biomédico e um alinhamento com a Classificação Internacional de Doenças (CID) (Horwitz, 2021; Kawa; Giordano, 2012).

Os diagnósticos não eram necessários para que as pessoas tivessem acesso às drogas psiquiátricas e nem à psicoterapia. A nosologia psiquiátrica ainda ocupava pouco espaço nas discussões, quando não era rejeitada na prática clínica, o que ensejou que o DSM se aproximasse cada vez mais da CID para que a psiquiatria não destoasse tanto das outras especialidades médicas e trouxesse um ar de maior rigor e cientificidade no fazer (Horwitz, 2021).

A década de 1970 foi particularmente marcada por uma crise na psiquiatria. A psicanálise, que era a teoria dominante dentro da especialidade médica, e a psicoterapia foram duramente atacadas por pessoas dentro e fora da área da saúde. Críticas se acumulavam, sobretudo lideradas pelo movimento da antipsiquiatria. Pressões econômico-políticas movimentaram a psiquiatria por diagnósticos mais categóricos para a manutenção de financiamentos e seguros. A resposta veio com a publicação do DSM-III em 1980 (Horwitz, 2002; Mayes, Horwitz, 2005).

A terceira edição do manual aliava-se publicamente aos princípios kraepelianos e buscava apresentar-se como ateórico (afastando-se da psicodinâmica) e apolítico, o que ficava evidente em seu foco em sintomas visíveis e mensuráveis como base das categorias diagnósticas, permitindo padronização e comparabilidade. O modelo foi importado da medicina

e colocava a psiquiatria no âmbito das pesquisas comunitárias, provando seu forte apelo cientificista sustentado pelo diagnóstico como centro da observação investigativa. Verifica-se que não se tratou necessariamente de um acumulado avanço científico, mas de um rearranjo do poder (Gaines, 1992; Horwitz, 2002; Mayes, Horwitz, 2005).

A praticidade do uso da padronização colocada pelo DSM-III favoreceu que fosse utilizado em pesquisas em diferentes culturas e lugares, sem que houvesse uma reflexão crítica sobre isso, o que gerou a percepção de uma epidemia de transtornos mentais e legitimou a expansão de serviços e diagnósticos. O manual é reconhecidamente político e catapultou as vendas de drogas psiquiátricas, pois a ênfase dada ao biologicismo e a forma descritiva da diagnose abriu campo para que a medicamentação corresse em passos largos. É válido ressaltar que boa parte da construção de seu texto correspondeu às demandas de indústrias farmacêuticas por mercado consumidor, o que também configura conflitos de interesse sérios e mascaramento de dados (Gaines, 1992; Horwitz, 2002; Mayes, Horwitz, 2005; Whitaker, 2017).

Cada classe profissional buscou por sua fatia de reserva de mercado. Os psicanalistas criticavam o reducionismo do DSM-III, bem como a falta de dinâmica e os psicólogos incrementaram os testes psicométricos e as abordagens mais comportamentais. O fato é que não se passou imune ao novo manual. Mesmo sem validade robusta, a adoção foi acompanhada por boa parte das instituições e tornou-se a linguagem utilizada no campo psi (Gaines, 1992; Horwitz, 2002; Kawa; Giordano, 2012; Mayes, Horwitz, 2005).

O avanço mais comemorado foi a retirada do diagnóstico de homossexualidade do rol de transtornos. A pressão de movimentos políticos influenciou a tomada de decisão, por outro lado, não foi uma real perda da caracterização patológica. Houve a manutenção da classificação de “homossexualidade ego-distônica” sendo removida apenas na revisão realizada sete anos depois (Horwitz, 2021).

A força-tarefa, chefiada por Robert Spitzer, que desenvolveu o DSM-III gerou lucros nunca antes alcançados pela APA. As vendas do DSM-III somaram US\$ 9.33 milhões em comparação aos US\$1.27 milhões da versão anterior. A pressão financeira foi um dos motivos que levou a revisão do manual mais atual até então, assim sendo publicado, 1987, o DSM-III-R. A associação americana vendeu US\$16.65 milhões com o novo documento, mas isso não chega aos pés dos US\$120 milhões atingidos com a quarta versão (Blashfield et al., 2014; Horwitz, 2021).

As alterações realizadas para a publicação do DSM-III-R tornaram mais fácil de se obter algum diagnóstico psiquiátrico. Novas categorias foram organizadas, incluindo propostas de construção de futuros de diagnósticos. Havia a tentativa evidente da APA de evitar as acusações sofridas com a publicação do DSM-III e silenciar as controvérsias estabelecendo o estilo conservador que será mantido no DSM-IV (Horwitz, 2021).

A quarta edição do manual foi liderada por Allen Frances, psiquiatra que descortinou (de dentro) as hipocrisias do processo de elaboração. A proposta era de manter um caráter comedido e só promover mudanças em classificações ou criar novas caso houvessem fortes evidências científicas e o benefício superasse o risco, apesar disso, não foi o que se estabeleceu. Os dados científicos eram derrubados em nome do consenso entre os membros das forças-tarefa e as concessões se acumularam aos interesses das indústrias farmacêuticas, mesmo que o paradigma fosse de estabelecer uma medicina baseada em evidências e a neurociência fosse o cerne dessa estruturação (Frances, 2016).

Os limites de cada diagnóstico tornaram-se cada vez mais frágeis com a descrição dos sintomas, o que aumentou a utilidade, contudo permaneceu com baixa validade. A margem foi ampliada quando se estabeleceu a inclusão de categorias alicerçadas em diagnósticos antigos, criando uma inércia classificatória que dificilmente pode ser revertida. Esses fatores contribuíram para a inflação diagnóstica que criou epidemias falsas de transtornos mentais, fato que foi fortemente apoiado e aproveitado por quem lucra com o vertiginoso aumento de pessoas que podem ser colocadas no rol dos transtornos mentais (Frances, 2016; Horwitz, 2021).

O DSM-IV teve uma atuação mais administrativa do que científica, uma vez que conseguiu vincular a autoridade dos médicos e manuais ao reembolso e funções burocráticas dos diagnósticos, o que já havia sido iniciado pelo DSM-III, entretanto ele estava na base de mudanças profundas em seguros, políticas e serviços, bem como na governança do cuidado e na justificativa jurídica de decisões que sustentava internações prolongadas ou inimizabilidade (Frances, 2016; Horwitz, 2021).

As oposições internas ao DSM-IV marcaram o movimento pela produção do DSM-5. As críticas não provinham apenas dos críticos da psiquiatria, mas internamente se discutia os rumos que eram assumidos pelo manual. As acusações de financiamentos por indústria farmacêuticas que debilitavam o interesse pela ciência se somavam, o que fez com que o presidente da APA, Alan Schatzberg, convocasse a produção da quinta edição e que tivesse um

caráter puramente científico, no entanto, não foi mencionado que o mesmo Schatzberg possuía US\$4.8 milhões em ações em companhias farmacêuticas que produziam drogas psiquiátricas (Horwitz, 2021).

O DSM-5 e DSM-5-TR mantiveram os mesmos problemas epistemológicos de suas versões anteriores, a baixa validade dos diagnósticos permanecia, assim como a pouca confiabilidade, a inflação diagnóstica foi agravada, alavancada pela medicalização e produzindo um montante de falsos positivos. Outro ponto de destaque é a baixa transparência, com a adoção de medidas para sigilo e controle de informações sobre o processo de produção, além do alto índice de conflitos de interesse (Horwitz, 2021; Wakefield, 2015; Whitaker, 2024; Whitaker; Cosgrove, 2015;).

As novas versões consolidam o projeto iniciado no DSM-III de um modelo puramente biológico, no qual as intervenções terapêuticas ou psicossociais são justificadas a partir de uma ênfase cerebral e genética. Nesse modelo, o padrão de cuidado é administração de drogas psiquiátricas e toda a centralidade do processo deve estar sobre a individualização promovida pela visão de que o sofrimento é provocado de maneira puramente orgânica, então deve ser corrigido da mesma forma (Horwitz, 2021).

3.9 Mercado de saúde ou de doenças?

As diversas crises com os DSMs não se localizam apenas na forma como guiam diagnósticos e tratamento. O cenário é ainda mais complexo e apresenta uma forte corrupção disfarçada de avanço científico. O alicerce dessa celeuma está no conflito de interesses presente na criação e expansão de categorias diagnósticas, sobretudo após o DSM-III (Whitaker, 2024; Whitaker; Cosgrove, 2015).

As cifras astronômicas de milhões de dólares são provenientes de uma aliança muito íntima entre psiquiatras, principalmente da APA, e indústrias farmacêuticas (em suas diversas formas de apresentação, seja como capital de investimentos ou produção fabril de drogas), o que se traduz por um complexo médico-industrial organizado por um fluxo de bens e serviços com finalidade de expansão de mercado e aumento de lucros (Maldonado, 2023).

Os DSMs formam um ativo institucional que define o mercado, ao invés de descrever “entidade naturais”. A atuação concentra-se definindo um mercado consumidor através da ampliação de novos diagnósticos e flexibilização dos critérios dos já existentes. Nesse processo, soma-se o financiamento de líderes de opinião que ajudam a consolidar a ideia de uma

terapêutica medicamentosa correspondente e necessária. Outros serviços, incluindo psicoterapias, entram no montante em busca da sua parte do *pool* de pacientes potenciais que passaram a ser incluídos como detentores de transtornos mentais (Greenberg, 2013; Whitaker; Cosgrove, 2015).

A nosologia psiquiátrica é estruturalmente permissiva aos abusos promovidos pela categoria. Sem uma base natural evidente, as tentativas de conceituar o que seria um transtorno mental fracassaram enquanto o que se propunham, mas alcançaram grande êxito na reificação de pessoas, na medicalização da vida e na produção de subjetividades, sendo até mesmo criadas epidemias falsas de autismo, déficit de atenção e transtorno bipolar (Frances, 2016; Greenberg, 2013; Whitaker; Cosgrove, 2015).

O problema do conflito de interesses está presente na maior parte da construção do texto dos DSMs. No DSM-IV e DSM-IV-TR, dos 170 membros que fizeram parte da escrita, 56% tinha uma ou mais associações financeiras com indústrias farmacêuticas. A situação fica ainda pior quando visto que 100% dos que trabalharam nas categorias de “transtornos de humor” e “esquizofrenia e outros transtornos psicóticos” tinham tal envolvimento. Nem as crianças e adolescentes foram poupadas, uma vez que 62% dos que faziam parte da produção da categoria “transtornos diagnosticados na infância e na adolescência” também recebiam dinheiro de laboratórios que produzem drogas psiquiátricas (Cosgrove; Krinsky, 2012; Whitaker; Cosgrove, 2015).

O cenário não melhorou com o DSM-5, 69% da equipe possuía conflito de interesses. É mister destacar o envolvimento de alguns grupos de trabalho com a indústria farmacêutica. Dos responsáveis pela categoria de “transtornos psicóticos”, 83% apresentavam essa situação. No caso dos que atuaram na descrição dos “transtornos de humor”, eram 67%. Por fim, o dado mais crítico, 100% da equipe que estava envolvida na construção dos critérios diagnósticos de “transtornos do sono-vigília” (Cosgrove; Krinsky, 2012; Whitaker, 2024).

No DSM-5-TR, a versão mais atual do manual até então, 60% dos médicos que moram nos EUA tiveram pagamentos provindos de indústria farmacêuticas registrados na base pública de dados (*Open Payments*). No fluxo de transferências financeiras, destaca-se que 80% dos membros dos grupos de trabalho que redigiram a categoria de “distúrbios de neurodesenvolvimento” e 75% dos de “distúrbios neurocognitivos” apresentaram conflitos de interesse (Davis et al., 2024; Whitaker, 2024). O vocabulário “neuro” adentrou ao senso comum

com base em uma significância simbólica de autoridade e cientificidade, constituindo uma linguagem quase universal e apresentando garantias de funcionalidade de um trabalho que não existe. O quadro que se pinta é que as “neuro-coisas” (neuropsicologia, neuropsiquiatria e afins) são mais eficazes, eficientes e agem de maneira assertiva no tratamento, entretanto o que se desvela é o discurso biologicista assumindo mais uma vez a centralidade das discussões como portador de uma verdade monolítica.

Os manuais diagnósticos da psiquiatria não são apenas jargões médicos de uso restrito, uma vez que participam da vida comum e são apropriados por diversas instâncias sociais, seja na justiça, política ou mesmo na nomeação de emoções cotidianas. Os esforços por uma cientificidade absoluta não lograram êxito e foram convertidos no estabelecimento de um mercado de serviços e drogas gigantesco. Longe de ser exclusivamente uma classificação nosológica, o DSM é um articulador entre a criação de demanda e oferta de tratamentos, além de modificar e criar subjetividades.

3.10 Diagnóstico da Silva

O sofrimento é o fator mais comum de toda a história da humanidade. Freud (1930/2010b) apresentou o mal-estar como o preço a ser pago pela vida em sociedade. Estabelecer relações humanas é estar exposto a uma boa dose de infelicidade e dor. As variações de modos de sofrer são tantas quantas são as pessoas e algumas podem assumir um caráter de incompatibilidade com a contiguidade da vida.

A percepção do sofrer de maneira descontextualizada, despolitizada, individualizada tornou-se a principal forma de se validar e atestar o que aquele sujeito realmente sente. Isso se deu no processo de nomeação diagnóstica para situações de opressão e exploração. A ideia de uma nomenclatura médica que permita que o próprio sofrimento seja reconhecido dá o *leitmotiv* para busca por autodiagnósticos (DISCO Network, 2025).

A materialização simbólica em uma alcunha que nomeia e explica tautologicamente como se é, pode provocar um alívio e um reconhecimento. Categorias de identidade são formadas em torno dessas convenções, o que pode organizar tanto uma luta por direitos como ampliar a rede de apoio e de relações das pessoas que recebem o diagnóstico e de seus cuidadores. O cenário é bem mais complexo do que garantir que ali serão recebidos os acessos aos bens e direitos necessários, além do tratamento adequado. Observa-se que a constituição de um diagnóstico não é um retrato da realidade e o embasamento nas neurociências (de maneira

muito distorcida) criou uma figura humana que é uma extensão cerebral e não um sujeito (Ortega, 2013; Rose, 2013).

A medicalização da vida está envolvida nesse processo sendo o ponto de partida e propagada por meio de um conjunto de práticas, dispositivos, economias e saberes. Não é possível afirmar que se opera de maneira homogênea, seja nas populações ou mesmo nos exercícios de poder. É nesse contexto que a medicina não apenas invade a vida, mas participa da criação de novas formas de subjetividades (Hacking, 1995; Rose, 2007).

A ideia de que o diagnóstico poderá promover uma validação do sofrimento e um tratamento adequado não se confirma, uma vez que pessoas entram em um mecanismo de controle e triagem ao invés de uma intervenção realmente visando uma melhora naquilo tido como sintoma. Outro fato é relativo a própria prescrição de abordagens terapêuticas e drogas psiquiátricas, mais uma vez, os diagnósticos não possuem influência relevante nesse cenário (DISCO Network, 2025; Timimi, 2014).

Formas de subjetividade são modeladas e criadas, criando identidades cujo cerne são classificações biomédicas. A busca contemporânea por pertencimento, reivindicação de direitos e denúncia dos sofrimentos se edifica sobre marcadores como genes, riscos e diagnósticos em uma simbiose com circuitos institucionais, como clínicas, serviços, associações de pacientes e indústrias. Não basta a explicação do que são os adoecimentos, mas se estabelece uma métrica do que é a vida que deve ser vivida e qual o bem-estar deve ser atingido e proporcionado. Esse movimento se estabelece ativamente com a participação de uma organização coletiva, com a circulação de informações biomédicas, busca por captação de recursos, pressão por pesquisas e terapias destinadas aos grupos específicos e o estabelecimento de cidadanias biológicas (Rose, 2009).

As categorias diagnósticas, ao serem aplicadas, promovem uma interação na qual o saber circula e é apropriado por aqueles que fazem parte dela, de modo que passa a modificar as condutas, seja pela sua contestação ou pela performance. As classificações não apenas descrevem, mas organizam práticas e populações. A medicalização toma então formas com diversas idiosincrasias que vão além da clássica crítica da “apropriação pela medicina”, mas se desvela em diferentes formas que vão desde a saúde pública até a prescrição de estilo de vida fora da lógica da psicofarmacologia, incluindo organização de mercados (Hacking, 1999; 2007; Rose, 2007).

A busca pelo diagnóstico poderia ser compreendida como uma necessidade de pertencimento, de inteligibilidade do que se sente, de acesso a redes, serviços, lugares e direitos que acontece ao custo de vincular-se com a gramática biomédica. A cidadania biológica se articula com economia morais e materiais em torno de promessas de inovações técnicas e terapêuticas, ou seja, administra-se a esperança, seja no acesso ao tratamento disponível, na justificativa do sofrimento ou na expectativa de uma resolução (Broderick, 2022; DISCO Network, 2025; Rose, 2007; 2009).

O diagnóstico deixou de operar por imposição, como era realizado na prática asilar, para se difundir por afiliações entre esperanças, formas de vida, promessas técnicas e, sobretudo, pela participação ativa dos sujeitos, a partir de uma leitura do arranjo social, na qual a dor só se torna legível, reparável e compartilhável quando traduzida em uma classificação autorizada, ou seja, o alívio simbólico propiciado é seguido pela captura biopolítica. O preço pago envolve converter sofrimentos sociais e conflitos relativos à vida em atributos individuais, guiados por mantras neoliberais de autoaperfeiçoamento, vigilância e adequação, tornando o sujeito o próprio empreendedor de si (Foucault, 2004/2022; Rose, 2007).

O sofrimento psíquico convertido em entidades classificáveis objetivamente permite individualizar capacidades e valores, de modo a funcionar como uma credencial biomédica que hierarquize vidas. Nesse cenário, diferenças são convertidas em defeitos e o cálculo de risco é empregado buscando estabelecer um ideal positivo de quem é seguro, ou seja, ajustado, produtivo, educável, diagnosticável, “normal”. Uma importante engrenagem dessa conjuntura é o DSM não apenas como um manual técnico, mas atuando no estabelecimento do que deve ser evitado, corrigido, antecipado *pari passu* definindo a otimização do ideal moral. O diagnóstico deixa de ser apenas um jargão médico e vira um instrumento de triagem de vidas, seja agindo para aumento do desempenho ou reduzindo a presença social (Cardoso et al., 2022; Foucault, 2004/2022; 2004/2023; Portocarrero, 2009; Rose, 2013; 2019).

3.11 Confusão de línguas entre o DSM e a vida

A busca voluntária por tratamento psiquiátrico e psicoterapêutico não é uma marca dos tempos mais atuais. Por mais que a maioria das internações psiquiátricas tenham acontecido involuntariamente, ainda é possível destacar um movimento de busca pelo controle do sofrimento psíquico, sobretudo após o período de guerras e o aparecimento de clínicas públicas

que tinham por objetivo cuidar daqueles que foram impactados pelos conflitos (Coppock; Hopton, 2000; Gabarron-Garcia, 2023; Zaretsky, 2006).

Os mais diversos excluídos sociais que compunham a massa de pessoas que eram internadas no sistema asilar possuíam três formas de ingresso, sendo trazidos pela família, pela polícia ou enganados por outras pessoas, o que marca o impacto sobre as relações sociais. Outrossim, haveria a percepção de estar mentalmente desequilibrado e, por convencimento ou chantagem familiar, a busca por hospitalização acontecia como uma tentativa de reorganização e promoção de alívio. A questão que se mostra é o fato de que a entrada do paciente pode se dar de diferentes modos, ainda assim estariam todos subjugados à mesma rotina de experiências dos que entram contra a vontade (Goffman, 1961/2013).

A internação se dava sem a certeza de que poderiam sair do hospital psiquiátrico. Sobre isso, um recorte pode ser feito para o Brasil que, durante o período pré-reforma psiquiátrica, o tempo médio de permanência era de 25 anos (Amarante, 2017). Além disso, a pessoa institucionalizada enfrentava uma série de maus-tratos e violências, fora a segregação social e o abandono.

O transtorno mental não era uma condição *sine qua non* para a internação, uma vez que diversas transgressões levavam à hospitalização, o que se fazia com a capacidade de atuação da psiquiatria no controle social ao categorizar comportamentos como doenças e esvaziar qualquer significado político, transformando ações em sintomas sem sentido que são de alçada exclusiva do psiquiatra e necessitariam de um rótulo médico (Coppock; Hopton, 2000). A interpretação psiquiátrica marca, altera e sela o destino o destino social da pessoa que é alvo (Goffman, 1961/2013).

O desajuste social tido como “comportamento doentio” é a transgressão salientada à figura de um denunciante que produz um movimento eficiente para o controle do sujeito em questão. A captura pelas técnicas psi inicia uma expropriação de direitos e relações gerando uma experiência de abandono, deslealdade e amargura, pois aquilo que é categorizado como doença mental era o normal até o momento em que foi denunciado de maneira eficaz (Goffman, 1961/2013).

Ao espírito otimista, poderia ocorrer que se trata de uma realidade que foi totalmente modificada pelos esforços da Reforma Psiquiátrica no Brasil, contudo, é possível ilustrar com o

artigo *Uma Escritora é Internada* publicado na Revista Piauí (Cruz, 2025). Nele, a história de Helena Lahis é retratada de modo que rememora os feitos dos primórdios manicomiais.

Helena foi levada de seu apartamento e internada involuntariamente em clínica psiquiátrica. O ex-marido, Paulo Henrique de Lima, ao encontrar uma troca de mensagens com o novo namorado, conseguiu, com apoio de uma psiquiatra amiga da família, justificar uma mudança de comportamento e um diagnóstico de hipomania que levaria à internação forçada (Cruz, 2025).

A clínica, Espaço Cliff, foi o local que recebeu a escritora e a obrigou a passar por uma série de humilhações e violações, como ficar nua, ter os cabelos revistados, a bolsa retirada e a extinção da comunicação com outras pessoas. A situação perdurou 21 dias até que um *habeas corpus* foi expedido exigindo a liberação imediata (Cruz, 2025).

Aos moldes dos internamentos de mulheres ditas como histéricas por seus maridos, o presente repetiu o passado e mostra a fragilidade no qual se alicerça a construção do conceito de transtorno mental, bem como o fazer psiquiátrico. Dentre tantas vicissitudes, é possível analisar um outro ponto de operação do diagnóstico psiquiátrico como justificativa para desmentir experiências dolorosas e produzir explicações simplistas, reducionistas e que sirvam à uma ideologia hegemônica, de modo que poderia levar até à detenção institucional de pessoas inocentes (Coppock; Hopton, 2000).

O modelo médico bem adequado à uma ideologia hegemônica se estabelece como autoridade e categoriza pessoas dissidentes como padecentes de moléstias, quando não no corpo, na mente. O sustentáculo ainda continua sendo uma teoria orgânica, mesmo tendo raízes expostas na teoria da degeneração e íntimas relações com eugenia. Nada obstante, há uma exímia capacidade de se transmutar de modo eclético e absorver qualquer desafio potencial à sua autoridade. Caso não seja possível, um véu de silenciamento é imposto com o argumento de pertencerem ao ramo mais benevolente da medicina (Coppock; Hopton, 2000).

A conservação de grandes aspectos iatrogênicos da psiquiatria não implica em não ter havido uma oposição de suas práticas, todavia demonstra a capacidade de malabarismos teóricos, discursivos e práticos que possuem. É mister ressaltar que um movimento conhecido como *Antipsiquiatria* insurgiu tentando modificar radicalmente a relação médico-paciente, seja quanto à nosografia, à internação ou mesmo ao tratamento (Arruda, 1972; Musacchio, 1978).

4 Desorganizando para Organizar: A Antipsiquiatria

A antipsiquiatria ficou mais conhecida pela atuação de três homens (David Cooper, Ronald Laing e Thomas Szasz), contudo é preciso fazer um retorno para contar essa história. O fato é que seu apogeu na década de 1970 dependeu de uma autora que ousou anunciar suas ideias 20 anos antes, mas não conseguiu alcançar o reconhecimento, Marguerite-Aimée Sècheyhay (Bossez, 1974/1976).

Sècheyhay foi uma psicanalista membra da Sociedade Suíça de Psicanálise e pioneira dos estudos da prática psicanalítica com pessoas com esquizofrenia. Ela tentava aproximar o trabalho de Sigmund Freud e Jean Piaget por acreditar que havia uma ligação entre a psicose e a experiência traumática infantil. Nesse contexto, também se debruçou sobre a obra de Sándor Ferenczi e manteve constante interlocução com outros analistas, como Melanie Klein, Marie Bonaparte, René Spitz, Anna Freud e Donald Winnicott (Balbuena, 2014; Bossez, 1974/1976; Roudinesco; Plon, 1998).

Marguerite publicou em 1950 uma obra de pouca circulação intitulada *Journal d'une schizophrène*, que narra seus atendimentos com a jovem Renée (nome fictício). A paciente de 18 anos procurou a analista depois de uma longa peregrinação por diversos serviços psiquiátricos e com um diagnóstico de esquizofrenia. A partir desse momento, um novo método de tratamento e uma expansão teórica começou a ser proposto, o que foi nomeado de realização simbólica (Balbuena, 2014; Bossez, 1974).

A analista buscava registrar as experiências da paciente, ouvir seus afetos e imagens, além do interesse de compreender como se dava a construção da realidade. Nesse cenário, entrevistou com a mobilização de meios pré-simbólicos para compensar as necessidades infantis frustradas e com isso construir um vínculo terapêutico. A pedra angular do tratamento dependia de uma maior atividade no manejo e uma preocupação constante com a transferência e a contratransferência (Balbuena, 2014; Bossez, 1974).

Para desenvolver o que foi documentado, Sècheyhay precisou embarcar em uma “viagem” com Renée, ou seja, não reconhecer a “loucura” da paciente como uma doença e nem aliar o tratamento a uma armadilha ideológica que tinha uma norma como fiel da balança. Para tal, foi necessário inclusive subverter a própria psicanálise hegemônica em certos momentos e galgar um caminho até então pouco explorado. Foi nessa aposta realizada que Renée tornou-se, anos depois, uma importante psicanalista infantil (Balbuena, 2014; Bossez, 1974).

A subversão está por base no pensamento da antipsiquiatria. Por mais que ainda não se falasse no movimento à época de Sèchey, sua prática clínica foi fundamental para o que era primado pelos antipsiquiatras, ou seja, dar voz aos que a psiquiatria buscava silenciar. A compreensão das experiências delirantes demonstrava que havia ali uma maneira única de organizar a realidade e que precisava ser ouvida fazendo o paciente ocupar um local de sujeito e não de marginalizado pela ideologia das instituições que buscavam conformidade (Bosseur, 1974).

O termo “antipsiquiatria” foi criado pelo médico alemão Bernhard Beyer em um artigo de 1908 que buscava criticar a psiquiatria tendo como horizonte o fenômeno do crescimento dos hospitais psiquiátricos e o medo da população de sofrer internações “injustas” (como se houvesse alguma internação que seja justa), entretanto sua popularização aconteceu em 1967 com a publicação do livro *Psiquiatria e Antipsiquiatria* de David Graham Cooper, psiquiatra sul-africano. O sentido inicial de antipsiquiatria estava circunscrito à Alemanha e definia qualquer pessoa que desaprovasse a psiquiatria, mas caiu em desuso após a Primeira Guerra Mundial. A nomenclatura não trazia em si seu caráter revolucionário e crítico, mas era utilizado para estigmatizar quem não concordava com as práticas e saberes psiquiátricos. Destarte, não é possível delimitar um significado unívoco sobre o que se trata, porém, adotaremos a antipsiquiatria como o trabalho crítico de vozes que se insurgiram contra a violência psiquiátrica em seus vários contextos (Burston, 2018; Soto, 2012; Szasz, 2009).

A antipsiquiatria, enquanto movimento, surge no contexto em que coloca em xeque o modelo biomédico e expõe suas contradições e violências, além de escancarar as deficiências assistenciais das instituições psiquiátricas, demonstrando que elas são as verdadeiras produtoras de perturbações irreversíveis (Obiols, 1979). O termo não foi aceito por todos que compunham o cenário, como por exemplo Franco Basaglia, Michel Foucault e Thomas Szasz, que criticavam por ser impreciso, uma vez que poderia soar até como anticientífico e enganador. Um antipsiquiatra não deixa de ser psiquiatra, tal qual como Nietzsche, um antifilósofo, não deixou de ser filósofo (Obiols, 1979; Szasz, 1976/1978; 2009).

A definição adotada engloba ao movimento todos aqueles que se levantaram criticamente contra a psiquiatria e denunciaram suas violências e seu controle social. A escolha pelo significado baseia-se em uma entrevista concedida por David Cooper em 1968 na qual definiu o que significaria o prefixo “anti” como:

O termo “anti” significa uma mudança fundamental nas regras do jogo, qualquer que seja o jogo que se esteja jogando, seja no contexto de um hospital, de uma determinada forma de arte, de uma situação acadêmica; trata-se de uma mudança fundamental, qualitativa e radical nas regras do jogo. O objetivo principal é romper com todas as falsas compartimentalizações, ou seja, as caixas em que as pessoas se encaixam. Portanto, estamos preocupados em romper com as caixas acadêmicas, em termos da natureza total da instituição acadêmica burocrática, com as falsas compartimentalizações disciplinares, e isso se estende a muitas outras áreas (Dorley-Brown, 2010).

Mesmo assim, não é possível delinear como um movimento monolítico, sendo possível pensar em antipsiquiatrias de acordo com o autor e o local em que foi desenvolvida. Para uma melhor compreensão, é mister dissecar a base comum do que se propunha e partir para as peculiaridades.

A esquizofrenia foi a pedra angular sobre a qual se ergueu a antipsiquiatria. Questionava-se o modo como ela era compreendida e as modalidades de tratamento que mais se assemelhavam aos métodos de tortura da Inquisição. É nessa comparação que Szasz, médico psiquiatra húngaro, pensa o estatuto da doença mental. Para o autor, categorias perseguidas pela Igreja Católica, como feiticeiras, malfeitores e homossexuais, foram reclassificadas como doentes e passaram a ser alvos das investidas psiquiátricas. A loucura seria então fabricada socialmente e deveria ser expiada por um modelo que se baseava na expulsão do mal, ou seja, haveria uma conversão do que era heresia em doença e o psiquiatra seria tão místico e acreditaria em mitologias como o próprio clero (Szasz, 1970/1978; 1976/1978).

O movimento antipsiquiátrico se originou sobretudo com Ronald Laing e David Cooper que buscariam uma nova forma de suplantar o modelo psiquiátrico vigente, estabelecendo novas formas de se lidar com a esquizofrenia (Szasz, 1976/1978; 2009). A expansão do movimento também alcançou uma reflexão sobre outras categorias psiquiátricas e buscou por integrar um pensamento social aos cuidados, além de afastar-se do reducionismo biológico que coisificava o ser humano (Coutinho Júnior, 1984; Soto, 2012).

As diferentes formas como cada personagem abordava o inimigo em comum (a psiquiatria tradicional) levou ao desenvolvimento de pelo menos três antipsiquiatrias. A primeira, tendo como seus representantes principais David Cooper, Ronald Laing e Aaron Esterson, opunha-se ao tratamento convencional, ou seja, para eles, a “viagem” não deveria ser

tratada, mas acompanhada, pois, isso só seria uma doença para os psiquiatras e responderia aos anseios condicionantes normativos e mutilantes da família e da sociedade. O acompanhamento foi interpretado por Thomas Szasz como uma forma de tratamento, dessa forma marcando seu afastamento desse modelo. Contudo, para Cooper, Laing e Esterson, o necessário a ser estabelecido era um aprofundamento ao interior daquilo que se manifestava, pois, a doença mental era uma elaborada maneira de escapar da alienação da sociedade (Koupernik, 1976; Musacchio, 1978; Szasz, 1976/1978).

A segunda forma encontra seus maiores representantes nas figuras do casal Basaglia (Franca e Franco). Há nela um repúdio à instituição asilar e uma exigência de reformulação política, não se devendo discutir a ideia de que há doentes, mas os temas sociais devem tomar o centro dos debates. Questionava-se a objetividade mórbida com a qual se tratava os pacientes, de modo que apareciam como corpos mortos, sem história, sem vínculos e com seus direitos violados, o que tornava os profissionais das instituições psiquiátricas meros administradores da violência no processo de adaptação à uma inferioridade social (Basaglia, 1968/2010; Basaglia, 1996/2025; Koupernik, 1976; Musacchio, 1978).

Uma terceira forma poderia ser melhor representada pelos escritos de Thomas Stephen Szasz (Szász Tamás István, em húngaro), na qual o repúdio seria direcionado à nosografia, sobretudo a herdada do modelo Kraepeliano. Para Szasz, a “doença mental” não é uma doença autêntica, como uma fratura óssea ou diabetes. O que estaria em jogo é uma ligação muito mais próxima da psiquiatria com a moralidade da época do que com a medicina, sendo assim a “doença mental” uma desarmonia com os valores privilegiados (Koupernik, 1976; Musacchio, 1978; Szasz, 1970/1977).

De modo geral, a antipsiquiatria estabeleceu-se na crítica do fazer psiquiátrico que transforma um modo de ser em doença e a ideia de cura em um retorno à normalidade (Duarte Júnior, 1983). O posicionamento se estendia contra o positivismo impregnado na ideia de tornar a psiquiatria e a psicologia ciências biológicas e a objetividade torpe que bradavam a plenos pulmões que possuíam. O fazer pretendido pela psiquiatria tradicional somava-se aos métodos de exploração capitalistas e esvaziava o campo da subjetividade ao perpetrar em um caminho da cerebrização (Bono, 1975; Coutinho Júnior, 1984).

O desenvolvimento da corrente antipsiquiátrica aliou-se a contracultura emergente nas décadas de 1960 e 1970, o que incluía os movimentos de liberação sexual, antiguerra, os

famosos *beatniks* e as raízes da esquizoanálise que surgia como força crítica ao fazer psicanalítico (Bono, 1975; Delacampagne, 1974/1978). Buscou-se, então, alinhar uma compreensão dos comportamentos humanos direcionando o olhar para a organização político-econômica do mundo e rejeitando tomá-los como “doenças”, mas os afirmando como respostas ao contexto sociocultural em que se vive (Duarte Junior, 1983).

A moralidade e a ideologia foram questionadas, sobretudo por um autor que marcou o início dos levantes: Erving Goffman. O sociólogo e antropólogo canadense trabalhou por 20 anos no Hospital de Santa Isabel em Washington (EUA) e observou minuciosamente o que acontecia da vida de seus internos antes e depois da admissão. Primeiro, observou a própria estrutura do hospital, seus ritos de funcionamento, a equipe, as relações que compunham o cotidiano e comparou com outras instituições, como prisões, quartéis e conventos, o que chamou de instituições totais (Goffman, 1961/2013).

As instituições totais concentrariam toda a vida cotidiana das pessoas que fazem parte delas. Ali, não haveriam espaços diferentes para o lazer, para dormir ou mesmo trabalhar, mas todos deveriam receber um tratamento padronizado que sufocaria a subjetividade de cada um em nome de uma uniformidade e de uma administração burocrática das necessidades por parte de um grupo que demarcava sua assimetria e excluía os internos das tomadas de decisões. Essa exclusão também era perpetrada pelos muros e arames que se erigiam para impedir o contato com o mundo externo. O controle estabelecido mortificava, degradava e desumanizava o paciente, impedindo que ele seguisse por uma vida usual, é o que foi nomeado de *percurso* ou *carreia moral* por Goffman (Goffman, 1961/2013).

A *carreia moral* consistia na sequência padronizada da produção do próprio eu que sofreria influências e limitações através das experiências vividas, de modo que passam a ter um caráter objetivo para questões que são subjetivas (Goffman, 1961/2013). É nesse aspecto que Goffman avaliou como o estigma de um diagnóstico de doença mental acompanharia toda a existência daqueles que o recebe e regularia seus comportamentos buscando por uma vida “normal” e matando os gestos espontâneos e comunicativos (Goffman, 1963/1988). O evidenciado é que a interpretação psiquiátrica mudaria o destino social daquelas pessoas e isso aconteceria antes mesmo de sua entrada no hospital (Goffman, 1961/2013).

Um passo inicial é a compreensão sobre o que seria a “doença mental”, definição essa que dependeria da manifestação de “comportamentos doentios”, todavia tais ações só eram tidas

como patológicas pela distância social que o psiquiatra possui de quem recebe o diagnóstico. É a falta de compreensão do contexto e singularização do fato em uma “vida interior”, seja cerebral ou psicológica, que levaria ao pensamento de se tratar de um sujeito insano. Goffman observou que os mesmos comportamentos podem ser eliciados por pessoas ditas “normais” em diversas situações e o que muda é o olhar que se lança sobre eles com base em estereótipos culturalmente derivados e socialmente impostos (Goffman, 1961/2013).

O ditado popular “para um martelo, tudo é prego” é a melhor alegoria para o conceito de doença mental. Todo e qualquer comportamento, por mínimo que seja, será tomado como evidência de uma “moléstia mental” que necessitará de intervenção médica visando garantir uma falsa segurança para o sujeito e a sociedade. A bola de neve avoluma-se quando uma pessoa reage de maneira agressiva ao tratamento violento dado como forma de cuidado e isso confirmaria ainda mais a imposição do rótulo, sendo uma perturbação temporária transformada em um estado crônico que deverá ser adaptado à normalidade (Goffman, 1961/2013).

A busca pelo atendimento psiquiátrico também compõe a carreira moral do sujeito estigmatizado, fazendo parte da fase de pré-paciente. O que se demarca aqui é que há algumas formas de se chegar ao hospital, seja “voluntariamente”, trazendo o peso familiar na tomada de decisão, uma vez que aconteciam prioritariamente por pedidos da família ou ameaças de rompimento de vínculos, ou obrigados por força policial ou enganados por terceiros que levariam até a internação sem o conhecimento por parte do futuro interno. Verifica-se que a forma como se adentra no campo psiquiátrico não impede o desenrolar da rotina de experiências humilhantes que serão vivenciadas, mas aponta para peculiaridades importantes evidenciadas pelas relações (Goffman, 1961/2013).

Os aspectos morais da carreira social já manifestariam, de partida, marcas da exclusão, abandono e deslealdade que são agravadas ou condicionadas por fatores como *status* socioeconômico, recursos disponíveis para a condução do que se toma como transgressão (comportamento doentio) e a própria tolerância de pessoas próximas. Um olhar retrospectivo é então lançado sobre o que se passa para encontrar evidências substanciais (ou nem tanto assim) no passado que comprovem que é necessário lidar psiquiatricamente com a situação que se desponha, subtraindo o sujeito juridicamente de seus direitos e reduzindo sua autonomia (ou mesmo anulando) mediante uma coalizão alienadora que denuncia ao médico (Goffman, 1961/2013).

A condução dada ao paciente no hospital psiquiátrico reafirmaria seu local de insanidade e sua fala seria desacreditada por conta do diagnóstico. Restava aceitar a condição de doente e ter seus comportamentos dissecados pela equipe de profissionais que buscaram indícios em todas as falas e ações (Goffman, 1961/2013). O controle das informações, sobretudo da comunicação é exercido e a própria identidade pessoal passa a ser condicionada pelo funcionamento do estereótipo de doente mental que recai sobre o sujeito (Goffman, 1963/1988).

As considerações de Goffman influenciaram muito o pensamento antipsiquiátrico, basta destacar que o conceito de “instituições da violência” de Franco Basaglia (1968/2010) foi cunhado em cima do que foi definido por “instituições totais”. Outro ponto de apreço é a introdução que Franco escreve conjuntamente com Franca Basaglia (1969/2010) para o livro *Asylums* de Goffman, obra que foi traduzida como *Manicômios, Prisões e Conventos* (Basaglia; Basaglia, 1969/2010). Por fim, a obra goffmaniana catalisou o pensamento de Thomas Szasz também (Sedgwick, 1982).

A luta se estabelecia contra a desumanização provocada em nome de uma ciência dita médica, no entanto se assemelhava muito mais a uma mitologia. Assim, a antipsiquiatria não é um discurso negacionista, mas um grito para que a real ciência seja vista, o sofrimento seja encarado e cuidado realizado de maneira autêntica e em sua complexidade (Szasz, 1976/1978). Um grande opositor nesse processo foi a nosologia psiquiátrica kraepeliana que tinha como prerrogativa a manutenção do afastamento entre psiquiatra e paciente, ou seja, o estabelecimento de um mito sobre o que era a doença mental.

4.1 A astrologia psiquiátrica

O foliar do DSM por qualquer estudante de psicologia ou medicina marca um evento canônico na formação. É nesse ato que surgem as mais diversas posturas jocosas decorrentes da vasta identificação com sinais e sintomas que ali compõem as classificações patológicas. Isso se dá ao fato do alargamento indiscriminado da psiquiatria sobre a vida, algo que foi corroborado pela psicologia. Os jargões de pouca precisão acabam por ser percebidos como presentes na maioria das pessoas. Algo bem semelhante acontece com a descrição de signos do zodíaco que utilizam de descrições vagas para que alcancem um maior número de identificações, aliando-se à uma atenção seletiva. É possível dizer que a validade científica é a mesma entre as duas coisas (Frances, 2016; Szasz, 1961/1974; Timimi, 2014).

A comparação da psiquiatria com a astrologia e alquimia não é nova, mas aparece no início do livro de maior destaque de Thomas Szasz (1961/1974) intitulado *O mito da Doença Mental*. O autor afirmou em tom provocativo que os psiquiatras deveriam escolher entre manter sua disciplina baseada em algo inexistente, como a “doença mental”, ou redefinir as intervenções em processos reais.

Alguns pontos de ressalva são importantes de serem feitos. Szasz não se coloca como antipsiquiatra, por mais que seja um dos mais evocados quando se fala sobre o tema. Para ele, o que está sendo combatido não é a psiquiatria como um todo, mas as concepções ortodoxas e a prática coercitiva e violenta, o que nomeou como *sequestro psiquiátrico*. Há uma defesa de que a psiquiatria deveria ser promovida por uma busca voluntária executada com uma relação entre adultos conscientes (Szasz, 1976/1978). Assim, incluir Thomas Szasz no rol da antipsiquiatria depende de uma expansão do conceito para a compreensão de que se trata de autores críticos à psiquiatria, o que também incluiria Basaglia e Foucault. Outra forma de compreensão também pode ser dada com a classificação de contrapsiquiatra que foi dada à Szasz por Peter Sedgwick (1982).

O problema do uso de “antipsiquiatria” encontra-se no fato de ter sido assimilado pela psiquiatria (e apoiadores) e usado como arma retórica contra as mudanças propostas pelo movimento, invalidando e estigmatizando os críticos. Nesse contexto, cria-se uma ideia de que o movimento está morto e presentifica-se apenas como um capítulo que mancha a história da hegemonia psiquiátrica, no entanto ele permanece vivo e sendo mais necessário do que nunca antes (Soto, 2012; Szasz, 2009).

O afirmar que não é um antipsiquiatra e até mesmo criticar o movimento em determinados pontos não enfraquece a importância das obras de Szasz e nem as destoam das discussões. Da mesma forma, ao se posicionar como não sendo psiquiatra, sua formação e atuação na área não é excluída. A demarcação de seu posicionamento exprime sua ideologia ao não se ver pertencendo integralmente ao dualismo em questão e aponta para uma saída de uma psiquiatria reformada e crítica, na qual a autonomia e a liberdade dos sujeitos seja a grande aposta, além do rompimento com a falsa ideia de que o alicerce do trabalho da psiquiatria são as doenças mentais. Szasz deslocou o foco do olhar para as relações sociais e seus contextos, o que apurou sua percepção de que era preciso estabelecer novas bases para a psiquiatria, levando

o autor a investigar como o saber psiquiátrico ficou tão sedimentado em suas bases conceituais, mesmo não tendo qualquer solidez (Szasz, 1961/1974; 2009).

A definição proposta foi que a psiquiatria deveria consistir em uma ciência teórica da conduta pessoal, na qual seus interesses estariam ligados à descrição, esclarecimento e explicação das relações intra e interpessoais, ou seja, o caráter comunicacional e suas implicações. O cerne epistemológico fincaria suas raízes na aproximação com a ética e a filosofia, crescendo rumo a uma integração com a linguística e a semiologia, de modo que pudesse abarcar e provar uma compreensão da significação pessoal, da utilização pessoal e da estrutura cognitiva (Szasz, 1961/1974).

A nova proposição entra em conflito com a dada epistemologia centrada na doença mental. Para Szasz, a histeria é um exemplo clássico de como se deu o processo que erigiu todo o paço psiquiátrico. A escolha dessa categoria representaria como algo semelhante ocorreu com outras, como a depressão, paranoia e esquizofrenia. Tudo estaria inserido em um jogo de linguagem que causa o semanticídio, ou melhor dizendo, a corrupção do significado das palavras utilizando-se de termos médicos literais que classificavam comportamentos desviantes como doenças para justificar o controle social (Szasz, 1961/1974; 1973).

A histeria também possui uma centralidade histórica para a discussão devido a ser o quadro clínico que despertou o interesse em separar a neurologia e psiquiatria. Separação essa que está cada vez menor nos dias atuais com o advento das neurociências e o imperialismo científico cerebral. Convém destacar que a histeria foi apreciada por Szasz como uma forma de comunicação não-verbal que se utilizava de um conjunto determinado de signos que foi capturada por um sistema de comportamentos que seguem determinadas regras de doença, desamparo e coerção. Ademais, caracteriza-se também por um jogo interpessoal baseado em uma estratégia fraudulenta que visava garantir a dominação e o controle (Szasz, 1961/1974).

As duras críticas à pedra angular do “nascimento” da psicanálise é uma acusação que fez muitos psicanalistas se afastarem da obra, mas demarca-se com elas que a prática não é apenas benéfica como o mais fiel devoto de Freud pode acreditar, além de explicitar como está inserida nos jogos de poder e seu papel na medicalização da vida, na docilização dos corpos e no controle de populações. A psicanálise pode ser uma força de liberação quando se propõe acolher as diferenças entre as pessoas, contudo, também pode atuar destruindo vidas e existências, inclusive dos seus próprios analistas (Birman, 1996).

Dois personagens são extremamente importantes na história da histeria, Freud e Charcot. Para Szasz, ambos não se preocupavam com o real estado das pacientes (maioria do público do Hospital da Salpêtrière), mas as viam como coisas a serem classificadas e manipuladas (Szasz, 1961/1974). Essa afirmação tem o poder de fazer muito psicanalista se contorcer na cadeira e levantar o dedo em riste para bradar “eu não concordo! Isso é uma mentira!”, entretanto é necessário um saber lidar com as críticas sem uma constituição de psicanálise ideal. Os feitos freudianos possuem seus méritos, porém, é inegável que o caminho não foi galgado apenas em cima de acertos.

Os debates à época de Freud e Charcot tendiam a classificar como “simuladores de doenças” aquelas e aqueles nos quais não eram encontrados danos nervosos conclusivos, sobretudo em estudos *post-mortem* do cérebro, técnica altamente privilegiada. A desconfiança médica tinha como horizonte a ideia de que essas pessoas atendidas buscavam ludibriá-los com uma conduta intencional, ou seja, eram meros enganadores aos quais o saber todo absoluto médico não se dobraria. Por outro lado, a compreensão da histeria como uma neurose, sobretudo atrelada à autoridade que Charcot dispunha para afirmar, fez com que fosse enxergada com seriedade e maior respeito (Szasz, 1961/1974; Zaretsky, 2006).

O fato é que a jogada feita também atuou descartando pontos cruciais e simplificando a complexidade subjetiva de cada pessoa à uma ideia de doença nervosa funcional. A “libertação” do título de “simuladores de doenças”, por conta da autoridade de Charcot, foi comparada por Freud ao desacorrentar feito por Pinel e promovido como uma grande revolução. No entanto, existiriam evidentes distinções que deveriam ter sido notadas, como no caso da ação de Pinel haver um caráter de reforma social e não de mudança de tratamento, o que é bem diferente do que Charcot fez (Foucault, 2003/2022; Szasz, 1961/1974).

O feito de Pinel foi debatido por Foucault e evidenciado que não se tratou de uma “humanização”, mas de novas formas de controle, sendo agora muito mais eficientes. Mesmo que Szasz tenha defendido que foi de uma importância moral, sobretudo pelos princípios motivadores da Revolução Francesa que via cada paciente como um sujeito de direitos e, por isso, Pinel possuía esse horizonte humanitário, o tratamento em si não mudou. Além do mais, o controle refinado dos corpos atuou para uma expansão ainda maior da psiquiatria. As práticas violentas caíram em uma rejeição cada vez maior da própria sociedade, havendo uma pressão para que se modificassem como prerrogativas para a sua manutenção, assim, é possível

compreender que o que houve foi uma adaptação à pressão que se insurgia contra aquilo que era executado, de modo que garantiu a manutenção e expansão do poder psiquiátrico para além dos muros do manicômio (Foucault, 2003/2022; Szasz, 1961/1974). Pinel não foi o herói que se apresenta, possuindo uma postura mais aproximada de um anti-herói, caso o julgamento moral se incida sobre ele.

Uma comparação digna de importância explicativa é a que Szasz faz entre Charcot e Joseph-Ignace Guillotin, o médico inventor da operacional máquina de extração de cabeças largamente utilizada na Revolução Francesa. Para o autor, ambos atuaram de modo semelhante, um facilitando que a pessoa seja tida como um doente, e o outro, propiciando uma morte mais fácil. Os dois podem ser vistos como grandes humanistas que atuaram em prol da diminuição do sofrimento, porém, não no acesso à saúde ou manutenção da vida. O configurado foi o uso do conhecimento e do prestígio médico para a sociedade modelar seus membros em uma imagem que lhe fosse agradável (Szasz, 1961/1974).

O prestígio daquele que promove o conhecimento tem mais peso para a aceitação de suas ideias do que as próprias análises e evidências. Era assim com Charcot e o fato se perpetua até os dias atuais com a elaboração dos DSMs. Não importam as contradições e nem mesmo os conflitos de interesse largamente expostos pelo volumoso investimento financeiro feito pelas grandes indústrias farmacêuticas, o que está em questão é um jogo de retórica baseado na figura de quem afirma algo. Através dessa manipulação e enquadramento na lógica binômica de saúde-doença, objetos sociais não-médicos receberam explicações "objetivas" médicas, ou seja, as relações humanas foram simplificadas e tratadas como pertencentes ao poderio biomédico (Frances, 2016; Szasz, 1961/1974).

Os fatos que se sucedem à passagem da histeria para a classificação como uma doença, incluem o estabelecer de uma nova forma de tratamento. Não cabe a discussão sobre as modificações sofridas desde a hipnose até a associação livre, mas algumas questões são necessárias de serem apreciadas. Por base, há uma velha problemática, que existe desde os tempos de Freud, se a psicanálise é uma ciência ou não. As produções se acumulam em ambos os lados dessa disputa, entretanto, há uma colocação de Szasz que acrescenta uma complexidade extra ao debate. Para o autor, o que está em jogo é a ideia de que sendo uma ciência, a psicanálise receberia um *status* de boa, verdadeira ou válida, porém, isso só é possível com uma ideia anterior de que a ciência é fundamentalmente boa, o que não se comprovou ao longo das

décadas. Não é um posicionamento negacionista, mas uma abertura para a compreensão de que as práticas realizadas em nome da ciência foram muitas vezes questionáveis e atuaram na degradação da vida humana (Szasz, 1973).

A própria técnica psicanalítica foi alvo de críticas ferrenhas de Szasz, inclusive ao afirmar que associação livre é quando o paciente fala o que o analista quer ouvir e resistência é quando o que é dito não é o esperado (Szasz, 1973). Essas análises podem soar rasas e pouco fundamentadas, haja vista que há uma robusta produção sobre cada um desses temas nos vários anos em que a psicanálise vem se construindo, mas são extremamente válidas para questionar o papel do analista no seu exercer clínico. Aqui cabe pensar como uma ferida narcísica produzida dentro da própria psicanálise e da religião sem deus que possa ter se tornado.

A perspectiva médica assumida pela psicanálise, para Szasz, é falsa e enganadora, contudo, a investida inaugurada por Freud como uma prática ético-linguística é uma potente ferramenta frente à expansão da psiquiatria coercitiva. Um ponto nevralgico se instala com tais considerações ao se pensar na psicanálise não como ela vem sendo executada, aliando-se aos discursos psiquiátricos, porém, como oposição a eles e preconizando a autonomia dos analisandos, em vez de sua adaptação e conformidade à norma. O cenário não é novo, entretanto, na década de 1970, há uma distinção mais evidente dos rumos tomados pelos analistas. Parte optou por um projeto hermenêutico, voltado para uma linhagem humanística e literária que incorporou lutas sociais e passou por um exame ético de autorreflexão. Por outro lado, houve os que optaram pelo projeto terapêutico, buscando por uma linguagem mais científica e se orientando para pesquisas sobre o funcionamento cerebral e a psicofarmacologia (Szasz, 1965; 1961/1974; 1965/1975; 1973; Zaretsky, 2006).

O edifício construído sobre o terreno arenoso do que seria “doença mental” produziu muitos andares para a psiquiatria, como a própria psicologia. Essa ciência que nascia das entranhas da psiquiatria e trazia como objetivo a bandeira mais vibrante de conquistas de territórios, se paramentou com testes e teorias para garantir autoridade e objetividade às suas afirmações (Foucault, 1954/2008). A parafernália psicológica de testes foi alvo das considerações de Szasz (1973), ao apresentar que os de inteligência, tão disseminados, na verdade tinham a única utilidade de o psicólogo mostrar aos pacientes o quanto era brilhante e eles estúpidos. Algo semelhante acontecia com os projetivos, que demarcavam a normalidade dos aplicadores em contraste com a loucura dos que se submetiam à avaliação.

A falsa ideia de “doença mental” alicerçou uma psiquiatria muito semelhante à inquisição católica. Ambas se municiaram de métodos opressivos e os colocaram como práticas terapêuticas, sendo uma salvando a alma; a outra, o espírito. Os inquisidores e caçadores de bruxas são substituídos por psicopatologistas médicos (psiquiatras) e profissionais não-médicos que coadunam ao mesmo discurso, como psicólogos e assistentes sociais (Szasz, 1970/1978).

Nesse contexto, a psicanálise aparecia com grandes contradições, uma vez que poderia oferecer uma possibilidade de cuidado interacional e interpessoal, entretanto, o apego à teoria mantinha a compreensão do que seria uma “doença mental” (Szasz, 1965/1975; Lothane, 2017). A captura, pela linguagem da doença, de elementos não-médicos foi amplificada pelo desenvolvimento da psicanálise e de sua aliança com a psiquiatria, não obstante, o arcabouço operacional da clínica foi de grande valia para que Szasz desenvolvesse sua psicoterapia autônoma (Szasz, 1965/1975).

A psicoterapia autônoma foi utilizada muitas vezes como sinônimo de psicanálise, mas guardava consigo suas diferenciações. A principal delas é o abandono de conotações médicas, psicopatológicas e terapêuticas. Assim como a psicanálise, busca-se analisar as relações mais íntimas relacionadas à ética, à política e à religião. O próprio Szasz afirmou que talvez Freud concordasse com ele que seu método era psicanálise, mas os analistas seguintes discordariam. A celeuma se daria por quem praticava e pratica a *práxis* analítica, uma vez que era preciso se afirmar radicalmente diferente dos psicanalistas que alinhavam interpretações à administração de drogas psiquiátricas, que apoiavam a internação involuntária, o controle ativo e coercitivo sobre a vida do analisando e manutenção da aliança com a psiquiatria. Nesse cenário, era melhor que não fosse psicanálise (Szasz, 1965/1975).

A situação atual não é muito diferente da vivida por Szasz, uma vez que não são raros os casos de analistas que assumiram classificações psiquiátricas em suas clínicas, que pregam fervorosamente pelo controle químico dos corpos ou agem pela adaptação de sujeitos. Se a psicanálise se tornou isso, ela perdeu sua potência freudiana em nome de pertencer ao círculo social da psiquiatria e mesmo assim falhou. Encontra-se cada vez mais rechaçada pela própria psiquiatria e o discurso neurocientífico que só reconhece as terapias cognitivas-comportamentais e a acusa de pseudociência (Parker; Pavón-Cuéllar, 2025).

A evidente associação entre psicanálise e antipsiquiatria foi mascarada e negada por muitos anos em nome de um falso diálogo com psiquiatras e uma ideia de melhor tratamento

para a saúde do paciente com um cuidado mais holístico, o que não se confirma. A ideia de tratamento, nesses quesitos, só existe porque está amalgamada com ideia de doença, ou seja, tratar seria o reestabelecer a saúde. Na mesma chave, saúde estaria ligada a conformação social. Essa ideia é, antes de tudo, anti-freudiana. Seria possível dizer que os próprios psicanalistas foram os maiores inimigos de sua prática. Não é novidade que Freud flexibilizou aquilo que era tido como patológico e incorporou a ideia de que uma conformidade social não implica possuir um bem-estar psíquico. Na verdade, a lógica seria inversa, mostrando que o mais bem adaptado é justamente quem mais é acometido por moléstias. Nesse contexto, abre-se uma clareira para a discussão de um novo modelo de compreensão dos sinais e sintomas que escape à astrologia psiquiátrica e passe a ser entendido como uma perda de liberdade (Goffman, 1978; Szasz, 1965/1975).

Algumas considerações são necessárias para que a perda de liberdade não seja compreendida tautologicamente como sinônimo de “doença mental”. A primeira delas é o abandono da ideia de que é uma doença. Não se trata de um organismo que sofre por ações químicas cerebrais, mas de experiências diferentes de comportamentos e falas que podem levar à angústia, ao sofrimento e ao dano social (Moncrieff, 2017; Szasz, 1965/1975). A consideração do sofrimento como real e não dissimulado por categorias diagnósticas é um ponto de virada importante que precisa ser destacado.

A proposta é de não negar ou silenciar as manifestações pessoais com rótulos diagnósticos, mas encará-las, analisá-las e promover um justo cuidado. Para isso, Szasz apresentou que a diferença entre o hábito e o sintoma reside apenas em uma questão de julgamento e convenção, o que demonstraria que o padecimento estaria ligado ao não se habituar a situações degradantes e autoritárias, sobretudo familiares e políticas. A psicoterapia autônoma agiria no sentido de levar o próprio analisando a perceber sobre o que se trata sua perda de liberdade, de maneira consciente da ideologia que o afirma como doente. Nesse ponto, uma série de problemas muito distintos entre si e que são agrupados como um quadro clínico, são esquadrihados para que haja uma análise cuidadosa de cada elemento de maneira a produzir uma liberdade pessoal (Szasz, 1965/1975).

O sintoma psiquiátrico só seria tido como um comportamento se reduz a liberdade de acordo com o próprio julgamento do sujeito e deveria ser definido como algo involuntário, pois não conseguiria exercer a liberdade de abster-se de executá-lo. De toda forma, o paciente nunca

deveria ser responsabilizado nem por tê-los e nem por suas consequências, mas o que se apresentaria na clínica é uma linguagem de culpabilização que responsabiliza o sujeito por não se adequar aos padrões socialmente estabelecidos (Szasz, 1965/1975). A atualidade confirma o apresentado quando há um panorama de meritocracia psicológica, no qual o próprio sujeito é responsável pelo seu bem-estar de acordo com o ajustamento social. São as inúmeras receitas de autocuidado promovidas por redes sociais que despolitizam o que se incide como desigualdades sociais e empurram goela abaixo uma interpretação de que “basta querer” e que todos podem lidar com resiliência com as inúmeras violações sofridas material e simbolicamente pelo neoliberalismo e autoritarismos.

Szasz (1965/1975) comparou a ideia de normalidade para a psicanálise com o que ele chamou de liberdade e demonstrou como a relação entre psicoterapia autônoma e psicanálise era muito íntima. As duas concentram o objetivo comum da busca por uma ampliação das escolhas do paciente e, conseqüentemente, aumento de sua liberdade e responsabilidade pessoal. A atuação deve incidir sobre o comportamento que o sujeito não tem controle, a busca pelo serviço deve ser voluntária e a manutenção nele está condicionada ao interesse daquele que recebe as intervenções. A ruptura com a rotulação de doença quebraria a corrente que prende a pessoa em uma resposta social que a identifica como problema e serve aos propósitos sociais e políticos que pouco são questionados, mas são bastante questionáveis (Moncrieff, 2017).

A carrega moral assumida pelo paciente psiquiátrico, como explicitada por Goffman, foi uma preocupação importante na obra de Thomas Szasz. O processo de um comportamento que era lido como uma doença por parte da equipe médica e apoiadores, ressoava com caráter de verdade na sociedade que comprava essa ideia por conta do prestígio denotado aos profissionais de saúde, aferrando o sujeito ao percurso de minar sua dignidade e liberdade. Esses princípios levaram a fundação, em 1970, da *American Association for the Abolition of Involuntary Mental Hospitalization* e do periódico *The Abolitionist* juntamente com Erving Goffman e o advogado George Alexander. A associação saiu em defesa da abolição tanto a internação compulsória quanto da alegação de que “doenças mentais” são doenças (Lothane, 2017).

As teorias de Szasz sobre uma nova forma de ver os sintomas psiquiátricos tiveram grande influência do psiquiatra e psicanalista americano Harry Stack Sullivan. Para Sullivan, assim como para Szasz posteriormente, as manifestações dos sintomas psiquiátricos são elementos tidos como “problemas da vida”, que causam sofrimento, angústia e dores, mas que

não deveriam ser alvos da medicina. A compreensão, intervenção e cuidados devem ser feitos por parte da psicologia e da sociologia, tendo no horizonte os aspectos legais, econômicos, sociais e políticos, dessa forma, a problemática instalada deveria ser vista de maneira relacional. Mesmo para a esquizofrenia, o baluarte da psiquiatria, a melhor condução deveria estar no propiciar de um meio de contato, interpretando o que se passa e compreendendo as falhas que houveram nas relações interpessoais que foram perturbadas (Lothane, 2017; Sullivan, 1953; 1964).

Harry Stack Sullivan produziu as bases para a compreensão dos sujeitos a partir de suas relações. Atuou, nesse processo, conjuntamente com Clara Thompson, Erich Fromm, Erik H. Erikson, Frieda Fromm-Reichmann e Karen Horney. Observa-se que a psicanálise, que punha em xeque o psicanalismo ortodoxo, esteve presente desde o embrião do movimento antipsiquiátrico. Com algum esforço, é possível rastrear ainda mais ao se perceber que Clara Thompson foi analisanda de Sándor Ferenczi, o *enfant terrible* da psicanálise. Além disso, há a presença de Karen Horney que questionava as teorias freudianas sobre a sexualidade feminina e Frieda Fromm-Reichmann, que teve sua teoria sobre a psicose exponenciada por Laing (Garson, 2022; Mullahy, 1952).

Outros autores também contribuíram para um confrontar das teorias e tratamentos psiquiátricos. Na Inglaterra, especificamente nos anos de 1960 em Londres, quatro psiquiatras se uniram e tomaram para si o termo “antipsiquiatras” com caráter subversivo. Eram eles: Ronald David Laing, David Graham Cooper, Joseph Herman Berke e Leon Redler.

4.2 O cerne do problema

David Cooper iniciou o primeiro parágrafo do livro mais famoso do movimento, *Psiquiatria e Antipsiquiatria* (1967/1973), delimitando sobre o que está em jogo quando se faz necessário haver uma oposição ao que a psiquiatria promove.

No cerne do nosso problema está a violência. No entanto, o tipo de violência que aqui considerarei pouco tem a ver com pessoas que utilizam martelos para golpear a cabeça de outras, nem se aproximará muito do que supõe façam os doentes mentais. Se se quer falar de violência em psiquiatria, a violência que brada, que se proclama em tão alta voz que raramente é ouvida, é a sutil, tortuosa violência perpetrada pelos outros, pelos “sadios”, contra os rotulados de loucos. Na medida em que a psiquiatria representa os

interesses ou pretensos interesses dos sádios, podemos descobrir que, de fato, a violência em psiquiatria é preeminentemente a violência *da* psiquiatria (p.31).

A centralidade da emergência da antipsiquiatria está relacionada com o enfrentamento de violências sofridas por décadas e perpetradas de maneira dissimulada com a alcunha de tratamento e cuidado. A história da “mais humana das medicinas” carrega manchas de sangue de inocentes que tiveram seus cérebros literalmente despedaçados. A violência que se fala em psiquiatria é, antes de tudo, a violência da própria psiquiatria e o jaleco branco encardiu do vermelho sangue que jorrou por anos. Os corpos que se amontavam não recebiam dignidade nem após a morte, quando eram enterrados como indigentes ou vendidos para formar novos médicos, sendo uma parcela de psiquiatras (Arbex, 2013).

“Não dá para se fazer omelete sem quebrar alguns ovos” ou “o fim justifica os meios” são alguns ditados populares que caberiam muito bem aos defensores dos “avanços” da psiquiatria, porém, no horizonte, sempre haverá um questionamento ético. Não se trata de objetos e seres sem histórias, lembranças ou vida, pois o que estava inserido no contexto eram pessoas, sendo muitas mulheres; outras tantas, crianças. Nesse montante, uma parcela significativa era de pessoas racializadas ou que não performavam heteronormativamente. A violência da psiquiatria era destinada diretamente a elas (Arbex, 2013; Broderick, 2022; Laurent, 2014).

Falar da epistemologia e da história das ciências psi (psiquiatria, psicologia e psicanálise) é revisitar um local de vasta violência em nome de uma estrutura frágil que se metamorfoseia para continuar existindo e agindo sobre corpos e populações. O disparate psi não ficou restrito ao passado, mas se demonstra com novas roupagens no condicionamento de subjetividades através da alienação do significado das condutas. Todo um monumento foi construído sobre bases fracas, mas que convenceu e alcançou prestígio e privilégios por séculos na sociedade (Foucault, 2004/2022; Politzer, 2022).

A loucura foi gerenciada pelos sádios através do embotamento cultural que foi denotado a ela. A adoção da máxima de que a atividade psíquica ocorre no cérebro e não existe pensamento fora do órgão propiciou um local privilegiado para os impulsos nervosos, o que ratificou que o pesquisador deveria se ater a dinâmica bioquímica para ter um *status* de ciência. A psique foi resumida aos processos neurológicos e esquadrihada em funções, como pensamento, linguagem, caráter, inteligência e memória (Bono, 1975).

Para além da concepção de que a loucura existiria como uma entidade própria e fora da cultura, o biologicismo atuou apresentando como único caminho (ou pelo menos mais eficaz deles), a terapia biológica, ou seja, as alterações morfofisiológicas produzidas intencionalmente no cérebro, seja por drogas, choques ou cirurgias (Bono, 1975). O critério de indicação era dado por pessoas ditas sadias que supostamente detinham a verdade sobre o que era melhor para o paciente, porém, as definições de “saúde mental” (no sentido que está sendo abordado e não enquanto campo) corresponderiam ao conformismo a um conjunto de normas sociais arbitrárias que privam o sujeito da significação da experiência (Cooper, 1967/1973).

Cooper (1967/1973) propôs então a seguinte definição do que seria a esquizofrenia:

Uma situação de crise microssocial, na qual os atos e a experiência de determinada pessoa são invalidados por outras, em virtude de certas razões inteligíveis, culturais e microculturais (geralmente familiares), a tal ponto que essa pessoa é eleita e identificada como sendo ‘mentalmente doente’ de certa maneira e, a seguir, é confirmada (por processos específicos, mas altamente arbitrários de rotulação) na identidade de ‘paciente esquizofrênico’ pelos agentes médicos ou quase-médicos (pp. 16-17).

É nesse contexto que as descrições anatômicas e fisiológicas lidam com o corpo de uma pessoa com uma relação de objeto e os agentes médicos ou quase-médicos adotam uma postura de exterioridade de acordo com o preconizado pelas ideias convencionais de objetividade científica. Assim, a melhor definição de sadio ou normal seria a de que são aqueles que não são admitidos no hospital psiquiátrico (Cooper, 1967/1973).

O afastamento dos profissionais da pessoa atendida é atacado por Cooper (1967/1973) ao propor que se instale uma razão dialética na qual se perceba que há um funcionamento real daquilo que é tido como delirante. Há uma verdade sobre como o sujeito se relaciona com ele mesmo e com os outros que é expressa nos sintomas catalogados como patológicos. O que está manifestado é a totalidade de fatores que mesclam a importância da vida pessoal e causação externa dos acontecimentos.

Para Cooper (1967/1973), a família está na base da causação do que seria conhecido como esquizofrenia, uma vez que ela seria a célula fundamental da sociedade capitalista e instilaria, enquanto microcultura, os valores e normas da macrocultura. O processo já estaria corrompido de início quando a regra seria a auto-alienação que deveria ser repassada quase que sacrossantemente, sendo a criança levada ao conformismo e a uma visão de si e das qualificações

como objetos de mercado. A noção de autonomia não é passada, ou seja, aquele novo sujeito não põe para si uma lei, o que acaba por romper sua própria noção de pessoa e irrompe no seio de um sistema aprisionador que o coloca como uma corporificação de projeções alheias.

O primeiro dispositivo de socialização treinaria as crianças para o ajustamento, inclusive ensinando não apenas o “certo” e o “errado”, mas também os padrões de gênero e todo um conjunto de códigos de condutas dentro da sociedade capitalista. Em certos momentos, haveria então crises situacionais que seriam invalidadas, silenciando a experiência da criança com razões culturais inteligíveis. O acumulado dessas situações, sem montante exato, tornaria aquele sujeito eleito como “doente mental”, o que viria a ser posteriormente confirmado sob a alcunha de “paciente esquizofrênico” pelo aparato médico-institucional (Cooper, 1967/1973).

A função assumida pelo familiar diagnosticado se cumpriria como uma modalidade de expiação das tensões e contradições existentes no ambiente familiar que não podem aparecer, pois poderiam comprometer a imagem límpida da integração total à pseudo-realidade. Ali se encontraria uma forma de dominação imperialista íntima de uma situação político-institucional complexa, ou seja, a família sendo um dente da engrenagem da reprodução social (Cooper, 1967/1973).

No fluxo da formação do que seria tido como paciente esquizofrênico socialmente, os profissionais aparecem como juízes imparciais e objetivos de comportamentos estranhos, singulares, impulsivos, desproporcionais, porém, não existiria a objetividade que tanto se aferram. São classificações abstratas que agem tendo como a pressupostos que a alteração da passividade acontece por um processo biológico patológico, podendo ser ampliado para afirmações psicológicas também (Cooper, 1967/1973).

Um cenário que não interpretassem as singularidades como doenças não poderia ser conivente com classificações como psicose, neurose, perversão ou normalidade, pois a dinâmica expressa é procustiana, na qual ninguém poderia ter suas idiossincrasias preservadas. O funcionamento se mantém quando os critérios de avaliação de melhora são tomados a partir da conformação dos pacientes e as confissões de suas excentricidades (Cooper, 1967/1973; Foucault, 1999/2010; 2003/2022).

O elenco da tragédia conta com uma rede que inclui as famílias dos pacientes, clínicos gerais, polícia, magistrados, assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras, enfermeiros e muitos outros serviços que são mobilizados para a classificação como esquizofrênico. Nesse cenário,

por mais que se implique e se dedique cada personagem ao paciente, ao adotar o modelo psiquiátrico-centrado de cuidado, estará envolvido em uma violência sutil que será imposta ao alvo dos “cuidados” (Cooper, 1967/1973).

As formas de violência podem ser das mais diretas às mais refinadas, todavia possuem uma espinha dorsal comum que se localiza como uma ação que corrói a liberdade do sujeito. Não necessariamente se trataria de uma agressão física direta, por mais que já tenha sido assim em muitos momentos, mas poderia ser realizada até na desqualificação do sujeito com diagnóstico nos atos de zombaria, no descrédito de suas experiências e na infantilização promovida no se referir a ele. A labilidade de maneiras de fazer impor uma violência não diminui sua qualificação enquanto tal e não exclui que pode ser exercida contra o corpo, contudo explicita sua faceta ideológica (Cooper, 1967/1973).

A melhor boa vontade não bastaria para modificar a relação médico-doente estabelecida e a antipsiquiatria sabia disso. Os anseios do projeto antipsiquiátrico ultrapassaria a passos largos o que seria a humanização do hospital psiquiátrico. Não se trata de uma culpabilização individual de agentes, mas da compreensão estrutural sobre a operacionalização do binômio saúde-doença. Nesse sentido, era mister uma nova relação de cuidado que não encenasse uma superioridade dotada do conhecimento que agiria, por misericórdia, aliviando sofrimentos conhecidos e desconhecidos. A interpretação monolítica da realidade composta por entidades e fatos isolados é o gérmen da psiquiatria a ser combatido por diferentes flancos (Bosseur, 1974; Cooper, 1967/1973).

A loucura passou a ser vista como uma atitude revolucionária que destacava as corrupções sociais e apontava suas hipocrisias. Para Cooper, o necessário estaria na ampliação das gramáticas de viver e na compreensão de que a psiquiatria é a violência, não apenas física, mas sobretudo psíquica, que exclui todas e todos que não se conformam com a norma. Afirmar-se nisso seria em si um ato revolucionário, entretanto deveria ser feito sabendo que se corre o risco de ser enviado aos manicômios e tido como louco por questionar uma mistificação tão bem instalada (Bosseur, 1974; Cooper, 1967/1973; 1974).

Boa parte da obra de Cooper foi escrita conjuntamente com Ronald Laing, com quem fundou a *Philadelphia Association* em 1965. O projeto filantrópico contou conjuntamente com Joseph Berke, Aaron Esterson, Clancy Sigal, John Heaton, Joan Cunnold e Sid Briskin. A

associação subvencionava a diversas instituições de acolhimento de “doentes mentais”, sendo a mais famosa, Kingsley Hall (Bosseur, 1974; Obiols, 1979 Szasz, 2009).

Cooper, Laing e Esterson são descritos muitas vezes como psicanalistas, por outro lado, por mais que tenham realizado suas análises, as teorias desenvolvidas conflitaram com o campo psicanalítico e se aproximaram da fenomenologia existencial, sobretudo com a obra de Jean-Paul Sartre (Laing; Cooper, 1964/1969).

4.3 Dando sentido a loucura

Uma certa similaridade está presente na história tanto da psicanálise quanto da antipsiquiatria, uma vez que ambas se desenvolvem contestando o saber médico vigente. O método de *talking cure* empregado por Freud é tido como de grande potência para o exercer das práticas antipsiquiátricas, entretanto, a teoria sofreu sérias críticas que merecem ser apreciadas (Bosseur, 1974; Zaretsky, 2006).

Ronald Laing, David Cooper e Aaron Esterson passaram por um processo de análise pessoal e assumiram o quanto foram influenciados pela psicanálise, sendo Laing principalmente por Winnicott, o que não fez com que poupassem críticas à disciplina. A maior controvérsia psicanalítica estraria em sua adulteração, ou seja, em um afundar-se em psicologismos e na psicopatologia. Não apenas a classificação de estruturas ou grandes quadros (neurose, psicose e perversão) são questionados, mas também a razão clínica que se instalou e apoiou o desenvolvimento teórico (Bosseur, 1974; Cooper, 1967/1973; Soto, 2012).

A psicanálise estabeleceria uma ideia de totalização que ultrapassaria o próprio campo, porém, não deveria ser rejeitada em sua totalidade, uma vez que poderia compor o projeto fenomenológico do estudo da experiência. A crítica então foi estabelecida sobre a razão analítica que adulterou a prática e norteou a criação de parte dos seus pilares teóricos (Bosseur, 1974).

A razão analítica não romperia com a relação habitual entre médico e doente, mesmo que buscasse por uma humanização, o que pode ser evidenciado pelo tão celebrado ato de Pinel ao desacorrentar os encarcerados e mantê-los nos grilhões da condição da doença. O cenário que se monta é de um profissional de tal exterioridade que possuiria uma posição mística de sábio e poderia decidir e dizer sobre o sujeito com base em um determinismo mecanicista. O paciente ocuparia o local de objeto a ser analisado pelas ciências naturais e o observador também se ocuparia de uma passividade tal que, no máximo, modificaria o instrumento utilizado (Bosseur, 1974; Laing, 1982/1988).

Uma máquina investigadora se estabeleceria esquadrinhando o objeto, examinando e inspecionando-o para compor um conjunto de informações impessoais, categorizáveis e quantificáveis em nome de uma objetividade que não seria possível ao se tratar de pessoas. Realidades passariam a ser decompostas em fenômenos isolados e explicadas convenientemente seja por perturbações físico-químicas ou de entidade mentais. A engenhoca moeria todo o ciclo de vida, entendimentos sobre a morte, saúde, doença, a política da vida humana nos níveis espiritual, intelectual, emocional, social e físico em um cerimonial de controle da mente, do corpo e dos comportamentos. No final, regurgitaria um montante de carne humana bruta com um diagnóstico isolado que não se articularia com a experiência (Laing, 1982/1988).

A diagnose decorrente da razão analítica estaria relacionada ao treinamento psiquiátrico de que todos pensariam e sentiriam da mesma maneira e, caso isso não se confirmasse, aquele sujeito teria sua diferença salientada, ou seja, significaria um estado patológico. O fluxo de inferências partiria da premissa que o médico psiquiatra não seria um psicótico e seguia para além, ao concebê-lo como bastião dos valores sociais da moralidade, concedendo-o o local de fiel da balança dos comportamentos (Laing, 1982/1988).

O fato de que nunca foram confirmadas causas biológicas para os ditos adoecimentos mentais era ignorado, mostrando que a psiquiatria objetiva estava baseada em crenças e não na própria biologia que se vangloriava (Laing, 1982/1988). Vale ressaltar que o mesmo se perpetua até os dias atuais, evidenciando que as críticas ainda são válidas e a antipsiquiatria não está morta.

Para Laing, as teorias e práticas que procediam de tratamentos físicos para acontecimentos mentais, ou seja, que partiam de prerrogativas biológicas para intervenções, na verdade prejudicavam e encurtavam a vida daqueles que diziam tratar, o que demonstraria um evidente fracasso para toda a psiquiatria biológica e seus colaboradores. A retórica médica era a única forma de ratificar as práticas, pois, no limite, não haveria como justificar aquilo que diziam que era verdade (Laing, 1982/1988).

O funcionamento da razão analítica não necessitaria de um lastro verdadeiro com a biologia, uma vez que criaria suas próprias metáforas em um jogo de retórica para se justificar. Jargões médicos são usados ou como entidades literais ou metafóricas, o que não apresentaria grandes diferenças no final de contas, pois era o que dominava a linguagem sobre os fenômenos mentais. A liça era o palco de uma disputa entre fundamentalistas teólogos psiquiátricos, que

criticavam o uso metafórico dos termos, e psiquiatras e psicanalistas que usavam para tratar doenças metafóricas (Laing, 1982/1988).

Os psiquiatras ortodoxos e psicanalistas pregaram sobre não se estabelecer um contato pessoal significativo com quem atendiam sobre o risco de prejudicar o tratamento. A herança do modelo de tratamento kraepeliano está inserida nisso. A influência das prerrogativas de Kraepelin definiram não somente a própria diagnose, como os tratamentos (Caponi, 2012; Laing, 1982/1988).

Laing reconheceu a contribuição de Wilfred Bion para a teoria psicanalítica da psicose e analisou um caso do psicanalista. O destacado foi que as construções estariam respondendo justamente à máquina trituradora reducionista da razão analítica, o que evidenciaria as léguas de distância que a dupla (analista e analisando) estaria um do outro de modo que não se estabelecia um diálogo, mas dois monólogos inteiramente separados (Laing, 1982/1988).

A crítica ao emprego da técnica se estendeu às concepções basilares da psicanálise, como inconsciente, consciente, *isso*, *eu* e *supereu*. Explicar o funcionamento psíquico utilizando de mecanismos coisificaria o sujeito e expulsaria a compreensão da experiência (Laing, 1960/1973; 1982/1988). A metapsicologia deveria ter como sua pedra angular a experiência do analisando e isso modificaria até mesmo o conceito de inconsciente para “aquilo que não comunicamos a nós mesmos, ou uns aos outros” (Laing, 1961/1974).

O complexo de Édipo é outro ponto que carecia de uma revisão. A antipsiquiatria de Laing, Cooper e Esterson, assim como a psicanálise, se colocavam como teorias pela desfamiliarização, ou seja, localizavam a precocidade do sofrimento nas relações familiares que se sustentavam a partir de um modelo familiar heteronormativo que não consideraria os desejos inconscientes e nem os jogos de poder que estavam envolvidos no processo de desenvolvimento e educação de novos sujeitos (Bosseur, 1974; Zaretsky, 2006). A proposta não é uma recusa do complexo edipiano enquanto totalidade, porém, instalaria uma compreensão alargada de que não ocuparia uma posição central, mas encontrava-se em uma das fases da experiência e das práxis do grupo familiar, o que não se restringiria a triangulação proposta, uma vez que englobaria a síntese de várias gerações, configurando um sistema de relações estabelecidas com pessoas do mesmo sexo e de sexo diferente na mesma geração e em gerações anteriores (Bosseur, 1974).

As críticas à composição edipiana estão presentes desde sua apresentação, todavia seria possível destacar que a maior magnitude tenha sido alcançada com a publicação da primeira parte do livro *Capitalismo e Esquizofrenia*, de Gilles Deleuze e Félix Guattari, conhecido como *O Anti-Édipo* (1972/2011). As críticas apontadas por Laing e Cooper influenciaram Deleuze e Guattari a perceberem que a prática psicanalítica alicerçada no conflito edipiano destruiria o teor coletivo que o desejo e o delírio possuem no meio histórico e social. Outro ponto nevralgico está relacionado com o universalismo proposto que atuaria como um dispositivo de organização a serviço da produção subjetiva compatível com a ordem social capitalista. É no complexo de Édipo que se revelaria a face da sociedade em que a psicanálise foi criada (Chapman, 2016; Lima, 2015).

O estreitamento produzido pelo complexo de Édipo entra em contradição com sua própria nomeação. A complexidade é perdida ao adotar a cena familiar (pai-mãe-filho) em exclusão do feixe de relações sociais e culturais que estão inseridas visceralmente na formação da família. A centralidade ocupada pelo papel familiar não corresponde necessariamente as relações pais e filhos e nem seria a formação universal de sujeitos (Chapman, 2016; Deleuze; Guattari, 1972/2011; Laing, 1960/1973).

Para a psicanálise, seria urgente acontecer um descolamento do princípio da casualidade e de entidades construídas para que se lançasse rumo a uma compreensão com base no sistema de comunicações e relações (Bosseur, 1974). O fato é que Laing era um leitor das produções psicanalíticas, citando, em muitas de suas obras, Sigmund Freud, Sándor Ferenczi, Melanie Klein, Donald Winnicott, Wilfred Bion, Frieda Fromm-Reichmann e Susan Isaacs. Não se buscava a dissolução do pensamento psicanalítico, mas torções teóricas que recuperassem a potência da técnica de escuta. O cerne da questão encontrava-se na adoção da razão analítica e na corrupção através do psicologismo, ponto esse que é debatido até os dias atuais por autores como Ian Parker e David Pavón-Cuéllar (Parker, 2014; Parker; Pavón-Cuéllar, 2025).

A razão dialética apareceria como alternativa para o estabelecimento de uma melhor compreensão que rompesse com o esquadrinhamento da razão analítica. O ponto de partida modifica-se quando a objetificação é abandonada em nome de um entendimento que ali está presente uma pessoa e que o fenômeno da interação entre ela e o observador não teria como ser descrito de maneira exteriorizada e objetiva. Nesse processo, a incorporação da

contratransferência é vital, bem como a percepção de que a linguagem teórica e cientificista apriorística de nada valeria sobre a experiência do sujeito (Bosseur, 1974; Laing, 1960/1973).

As experiências do observador e do observado se encontrariam no campo da interexperiência, de modo que o psiquiatra é parte atuante do fenômeno. O pesquisador não está fora de sua pesquisa, assim como não é possível tratar as relações humanas como os acontecimentos de entidades naturais. Nesse ponto, o que se torna abstrato não é o delírio com o qual acusavam os loucos, mas a ideia de ser humano presente nos manuais. O desenvolvimento teórico-prático é feito com base na mistificação de uma unidade sem corpo, sem experiência, sem história, sem raça e sem gênero, evidenciando o caráter de abstração e desagregação daquilo que era proposto como um saber sobre aquele diagnosticado com esquizofrenia. A teoria, que embasa a prática, nada poderia dizer sobre eles. O deslocamento para a relação proposto pela razão dialética impactaria estabelecendo um princípio de reciprocidade na relação médico-paciente (Bosseur, 1974; Laing, 1960/1973).

A loucura seria portadora de uma verdade que só poderia se tornar inteligível através do deslocamento dos conflitos intrapessoais para a compreensão das relações interpessoais. Nesse processo, era necessário que o próprio profissional entendesse que parte de sua experiência para tentar lançar-se na experiência do outro. Acompanhar o sujeito pela “viagem”, como Laing chamou, era o método de cuidado que se estabeleceria reconhecendo o sentido as fantasias possuíam para o paciente (Bosseur, 1974).

A normalidade seria a tradução da imersão nas fantasias sociais que são consideradas reais. O outro era assumido como psicótico na medida em que a modalidade da experiência não se revela como semelhante. O conteúdo pouco importaria, pois, seu testemunho pessoal seria desacreditado, não levando nem que o próprio analisador se questione de ser o verdadeiro alienado (Laing, 1961/1974).

A norma seria a alienação na sua forma mais efetiva, uma vez que indicaria uma ligação visceral com condições arbitrárias que limitariam as possibilidades de existência. Pessoas seriam reduzidas ao agrupamento de células que respondem passivamente aos estímulos nervosos, havendo uma redução fundamental como forma de ação destrutiva da própria experiência. O sofrimento seria então uma das formas produzidas pela alienação de adaptar-se à loucura do mundo (Friedenberg, 1974).

A destruição e falsificação da experiência não aconteceria pela simples contradição ou negação, porém, seria necessária uma complexa rede de esforços colaborativos de diversos setores da sociedade, incluindo a psicologia, sobretudo em sua forma mais experimental, que reduziria sujeitos ao comportamento e não realizaria uma reflexão sobre si mesma. Para Laing, toda a psicologia e a psiquiatria exercida sobre o comportamento petrificava o sujeito a sua condição através das terapêuticas que aplicadas (Laing, 1967/1977).

A psicose deveria ser entendida como uma tentativa de sair da crise na estrutura, sobretudo familiar, que buscava se desvincular de um sistema complexo de fantasias. O processo terapêutico deveria então buscar por novas formas de integrar diferentes zonas de experiência e não medidas adaptativas ou normativas e para isso era necessário ter um profissional fundamentalmente disposto a embarcar na viagem rumo a uma regressão que ia de encontro à educação e a socialização. Não caberia lições de moral ou medidas de contenção e o próprio paciente seria o responsável pelo ritmo dado (Bosseur, 1974).

A psicologia possuiria o potencial de ser a ciência das ciências pela capacidade de acessar a experiência, no entanto se mistifica ao se aliar às ciências naturais. Assim, as práticas psicológicas fariam parte do problema que elas mesmas buscavam solucionar. A antipsiquiatria seria uma forma fazer frente ao projeto expansionista da psiquiatria e aos métodos de adestramento da psicologia, pois lutaria contra a normatividade social e o caráter de disciplinarização e controle (Laing, 1967/1977; Lima, 2015).

As críticas mais radicais à psicologia assentaram suas bases contra o *behaviorismo* e a psiquiatria como modo mais notável da psicologia ideológica na prática. O positivismo, que estava na base do desenvolvimento da psiquiatria, operaria de maneira diferente do que o preconizado nas ciências naturais, uma vez que incidiria sobre os “doentes mentais”, não apresentando uma formulação coesa acerca do funcionamento humano “normal”. O ser humano seria então desumanizado frente a um sistema biológico defeituoso, o que objetivaria impor uma administração prática das condutas pelas ciências do comportamento (Heather, 1976/1977).

A psicanálise se articulava de modo paradoxal, visto que Freud, e boa parte dos pós-freudianos, consideravam um determinismo psíquico como estrutural da teoria e da prática. Todavia, a contradição se impõe ao descrever que o tratamento analítico propiciaria, no limite, um aumento de autonomia e mais controle do analisando sobre seu próprio destino. O positivismo também impregna as entranhas psicanalíticas, porém, o grau de contaminação

dependeria da interpretação que o analista teria do escopo teórico e como executaria a prática (Bosseur, 1974; Heather, 1976/1977).

A corrupção de psicanálise estaria centrada no afirmar-se como parte integrante da ciência médica, marcando outra contradição no campo. Freud (1926/2014) defendeu a independência da psicanálise da aplicação médica, no entanto o processo formativo aplicado por boa parte das sociedades de psicanálise e apoiado pela *International Psychoanalytical Association* (IPA) até os dias atuais, lança como pré-requisito uma graduação em medicina ou psicologia. Os demais casos de candidatos devem ser avaliados, como se estivessem em posição de inferioridade às ciências médicas (Parker, 2014; Zaretsky, 2006).

A psicanálise que se associa ao uso da terminologia da vida cotidiana, que compreende as interações simbólicas como localizadas e compartilhadas entre sujeitos em contextos específicos, poderia ser uma alternativa ao modelo psicológico e psiquiátrico centrado, por outro lado, sua formulação que se adaptou ao pensamento científico-natural, é tão ruim quanto (Parker, 2014).

O fisicalismo, em outras palavras, a redução da psique ao comportamento físico dos corpos, aliou-se ao operacionalismo dentro da psicologia. A definição de qualquer variável psicológica é dada pelas operações utilizadas para mensurá-la, assim, se não pode ser quantificada, escalonada, explicitada com base em testes e baterias, não é algo que deva ser objeto de uma psicologia científica e qualquer aproximação de interesse é tida como pejorativamente como mentalismo ou pseudociência (Heather, 1976/1977). A atualidade mostra a face mais cínica da psicologia, na qual técnicas “terapêuticas”, sobretudo das Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCC), foram desenvolvidas dentro do ambiente corporativo com a finalidade de aumentar os resultados financeiros. A aliança entre psicologia e neoliberalismo já não se oculta e se exalta de sua contribuição com fórmulas de passo-a-passo e linguagem de “capital humano” e “inteligência emocional” (Safatle, 2023).

A psicologia do observável e da consciência vê o ser humano como um animal seguidor de regras e não propõe uma ação reflexiva que perceba os processos sociais inseridos no sofrimento. A sua função torna-se a de complementar o saber psiquiátrico no reducionismo ao “normal” e “anormal” e agir taticamente trocando transformação social por aperfeiçoamento pessoal (Heather, 1976/1977; Parker, 2014; Safatle, 2023).

Essa psicologia mística atuaria afastando as pessoas uma das outras através de sua constelação de práticas. Nesse processo, produzem-se especialistas parlapatões sobre a vida comum que garantem possuir técnicas especiais de investigação, no entanto distorceriam a experiência vivida pelos sujeitos. Para Laing, essa é a verdadeira psicologia louca, pois rejeitaria a experiência e se concentraria na manipulação do comportamento como sendo o estudo sobre o ser humano, agindo de maneira alienada e alienante na continuação de sua ideologia (Heather, 1976/1977; Laing, 1967/1977; Parker, 2014).

Um novo olhar para a psicologia implicaria em uma nova forma de psicoterapia que se constituísse como uma ciência das pessoas, buscando por analisar, da melhor maneira possível, as condições inter-relacionais de cada sujeito e compreendê-lo na posição que ocuparia diante de cada relação sem o maniqueísmo presente na moralização psi (Bosseur, 1974; Laing, 1967/1977).

Os métodos propostos por antipsiquiatras foram empregados em algumas instituições, de modo que a própria estrutura de como os cuidados eram oferecidos foi reformulada. Quebrar a lógica psiquiátrica é também destruir os muros físicos do manicômio e a organização de seu funcionamento.

4.4 A antipsiquiatria contra o manicômio

A estrutura física que outorgaria as práticas psi mais violentas é o manicômio. Nesses locais, os vários tipos de violência se entrelaçariam e receberiam o nome de tratamentos. Drogas, eletroconvulsoterapia (ECT), psicocirurgias, como a lobotomia, e uma longa lista de outras intervenções que configurariam uma alternativa ao *Malleus Maleficarum* se fossem documentadas ao final da Idade Média ou início da Idade Moderna.

As enfermarias psiquiátricas convencionais eram locais de manutenção da alienação e da aplicação da violência de maneira direta ou sutil. Nesse cenário, a antipsiquiatria institucionalizou-se para exercer seus métodos de tratamento como formas alternativas ao poderio biomédico orgânico-centrado. São vários os exemplos que modificaram o funcionamento ou mesmo fecharam os manicômios e é mister que sejam explicitados.

David Cooper descreveu sua experiência na “Vila 21”, um pavilhão de 2000 leitos psiquiátricos que ficava no Shenley Hospital, a noroeste de Londres. Ao observar que a admissão de um novo paciente estabelecia um processo maciço de invalidação, Cooper percebeu que a entrada na carreira moral aparecia, em dois terços dos casos, descrita como “crise emotiva

da adolescência” ou “alteração de personalidade”, títulos que ganhavam prematuramente no primeiro colapso agudo. Essa classificação faria com que fossem “tratados” em enfermarias nas quais se encontravam pessoas com colapsos psicóticos recorrentes (Cooper, 1967/1973; Obiols, 1979).

A necessidade de uma unidade separada era evidente e deveria incorporar uma ritualística menos rígida, na qual se buscasse estabelecer relações entre os próprios institucionalizados a fim de promover uma resolução dos conflitos (apresentados como sintomas patológicos) de maneira acessível e que não estereotipasse o sujeito e o estigmatizasse através da classificação diagnóstica. Dessa maneira, criava-se uma situação viável de trabalho e pesquisa da ação interativa grupal e familiar no campo da esquizofrenia, sobretudo, no lançar uma atenção sobre a adolescência perturbada (Cooper, 1967/1973).

O passo seguinte seria conceber uma unidade autônoma fora dos limites do hospital psiquiátrico que permitisse um maior grau de liberdade e rompesse com os papéis artificiais executados por funcionários e pacientes. Porém, antes de abrir as portas do manicômio, foi necessário iniciar os trabalhos tomando o local físico da enfermaria de coma insulínico como protótipo. A ocupação iniciou propiciando a descontinuidade desse tipo de tratamento (Cooper, 1967/1973).

O funcionamento dependia da seleção de funcionários a partir de discussões individuais e em grupo. No processo, a preferência era por profissionais mais jovens, pois imaginava-se que eram menos impregnados pela instituição psiquiátrica. Aqueles selecionados, independentemente dos cargos que ocupavam (médico, enfermeiro, terapeuta ocupacional e assistente social) deveriam participar de reuniões comunitárias diárias que eram assistidas por todos os pacientes da enfermaria. O intuito era que fossem debatidos problemas concernentes ao próprio funcionamento e contemplasse queixas de profissionais e pacientes, reduzindo os marcadores de autoridade e subvertendo a hierarquia (Cooper, 1967/1973).

Após a reunião comunitária diária eram realizados grupos terapêuticos nos quais as experiências eram compartilhadas, incluindo as vivenciadas na família. O profissional que conduzia deveria ser honesto e aberto a discutir qualquer questão que surgisse, mesmo que fossem de conteúdo sexual, sendo inclusive apontado em certa ocasião, que a diferença entre o interno e o funcionário era que o último deixava a instituição e ia se encontrar com as esposas e namoradas, enquanto os institucionalizados deveriam viver sob a total frustração sexual ou

masturbação ocasional no banheiro. O fato ilustra como que as fronteiras realmente se tornaram porosas e o temas tabu permeavam as conversas francas que eram estabelecidas. A sinceridade também deveria estar no assumir, por parte do terapeuta, sua dificuldade em lidar com algumas temáticas que apareciam, assim estabelecendo uma comunicação horizontalizada com os pacientes (Cooper, 1967/1973).

Grupos de trabalho também eram instituídos e operavam na produção de jogos e na decoração do interior. Ambos tinham objetivos de auxiliar na sustentação material do espaço e aliar uma atividade manual produtiva com o aprendizado e coordenação social. Eles deveriam funcionar com a mínima intervenção do terapeuta ocupacional e do enfermeiro responsável pela condução, de modo que, se fosse necessária, não seja na aplicação de uma correção (Cooper, 1967/1973).

Outra atividade eram a reunião de grupos de funcionários que ocorria diariamente e de maneira informal. O mesmo público se encontrava uma vez por semana para avaliar as ações que estavam sendo executadas e alinhar as políticas da unidade (Cooper, 1967/1973).

A convivência favorecia a formação de grupos espontâneos que contavam com a interação de profissionais e pacientes. Nesses momentos, qualquer tema do cotidiano da Vila 21 poderia surgir, desde um programa de televisão até algum comportamento de um paciente que tenha modificado a dinâmica (Cooper, 1967/1973).

O projeto de Cooper caminhou para descortinar os mitos que estavam por baixo do véu da normalização ritualística psiquiátrica. As fantasias de que os pacientes só levantariam de suas camas ante uma coerção verbal ou física foi defrontada com a autorregulação de horários, o empenho de cada um e cada uma na manutenção do local e a contribuição no espaço compartilhado. Todo esse processo foi realizado sem o uso de camisas de força, tratamentos de choque ou leucotomia (lobotomia), além de utilizar doses muito baixas de tranquilizantes e, uma parte significativa de pacientes, não receber qualquer “camisa de força química” (Cooper, 1967/1973).

A democracia estabelecida na Vila 21 demonstrou como o modelo médico estava baseado em preconceitos e no estabelecer de rituais alienantes. Fato que evidencia como a agressividade, que é tão atribuída ao sujeito com esquizofrenia, é resultado de uma intervenção inadequada buscando estabelecer uma contenção física violenta e, para a pessoa ali em questão,

arbitrária, então a resposta mais plausível possível é tentar impedir isso se estabelecendo uma luta (Cooper, 1967/1973).

Os resultados conquistados não foram estabelecidos de maneira direta, sendo necessárias muitas discussões acaloradas, abandonos de tentativas e mudanças de planos. No início do projeto da Vila 21, a equipe estava limitada a controlar o armário da farmácia e resolver problemas administrativos. Enquanto isso, repercussões imediatas aconteciam, como o lixo que se acumulava pelos corredores, louças amontadas, a insalubridade sanitária do local, cenas de orgias e conflitos (Bosseur, 1974).

Os enfermeiros então estabeleceram um certo regimento que foi aprovado por Cooper e que deveria ser respeitado por todos. Infringir tais prerrogativas seria passível da punição de ser expulso da Vila 21. A construção de um bem comum comunicada e conversada horizontalmente mostrou a diferença cabal entre a autoridade autêntica que a equipe podia possuir e a arbitrária instituída pelo modelo médico-psiquiátrico (Bosseur, 1974).

Cooper expandiu sua atuação para além da Vila 21. Vale destacar que foi um importante apoiador da *Anti-university of London*, uma instituição que se dispunha a ofertar de cursos de maneira muito barata ou gratuita, como forma de expandir a educação entre adultos e estabelecer uma universidade aberta e de qualidade (Chapman, 2016). Em 1965, conjuntamente com Ronald Laing e Aaron Esterson, fundou a *Philadelphia Association*, uma instituição mantenedora de diversos centros de acolhimento para pessoas ditas como “doentes mentais”. Em 1972, Joseph Berke e Morty Schatzman criaram a *Arbours Association* (em atividade até os dias atuais) inspirados pelo trabalho de Laing e Cooper. As associações tinham os mesmos objetivos; ambas deveriam atuar na pesquisa das causas das doenças mentais e buscar meios de prevenção, além ajudar economicamente quem era tido como indigente e oferecer formação para profissionais alinhados com a antipsiquiatria (Obiols, 1979).

O centro Kingsley Hall foi a principal instituição que recebeu o apoio da *Philadelphia Association*. Propiciando atendimento para 119 pessoas no período de 1965 a 1970, buscou integrar a potência da arte aos cuidados oferecidos. A prerrogativa básica era que nenhuma forma violenta de intervenção seria realizada, ou seja, sem drogas de contenção altamente debilitantes, ECT ou contenção física. Aliava-se isso ao fato de que nenhum diagnóstico psiquiátrico deveria ser emitido para qualquer pessoa que chegasse buscando pelos serviços (Obiols, 1979; Chapman, 2020a).

Os ideais de Laing orientavam que os estados psicóticos não deveriam ser suprimidos, negados ou contornados, mas sim atravessados com apoio dos companheiros, sejam eles da equipe ou outros residentes na instituição. Vale destacar que os profissionais não eram remunerados e trabalham no serviço de maneira voluntária. A manutenção econômica era feita a partir do salário dos próprios médicos que residiam naquela instituição e trabalhavam em outros locais ou das bolsas de pesquisa que recebiam, além da ajuda social paga para residentes ditos “doentes” e os fundos da *Philadelphia Association* (Bosseur, 197; Chapman, 2020a).

O tratamento psicoterapêutico não seguia os modelos tradicionais instituídos, assim não havendo exigências de comparecimento regulares e nem formas de avaliação recorrentes. O que se buscava era alicerçar um percurso terapêutico nas movimentações de contracultura que emergiam à época, para isso, fervilhavam produções artísticas, como pintura, performances, teatros, tecelagem, ioga, leitura de poesias, dança e escrita, como formas de intervenção. Nesse processo, o uso de substâncias psicodélicas, como a dietilamida do ácido lisérgico (LSD), era realizado como forma de expansão e exploração da experiência (Bosseur, 1974; Chapman, 2020a).

As pessoas que buscavam o Kingsley Hall tentavam escapar da violência dos hospitais psiquiátricos e ou de suas famílias. O caso de maior repercussão foi de Mary Edith Barnes, residente no centro que foi acompanhada pelo médico psicanalista Joseph Berke. Ela conseguiu sua admissão aos 42 anos e vinha de um processo longo de tratamento, no qual recebeu sessões de ECT e foi trancafiada em celas solitárias durante crises de fúria. Barnes contou sua própria história em um livro, escrito conjuntamente com Berke, intitulado *Mary Barnes: Two Accounts of a Journey through Madness* (1971).

Mary descreveu sua família como “anormalmente boa” (Barnes; Berke, 1971, p.5). Fria, mas sem problemas aparentes, ou seja, sem grandes conflitos e sem amor. As ambivalências afetivas também não eram suportadas e a imagem de família de comercial de margarina deveria ser preservada. Filha de um pai eletricitista que trabalhava em um laboratório e de uma mãe dedicada aos cuidados domésticos, ficou encarregada dos cuidados do irmão mais novo, Peter, por quem sentia um profundo ciúme e alimentava um forte ódio. Tais sentimentos não tinham qualquer possibilidade de ser expressos no ambiente familiar e precisavam ser desmentidos (Barnes; Berke, 1971).

A mãe fazia uma radical distinção entre os filhos, de maneira que Mary era tida como sem uma qualidade sequer. Os pais riam de sua aparência e diziam o que deveria fazer com os cabelos, como deveria se vestir, controlavam sua rotina totalmente e a depreciavam com comentários e críticas ferozes. Aos poucos, foi se isolando não só das relações, mas da própria realidade. Não ia percebendo mais como seria o próprio corpo, além de ser acompanhada constantemente por crises agudas de irritabilidade. Desejou ter nascido do sexo masculino para poder receber os carinhos que a mãe denotava ao irmão, enfureceu-se com a chegada da menstruação e o crescimento dos seios, detestava usar sutiã e era obrigada a isso (Barnes; Berke, 1971).

O isolamento era também parte do comportamento comum familiar, pois as crianças eram proibidas de brincar com outras, não podiam fazer visitas e nem trazer alguém para a residência. A moralidade era imposta de maneira rigorosa, com Mary relatando que a mãe lavou a boca do irmão com água e sabão por ele ter falado um palavrão. Barnes se formou enfermeira, porém, nesse momento a Segunda Guerra Mundial eclodiu e vai trabalhar como enfermeira responsável no exército (Barnes; Berke, 1971).

Peter foi diagnosticado com esquizofrenia e internado. Os cuidados com irmão fizeram emergir um medo de ser abusada por ele, o que se traduziu como um desejo de castrá-lo e ódio contra qualquer contato masculino. A recusa de Mary pelo corpo continuava presente e não suportava sentir qualquer desejo por homens. Nesse processo, converteu-se ao catolicismo e decidiu tornar-se freira, mas adoece no convento, o que levou à sua internação no hospital psiquiátrico (Barnes; Berke, 1971).

Após receber alta com o diagnóstico de esquizofrenia, procurou analistas que pudessem atendê-la e não obteve sucesso. Empenhou-se em ler sobre psicologia e psicanálise, inclusive escrevendo cartas para Anna Freud, mas a resposta pouco amistosa agravou seu quadro. Em suas leituras, entrou em contato com a obra *O Eu Dividido* de Ronald Laing e buscou assistência dele (Barnes; Berke, 1971).

Mary iniciou sua análise com Laing, entretanto o processo não foi fácil. Tentaram dissuadi-la de continuar. De maneira a sobressaltar, citou uma situação em que um padre carmelita a aconselhou a trocar de terapeuta, pois Laing não via masturbação como pecado. Observou-se que, durante toda sua criação, a masturbação foi colocada dessa maneira, tal qual como ter relações sexuais fora do casamento. Barnes não queria se casar, mas desejava ter um

filho, entretanto, isso implicaria em mais um pecado para suportar. Nesse cenário, é importante a compreensão de que a masturbação tinha uma função de dar um sentido de unidade para ela, semelhante ao brincar com urina e fezes, sendo apontados como seus principais sintomas. O conflito moral então se instalou, uma vez que era o “pecado” que acalmava suas tensões internas (Barnes; Berke, 1971).

Ao ser admitida no Kingsley Hall, foi acompanhada por Joseph Berke. Berke, médico, psicanalista americano, mudou-se para Londres para se engajar nas pesquisas, estudos e propostas de cuidado de Laing. Era um forte publicador do que acontecia na instituição e defendia abordagens psicoterapêuticas comunitárias, com intervenções psicossociais e feitas com pouca ou nenhuma administração de drogas, além de não admitir o rótulo de um psidiagnóstico (Chapman, 2020b).

Berke iniciou uma aproximação não-impositiva de Barnes, utilizando de brincadeiras e dando-lhe brinquedos até que percebeu as paredes desenhadas com fezes. Aos poucos, foi inserindo giz e papel nos presentes e incentivando que desenhasse, o que a fez com fosse matriculada em um atelier de pintura posteriormente. O processo foi ganhando forma ao ponto de suas pinturas serem expostas em diversas mostras. Com o apoio de Joseph e da arte, conseguiu compreender seus próprios desejos e atravessar seus piores estados (Barnes; Berke, 1971).

Os acontecimentos não foram de uma ordem ascendente direta e Mary viveu momentos de profunda perturbação e angústia interna (o que ela chamou de *IT*: isso) que levaram a estados mais regredidos, nos quais deixava de comer, evacuava na própria roupa, na sua própria cama e na cama de outras pessoas, expressava grande agressividade e ficava prostrada em seu leito por dias seguidos. Ela compreendeu que tais momentos eram tentativas de se reestruturar, nas quais se espalhava e precisa de uma linha de giz que conectasse tudo em uma reconciliação social (Barnes; Berke, 1971).

Através do vínculo terapêutico estabelecido, a raiva encontrava uma representação pictográfica em sua arte, promovendo uma estabilização simbólica. As “crises” não eram recaídas acidentais que deveriam ser exterminadas, eram movimentos de reorganização psíquica que demonstravam cada vez mais integração (Barnes; Berke, 1971).

Em 1971, Barnes e Berke publicaram o livro que narra essa história e demonstra como as intervenções antipsiquiátricas podem ser potentes no processo de recuperação de pacientes

tidos como psicóticos. Mary conseguiu sair do Kingsley Hall e morar sozinha, seguiu sua vida com suas pinturas e escrevendo outros livros sobre a experiência vivida (Bosseur, 1974).

As movimentações de mudanças no tratamento psiquiátrico encontraram ressonância na agitação política dos pacientes, o que eliciou o experimento terapêutico autogerido conhecido como *Sozialistisches Patientenkollektiv* (SPK), que foi traduzido como Coletivo Socialista de Pacientes. A Clínica Psiquiátrica da Universidade de Heidelberg foi o palco da organização que mais atuou politicamente contra o modelo da psiquiatria tradicional (SPK, 2024).

O posicionamento tomado pelo coletivo foi duramente reprimido e perseguido tanto institucionalmente quanto no âmbito das políticas sociais. Aqueles e aquelas que se aliassem ao médico Wolfgang Huber, poderiam ser caçados como terroristas e punidos severamente. Participar do SPK acarretava na proibição de receber qualquer atendimento por outras instâncias públicas (SPK, 2024).

O lema “fazer da doença uma arma” ecoava as teses e princípios do movimento. A percepção era que a “doença” era a única forma de manter-se vivo na sociedade capitalista, uma vez que era o resultado das relações de produção preconizadas socialmente. O coletivo mostrava como o sistema de saúde agia retirando direitos dos pacientes que dizia tratar, além de validar o controle da psiquiatria e não reconhecer que o processo de adoecimento era socialmente condicionado (SPK, 2024).

A crise instalada era resultado de um levante contra a assimetria médico-paciente e a ideia de cura ser a restauração da capacidade produtiva. Nesse caso, a “doença” demonstraria o papel revolucionário que possuía como protesto às relações capitalistas. Os pacientes se colocaram como sujeitos políticos e não como acometidos por uma entidade orgânica isolada. Haveria ali a compreensão de que o quadro social era condição *sine qua non* para o sofrimento que viviam (SPK, 2024).

A reivindicação era feita na forma de agitação social e descortinava a psiquiatria como parte do aparelho que administrava o sofrimento para manter a ordem produtiva. As práticas psiquiátricas eram contestadas, como a coisificação executada pelo diagnóstico, o hospital como local de custódia e controle, além da verticalização da relação com os médicos. Essa organização hierárquica transformaria cada agente político em um caso clínico, no qual o psiquiatra daria sentido para as experiências vividas pelos sujeitos. O fato ficava ainda mais evidente quando a

revolta política era tomada como quadros de adoecimento mental, o que se efetivou em muitos momentos (SPK, 2024).

O tratamento proposto pelo SPK deveria se basear na coletividade, no trabalho em grupo e na coesão política coletiva, no qual psiquiatra e paciente não ocupariam posições fixas, mas construiriam o processo conjuntamente. Não haveria hierarquia, seria autogerido pelo grupo e politização do sofrimento seria o eixo central das intervenções. Vale destacar que a leitura conjunta de Marx, Hegel e outros filósofos era uma das atividades tidas como prática de cuidado e visavam articular a consciência política como ação terapêutica, o que mudaria a visão sobre a “doença” com as condições sociais que cada um experienciava e se percebia inserido (SPK, 2024).

A agitação como forma terapêutica foi marcada pela organização de assembleias, comitês e meios próprios de tomada de decisão. A ação de cuidado era coletiva, bem como os rumos que deveriam ser tomados por todo o percurso. A proposta adotava três formas de trabalho intituladas agitação individual, agitação em grupo e grupo de estudos. No primeiro modelo, um membro mais antigo acompanhava um novato. Ambos aconselhavam um ao outro a partir das questões que traziam e construíam um debate acerca dos problemas que se apresentavam (SPK, 2024).

A segunda modalidade, agitação em grupo, eram conversas entre os próprios pacientes, sem a necessidade da condução ou interpretação de profissionais. A elaboração promovida nesses momentos era coletiva e horizontalizada. A outra forma de ação terapêutica também comportava grupos. Eram organizados estudos sobre diferentes áreas, como filosofia, economia e política, o que propiciava um entendimento melhor do sofrimento como produto social. Nesses locais, os textos não eram discutidos apenas passivamente, mas era resgatada uma potência para o desenvolvimento de novas teorias e aplicação em situações concretas (SPK, 2024).

O uso de drogas psiquiátricas não era abolido em todos os casos, contudo buscou-se pela compreensão da necessidade dessa intervenção. O coletivo era contrário ao silenciamento realizado através das administrações e a adaptação que isso conferiria. A decisão de usar ou não e como usar não era realizada pelo médico de maneira autoritária, uma vez que era discutida coletivamente sobre as intenções que justificassem o uso, qual a racionalidade por trás disso e o nível de comprometimento da autonomia que o paciente poderia ter (SPK, 2024).

Não há como oferecer um real cuidado que favoreça a liberação e a autonomia quando se age dentro da lógica manicomial. A percepção do agir enquanto lógica não significa que os muros não devam ser derrubados, que as instituições asilares não devam ser fechadas e os sistemas de tratamentos não devam ser reformulados. É preciso destruir a máquina que destrói o louco.

4.5 Basaglias pelo fim dos manicômios

O plural destinado ao sobrenome Basaglia é de vital importância, uma vez que, ao se falar no movimento de crítica ao manicômio, o nome invocado é, na maioria dos casos, apenas o de Franco Basaglia, revelando um apagamento histórico e estrutural de Franca. Não é honesto ater-se a um único personagem e perceber Franca Basaglia como um apêndice da história de Franco ou apenas sua companheira. O resgate de seu percurso intelectual e de luta está sendo feito por um outro casal de grande notoriedade para os estudos críticos brasileiros sobre saúde mental: Paulo Amarante e Leandra Brasil da Cruz.

Franca foi a pioneira na tradução de Erving Goffman para o italiano e atuou como comentadora e mediadora cultural dos conceitos presentes na obra do autor. Instituição total, carreira moral e ritos de degradação foram formulações teóricas que basearam a construção do pensamento basagliano e, por conseguinte, a prática político-clínica.

Franco Basaglia não era adepto da antipsiquiatria e nem via suas propostas como uma psiquiatria alternativa, mesmo assim, seu nome está relacionado ao movimento em boa parte das fontes. A absorção como um ator antipsiquiátrico na discussão presente se baseia na expansão do conceito que está sendo proposto e adotado, ou seja, na compreensão de que é composta por aquelas e aqueles que desafiaram o modelo biomédico hegemônico em certa medida.

A percepção da psiquiatria enquanto ideologia pelos Basaglias estava enraizada nas obras de Goffman, Foucault, Fanon e Russell Barton, dessa maneira, o projeto institucional psiquiátrico era compreendido como um instrumento de controle e segregação baseado em táticas de saber e poder. O ponto de partida prático para as elaborações está na prática psiquiátrica de Franco Basaglia na gestão de manicômios, sendo o primeiro o de Gorizia (Amarante, 2017).

Pertencente a uma geração marcada por lutas antifascismo, contra violências institucionais e por direitos, Franco Basaglia assumiu a direção do hospital psiquiátrico de

Gorizia em 1961, onde permaneceu até 1968. Esse foi o ponto de virada para as elaborações teóricas e práticas, havendo uma desmontagem de rotinas asilares, com a abertura das portas, restrição máxima ao uso de contenções e questionamento de hierarquias, o que era realizado com assembleias e ocupações de espaços coletivos por internos e profissionais (Foot, 2014).

O manicômio provincial de Gorizia abrigava cerca de 500 internos e era marcado pelo isolamento político e geográfico. Nesse lugar, os Basaglias consolidaram a convicção de que o sistema asilar era moralmente falido e o “tratamento” destinado aos internos produzia danos que eram vistos como parte da “doença”. Dessa maneira, comportamentos peculiares ou perturbadores foram, na verdade, gerados ou maximizados pela própria instituição psiquiátrica, mas eram interpretados como sinais e sintomas daqueles que estavam presos (Foot, 2014).

Um importante dado a ser ressaltado é que Franca definiu a vivência em Gorizia como um “ponto de não retorno” e ali se engajou em trabalhar como voluntária nas enfermarias, participou das assembleias e tornou-se parte integrante da equipe institucional (Giannichedda, 2016).

A leitura acurada da obra Sartre eliciou a iniciativa de “colocar entre parênteses o diagnóstico” e olhar para o sujeito permitindo um vínculo e um reconhecimento para além da etiqueta nosográfica. A institucionalização era construída sobre os pilares da negação das subjetividades, apagamento de identidades e a coisificação de pessoas, o que fazia com que um processo homogeneizante se estabelecesse negando histórias de vida, culturas e sofrimentos particulares (Amarante, 2017; Foot, 2014).

O manicômio destruiria toda a vida pregressa de quem era preso por ele. O visto de entrada poderia ser garantido por um etiquetamento, porém, não era necessário, afinal, sempre era possível amontoar mais um ou uma. A institucionalização não era parte da cura ou do tratamento, mas fazia parte do próprio quadro de “adoecimento”. Diante desse cenário, os Basaglias propõem a destruição da instituição psiquiátrica em nome do retorno da liberdade para os internos. A implementação disso foi através do fim da contenção mecânica, redução do uso de choques elétricos, abertura dos pavilhões e a literal derrubada de muros e cercas que serviam de barreiras físicas (Amarante, 2017; Basaglia, 1964/2010; 1967/2010; Foot, 2014).

Basaglia concebia que o controle social da psiquiatria sobre o louco e a loucura alçava voos para além do nível individual, abrangendo questões estruturais e supraestruturais, sendo só possível uma real intervenção quando se articulava os três níveis. As reais necessidades das

pessoas internadas entravam em contradição com a organização manicomial que baseava seu tratamento em repressão e em estereotipar as singularidades, estabelecendo uma destruição do sujeito para a manutenção social da instituição (Basaglia, 1975).

A necessidade que se despontava ao horizonte era de uma compreensão a nível supraestrutural/organizacional de modo que a codificação “científica” da “doença mental” estava visceralmente relacionada com os limites impostos pela norma que foram transgredidos. Deveria também abarcar um entendimento da relação do paciente com a própria etiqueta diagnóstica e articulava-se a reflexão do papel estratégico da instituição no sistema social a nível estrutural, uma vez que o que estava em jogo não era a finalidade terapêutica, mas a custódia implícita promovida (Basaglia, 1975).

O tempo em Gorizia foi marcado por uma profícua produção que demonstrava como era possível negar a instituição de dentro, fazendo diferente do que era pretendido socialmente e pelos paradigmas biomédicos hegemônicos à época. Nesse período, Basaglia organizou um livro de grande repercussão que foi publicado com o título de *A Instituição Negada*. A sua contribuição, com o texto *As instituições da violência* (1968/2010), sedimentou a aliança entre o pensamento basagliano e a obra de Goffman.

O manicômio passou a ser descrito como parte de um dispositivo político-social de exclusão que operava primariamente pela violência em diferentes níveis. A natureza da violência não seria modificada, contudo, sua implementação seria de maneira velada, sendo terceirizada aos profissionais sob a forma de técnicas médicas visando a adaptação dos sujeitos à condição de objetos da violência (Basaglia, 1968/2010; Goffman, 1961/2013).

A coerção dentro das instituições asilares não é um desvio, uma falha ou mesmo uma exceção, mas está por cerne do próprio mandato social de custódia e exclusão. A vida é confinada e formalmente administrada nos seus mínimos detalhes por meio de um governo técnico do cotidiano que se exprime como terapêutica recomendada e necessária. Nesse contexto, a violência assume um caráter educativo e ou sanitário sendo tecnicamente legitimada, provocando a mortificação das vidas e a coisificação de existências (Basaglia, 1968/2010; Goffman, 1961/2013).

A definição de instituição da violência se aplica a instâncias que vão desde a família e escola até prisões e manicômio, visto que se estabelecem quando a violência e a exclusão são justificadas no plano da necessidade em benefício da finalidade educativa, da culpa ou da doença

(Basaglia, 1968/2010). É possível extrapolar o conceito para o pensamento de uma lógica que excede os muros físicos e se sustenta na contemporaneidade.

A lógica manicomial mantém o funcionamento institucional sem a necessidade de uma contenção física. Observa-se que, mesmo após diversas tentativas de reforma e críticas ao fazer psiquiátrico hegemônico, perdura um foco exclusivo na visão do sujeito como receptáculo da “doença” (eufemisticamente alcunhada de transtorno), criando verdadeiras entidades nosográficas humanoides que devem ter suas rotinas rígidas e padronizadas por meio da hierarquia e controle produzidos pelo saber médico (Goto, 2019; Yasui, 2010).

A responsabilidade pelo fracasso do tratamento ao não alcançar os efeitos esperados é lançada sobre o paciente, muitas vezes utilizando-se do argumento de “não aderirem”, contudo, a inadequação do serviço e ou da abordagem terapêutica não é contestada. A centralização decisória do que será feito com a vida daquela pessoa está localizada na figura hierárquica do profissional de saúde, principalmente salientada na do médico. A tutela e o silenciamento são mantidos por meio de uma baixa autonomia e uma cronificação da dependência institucional (Goto, 2019; Yasui, 2010).

A arquitetura asilar foi substituída pelo manicômio químico apoiado na primazia de contenção e medicamentação. O controle é administrado como um dos eixos centrais via a garantir uma menor perturbação ao serviço e à família e não buscando uma expansão da participação social, da capacidade de vida ou produção do bem-estar individual e coletivo. A sedação age como uma forma de governo e o ajuste de drogas vira a rotina mais frequente. O uso torna-se uma estratégia disciplinar sendo utilizada inclusive como forma de ameaça para o adestramento humano. Nesse cenário, o que deveria ser de administração pontual e pactuada assume o monopólio do “tratamento” como se realmente estivesse combatendo uma doença (Goto, 2019; Moncrieff, 2008; Oliveira, 2018; Yasui, 2010).

Os protocolos atingem uma sacralidade que não podem ser modificados e toda e qualquer pessoa deverá ser adaptada a eles. Não há uma busca real pela reinserção psicossocial e aumento de autonomia, sendo a maior importância dada para o controle da agitação que possa surgir, mesmo que a tão pretendida “estabilidade” promovida implique em uma redução drástica da circulação social. Nessa lógica, os efeitos adversos de drogas psiquiátricas são naturalizados e as informações de risco e benefícios do uso são omitidas aos pacientes, alienando-os do direito

fundamental da liberdade de escolher sobre si mesmos de maneira informada (Caponi, 2018; Goto, 2019; Moncrieff, 2008; Venturini, 2017; Yasui, 2010).

Basaglia não foi um forte opositor das drogas psiquiátricas, não obstante, alertou para que o uso não responda a uma demanda de contenção química. A produção de uma passividade estava em evidência, seja no etiquetamento diagnóstico ou na sedação, e por ela se operava a exclusão dos ditos loucos. Seria um anacronismo desonesto esperar uma posição condenatória por parte dele à época, uma vez que a percepção sobre a adaptação da produção, prescrição e uso à economia de mercado ainda não era evidentemente documentada. O lucro como principal preocupação do panorama industrial e de serviços não tinha sido descortinado, contudo, uma real preocupação com a promoção do bem-estar era demonstrada por Fanco (Basaglia, 1968/2010; Oliveira, 2018; Sedgwick, 1982).

Após Gorizia, Franco Basaglia teve uma breve passagem pelo manicômio de Colorno, mas foi em Trieste, no Hospital Psiquiátrico San Giovanni, que atingiu seu ápice histórico-operacional. Em 1971, assumiu a direção com o objetivo explícito de fechar a instituição. O cenário do campo da psiquiatria naquele período contava com grande ascensão do movimento da antipsiquiatria, atizando o interesse de Basaglia pelas experiências de Laing e Cooper (Foot, 2014; Serapioni, 2019).

As inovações feitas em Gorizia foram implantadas no San Giovanni nos primeiros anos, no entanto, foi percebido que “boas práticas” não provocariam a transformação da psiquiatria. Era necessário estabelecer condições político-institucionais e recursos territoriais, assim seria possível não só negar o manicômio, mas eliminá-lo como instituição (Foot, 2014; Serapioni, 2019).

San Giovanni possuía cerca de 1182 internos que foram esvaziados até o seu fechamento em 1980. Uma das mudanças implementadas que atuaram para a reinserção social de cada pessoa desse montante foi a criação de cooperativas que as integravam diretamente ao mundo do trabalho. Outro ponto de destaque é a abertura do espaço físico da instituição para que fosse ocupado pela sociedade com concertos e demais atividades artísticas (Foot, 2014; Serapioni, 2019).

As propostas de Basaglia sofreram grande resistência de diversas instâncias sociais que vão desde o poder judiciário até a opinião pública, passando pela imprensa e a oposição política organizada, sobretudo de neofascistas. Mesmo com esse cenário, a desinstitucionalização

conseguiu estabelecer uma rede alternativa de serviços que provinha ao ex-interno uma territorialização e o uso de serviços substitutos, por conseguinte, restaurando a autonomia e implementando cuidados em liberdade (Foot, 2014; Serapioni, 2019).

Em 1980, San Giovanni foi definitivamente fechado. Não era um percurso de apenas desospitalizar, mas de garantir que as pessoas que ali estavam iriam seguir suas vidas integradas à sociedade. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu a importância do feito e incentivou pesquisas e produções acadêmicas que se baseassem no modelo implementado (Serapioni, 2019).

Basaglia se tornou o mais proeminente ator da luta antimanicomial, contudo é preciso fazer algumas observações a respeito da relação com a antipsiquiatria (no sentido estrito do termo). O movimento antipsiquiátrico engloba as práticas antimanicomiais, entretanto, a recíproca não é tão direta. Ao se analisar a obra basagliana, não há uma negação da “doença mental” enquanto estatuto de doença e nem uma percepção de que não há fatores orgânicos envolvidos, o que vai de encontro às ideias de Szasz e de boa parte dos antipsiquiatras. Há também uma aposta no uso das drogas psiquiátricas como se houvesse um potencial libertador através de uma possibilidade de “tratamento” fora dos manicômios.

A psiquiatria só existe se a “doença mental” existe, ou seja, só assume um caráter médico quando os desvios da norma são entendidos como adoecimentos. Partindo desse ponto, a noção de prevenção acompanhada da expansão social estabeleceu as condições para o exercício de uma prática de asilo que não dependeria do manicômio físico. Inseriu-se na dimensão técnica, teórica, institucional, profissional e legislativa de maneira capilarizada, abrindo caminho para um intervencionismo generalizado. A instituição psiquiátrica se reformou, garantindo sua existência e ampliando sua incidência. A luta antimanicomial foi fagocitada e já não colocaria em xeque o poderio psiquiátrico, apenas sua faceta asilar restrita (Castel, 1981/1987).

A voraz capacidade adaptativa da psiquiatria é explicitada por Basaglia em suas críticas à psicanálise. Toda e qualquer prática e ou teoria que se propusesse ao entendimento do psiquismo traria consigo um potencial de ser assimilada como parte da ideologia psiquiátrica. A psiquiatria psicodinâmica buscou pelo objetivismo médico, que não se aplica à psiquiatria, com bases psicanalíticas, que abriram mão de sua capacidade subversiva (Castel, 1981/1987; Viganò, 2006).

O fechamento dos manicômios não implicaria no fim da racionalidade de gestão e controle social exercida pela psiquiatria. O modelo centrado na periculosidade foi substituído por um regime focado nos riscos, ampliando as intervenções preventivas e expandindo a rede de especialistas. Nesse cenário, psicoterapias passaram a ser oferecidas para pessoas “normais” e a sociedade inteira poderia ser avaliada. A etiologia de uma “doença mental” já não importava, pois o “tratamento” incidiria sobre o controle dos sintomas e inflando as técnicas de modificação comportamental. Essa “nova psiquiatria” camuflaria as funções sociais de controle com a ideia de uma modernização técnica que ofereceria uma solução com simplicidade e eficácia, de modo que um tecnicismo terapêutico se estabeleça. Um destaque deve ser dado ao fato de que também se esconderia as íntimas relações com políticas e mercados (Amarante, 1996; Castel, 1981/1987).

Uma real desinstitucionalização dependeria de suportes materiais e jurídicos que garantissem proteção, renda, trabalho, moradia e uma rede de cuidados territoriais. A partida para esse caminho encontrou um forte marco na aprovação da Lei 180 na Itália em 13 de maio de 1978, conhecida também com Lei Basaglia.

O marco jurídico rompia com o modelo que dispunha o manicômio como pilar central da assistência psiquiátrica. Houve o ordenamento de que as instituições fossem fechadas permanentemente e restringiu as internações compulsórias, além de desestimulá-las e promover uma avaliação contínua sobre a necessidade. Estabeleceu também que, caso a internação fosse a intervenção necessária, deveria ser feita através do convencimento e em leitos de hospitais gerais, agindo contra a exclusão social e geográfica que era perpetrada pelos locais anteriores. Ela traduziu, em dada medida, a luta contra a institucionalização empreendida pelos Basaglias (Foot, 2014; Serapioni, 2019).

A luta basagliana se estabeleceu contra não só a institucionalização, mas também contra a tecnificação que poderia substituir a instituição psiquiátrica com outros saberes científicos que justificassem as intervenções. A relação de tutela deveria ser substituída por um contrato que respeitasse a vontade dos sujeitos e garantisse direitos, articulando os campos políticos e sociais. Não era um devaneio ou utopia, mas um modelo que inspirou e inspira modificações na assistência em saúde mental até os dias atuais (Amarante, 2017; Foot, 2014; Serapioni, 2019).

4.6 Por uma psicanálise radical

O cenário de tecnicismo pode ser ocupado pelas diferentes teorias. A psicanálise demonstrou, ao longo de sua história, o quanto é plausível de atuar como um método de adaptação ou aliado aos discursos subversivos. Sua origem e os próprios movimentos de ruptura que marcam o aparecimento de diversas matrizes podem ser vistos como forma de colocar o poderio biomédico na berlinda e estabelecer novos caminhos que entre em contato direto com a política e as subjetividades (Malone; Friedman, 2015).

A compreensão do sofrimento depende de situá-lo historicamente. Hodiernamente, percebe-se a sua constituição enquanto uma produção e organização do próprio capitalismo neoliberal. Uma teoria que se proponha a trabalhar verdadeiramente com a escuta dessas dores precisa reconhecer os mecanismos subjetivos pelos quais as opressões são internalizadas e a potência de mudança é transformada em paralisia. Dessa forma, a prática deveria estar necessariamente vinculada a processos coletivos de transformação social, assim aliando a associação livre ao compromisso democrático (Parker, 2022).

A individualização de problemas políticos como formas de adoecimento faz com que se busque por uma explicação médica, estabelecendo uma passividade no local que deveria ter uma força de transformação política e social. Quando a psicanálise atua se psiquiatrizando e psicologizando, deixa de ser uma *talking cure* para assumir o papel de tratamento médico e de adaptação (Parker, 2022).

A saída estaria no exercício de uma psicanálise radical (ou subversiva) que poderia ser definida como uma prática clínica, política e teórica que recusa a psiquiatria normativa e a psicologia adaptativa. Desse modo, o que emerge é uma antipsicologia que também tem por seu alvo o próprio fazer analítico (sobretudo a neutralidade), ou seja, se demonstra como uma antipsicanálise. Por princípios, não deve orientar sujeitos ao melhor funcionamento produtivo, põe-se como crítica do processo de medicalização, não aceita ser uma extensão da psiquiatria e promove uma articulação pessoal-política ao reler o sofrimento privatizado pelo horizonte da ação coletiva e mudança social (Castel, 1973/1978; Parker, 2022; Pereira, 2025).

A história atestou que o conjunto de disciplinas psi (psiquiatria, psicologia e psicanálise) aliado a instituições, práticas e representações populares fabricou o sujeito psicológico contemporâneo como uma forma que patologiza as experiências de sofrimento e encontra na medicalização uma inteligibilidade para as condições da vida comum. A questão que desponta

no horizonte é a contradição que sobressalta ao não se perceber o papel político dos sentimentos, seja como motor mobilizador ou como provocados por um sistema de opressão, exploração e superdesempenho exigido. Os “cuidados” atuam através de uma correção cognitiva de um problema que é situado individualmente e desresponsabiliza a estrutura operante (Parker, 2018; 2022).

Testes, aconselhamento, autoajuda, reportagens midiáticas com “grandes especialistas” capitalizaram a psicologização e transformaram a vida em unidades mensuráveis e de governância para o consumo de um ideal de bem-estar inatingível. A práticas de psicoterapia assumem uma forma de autogoverno adaptativo, propiciando um reconhecimento amplo em categorias e, por conseguinte, formando identidades. Profissionais são agigantados frente aos que os procuram e falam como porta-vozes de uma verdade absoluta sobre os modos de existência, silenciando subjetividades, desmentindo questões estruturais e desmobilizando resistências (Parker, 2018; Rose, 1985).

A psicanálise ainda possui alguma capacidade crítica que poderia atuar tentando refrear o trem desgovernado neoliberal. Seu método é de grande valia, no entanto, não são raros os casos de aproximações com a governabilidade em questão, seja através da gestão de afetos ou assimilação da psicopatologia psiquiátrica, o que acarretaria em um rompimento enquanto prática de “cuidado de si” para virar mais uma forma de adaptação às exigências do mercado (Parker, 2014; 2018; Pereira, 2025). Como destacou Ian Parker (2014), “em alguns contextos, a psicanálise é uma alternativa à psicologia e, em outros contextos, é tão ruim quanto” (p. 35).

5 Dom Quixote Contra os Moinhos Psiquiátricos

A antipsiquiatria, no olhar hegemônico contemporâneo, foi tomada como uma luta quixotesca contra moinhos de ventos e que, no limite, representaria um devaneio utópico de *hippies*. O destino de compor, no máximo, uma pequena sessão em capítulos sobre movimentos críticos à psiquiatria, evidencia o silenciamento produzido pela ascensão da instituição psiquiátrica nos discursos atuais. Alunas e alunos de psicologia e medicina concluem suas graduações sem que tenham nem ouvido falar sobre, mas decoram com exatidão cada linha do DSM mais atual. Psicopatologia se resumiu a um livro que discorre sobre a vida como se revelasse uma verdade, negando outras formas de compreensão do sofrimento humano que não o entendem como doença. As tentativas de propor algo diferente disso ou de apontar falhas no modelo hegemônico são logo colocadas na alcunha de pseudociência e a máxima criticidade assume o contorno de “o problema não é o manual, mas como se usa”.

Um entendimento contra-hegemônico não se estabelece no *mainstream* das práticas psi, mesmo que as discussões estejam acontecendo em locais de grande renome, como a FIOCRUZ e o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). Iniciativas como Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, o Grupo de Estudos, Pesquisas e Práticas em Desmedicalização da Vida (vinculado a Universidade Federal de Juiz de Fora e a Universidade Federal Fluminense), o Movimento Despatologiza, entre tantas outras, também estão presentes na luta contra o psicofascismo instalado.

O Brasil foi palco de um importante movimento de luta pela Reforma Psiquiátrica, o que o torna um lugar profícuo para o aparecimento de todos esses movimentos insurgentes e muitos outros que não foram citados, como diversas organizações de luta antimanicomial. Os frutos colhidos são as diversas práticas desmedicalizantes que se estabelecem nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O cenário parece animador, no entanto, a lógica manicomial conseguiu se metamorfosear para continuar sustentando uma dependência do usuário, através de uma prática de tutela, e limitando a ocupação territorial, seja pelas camisas de força químicas ou pela burocracia medicocentrada, de modo que os próprios atendidos pelo serviço o nomearam de *capsicômio* (Bezerra, 2008; Campos, 2001; Ghiorzi, 2025; Pereira; Guimarães, 2019).

Os levantes críticos à psiquiatria acompanharam vários momentos da construção da disciplina e hoje assumem a forma de uma nova geração de pesquisadores. A nomeação de que são os “novos antipsiquiatras” pode encontrar resistências e afirmações contrárias, porém a

conceituação prévia estabelecida sobre a compreensão do termo e suas flexibilidades permitiria afirmar.

A lista é longa, mas alguns nomes carecem de ser destacados, como Joanna Moncrieff, Peter Breggin, Elliot Valenstein, Peter Gøtzsche e David Healy, na crítica à psicofarmacologia e ao mito do desequilíbrio químico, Lucy Johnstone, Mary Boyle, Pat Bracken, Sami Timimi, Duncan Double, Robert Whitaker, James Davies, Manuel Desviat, Jim van Os, Jhon Read, Marcia Angell, Paula Caplan e Richard Bentall, com posicionamentos voltados ao psicodiagnóstico e ao complexo médico-industrial estabelecido, além de movimentos e associações internacionais que atuam através da experiência, garantia de direitos e proteção, tal como o *Psychiatric Survivors Movement*, *The Antipsychiatry Coalition*, *Coalition Against Psychiatric Assault*, *Antipsychiatryeverlag* e *Campaign for Psychiatric Abolition*, sem deixar de mencionar o trabalho de Peter Lehmann pelos Direitos Humanos.

O Brasil também se destaca. É mister citar a atuação de Paulo Amarante, Fernando Freitas, Pedro Gabriel Delgado, Rosana Onocko-Campos, Sandra Caponi, Maria Aparecida Affonso Moysés, Cecília Collares, Artur Cardoso, Lucas Gonçalves, Claudia Gomes, Flávia Albuquerque, Matheus Maldonado, Marcos Ferraz, Luciano Lobato, Ana Terra de Leon, Dassayeve Lima, Angélica Glória, Claudia Sato, Eduarda Martinello, Anny Souza, Rafaela Zorzanelli, Walter Oliveira, Rossano Cabral Lima, Mariana Witte Lins, Letícia Hummel do Amaral, Pedro Henrique Antunes da Costa, Matheus Dias Pereira, Luciana Jaramillo Caruso, Hélio França e tantas(os) outras(os) que se dedicam ao fazer crítico.

Uma força considerável é mobilizada e agitada para responder ao questionamento inicial feito por Fernando Freitas no texto *Direitos Humanos e Opressão: A Violência da Medicalização* (2024): Como pensar em Direitos Humanos diante do poder da psiquiatria enquanto instituição organizada da violência? (p. 50). A história dos Direitos Humanos é diametralmente oposta à da psiquiatria, uma vez que as lutas e conquistas pela integridade física, psíquica e social, individual e coletiva, vão de encontro ao uso sistemático da violência disfarçado pelo vocabulário científico. Não são conhecidos outros movimentos de pacientes organizados contra uma especialidade médica, entretanto brotam aqueles formados por quem sofreu com a segregação, estigma e tutela produzidos pela psiquiatria (Freitas, 2024).

Uma resposta possível se encontra nas experiências contemporâneas que têm demonstrado como formas diferentes de cuidado são possíveis. A busca por não reduzir a

experiência ao rótulo psicodiagnóstico e a oposição à centralidade da droga psiquiátrica, levou a propostas que se atentam para a dimensão relacional, para a produção de sentido e ocupação do território.

5.1 É possível fazer diferente

A antipsiquiatria provocou mudanças não-totais no funcionamento das instituições psiquiátricas, seja na reconfiguração das relações dentro das que não foram fechadas ou mesmo corroborando para a diminuição da violência explícita. Contudo, algumas questões não foram alcançadas, como a expansão psiquiátrica para questões que gerem um menor estranhamento social. Vale lembrar que a tradição francesa da psicanálise crítica e da psicoterapia institucional também não cessou o uso de eletrochoque na conhecida Clínica La Borde e que o movimento psicanalítico italiano fez grande oposição aos feitos de Franco Basaglia (Delacampagne, 2004; Freitas, 2024).

O legado antipsiquiátrico não desapareceu, no entanto assumiu novas conformidades em iniciativas diversas que podem ser vistas ao redor do mundo. Por um lado, atuou na estruturação de garantias jurídicas para as pessoas em sofrimento psíquico, fechou manicômios, descortinou as hipocrisias dos diagnósticos e reformulou técnicas e saberes. Por outro, fez com que a psiquiatria agisse de maneira sutil para a manutenção do enquadramento e controle social (Delacampagne, 2004).

A ambiguidade dos efeitos da luta pode ser compreendida como uma resposta dada pelo paradigma psiquiátrico estabelecido. Porém, novas formas de reagir a isso também foram criadas e alimentam o espírito subversivo dos fazeres em prol da dignidade humana. Mesmo com níveis pandêmicos de psiquiatrização, forças de resistência encontram ressonância e se organizam para combater o avanço massivo. Os relatos de violência ainda são presentes, sobretudo quando o aderir ao tratamento torna-se um processo de destruição da vida (Freitas, 2024; Santos, 2023).

A psiquiatria hegemônica intoxica a vida desde qualquer fase, seja de crianças, adultos ou idosos. Ninguém escapa de ser capturado, porém, a rejeição dos moldes psiquiátricos como fórmulas de pessoas pode ocasionar um desempoderamento e a abertura para alternativas mais eficazes de cuidado e que estejam verdadeiramente comprometidas com a liberdade (Breggin, 1993; 2008).

O estabelecer de amplos campos de suporte humanos e sociais vai para além de modelos clínicos e se efetiva através da escuta, hospitalidade, relações de confiança, garantias de trabalho e moradia, incluindo da participação da e na comunidade como respostas às origens sociais e biográficas do sofrimento que foi tomado por “doença”. A implementação depende da confiança e consentimento, sem coerção civil, sem ameaças de contenção e sem intervenções intrusivas. Todo paciente tem o direito de ser bem informado antes de qualquer tratamento, isso inclui que o médico deve conseguir o consentimento e estabelecer um acordo voluntário de maneira que se forneça meios para a tomada de decisão e que seu desejo seja respeitado. Esse processo deve perpassar pelo compartilhar de informações sobre riscos e benefícios, assim como outras opções de intervenções disponíveis, inclusive disponibilizando formas sem o emprego de drogas psiquiátricas (Breggin, 1993; Freitas, 2024).

Um clássico exemplo a ser dado é o *Soteria Project*. A experiência tinha como pano de fundo as contribuições teóricas psicanalíticas de Henry Stack Sullivan e Frieda Fromm-Reichmann alidas às práticas no Kingsley Hall e Vila 21, dessa forma desenvolvendo uma alternativa comunitária às internações psiquiátricas. A proposta era de um ambiente domiciliar pequeno, com equipe reduzida e formada primariamente por pessoas que não eram profissionais psi. As práticas então se concentravam na disponibilidade relacional e suporte contínuo, restringindo o uso de drogas psiquiátricas ou mesmo nem o fazendo. Quando utilizadas, era de maneira voluntária e em doses muito menores das que as estabelecidas como “tratamento”. O modelo, inicialmente implementado na Califórnia (EUA), expandiu-se para países como Suíça, Alemanha, Holanda, Suécia, Israel, Japão, Hungria e Dinamarca (Calton et al., 2008; Ciompi et al., 1992; Ciompi; Hoffmann, 2004; Freitas; Amarante, 2017; Mosher et al., 1995).

O modelo Soteria se estabelece articulando uma rede relacional intensiva com a pessoa que está em crise, contando com uma equipe e com vínculos afetivos importantes, sobretudo a família. Propõe uma integração à vida social através de metas realistas e franca comunicação com todos os envolvidos para que tudo ocorra de maneira pactuada e priorizando a autonomia, inclusive no uso ou não de drogas psiquiátricas. Após a recuperação, cada sujeito é acompanhado por, no mínimo, dois anos como forma de prevenção e cuidados (Ciompi; Hoffmann, 2004).

O entendimento sobre o tratamento recai sobre os fatores emocionais presentes na eclosão do que seria considerado como crise. As compreensões se lançam, de maneira ampla,

seguindo um vocabulário de vulnerabilidade-estresse que visa uma compreensão sobre como se manifesta em cada uma e cada um. Nesse processo, há uma primazia pelo vínculo e presença, sem a cobrança de urgência intervencionista, o que permite que se viva a experiência de maneira segura e em um ambiente semelhante a um lar (Ciompi; Hoffmann, 2004; Mosher et al., 1995).

O tratamento pode ser dividido em três fases, sendo a primeira correspondente ao período de maior desorganização/sofrimento psíquico, na qual o objetivo é reduzir a tensão emocional sem o uso de táticas coercitivas. Nesse momento, a pessoa não fica sozinha, de maneira que é acompanhada integralmente em todos os horários e dias. Também é disponibilizada uma *soft room*, ou seja, um ambiente de baixa estimulação. As intervenções são realizadas com atividades simples e que possam propiciar uma regulação emocional, como caminhar, desenhar ou outras tarefas manuais, sem técnicas terapêuticas formais (Ciompi; Hoffmann, 2004).

Na medida em que as reações emocionais perdem intensidade, inicia-se uma integração gradual no cotidiano da casa, se estabelecendo rotinas (não rigidamente controladas), aumentando a convivência com os outros e assumindo gradualmente mais responsabilidades dentro da comunidade. A ideia é tornar o ambiente o mais semelhante possível ao funcionamento usual de um lar. Por fim, prepara-se para a alta com um planejamento conjunto que inclui uma organização de uma rede de suporte externa e estratégias de prevenção de recaídas. Nesse período, metas realistas de trabalho e moradia são pactuadas e buscadas. Após deixar a casa Soteria, cada pessoa é acompanhada por um prazo mínimo de dois anos como parte do próprio plano terapêutico, o que demonstra que os cuidados continuam sendo exercidos para além do tempo de estadia (Ciompi; Hoffmann, 2004).

As evidências científicas apontam para sinais consistentes da funcionalidade Soteria. Há uma real diminuição das crises sem os efeitos adversos provenientes do uso das drogas psiquiátricas e da coerção. Em comparação aos modelos tradicionais, a reincidência de crises, nos dois anos seguintes, demonstrou ser menor, diminuindo as rehospitalizações e propiciando maior integração social, incluindo a capacidade de trabalhar (Bola; Mosher, 2003; Calton et al., 2008; Cooper et al., 2020; Fabel et al., 2023; Friedlander et al., 2022; Wolf et al., 2021; Yeo et al., 2025).

Uma outra iniciativa de destaque, semelhante a Soteria, porém, sem o foco no *milieu* (cenário), é o *Open Dialogue* (Diálogo Aberto). Desenvolvido primariamente no oeste da

Lapônia, Finlândia, o foco concentra-se em um modelo clínico-organizacional de resposta à crise no território e utiliza-se, por base, *Need-Adapted Treatment* (tratamento adaptado às necessidades). A predominância é de uma atitude psicoterapêutica com planejamento flexível, individualizado e continuamente ajustado que busca organizar serviços comunitários e equipes de forma integrada (Alanen, 1991; Alanen et al., 2009; Olson et al., 2014).

Os protocolos rigorosos dos tratamentos convencionais são substituídos por atividades terapêuticas que se adaptam às necessidades reais da pessoa e dos familiares. Mantém como eixo central uma atitude psicoterapêutica dialógica, orientada pela compreensão psicológica e interacional do sofrimento. Com isso, vínculos mais seguros e sólidos são favorecidos, o que tende a ampliar a colaboração no processo de cuidado (Alanen, 1991; Alanen et al., 2009).

O processo do Diálogo Aberto inicia-se com uma reunião com a presença da pessoa em crise e familiares. Esse ato deve ser uma resposta imediata dada nas primeiras 24h e busca ponderar, com os vínculos importantes, sobre o que é mais urgente de ser feito naquele momento. Ali, estabelece-se uma rede interacional de cuidados firmada através da compreensão conjunta do que está acontecendo. Todos os presentes podem se manifestar para que se busque consensos nas decisões, porém, questões relativas ao diagnóstico, medicação e organização do tratamento são adiadas, priorizando aumentar a segurança na própria rede e garantir encontros frequentes durante o período crítico (Alanen, 1991; Alanen et al., 2009; Olson et al., 2014).

Diferente de Soteria, *Open Dialogue* conta com uma equipe multiprofissional capacitada e com intensa formação em práticas dialógicas. Cada elemento da rede assume uma corresponsabilidade e se orquestram em sucessivas reuniões, de modo que aumente a coerência e se evite mensagens contraditórias, assim, tanto profissionais quanto família, vínculos importantes e a própria pessoa discutem sobre os rumos que serão tomados e dilatam as compreensões sobre os fenômenos abordados. Nesse processo, a resposta de uma “neuroleptização imediata” como padrão obrigatório é negada, e, uma vez que se busca pelo uso de drogas psiquiátricas, caso seja uma decisão consensual, será realizado de maneira situacional e contextual, o fazendo de forma integrada ao cerne relacional dialógico (Lehtinen, 1994; Lehtinen et al., 2000; Seikkula et al., 2003). O acompanhamento não se encerra com o apaziguar dos sintomas agudos. Há o prolongamento dos cuidados por dois ou três anos, em média, deslocando progressivamente o eixo do manejo da crise para a reabilitação, agência e reinserção social (Seikkula et al., 2003).

A equipe também é composta por *peer practitioners*, ou seja, profissionais que atuam no serviço a partir da sua própria experiência de sofrimento psíquico e recuperação. O compartilhar experiencial entre pares, de maneira intencional e qualificada, aumenta a confiança e a esperança na recuperação, além de reduzir o estigma, o isolamento social e o rompimento de vínculos (Hendy et al., 2023; Razzaque; Stockmann, 2016).

A experiência compartilhada é também o pilar central do movimento *Hearing Voices* (Ouvidores de Vozes). A proposta entende que o fenômeno de ouvir vozes é dotado de sentidos e não deve ser catalogado automaticamente como um “sintoma” que precisa ser eliminado a qualquer custo. A lógica diagnóstica é enfraquecida tendo como horizonte que o modo como cada pessoa convive com suas vozes é diferente dependendo do contexto de vida, redes de apoio e estratégias disponíveis (Corstens et al., 2014; Romme; Escher, 1989).

A busca se concentra no pluralismo explicativo que pode haver na produção de sentido, então aspectos psicológicos, sociais, espirituais e biomédicos encontram espaços para serem discutidos a partir da história de cada participante. Estratégias de segurança, redução do sofrimento, aumento de autonomia e de enfrentamento são desenvolvidas nos encontros com respeito, confidencialidade, sem julgamentos e com direito ao silêncio (Corradi-Webster et al., 2019; 2021; Corstens et al., 2014; Longden, 2018).

Diferentemente dos modelos *Soteria* e *Open Dialogue*, há uma implementação dos grupos de Ouvidores de Vozes nos CAPS. A implementação busca mudar a relação das pessoas com as vozes, reduzindo medo, negociando limites, compreendendo mensagens e desenvolvendo respostas alternativas. Nesse processo, um mapeamento biográfico do ouvidor, aliado ao mapeamento fenomenológico das vozes, auxilia em como trabalhar as emoções e problemas cotidianos associados, orientando assim, não para uma “eliminação de sintomas”, mas para uma recuperação narrativa e de agência sobre o vivenciado (Corradi-Webster et al., 2021; Corstens et al., 2014; Kantorski et al., 2017).

Todos esses movimentos manifestam o posicionamento político de contestação dos “tratamentos” usualmente destinados às pessoas em sofrimento psíquico intenso. Por base, há uma reconfiguração nos moldes da objetificação produzida pela exacerbação da ética da tutela, isto é, a norma adotada é a instituída e o paciente torna-se um campo de práticas e saberes técnicos, sendo despersonalizado em nome de uma instrumentalização. O sujeito objetificado é visto como incapaz ou incompetente de ter meios de cuidar do seu mal-estar, necessitando de

um uso de dispositivos farmacológicos, biológicos e custodiais que decidirão os rumos de sua vida (Costa, 1996).

A afirmação política crítica encontra seu ápice no movimento *Survivors of Psychiatry* (Sobreviventes da Psiquiatria). Composto por vítimas de violações perpetradas pelos serviços psi, a articulação tem uma presença global na luta por direitos, autonomia, contra a estigmatização e pela busca aos modelos alternativos à psiquiatria, via campanhas contra a coerção, denúncias de abusos, litigância, construção de grupos de apoio mútuo, práticas desmedicalizantes e produção de conhecimento baseado na experiência (Chamberlin, 2012; Cresswell, 2009; Crossley, 2006; Rissmiller; Rissmiller, 2006).

O livro de Judi Chamberlin, *On Our Own: patient-controlled alternatives to the mental health system*, publicado em 1978, tornou-se um forte marco na construção dos movimentos sociais contestatórios atuais. Nele, Chamberlin (1978/2012) partiu de sua experiência vivida para apontar como a entrada no sistema de saúde mental tende a converter sofrimentos concretos em incapacidade social que deve ser administrada por “especialistas”. O diagnóstico psiquiátrico atuaria, então, como uma máquina de produzir dependência e tornando a pessoa mais propensa a aceitar a identidade e o destino dados ao que seria o paciente psiquiatrizado.

As relações assimétricas produziriam uma ideia de que a equipe sabe o melhor a ser feito, mesmo que opere como uma pseudociência social autorizada, que baseia suas decisões em supostas necessidades médicas e não no sujeito. Nesse ponto, uma forma de mudar o paradigma está na partilha de experiências entre pares, de modo que deixem de interpretar suas histórias como falhas privadas e consigam ler o sofrimento e a opressão psiquiátrica como um padrão social. A categoria de “especialista” é enfraquecida e o objetivo deixa de ser o ajuste para ser alocado como uma leitura coletiva crítica e capacidade de ação (Chamberlin, 1978/2012).

A autora criticou proposições reformistas, destacando que só são realmente alternativas ao modelo hegemônico aquelas nas quais os usuários possuem o poder decisório de governança, estabelecimento de normas, prioridades e contratação. Vale destacar uma crítica contundente feita aos simpatizantes que buscam por conciliação, uma vez que a “amizade”, o comportamento amistoso, pode atuar como uma ferramenta de conformidade e de contenção política, em vez de se estabelecer uma emancipação. A psiquiatria é intrinsecamente coercitiva, mesmo quando aparece envernizada de cuidado, o que se demonstra pela forma como o sofrimento pessoal é inseparável de determinantes sociais e políticos. Um ponto nevrálgico de destaque salientado é

que se as práticas acontecessem fora do contexto psiquiátrico, seriam consideradas como criminosas (Chamberlin, 1978/2012).

Judi rejeitou a categoria de “pacientes” afirmando que a nomenclatura transforma pessoas em um “grupo especial”, mascarando um problema civilizacional. Uma desumanização é produzida e operada como tecnologia social de controle, assumindo um caráter de “imperialismo psiquiátrico” que se expande com ideias pretensamente progressistas, mas que ampliam o alcance da normalização e o controle profissional (Chamberlin, 1978/2012).

A disputa pelos termos *survivors*, *consumers* ou *users*, para descrever essa parcela de pessoas que sofreram violências psiquiátricas, encontra uma tensão quando o conteúdo político é esvaziado por uma ideia de “escolha” ou “empoderamento” dos usuários cooptada pela psiquiatria reformista. Enquanto sobreviventes (*survivors*) exprimem uma tendência abolicionista ou de forte recusa, preferindo por intervenções apoiadas por pares e se afastando o máximo possível da captura institucional; “usuários” (*users*) atuariam enquanto categoria mais ampla, focada em aumento de participação e melhoria de cuidados; por fim, consumidores (*consumers*) incorporam o vocabulário do mercado e uma ideia de qualidade e parceria, indicando o grande risco de “domesticação” do conflito (Chamberlin, 1978/2012; Everett, 1994; LeFrançois et al., 2013; Oaks, 2006; Rissmiller; Rissmiller, 2006).

As tensões podem ser ilustradas com a abordagem *Recovery*. Fundada por ex-pacientes e sobreviventes da psiquiatria, o processo busca por uma reconstrução da vida com ou sem a persistência dos sofrimentos tidos como psiquiátricos. O protagonismo do usuário é prezado através de planos terapêuticos formulados com a sua presença, consentimento esclarecido e decisões compartilhadas. Há uma fundamental participação dos pares no compartilhar de experiências e oferecimento de suporte. Os vínculos estreitos entre inequidades sociais e categorias psiquiatrizadas são expostos e se busca uma transição do espaço institucional para o comunitário como forma de cuidado. Porém, há contradições presentes na aplicação do modelo (Leamy et al., 2011; Morrow, 2013; Oliveira et al., 2021).

Um proceder que complexifica a questão é como os determinantes sociais seguem sendo marginalizados frente à dominância biomédica. Contextos históricos e culturais marcados por discriminação e opressão não são apreciados verdadeiramente em suas peculiaridades. Os processos de patologização operam de maneiras distintas em cada grupo social, como mulheres, população racializada, imigrantes, populações indígenas e LGBTQIAPN+. Ignorar as

idiosincrasias acaba por reforçar um colonialismo que, somado ao diagnóstico psiquiátrico, aumenta o estigma de uma parcela já vulnerabilizada (Morrow, 2013).

A associação com o neoliberalismo também pode ser destacada. Os termos e narrativas utilizadas, como a de que se trata de uma “doença como qualquer outra”, a compatibilidade com exigências de eficiência e mensuração, a ênfase dada à uma “jornada pessoal” que desloca direitos coletivos para a responsabilização individual e a restrição estrutural de escolhas terapêuticas (sobretudo para mulheres e grupos marginalizados) em sistemas públicos que só ofertam certos tipos de cuidado, demonstram como a psiquiatria se sustenta no cerne do controle profissional (Cardoso et al. 2022; Morrow, 2013).

Outro exemplo é a pós-psiquiatria, enquanto orientação teórico-prática que busca reformular o paradigma biomédico-tecnológico dominante, tem como princípios os contextos sociais e culturais do sofrimento, e isso influencia os valores envolvidos no processo de cuidado. Deslocar o eixo rumo a leituras sociais/estruturais é de vital importância, entretanto poderia funcionar como cobertura discursiva para a manutenção das narrativas patologizantes e neutralizar a mudança social. O fato é que os suportes sociais podem ser preteridos em nome de uma recuperação que sustentaria o lugar psiquiátrico-centrado. Tal situação perpetuaria uma institucionalização de epistemologias e as hierarquizaria de maneira colonial, importando concepções ocidentais e ignorando saberes locais. Mesmo garantindo uma maior participação de cada pessoa, um enquadramento individualista seria evidenciado. Assim, a compreensão das relações sociais e estruturais de poder deve aparecer articulada com mobilização política de combate às desigualdades e não apenas no manejo clínico secundário (Bracken; Thomas, 2001; 2005; Bracken et al., 2012; Campelo; Astola, 2023; Morrow, 2013; Saldomibive; Serrano, 2016).

Um olhar ampliado sobre a realidade na qual cada sujeito está inserido faz parte das principais estratégias desmedicalizantes. Respostas simplórias que transbordam biologicismos ainda são hegemônicas, contudo estão sendo desafiadas por novas iniciativas, como no caso do *Power Threat Meaning Framework* (PTMF) e sua tentativa de romper com a lógica classificatória do DSM.

Elaborado principalmente por Lucy Johnstone e Mary Boyle, o PTMF se estabelece como um sistema conceitual sobre como o poder opera, quais ameaças podem decorrer disso, quais sentidos são produzidos e como as pessoas respondem para sobreviver e proteger suas

necessidades centrais. O sofrimento e os “sintomas” podem então ser descritos como respostas protetivas às ameaças em contextos de poder. Dessa forma, a cronicidade diagnóstica do DSM é substituída por um padrão geral provisório (aberto e mutável), baseado em regularidades amplas compostas por significados pessoais, sociais e culturais (Johnstone et al., 2018; Johnstone; Boyle, 2025).

O PTMF produz uma hipótese narrativa contextual, que integra história, estrutura, significado e resposta, de modo a movimentar mudanças no próprio serviço e na forma do cuidado que deverá ser realizado. O enquadramento não é diagnóstico e atua investigando como diferentes formas de poder (interpessoal, institucional, socioeconômico, cultural, coercitivo etc.) incidem sobre a vida de cada sujeito, produzindo ameaças às necessidades humanas básicas (vínculo, segurança, autonomia, reconhecimento, integridade etc.). Cada aspecto é elaborado em significados que sustentam a resposta ao vivido, dessa forma, as reações são tidas como estratégias de proteção, mesmo que causem sofrimento (Cromby, 2022; Johnstone; Boyle, 2025).

A construção da narrativa permite que se possa compartilhar a história de cada pessoa, de maneira a identificar recursos de enfrentamento e condições de mudança, além de orientar as intervenções clínicas, sociais e institucionais. O núcleo explicativo não é uma etiologia, mas o próprio contexto e, por conseguinte, a compreensão pessoal disso realoca o sujeito no papel de agência sobre si (Cromby, 2022; Johnstone; Boyle, 2025).

As práticas desmedicalizantes se multiplicam por diversos países e deslocam a razão diagnóstica de uma explicação individualizante para a construção de sentido e análise do contexto social. Ao fazer isso, o tratamento também passa a ser articulado aos recursos coletivos de suporte, a movimentação política por garantias e preservação dos Direitos Humanos e equidade social. A base dialógica e a valorização da experiência atuam pela autonomia, contra a coerção e viabiliza uma menor estigmatização. Tais transformações exigem arranjos institucionais, políticas públicas e disputas sociais capazes de viabilizar formas de aplicabilidade territorializadas. Sobre isso, é mister destacar o exemplo brasileiro.

5.2 Menos muro, mais mundo

A Reforma Psiquiátrica aconteceu de maneira distinta em diversos países, como França, Itália e Brasil, contudo apresentou um cerne comum, a falência do modelo asilar. De partida, há a organização francesa da psicoterapia institucional que, com bases sólidas na psicanálise e no

marxismo, foi desenvolvida principalmente por François Tosquelles, Jean Oury, Frantz Fanon e Félix Guattari.

Uma das peculiaridades do movimento francês é que não se defendia o fechamento dos manicômios, mas uma compreensão da instituição psiquiátrica como um local transitório e que deveria operar pela liberdade dos que passavam por ela. Dito isso, a ideia de “institucional” não se referia ao prédio em si, uma vez que vislumbraria enquanto dispositivo mutável e que poderia atuar com organizações diferentes das embasadas na violência. Nesse sentido, não bastaria oferecer uma psicoterapia dentro do hospital; era necessário que a própria instituição passasse pelo processo, de modo a evitar que seja agente de cronificação de sofrimento e segregação (Aymé, 2002; Tosquelles, 2024).

A transformação proposta era de uma abertura à comunidade que integrasse hospital e redes territoriais. Assim, a psicoterapia institucional não era definida por uma prática monolítica com regras e técnica, em vez disso, ansiava por modificações na hierarquia, rotinas e conduções que circulassem a palavra entre profissionais e pacientes. A aposta para a execução disso estava na criação de espaços regulares de análise institucional, tomadas de decisões compartilhadas e organização de atividades que não buscassem apenas ocupar os internos, mas produzir laços no mundo experienciado, incluindo desempenhar trabalhos remunerados e a circulação livre de pessoas para dentro e para fora do espaço asilar (Desviat, 2022; Pizzimenti, 2021; Ruiz et al., 2013).

As relações com a psicanálise eram muito fortes. Jean Oury, Félix Guattari e François Tosquelles frequentaram os seminários de Jacques Lacan, cuja formulações sobre a psicose foram largamente apreciadas pela psicoterapia institucional. É válido destacar que Tosquelles foi analisando de Sándor Eiminder que, por sua vez, foi aluno de Sándor Ferenczi. Também é importante salientar que as teorias de Melanie Klein estavam por base nos atendimentos psicoterapêuticos oferecidos por ele, entretanto a hegemonia psicanalítica intramovimento permanecia sendo lacaniana. Mesmo com grandes aproximações, críticas eram feitas, tanto no aspecto teórico quanto prático do modelo psicanalítico (Agostinho, 2020; Robcis, 2021; Tosquelles, 2024).

Uma psicanálise sem horizonte político e que opera de maneira “desencarnada” era o principal alvo da psicoterapia institucional, relativo ao movimento psicanalítico. O uso como instrumento ideológico sustentava o apoio de psicanalistas ao imperialismo, o que se aliava ao

corporativismo e ao monopólio técnico, mantendo hierarquias rígidas e desqualificando pessoas que buscassem por práticas mais flexíveis e adequadas a contextos fora do *setting* clássico. Ademais, desconsiderava-se fatores socioeconômicos e institucionais ao estreitar a compreensão apenas para a dinâmica intrapsíquica centralizada no conflito edipiano (Agostinho, 2020; Oury, 2007; Robcis, 2021).

A psicoterapia institucional só poder ser compreendida como uma forma de antipsiquiatria através do conceito dilatado que foi está sendo adotado neste texto. O pensamento crítico sobre a violência asilar, o poder psiquiátrico e a nosografia são pontos de convergência ao movimento antipsiquiátrico. Entretanto, acreditava-se que o manicômio reformado poderia ser um espaço de produção de liberdade. O estatuto médico do psiquiatra não era questionado, restringindo a crítica à relação médico-paciente que não deveria conter uma hierarquia, mas a loucura continuava sendo da alçada da psiquiatria. Havia também um endosso de práticas, como uso de drogas psiquiátricas e eletrochoque, desde que feitos com parcimônia. Um dos pontos destacados como parte da manutenção do caráter mais conservador é a forte influência da psicanálise, sobretudo dos analistas lacanianos (Amarante, 2007; Bosseur, 1974/1976; Delacampagne, 2004; Robcis, 2021).

Nesse cenário, a psicoterapia institucional deu origem a desdobramentos como a psiquiatria de setor, a análise institucional e a esquizoanálise, consolidando a Reforma Psiquiátrica Francesa. As experiências na França e na Itália guardam grandes semelhanças e diferenças (o movimento realizado pelos Basaglias já foi explorado no capítulo anterior), contudo, ambas serviram de modelos teórico-práticos para a iniciativa brasileira.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira foi um processo histórico-político de reorganização dos cuidados em saúde mental dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Para além de uma ideia de modernização da psiquiatria, o movimento operou uma ruptura político-institucional e cultural com a lógica manicomial. A proposta era de não haver apenas uma desospitalização, mas de se inserir nas lutas sociais e epistêmicas, além de promover uma verdadeira transformação na cultura (Amarante, 1995; 2007).

Nesse contexto, atuou com a primazia do cuidado em liberdade, destacando a produção de autonomia e a proteção de direitos. Buscou-se desmontar a lógica asilar de tutela e segregação para que se estabelecesse uma relação de cuidado territorialmente, com uma ampla atuação psicossocial e trabalho em rede. A participação popular era primordial nesse processo, bem

como os tensionamentos com o modelo instituído até então. A Luta Antimanicomial esteve pujante na articulação e nos princípios estimados pela reforma, instituindo-se como força matriz de todo o desenlace (Amarante, 1995; 2007).

O âmbito de luta epistemológica aconteceu com a crítica ao saber psiquiátrico, incluindo a medicalização da vida e à instituição asilar, o que abriu margem para que fossem propostas outras racionalidades de cuidado desmedicalizantes ou que reduzissem a centralidade biomédica. Para isso, foi necessário reorganizar o modelo de atenção a fim de uma integração com a rede territorial e comunitária que propiciasse uma real inserção social. Nesse modelo, o protagonismo do usuário é destacado, bem como a luta por direitos e cidadania, contrastando com as práticas de tutela e exclusão (Amarante, 1995; 2007).

A aproximação entre assistência e território encontra sua maior interseção, no campo da saúde mental, na implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em especial os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), espaços que atuam com uma equipe multidisciplinar, fornecendo atividades terapêuticas e cuidados individualizados e coletivos para os usuários e família (Amarante, 1995; 2007; Onocko-Campos, 2019).

A dimensão sociocultural também se estabelece na mudança de valores das relações entre sociedade e cultura. Novas maneiras de convivência são criadas para um enfrentamento de estigmas e aumento da visibilidade pública. Diversos atores sociais (trabalhadores, usuários, familiares, movimentos sociais etc.) participam ativamente das transformações pretendidas, de maneira a englobar frentes amplas de atuação, como técnico-conceitual, assistencial e jurídica (Amarante, 1995).

O deslocamento do cuidado do eixo asilar para práticas territoriais e psicossociais esteve presente nas três experiências de reformas apresentadas. O legado se atualiza na ocupação de espaços pela participação social, na produção de condições concretas de vida em comunidade e na proteção dos direitos. A passividade destinada aos sujeitos internados, e desejada pelo modelo psiquiátrico, contrasta com protagonismo que pode ser assumido por eles em liberdade. Os discursos de periculosidade perdem espaço e novas formas de conceber o sofrimento psíquico emergem a partir da experiência vivida.

O cenário promissor não é inabalável e precisa de constante alerta para que não atue no controle social psiquiatricocentrado, uma vez que políticas de retrocesso foram implementadas e encontraram endosso da própria Associação Brasileira de Psiquiatria. Dito isso, o paradigma

biomédico não foi destruído e manter-se na orientação dos princípios da Luta Antimanicomial é, antes de tudo, uma forma de resistência, de posicionamento ético e de defesa dos Direitos Humanos (Lima, 2019).

6 Considerações Finais Não-todas

Este trabalho foi escrito a partir de um chão concreto. Feito no vivenciar de um cotidiano no qual o sofrimento ganha ou perde sua validade de acordo com um critério diagnóstico. Um cenário de luta organizada, disputa de narrativas e de construção de identidades. Nele, a psicanálise precisa decidir se chega como mais um carimbo, chancela, nome e código ou como uma prática de escuta que não abandona o sujeito ao destino de seu rótulo.

A psicanálise não é *per se* uma prática antipsiquiátrica, mas pode se tornar uma forte oposição aos desígnios psiquiátricos quando assume uma posição clínica, ética e política, quando se recusa a funcionar como uma forma “gentil” de um dispositivo de controle, normalização e adaptação.

A articulação com a antipsiquiatria é real, mas não linear. Em boa parte dos casos, as bases teóricas e práticas que inauguraram o campo antipsiquiátrico foram atravessadas por um conhecimento efetivo da psicanálise e pelo seu uso clínico de maneira crítica. Ainda assim, convém sublinhar que a aproximação com um fazer verdadeiramente subversivo dependeu menos de uma natureza radical inata da psicanálise e mais da posição assumida pelos próprios antipsiquiatras. Foi a partir dessa iniciativa que certos elementos psicanalíticos puderam ser deslocados, torcidos e reinscritos. A ambiguidade histórica da psicanálise demonstra a capacidade de compor uma crítica tanto quanto a de ser capturada pelo circuito institucional.

A emergência dos movimentos “anti” foram efeitos de uma virada crítica sobre as ciências psicológicas. Os condicionamentos ideológicos pela submissão foram interrogados, não através de uma desconfiança negacionista da ciência, mas como tentativa de expurgar a subserviência e contestar a conversão do ideal de “saúde mental” em ajustamento acomodado à ordem social. Era preciso (e ainda é) desmistificar a “ciência” que naturaliza as relações sociais de opressão (Martín-Baró, 2022).

A partir do percurso apresentado, o que se impõe é que a relação entre psicanálise e antipsiquiatria não pode ser pensada como uma identidade teórica ou uma marca política estrutural, mas como uma fricção composta por aproximações pontuais, alianças circunstanciais, divergências e, sobretudo, disputas internas sobre o que se entende por cuidado. A antipsiquiatria, tal como aqui mobilizada, nomeia uma gama de críticas ao poder psiquiátrico, à violência como método, à nosografia como destino e à naturalização da tutela; ela não é um bloco monolítico, mas uma miríade de vozes dissonante que convergem.

As linhas de contato entre o campo psicanalítico e o antipsiquiátrico se intensificam quando a própria prática dos analistas é posta no divã. Por outro lado, se enfraquecem quando se busca um reconhecimento da instituição psiquiátrica e compatibilidade com a gramática biomédica. Houve, sim, uma oposição psicanalítica à violência psiquiátrica, mas foi desigual, localizada e atravessada por contradições. Parte do campo psicanalítico acompanhou experiências críticas que insistiam na liberdade, na autonomia e na recusa de práticas coercitivas e hierárquicas. Outra parte, porém, permaneceu em uma posição de oposição branda e reformista, mesmo quando se apresentava como separada da medicina mental. Essa parcela, não se alinhou a processos de ruptura institucional e isso revela a ambivalência assumida pelos diversos ramos do tronco psicanalítico.

A psicanálise pode operar como prática antipsiquiátrica quando recusa a psiquiatria normativa e a psicologia adaptativa, quando não se oferece como extensão técnica do diagnóstico e quando mantém vivo um trabalho de crítica intracampo, inclusive contra suas próprias hipocrisias de neutralidade, hierarquia e moralização. Fato já iniciado pela obra de Sándor Ferenczi, mas que precisa ser revisitado, ampliado e revisado. Porém, quando se organiza como prática semimédica, voltada ao tratamento de “transtornos mentais”, validando a expansão diagnóstica como eixo de inteligibilidade da vida através de uma assimilação acrítica da psicopatologia psiquiátrica, empobrece a escuta, antecipa o sentido, reduz experiências a categorias e favorece uma prática de gestão do sofrimento orientada por adaptação. A psicanálise, que funciona como um suplemento interpretativo do veredicto que pretendia problematizar, destaca o ponto de subordinação ao poderio psiquiátrico.

A herança contraditória do movimento psicanalítico deve ser lida sem indulgência. Ela pode, sim, resguardar uma vertente de escuta radical, mas não como legado garantido, nem como “núcleo bom” a ser celebrado. Trata-se de uma possibilidade estreita, sempre ameaçada, que só existe quando é escolhida, sustentada e bancada com renúncias concretas. É preciso abrir mão do prestígio social gozado por parladores de platitudes, do lugar de “especialista”, da falsa segurança oferecida por categorias que prometem orientar o tratamento, mas que frequentemente encerram a relação dialógica. Essa escolha emerge quando a clínica se recusa a tomar o diagnóstico como tautologia do sujeito, ou seja, tomar a fala como comprovação de um rótulo previamente suposto. Aqui se demarca a dissociação do pensamento terapêutico que visa controle de sintomas, para uma prática que compreende o sofrimento como resposta ao

insuportável. Se estabelece, então, uma escuta que não objetiva a correção, que não nega a intensidade do sofrer e nem as precariedades sociopolíticas, de modo a recusar a tutela automática, o silenciamento e o esquadramento de populações.

O diagnosticocentrismo não organiza apenas “tratamentos”, mas garante acesso a direitos, modula credibilidade e decide quem é escutável e quem é descartável. Distanciar-se disso não é um exercício de estilo ou fundação de um novo nicho de mercado; é o conflito permanente com instituições que exigem classificação, instantaneidade de remissão de sintomas, controle e previsibilidade. Esse distanciamento exige uma suspensão ativa do impulso classificatório, além de assumir, sem neutralidade, a direção do cuidado em liberdade, onde a autonomia, direitos e protagonismo não podem ser alienados do processo.

O cenário atual é bem diferente daqueles dos manicômios na época de Freud, entretanto, permanece impregnado pelo mesmo ranço de uma lógica manicomial. Os retrocessos se repetem, o paradigma biomédico segue hegemônico e as formas contemporâneas de medicalização são capazes de se instalar mesmo onde se fala em humanização. Por isso, a exigência ética e política não é um adendo protocolar ou assinatura de termos que não se lê, mas condição de existência de uma prática de escuta radicalmente subversiva.

À guisa de conclusão, a psicanálise não se autoriza como antipsiquiátrica por discurso ou genealogia. Essa situação torna-se possível de aproximações quando rompe com a complacência ao poderio psiquiátrico e recusa ser sua auxiliar. Iniciativa que conta com consequências, principalmente em tempos de psiquiatrização ampliada, nos quais identidades diagnósticas circulam como explicações rápidas, administração de condutas e gestão do cotidiano. Não cabe à psicanálise suavizar a violência com palavras gentis em frases enigmáticas, mas sustentar a dignidade do sujeito quando a hegemonia busca traduzi-lo como um caso clínico. Sustentar essa tensão é reconhecer que a psicanálise pode se tornar cúmplice da violência psiquiátrica tanto quanto operar como um limite efetivo a ela.

Nesse sentido, a antipsiquiatria precisa ser realocada no cerne das discussões. Aqui, não cabe apreciá-la como monumento histórico de um passado desvairado, no qual não se sabia o que se estava fazendo, mas como decisão ética de não naturalizar discursos medicalizantes, de levantar suspeitas sobre soluções que se apresentam como técnicas, entretanto exigem submissão, de priorizar o cuidado em liberdade, de não tomar a norma social como sinônimo de saúde e, sobretudo, de reconhecer que TODA clínica é também política.

Ao final, que se imponha um novo questionamento: como a psicanálise pode formular e sustentar, em seus próprios dispositivos, uma ética desmedicalizante que não apenas critique o diagnóstico psiquiátrico e os tratamentos convencionais, mas produza verdadeiramente novos modos de cuidado?

Essa dissertação não se encerra com um ponto final, pois a história ainda está sendo escrita;

Referências Bibliográficas

- Agostinho, L. D. (2020). Guattari e a psicoterapia institucional. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 23(1), 2–11. <https://doi.org/10.1590/1809-44142020001001>.
- Alanen, Y. O. (2009). Towards a more humanistic psychiatry: Development of need-adapted treatment of schizophrenia group psychoses. *Psychosis*, 1(2), 156–166. <https://doi.org/10.1080/17522430902795667>.
- Alanen, Y. O.; Lehtinen, K.; Rökköläinen, V.; Aaltonen, J. (1991). Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: Experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83(5), 363–372. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1991.tb05557.x>.
- Amarante, P. (1995). *Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Editora FIOCRUZ.
- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: Outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Editora Fiocruz.
- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Editora Fiocruz.
- Amarante, P. (2017). *Teoria e crítica em saúde mental: Textos selecionados* (2. ed.). Zagodoni.
- American Psychiatric Association. (2023). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR* (5ª ed., texto revisado). Artmed.
- Andrade, D. P. (2007). *Nietzsche: a experiência de si como transgressão (loucura e normalidade)*. Annablume; FAPESP.
- Arbex, D. (2013). *Holocausto brasileiro: Genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil*. Geração Editorial.
- Arruda, E. (1972). Antidiagnóstico e antipsiquiatria. *Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada*, 24(4), 55–68.

- Aymé, J. (2002). Histoire et actualité du courant français de la psychothérapie institutionnelle. *Raison présente*, (144), 69–80. <https://doi.org/10.3406/raipr.2002.3775>.
- Balbuena, F. (2014). The pioneering work of Marguerite Séchehayé into the psychotherapy of psychosis: A critical review. *Swiss Archives of Neurology and Psychiatry*, 165(5), 167–174. <https://doi.org/10.4414/sanp.2014.00269>.
- Banzato, C. E. M.; Pereira, M. E. C. (2014). O lugar do diagnóstico na clínica psiquiátrica. In R. Zorzanelli, B. Bezerra Jr., & J. F. Costa (Eds.), *A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea* (pp. 35–54). Garamond.
- Barnes, M.; Berke, J. (1971). *Mary Barnes: Two accounts of a journey through madness*. Ballantine Books.
- Basaglia, F. (1975). Rehabilitación y control social. In R. García (Ed.), *Psiquiatria, antipsiquiatria y orden manicomial* (pp. 185–196). Barral Editores.
- Basaglia, F. (2010). A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização: Mortificação e liberdade do “espaço fechado” (J. A. d’Ávila Melo, Trad.). In P. Amarante (Org.), *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica* (pp. 23–34). Garamond Universitária. (Obra original publicada em 1964).
- Basaglia, F. (2010). Apresentação a Che cos’è la psichiatria? (J. A. d’Ávila Melo, Trad.). In P. Amarante (Org.), *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica* (pp. 61–72). Garamond Universitária. (Obra original publicada em 1967).
- Basaglia, F. (2010). As instituições da violência. In P. Amarante (Org.), *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica* (pp. 91–132; trad. J. A. d’Ávila Melo). Garamond Universitária. (Obra original publicada em 1968).
- Basaglia, F. O. (2025). Saúde/doença. In *Ilhas, percursos das defesas e das liberdades e outros ensaios: Direitos humanos, feminismos e saúde mental* (pp. 32–45). Zagodoni. (Obra original publicada em 1996).
- Basaglia, F.; Basaglia, F. O. (2010). Introdução a *Asylums*. In P. D. C. Amarante (Ed.), *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica* (J. A. d’Ávila Melo, Trans., pp. 133–150). Garamond. (Obra original publicada em 1969).
- Bazzicalupo, L. (2017). *Biopolítica: Um mapa conceitual* (L. Rabolini, Trad.). Editora Unisinos.
- Bezerra, D. S. (2008). *O lugar da clínica na Reforma Psiquiátrica brasileira* [Dissertação de mestrado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro].

- Bezerra Jr., B. (2014). A psiquiatria contemporânea e seus desafios. In R. T. Zorzanelli, B. Bezerra Jr., & J. F. Costa (Orgs.), *A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea* (pp. 9–34). Garamond.
- Birman, J. (1978). *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Graal.
- Birman, J. (1996). Freud e Ferenczi: confrontos, continuidades e impasses. In C. S. Katz (Ed.), *Ferenczi: História, teoria, técnica* (pp. 65–90). Editora 34.
- Blashfield, R. K.; Keeley, J. W.; Flanagan, E. H.; Miles, S. R. (2014). The cycle of classification: DSM-I through DSM-5. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 25–51. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153639>.
- Bola, J. R.; Mosher, L. R. (2003). Treatment of acute psychosis without neuroleptics: Two-year outcomes from the Soteria Project. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(4), 219–229. <https://doi.org/10.1097/01.NMD.00000061148.84257.F9>.
- Bono, E. (1975). *Nós, a loucura e a antipsiquiatria*. Pallas.
- Bosseur, C. (1974). *Antipsiquiatria* (A. Casais Ribeiro & G. Valente, Trans.). Publicações Dom Quixote.
- Bosseur, C. (1976). *Introdução à antipsiquiatria* (E. D’Almeida, Trad.). Zahar Editores. (Obra original publicada em 1974).
- Bracken, P.; Thomas, P. (2001). Postpsychiatry: A new direction for mental health. *BMJ*, 322, 724–727.
- Bracken, P.; Thomas, P. (2005). *Postpsychiatry: Mental health in a postmodern world*. Oxford University Press.
- Bracken, P.; Thomas, P.; Timimi, S.; Asen, E.; Behr, G.; Beuster, C.; Bhunnoo, S.; Browne, I.; Chhina, N.; Double, D.; Downer, S.; Evans, C.; Fernando, S.; Garland, M. R.; Hopkins, W.; Huws, R.; Johnson, B.; Martindale, B.; Middleton, H.; Moldavsky, D.; Moncrieff, J.; Mullins, S.; Nelki, J.; Pizzo, M.; Rodger, J.; Smyth, M.; Summerfield, D.; Wallace, J.; Yeomans, D. (2012). Psychiatry beyond the current paradigm. *The British Journal of Psychiatry*, 201, 430–434. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.109447>.
- Brasil, M. A. A. (2024). Psiquiatria e saúde mental. In F. Ortega, G. B. Soares, J. de A. Gama, & B. Assy (Orgs.). *Pensar o sujeito, agir no mundo: Diálogos com a obra de Jurandir Freire Costa* (pp. 31–48). Blucher.

- Breggin, P. R. (1993). *Toxic psychiatry: Drugs and electroconvulsive therapy: The truth and the better alternatives*. HarperCollins Publishers.
- Breggin, P. R. (2008). *Brain-disabling treatments in psychiatry: Drugs, electroshock, and the psychopharmaceutical complex* (2nd ed.). Springer Publishing Company.
- Broderick, A. A. (2022). *The autism industrial complex: How branding, marketing, and capital investment turned autism into big business*. Myers Education Press.
- Burston, D. (2018). Psychiatry, anti-psychiatry, and anti-anti-psychiatry: Rhetoric and reality. *Psychotherapy and Politics International*, 16, e1439. <https://doi.org/10.1002/ppi.1439>.
- Calton, T.; Ferriter, M.; Huband, N.; Spandler, H. (2008). A systematic review of the Soteria paradigm for the treatment of people diagnosed with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 34(1), 181–192. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm047>.
- Campelo, J. G.-V.; Astola, A. V. (2023). *Postpsiquiatria: Apuntes sobre teorías y prácticas*. Herder Editorial.
- Campos, R. O. (2001). Clínica: A palavra negada: Sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em Debate*, 25(58), 98–111.
- Candiotto, C.; D’Espíndula, T. S. (2016). Biopoder e racismo político: Uma análise a partir de Michel Foucault. In S. Caponi, M. F. V. Valencia, M. Verdi, & S. J. Assmann (Orgs.), *A medicalização da vida como estratégia biopolítica* (pp. 31–44). LiberArs.
- Canguilhem, G. (2009). *O normal e o patológico* (M. T. R. C. Barrocas, Trad.; 6. ed. rev.). Forense Universitária. (Obra original publicada em 1966).
- Caponi, S. (2012). *Loucos e degenerados: Uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Editora Fiocruz.
- Caponi, S. (2016). Classificar e medicar: A gestão biopolítica dos sofrimentos psíquicos. In S. Caponi, M. F. V. Valencia, M. Verdi, & S. J. Assmann (Orgs.), *A medicalização da vida como estratégia biopolítica* (pp. 97–114). LiberArs.
- Caponi, S. (2018). Uma biopolítica da indiferença: A propósito da denominada revolução psicofarmacológica. In P. Amarante, A. M. F. Pitta, & W. F. de Oliveira (Orgs.), *Patologização e medicalização da vida: epistemologia e política* (pp. 17–37). Zagodoni.
- Cardoso, A. J. S. (2024). *Dos manicômios ao mercado de saúde mental: Uma crítica à psiquiatria a partir de conceitos sociológicos*. Clube de Autores.

- Cardoso, A. J. S., Gonçalves, L. R.; Gutierrez, V. A. T. (2022). *O neoliberalês: Um ensaio filosófico sobre o idioma da sociedade do desempenho*. Clube de Autores.
- Castel, R. (1978). *O psicanalismo* (A. A. Serra, Trad.). Graal. (Obra original publicada em 1973).
- Castel, R. (1978). *A ordem psiquiátrica: A idade de ouro do alienismo* (M. T. da C. Albuquerque, Trad.). Graal. (Obra original publicada em 1976).
- Castel, R. (1987). *A gestão dos riscos: Da antipsiquiatria à pós-psicanálise* (C. Luz, Trad.). Francisco Alves. (Obra original publicada em 1981).
- Chamberlin, J. (2012). *On our own: Patient-controlled alternatives to the mental health system*. National Empowerment Center. (Obra original publicada em 1978).
- Chapman, A. (2016). Re-coopering anti-psychiatry: David Cooper, revolutionary critic of psychiatry. *Critical and Radical Social Work*, 4(3), 421–432. <https://doi.org/10.1332/204986016X1473688814636>.
- Chapman, A. (2020a). *Dwelling in strangeness: Accounts of the Kingsley Hall community, London (1965–1970), established by R. D. Laing*. *Journal of Medical Humanities*, 42(3), 471–494. <https://doi.org/10.1007/s10912-020-09656-0>.
- Chapman, A. (2020b). “May all Be Shattered into God”: Mary Barnes and her journey through madness in Kingsley Hall. *Journal of Medical Humanities*, 41(2), 207–228. <https://doi.org/10.1007/s10912-018-9517-1>.
- Ciompi, L.; Dauwalder, H. P.; Maier, C.; Aebi, E.; Trütsch, K.; Kupper, Z.; Rutishauser, C. (1992). The pilot project 'Soteria Berne'. Clinical experiences and results. *The British journal of psychiatry. Supplement*, (18), 145–153.
- Ciompi, L.; Hoffmann, H. (2004). Soteria Berne: An innovative milieu therapeutic approach to acute schizophrenia based on the concept of affect-logic. *World Psychiatry*, 3(3), 140–146.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Johns Hopkins University Press.
- Conrad, P.; Schneider, J. W. (1992). *Deviance and medicalization: From badness to sickness*. Temple University Press. (Obra original publicada em 1980).
- Cooper, D. (1973). *Psiquiatria e antipsiquiatria* (R. Schnaiderman, Trad.). Perspectiva. (Obra original publicada em 1967).

- Cooper, D. (1974). *The grammar of living*. Pantheon Books.
- Cooper, R. E.; Laxhman, N.; Crellin, N. E.; Moncrieff, J.; Priebe, S. (2020). Psychosocial interventions for people with schizophrenia or psychosis on minimal or no antipsychotic medication: A systematic review. *Schizophrenia Research*, 225, 15–30. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.05.020>.
- Coppock, V.; Hopton, J. (2000). *Critical perspectives on mental health*. Routledge.
- Corradi-Webster, C. M.; Leão, E. A.; Rufato, L. S. (2019). Colaborando na trajetória de superação em saúde mental: Grupo de Ouvidores de Vozes. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 27(61), 22–34. doi:10.38034/nps.v27i61.411.
- Corradi-Webster, C. M.; Sicaroni Rufato, L.; Leão, E. A.; Bien, C.; Reis, G. (2021). Grupo de Ouvidores de Vozes: Experiência inovadora realizada por suporte de pares. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 14(2), 75–85. doi:10.33881/2027-1786.rip.14208.
- Corstens, D.; Longden, E.; McCarthy-Jones, S.; Waddingham, R.; Thomas, N. (2014). Emerging perspectives from the Hearing Voices Movement: Implications for research and practice. *Schizophrenia Bulletin*, 40(Suppl 4), S285–S294. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu007>.
- Cosgrove, L.; Krinsky, S. (2012). A comparison of DSM-IV and DSM-5 panel members' financial associations with industry: A pernicious problem persists. *PLoS Medicine*, 9(3), e1001190. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001190>.
- Costa, J. F. (1979). *Ordem médica e norma familiar*. Graal.
- Costa, J. F. (1996). As éticas da psiquiatria. In A. C. Figueiredo & J. F. Silva Filho (Orgs.), *Ética e saúde mental* (pp. 27–36). Topbooks.
- Costa, J. F. (2006). *História da psiquiatria no Brasil: Um corte ideológico* (5. ed.). Garamond. (Obra original publicada em 1976).
- Coutinho Júnior, W. (1984). *Antipsicologia: A práxis de uma ideologia alternativa*. Dom Quixote Produções Independentes.
- Cresswell, M. (2009). Psychiatric survivors and experiential rights. *Social Policy & Society*, 8(2), 231–243. <https://doi.org/10.1017/S1474746408004752>.
- Cromby, J. (2022). *Meaning in the Power Threat Meaning Framework*. *Journal of Constructivist Psychology*, 35(1), 41–53. <https://doi.org/10.1080/10720537.2020.1773355>.

- Crossley, N. (2006). *Contesting psychiatry: Social movements in mental health*. Routledge.
- Cruz, A. S. (2025, abril). Uma escritora é internada. *Revista Piauí*. Disponível em: <https://piaui.folha.uol.com.br/uma-escritora-e-internada/>
- Davis, L. C.; Diianni, A. T.; Drumheller, S. R.; Elansary, N. N.; D'Ambrozio, G. N.; Herrawi, F.; Piper, B. J.; Cosgrove, L. (2024). Undisclosed financial conflicts of interest in DSM-5-TR: Cross sectional analysis. *BMJ*, 384, e076902. <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-076902>.
- Dean-Gomes, G. (2019). *Budapeste, Viena e Wiesbaden: O percurso do pensamento clínico-teórico de Sándor Ferenczi*. Blucher.
- Delacampagne, C. (1978). *Antipsiquiatria: Una lógica de la esquizofrenia* (J. Sarret, Trans.). Mandrágora. (Obra original publicada em 1974).
- Delacampagne, C. (2004). A contestação antipsiquiátrica (J. Gordon & M. A. Cordaro Bichara, Trans.). *Mental*, 2(2), 27–34.
- Deleuze, G.; Guattari, F. (2011). *O anti-Édipo: Capitalismo e esquizofrenia 1* (L. B. L. Orlandi, Trad.; 2ª ed.). Editora 34. (Obra original publicada 1972).
- Desviat, M. (2022). Francesc Tosquelles, política y psiquiatria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria*, 42(141), 285–292. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352022000100018>.
- Desviat, M. (2024). A privatização do mal-estar. In P. Amarante & R. Whitaker (Orgs.), *Desmedicar: A luta global contra a medicalização da vida* (pp. 90–97). Zagodoni.
- DISCO Network. (2025). *Technoskepticism: Between possibility and refusal*. Stanford University Press.
- Dorley-Brown, C. (2010, November 11). *The Anti-University, London 1968* [Video]. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=Kbi_KgBA7-c.
- Duarte Júnior, J.-F. (1983). *A política da loucura: A antipsiquiatria*. Papirus.
- Ellenberger, H. F. (2023). *A descoberta do inconsciente: História e evolução da psiquiatria dinâmica* (P. S. de Souza Jr., Trad.). Perspectiva. (Obra original publicada em 1970).
- Esposito, R. (2010). *Bios: Biopolítica e filosofia* (M. Freitas da Costa, Trad.). Edições 70.
- Everett, B. (1994). Something is happening: The contemporary consumer and psychiatric survivors movement in historical context. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 13(2), 55–70.

- Fabel, P.; Wolf, T.; Zyber, H.; Rubel, J.; Jockers-Scherübl, M. C. (2023). Treatment with Soteria-elements in acute psychiatry—Effectiveness for acutely ill and voluntarily treated patients. A retrospective evaluation. *Frontiers in Public Health*, 11, 1118522. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1118522>.
- Fachini, E. C. S.; Ferrer, W. M. H. (2020). Biopolítica e biopoder como forma de intervenção na ordem econômica e de controle social: A lei geral de proteção de dados como inibitória na manipulação social. *Revista Direito UFMS*, 5(2), 226–246. <https://periodicos.ufms.br/index.php/revdir/article/view/9153>.
- Ferenczi, S. (2011). Do alcance da ejaculação precoce. In S. Ferenczi, *Obras completas: Psicanálise I* (Á. Cabral, Trad.; 2. ed., pp. 1–4). WMF Martins Fontes. (Obra original publicada em 1908).
- Foot, J. (2014). Franco Basaglia and the radical psychiatry movement in Italy, 1961–78. *Critical and Radical Social Work*, 2(2), 235–249. <https://doi.org/10.1332/204986014X14002292074708>.
- Foucault, M. (1999). *A ordem do discurso: Aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970* (5a ed.; L. F. de A. Sampaio, Trad.). Edições Loyola. (Obra original publicada em 1971).
- Foucault, M. (2006). A evolução da noção de “indivíduo perigoso” na psiquiatria legal do século XIX. In M. B. da Motta (Org.), *Ditos e escritos: Vol. V. Ética, sexualidade, política* (pp. 1–25). Forense Universitária. (Obra original publicada em 1978).
- Foucault, M. (2008). *Doença mental e psicologia* (H. Viçoso, Trad.). Edições Texto & Grafia. (Obra original publicada em 1954).
- Foucault, M. (2008). *Vigiar e punir: Nascimento da prisão* (R. Ramalhete, Trad.). Vozes. (Obra original publicada em 1975).
- Foucault, M. (2010). *História da loucura: Na Idade clássica* (J. T. Coelho Netto, Trad.). Perspectiva. (Obra original publicada em 1972).
- Foucault, M. (2010). *Os anormais: Curso no Collège de France (1974-1975)* (E. Brandão, Trad.; 2a ed.). WMF Martins Fontes. (Obra original publicada em 1999).
- Foucault, M. (2022). *O poder psiquiátrico: Curso dado no Collège de France (1973–1974)* (E. Brandão, Trad.; 2. ed.). Martins Fontes – selo Martins. (Obra original publicada em 2003).

- Foucault, M. (2022). *Nascimento da biopolítica: Curso dado no Collège de France (1978–1979)* (2nd ed.; M. Senellart, Ed.; E. Brandão, Trans.). Martins Fontes. (Obra original publicada em 2004).
- Foucault, M. (2023). O nascimento da medicina social. In R. Machado (Org.), *Microfísica do poder*. Paz e Terra. (Obra original publicada em 1974).
- Foucault, M. (2023). *História da sexualidade 1: A vontade de saber* (M. T. C. Albuquerque & J. A. Guilhaon Albuquerque, Trans.). Paz e Terra. (Obra original publicada em 1976).
- Foucault, M. (2023). *Segurança, território, população: Curso dado no Collège de France (1977–1978)* (E. Brandão, Trad.; 2. ed.). Martins Fontes – selo Martins. (Obra original publicada em 2004).
- Frances, A. (2016). *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* (H. M. Corrêa, Trad.). Versal.
- Friedlander, A.; Tzur Bitan, D.; Lichtenberg, P. (2022). The Soteria model: Implementing an alternative to acute psychiatric hospitalization in Israel. *Psychosis*, 14(2), 99–108. <https://doi.org/10.1080/17522439.2022.2057578>.
- Freitas, F. F. P. de. (2024). Direitos humanos e opressão psiquiátrica: A violência da medicalização. In P. Amarante & R. Whitaker (Eds.), *Desmedicar: A luta global contra a medicalização da vida* (pp. 50–68). Zagodoni.
- Freitas, F.; Amarante, P. (2017). *Medicalização em psiquiatria* (2. ed. rev.). Editora Fiocruz.
- Freud, S. (1996). Conferências introdutórias sobre a psicanálise: conferência 16: psicanálise e psiquiatria. In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Conferências introdutórias sobre psicanálise (Parte III)* (J. Salomão, Trad.; Vol. 16, pp. 251–263). Imago. (Obra original publicada em 1916–1917).
- Freud, S. (2010a). Apresentação de *The Medical Review of Reviews*. In *O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930–1936)* (P. C. de Souza, Trad.; Vol. 18, pp. 452–453). Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1930).
- Freud, S. (2010b). O mal-estar na civilização. In *O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930–1936)* (P. C. de Souza, Trad.; Vol. 18, pp. 13–122). Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1930).

- Freud, S. (2014). A questão da análise leiga: Diálogo com um interlocutor imparcial. In *Inibição, sintoma e angústia, O futuro de uma ilusão e outros textos (1926–1929)*. (P. C. de Souza, Trad.; Vol. 17, pp. 124–217). Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1926).
- Freud, S. (2023). Neurose de guerra, eletroterapia e psicanálise (parecer e ata). In *Psicanálise das neuroses de guerra* (B. Carvalho, Trad.; pp. 155–170). Quina. (Obra original publicada em 1920).
- Friedenberg, E. Z. (1974). *Laing (Modern masters)*. The Woburn Press.
- Fróis, K. P. (2010). *Um manto para a vida nua: Uma relação entre biopolítica e arte a partir do pensamento de Giorgio Agamben* [Tese de Doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina]. Repositório Institucional da UFSC. <http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/94165>.
- Gabarron-Garcia, F. (2023). *Uma história da psicanálise popular* (C. Euvaldo, Trad.). Ubu editora.
- Gaines, A. D. (1992). From DSM-I to III-R; voices of self, mastery and the other: A cultural constructivist reading of U.S. psychiatric classification. *Social Science & Medicine*, 35(1), 3–24.
- Garson, J. (2022). *Madness: A philosophical exploration*. Oxford University Press.
- Gaudenzi, P.; Ortega, F. (2012). O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. *Interface (Botucatu)*, 16(40), 21–34. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000020>.
- Ghiorzi, L. B. (2025). *O declínio da escuta: Práticas e políticas públicas em saúde mental na cidade de São Paulo* [Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo].
- Giannichedda, M. G. (2016). Ongaro Basaglia, Franca. In *Dizionario Biografico degli Italiani*. Istituto dell'Enciclopedia Italiana (Treccani). https://www.treccani.it/enciclopedia/franca-ongaro-basaglia_%28Dizionario-Biografico%29/.
- Goffman, E. (1978). Sintomas mentais e ordem pública. In S. A. Figueira (Org.), *Sociedade e doença mental* (pp. 9–18). Campus.
- Goffman, E. (1988). *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada* (M. Lambert, Trans.; 4a ed.). Editora Guanabara. (Obra original publicada em 1963).

- Goffman, E. (2013). *Manicômios, prisões e conventos* (D. M. Leite, Trad.; 8. ed.). Perspectiva. (Obra original publicada em 1961).
- Gondar, J. (2018). A fita branca: psicanálise e o fascismo. *Tempo Psicanalítico*, 50(2), 201-214.
- Goto, C. S. (2019). Dispositivo Intercessor e Atenção Psicossocial: subversão da lógica tecnocrática da Reforma Psiquiátrica contemporânea. *Revista de Psicologia da UNESP*, 18(número especial), 179–197.
- Greenberg, G. (2013). *The book of woe: The DSM and the unmaking of psychiatry*. Blue Rider Press.
- Gøtzsche, P. C. (2016). *Medicamentos mortais e crime organizado: Como a indústria farmacêutica corrompeu a assistência médica* (A. P. Fajardo, Trad.; rev. téc. D. K. Augusto). Bookman.
- Hacking, I. (1995). The looping effects of human kinds. In D. Sperber; D. Premack; A. J. Premack (Eds.), *Causal cognition: A multidisciplinary debate* (pp. 351–383). Oxford University Press.
- Hacking, I. (1999). Madness: Biological or constructed? In *The social construction of what?* (pp. 100–124). Harvard University Press.
- Hacking, I. (2007). Kinds of people: Moving targets. In P. J. Marshall (Ed.), *Proceedings of the British Academy: Volume 151, 2006 lectures* (pp. 285–318). British Academy. <https://doi.org/10.5871/bacad/9780197264249.003.0010>.
- Heather, N. (1977). *Perspectivas radicais em psicologia* (Á. Cabral, Trad.). Zahar Editores. (Obra original publicada em 1976).
- Hendy, C.; Tew, J.; Carr, S. (2023). Conceptualizing the peer contribution in Open Dialogue practice. *Frontiers in Psychology*, 14, 1176839. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1176839>.
- Hengartner, M. P. (2022). *Evidence-biased antidepressant prescription: Overmedicalisation, flawed research, and conflicts of interest*. Palgrave Macmillan.
- Henriques, R. P. (2015). *A psiquiatria do DSM: pílulas para que te quero*. Editora UFS.
- Horwitz, A. V. (2002). *Creating mental illness*. University of Chicago Press.
- Horwitz, A. V. (2021). *DSM: A history of psychiatry's bible*. Johns Hopkins University Press.
- Illich, I. (1975). *A expropriação da saúde: Nêmesis da medicina* (3rd ed.). Nova Fronteira.

- Illich, I. (2011). *Limits to medicine: Medical nemesis: The expropriation of health*. Marion Boyars Publishers. (Obra original publicada em 1995).
- Johnstone, L.; Boyle, M. (2025). The Power Threat Meaning Framework: An alternative nondiagnostic conceptual system. *Journal of Humanistic Psychology*, 65(4), 800–817. <https://doi.org/10.1177/0022167818793289>.
- Johnstone, L.; Boyle, M.; Cromby, J.; Dillon, J.; Harper, D.; Kinderman, P.; Longden, E.; Pilgrim, D.; Read, J. (2018). *The Power Threat Meaning Framework: Overview*. British Psychological Society.
- Kantorski, L. P.; Antonacci, M. H.; Andrade, A. P. M.; Cardano, M.; Minelli, M. (2017). Grupos de ouvidores de vozes: Estratégias e enfrentamentos. *Saúde em Debate*, 41(115), 1143–1155. doi:10.1590/0103-1104201711512.
- Kawa, S.; Giordano, J. (2012). A brief historicity of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Issues and implications for the future of psychiatric canon and practice. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 7(2). <https://doi.org/10.1186/1747-5341-7-2>.
- Koupernik, C. (Ed.). (1976). *Antipsiquiatria: Senso ou contra-senso?* (A. Cabral, Trans.). Zahar.
- Laing, R. D. (1973). *O eu dividido: Estudo existencial da sanidade e da loucura* (Á. B. Weissenberg, Trans.). Vozes. (Obra original publicada em 1960).
- Laing, R. D. (1974). *O eu e os outros: O relacionamento interpessoal* (A. B. Weissenberg, Trad.; 2ª ed.). Vozes. (Obra original publicada em 1961).
- Laing, R. D. (1977). *La política de la experiencia: El ave del paraíso* (S. Furió, Trad.). Editorial Crítica. (Obra original publicada em 1967).
- Laing, R. D. (1988). *A voz da experiência: Experiência, ciência e psiquiatria* (W. Boff, Trans.). Vozes. (Obra original publicada em 1982).
- Laing, R. D.; Cooper, D. G. (1969). *Razón y violencia: Una década de pensamiento sartreano* (M. Eguia, Trans.; J.-P. Sartre, Foreword). Paidós. (Obra original publicada em 1964).
- Laurent, É. (2014). *A batalha do autismo: Da clínica à política* (C. Berliner, Trad.). Zahar.
- Leamy, M.; Bird, V.; Le Boutillier, C.; Williams, J.; Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445–452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>.

- LeFrançois, B. A., Menzies, R., & Reaume, G. (Eds.). (2013). *Mad matters: A critical reader in Canadian mad studies*. Canadian Scholars' Press.
- Lehtinen, K. (1994). Need-adapted treatment of schizophrenia: family interventions. *The British journal of psychiatry. Supplement*, (23), 89–96.
- Lehtinen, V.; Aaltonen, J.; Koffert, T.; Rökköläinen, V.; Syvälahti, E. (2000). Two-year outcome in first-episode psychosis treated according to an integrated model. Is immediate neuroleptisation always needed? *European Psychiatry* 15(5):312-320. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(00\)00400-4](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(00)00400-4).
- Lemke, T. (2010). *Biopolitics: An advanced introduction* (E. F. Trump, Trad.). New York University Press.
- Lima, A. C. C. (2015). *Normalidade e controle: Discursos na psiquiatria e na psicanálise*. Appris.
- Lima, R. C. (2019). O avanço da contrarreforma psiquiátrica no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 29(1). <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290101>.
- Longden, E.; Read, J.; Dillon, J. (2018). Assessing the impact and effectiveness of Hearing Voices Network self-help groups. *Community Mental Health Journal*, 54(2), 184–188. [doi:10.1007/s10597-017-0148-1](https://doi.org/10.1007/s10597-017-0148-1).
- Lothane, H. Z. (2017). Reminiscences of Thomas Szasz and his ideas. In J. A. Schaler, H. Z. Lothane, & R. E. Vatz (Eds.), *Thomas S. Szasz: The man and his ideas* (pp. 3–24). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781351295048>.
- Maldonado, M. de M. (2023). *TDAA e complexo médico-industrial: Revisão narrativa sobre uma epidemia lucrativa* [Dissertação de mestrado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro].
- Malone, K. R.; Friedman, E. (2015). Does psychoanalysis have anything to say to critical psychology? In I. Parker (Ed.), *Handbook of critical psychology* (pp. 290–296). Routledge.
- Martín-Baró, I. (2022). Antipsiquiatria e antipsicanálise (P. H. A. da Costa, Trad.). *Estudos de Psicologia*, 27(3), 392–394.
- Mayes, R.; Horwitz, A. V. (2005). DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 41(3), 249–267. <https://doi.org/10.1002/jhbs.20103>.

- Minakawa, M. M.; Frazão, P. (2019). *Bases teóricas dos processos de medicalização: Um olhar sobre as forças motrizes*. Hucitec.
- Moncrieff, J. (2008). *The myth of the chemical cure: A critique of psychiatric drug treatment*. Palgrave Macmillan.
- Moncrieff, J. (2013). *Hablando claro: Una introducción a los fármacos psiquiátricos* (M. Valverde, J. A. Inchauspe, & I. Martínez Ciordia, Trans.). Herder.
- Moncrieff, J. (2017). Szasz's distinction between physical and mental illness. In J. A. Schaler, H. Z. Lothane, & R. E. Vatz (Eds.), *Thomas S. Szasz: The man and his ideas* (pp. 61–84). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781351295048>.
- Morrow, M. (2013). Recovery: Progressive paradigm or neoliberal smokescreen? In B. A. LeFrançois, R. Menzies, & G. Reaume (Eds.), *Mad matters: A critical reader in Canadian mad studies* (pp. 323–333). Canadian Scholars' Press.
- Mosher, L. R.; Vallone, R.; Menn, A. (1995). The treatment of acute psychosis without neuroleptics: Six-week psychopathology outcome data from The Soteria Project. *International Journal of Social Psychiatry*, 41(3), 157–173. <https://doi.org/10.1177/002076409504100301>.
- Moynihan, R. (2012). Disease-mongering. In *The politics of medicines* (e-encyclopaedia). Health Action International. <https://haiweb.org/encyclopaedia/disease-mongering/>.
- Moysés, M. A. A.; Collares, C. A. L. (2020). Novos modos de vigiar, novos modos de punir: A patologização da vida. *Educação, Sociedade & Culturas*, 57, 31–44. <https://doi.org/10.34626/esc.vi57.11>.
- Mullahy, P. (Ed.). (1952). *The contributions of Harry Stack Sullivan: A symposium on interpersonal theory in psychiatry and social science*. Hermitage House.
- Musacchio, R. (1978). Psiquiatria e antipsiquiatria. *Convergência Lusíada*, 3(4), 131–134.
- Oaks, D. (2006). The evolution of the consumer movement [Letter to the editor]. *Psychiatric Services*, 57(8), 1212.
- Obiols, J. (1979). *Psiquiatria e antipsiquiatria* (J. A. G. G. Barata, Trad.) [Biblioteca Salvat de Grandes Temes; Vol. 98]. Salvat.
- Oliveira, W. F. de. (2018). Medicalização da vida: reflexões sobre sua produção cultural. In P. Amarante, A. M. F. Pitta, & W. F. de Oliveira (Eds.), *Patologização e medicalização da vida: epistemologia e política* (pp. 11–15). Zagodoni.

- Oliveira, W. F.; Aquino, P. R.; Cidade, A.; Bessa, S. L.; Bess, E. B. (2021). Recovery e saúde mental: Uma revisão da literatura latinoamericana. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 14(2), 71–83. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.RIP.14207>.
- Olson, M., Seikkula, J.; Ziedonis, D. (2014, September 2). *The key elements of dialogic practice in Open Dialogue: Fidelity criteria* (Version 1.1). University of Massachusetts Medical School. <https://www.umassmed.edu/globalassets/psychiatry/open-dialogue/keyelementsv1.109022014.pdf>.
- Onocko-Campos, R. T. (2019). Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(11), e00156119. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00156119>.
- Ortega, F. (2013). Cerebralizing autism within the neurodiversity movement. In J. Davidson & M. Orsini (Eds.), *Worlds of autism: Across the spectrum of neurological difference* (pp. 73–96). University of Minnesota Press.
- Oury, J. (2007). Psychanalyse, psychiatrie et psychothérapie institutionnelles. *VST – Vie sociale et traitements*, 95(3), 110–125. <https://doi.org/10.3917/vst.095.0110>.
- Parker, I. (2014). *Revolução na psicologia: Da alienação à emancipação*. Alínea.
- Parker, I. (2018). *Psy-complex in question: Critical review in psychology, psychoanalysis and social theory*. Zero Books.
- Parker, I. (2022). *Radical psychoanalysis and anti-capitalist action*. Resistance Books.
- Parker, I.; Pavón-Cuéllar, D. (2025). *Psicanálise e revolução: Psicologia crítica para movimentos de liberação* (L. Reyes Gil, Trad.). Autêntica.
- Pereira, M. D. (2025). *Para além da reforma, a revolução!: Psicanálise subversiva na luta antimanicomial*. Lutas Anticapital.
- Pereira, S. L. B.; Guimarães, S. de J. (2019). Rede, instituições e articulação: Contribuições de uma experiência local para refletir sobre a intersectorialidade na saúde mental. *Barbarói*, 53, 185–207. <https://doi.org/10.17058/barbaroi.v1i53.12806>.
- Pizzimenti, E. C. (2021). *Psicanálise e saúde mental: Tática, estratégia e política na direção do tratamento*. Benjamin Editorial.
- Politzer, G. (2022). *Crítica dos fundamentos da psicologia e outros escritos* (B. D. C. Bianchi, Trad.). LavraPalavra editorial.
- Portocarrero, V. (2009). *As ciências da vida: De Canguilhem a Foucault*. Editora Fiocruz.

- Rapley, M., Moncrieff, J.; Dillon, J. (Eds.). (2011). *De-medicalizing misery: Psychiatry, psychology and the human condition*. Palgrave Macmillan.
- Razzaque, R.; Stockmann, T. (2016). An introduction to peer-supported open dialogue in mental healthcare. *BJPsych Advances*, 22, 348–356. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.115.015230>.
- Revel, J. (2005). *Michel Foucault: conceitos essenciais*. (C. Piovezani Filho & N. Milanez, Trans.; M. do R. Gregolin, Tech. Rev.). Claraluz.
- Rissmiller, D. J.; Rissmiller, J. H. (2006). Evolution of the antipsychiatry movement into mental health consumerism. *Psychiatric Services*, 57(6), 863–866. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.6.863>.
- Ritter, V. F. (2014). O espaço e a biopolítica. *PoliÉtica. Revista de Ética e Filosofia Política*, 2(1), 112–137. <https://doi.org/10.23925/poli%C3%A9tica.v2i1.14734>.
- Robcis, C. (2021). *Disalienation: Politics, philosophy, and radical psychiatry in postwar France*. University of Chicago Press.
- Romme, M. A. J.; Escher, A. D. M. A. C. (1989). Hearing voices. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 209–216. <https://doi.org/10.1093/schbul/15.2.209>.
- Rose, N. (1985). *The psychological complex: Psychology, politics, and society in England, 1869–1939*. Routledge & Kegan Paul.
- Rose, N. (1996). *Inventing our selves: Psychology, power, and personhood*. Cambridge University Press.
- Rose, N. (1999). *Governing the soul: The shaping of the private self* (2nd ed.). Free Association Books. (Obra original publicada 1989).
- Rose, N. (2007). Beyond medicalisation. *The Lancet*, 369(9562), 700–702. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60319-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60319-5).
- Rose, N. (2009). Normality and pathology in a biomedical age. *The Sociological Review*, 57(Suppl.), 66–83. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.2010.01886.x>.
- Rose, N. (2013). *A política da própria vida: Biomedicina, poder e subjetividade no século XXI* (P. F. Valerio, Trad.). Paulus.
- Rose, N. (2019). *Our psychiatric future: The politics of mental health*. Polity Press.
- Roudinesco, E; Plon, M. (1998). *Dicionário de psicanálise* (V. Ribeiro & L. Magalhães, Trans.). Zahar.

- Ruiz, V. S.; Athayde, V.; Nogueira Filho, I.; Zambroni-de-Souza, P. C.; Athayde, M. (2013). François Tosquelles, sua história no campo da Reforma Psiquiátrica / Desinstitucionalização e suas pistas para uma abordagem clínica do trabalho centrada na atividade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 13(3), 855–877.
- Safatle, V. (2023). A economia é a continuação da psicologia por outros meios: Sofrimento psíquico e o neoliberalismo como economia moral. In V. Safatle, N. da Silva Júnior, & C. Dunker (Orgs.), *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico* (pp. 17–46). Autêntica.
- Saldomibive, C. G.; Serrano, F. T. (2016). Biopsiquiatria vs postpsiquiatria: Debates entre la explicación neurobiológica y la comprensión hermenéutica. *Index de Enfermería*, 25(1–2).
- Santos, A. S. (2023). Um roteiro virtual sobre ativismo biossocial e biodeserção no Movimento dos Consumidores/Ex-pacientes/Sobreviventes da Psiquiatria. *Interface (Botucatu)*, 27, e210814. <https://doi.org/10.1590/interface.210814>.
- Scull, A. (2009). *Hysteria: The disturbing history*. Oxford University Press.
- Scull, A. (2014). *Cultural sociology of mental illness: An A-to-Z guide*. SAGE Publications, Inc.
- Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J., Holma, J., Rasinkangas, A., & Lehtinen, V. (2003). Open dialogue approach: Treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenia. *Ethical and Human Sciences and Services*, 5(3), 163–182.
- Sedgwick, P. (1982). *Psycho politics: Laing, Foucault, Goffman, Szasz, and the future of mass psychiatry*. Pluto Press.
- Senne, W. A. (2005). *Psicologia e psicodiagnóstico: Bases epistemológicas*. Vozes.
- Serapioni, M. (2019). Franco Basaglia: biografia de um revolucionário [Franco Basaglia: Biography of a revolutionary]. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 26(4), 1169–1187. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702019000400008>.
- Soto, C. P. (2012). *Una nueva antipsiquiatria: Crítica y conocimiento de las técnicas de control psiquiátrico*. LOM Ediciones.
- Speed, E., Moncrieff, J.; Rapley, M. (Eds.). (2014). *De-medicalizing misery II: Society, politics and the mental health industry*. Palgrave Macmillan.

- SPK. (2024). *SPK: Fazer da doença uma arma* (F. Shimabukuro, Trad.; Prefácio de J.-P. Sartre). Ubu editora.
- Sullivan, H. S. (1953). *Conceptions of modern psychiatry: The first William Alanson White memorial lectures* (2nd ed.). W. W. Norton & Company.
- Sullivan, H. S. (1964). *The fusion of psychiatry and social science: Contributions to American social science, with introduction and commentaries by Helen Swick Perry*. W. W. Norton & Company.
- Szasz, T. S. (1965). El psicoanálisis como método y como teoría. In I. G. Sarason (Ed.), *Ciencia y teoría en psicoanálisis* (pp. 63–70). Amorrortu.
- Szasz, T. S. (1973). *The second sin*. Anchor Press.
- Szasz, T. S. (1974). *O mito da doença mental: Fundamentos de uma teoria da conduta pessoal* (I. Franco & C. R. Oliveira, Trans.). Círculo do Livro. (Obra original publicada em 1961).
- Szasz, T. S. (1975). *A ética da psicanálise: Teoria e método de psicoterapia autônoma* (A. Soares da Rocha & H. M. Camacho, Trans.). Zahar. (Obra original publicada em 1965).
- Szasz, T. S. (1977). *Ideologia e doença mental: Ensaio sobre a desumanização psiquiátrica do homem* (J. Sanz, Trans.). Zahar Editores. (Obra original publicada em 1970).
- Szasz, T. S. (1978). *A fabricação da loucura: Um estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento de saúde mental* (D. M. Leite, Trans.; 2a ed.). Zahar Editores. (Obra original publicada em 1970).
- Szasz, T. S. (1978). *Esquizofrenia: O símbolo sagrado da psiquiatria* (A. Cabral, Trans.). Zahar Editores. (Obra original publicada em 1976).
- Szasz, T. S. (2009). *Antipsychiatry: Quackery squared*. Syracuse University Press.
- Timimi, S. (2014). No more psychiatric labels: Why formal psychiatric diagnostic systems should be abolished. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(3), 208–215. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.03.004>.
- Timimi, S. (2020). *Insane medicine: How the mental health industry creates damaging treatment traps and how you can escape them*. PCCS Books.
- Tosquelles, F. (2024). *Uma política da loucura: e outros textos* (A. Santos, Ed. & Trans.). Ubu Editora & Sobinfluência Edições.

- Venturini, E. (2017). O consentimento informado e a recusa do tratamento. In W. F. de Oliveira, A. M. F. Pitta, & P. Amarante (Orgs.), *Direitos humanos e saúde mental* (pp. 92–106). Hucitec.
- Viganò, C. (2006). Basaglia com Lacan (R. C. Pereira, Trans.). *Mental*, 4(6), 15–26.
- Wakefield, J. C. (2015). DSM-5, psychiatric epidemiology and the false positives problem. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24(3), 188–196. <https://doi.org/10.1017/S2045796015000116>.
- Whitaker, R. (2017). *Anatomia de uma epidemia: Pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental* (V. Ribeiro, Trad.). Editora Fiocruz.
- Whitaker, R. (2024). Anatomia de uma indústria: comércio, pagamentos a psiquiatras e traição ao bem público. In P. Amarante & R. Whitaker (Orgs.), *Desmedicar: A luta global contra a medicalização da vida* (pp. 98–147). Zagodoni.
- Whitaker, R.; Cosgrove, L. (2015). *Psychiatry under the influence: Institutional corruption, social injury, and prescriptions for reform*. Palgrave Macmillan.
- Wolf, T.; Fabel, P.; Kraschewski, A.; Jockers-Scherübl, M. C. (2021). From wish to reality: Soteria in regular care—Proof of effectiveness of the implementation of Soteria elements in acute psychiatry. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 685779. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.685779>.
- Yasui, S. (2010). *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira* (Coleção Loucura & Civilização). Editora FIOCRUZ. <https://doi.org/10.7476/9788575413623>.
- Yeo, C.; Charles, A.; Lewandowski, F.; Lichtenberg, P.; Rennick-Egglestone, S.; Slade, M.; Tang, Y.; Voronka, J.; Rodrigues, L. (2025). Healing Houses systematic review: Design, sustainability, opportunities and barriers facing Soteria and peer respite development. *Journal of Mental Health*, 34(3), 318–329. <https://doi.org/10.1080/09638237.2024.2361233>.
- Zaretsky, E. (2006). *Segredos da alma: Uma história sociocultural da psicanálise* (M. Rosas, Trad.). Cultrix.
- Zorzanelli, R. T. (2014). Sobre os DSMs como objetos culturais. In R. T. Zorzanelli, B. Bezerra Jr., & J. F. Costa (Orgs.), *A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea* (pp. 55–68). Garamond.

Zorzanelli, R. T.; Cruz, M. G. A. (2018). O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. *Interface (Botucatu)*, 22(66), 721–731. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0194>.