



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

Holmes Antonio Vieira Martins

**Cartografia da Psiquiatria na Contemporaneidade:** uma produção crítica dos próprios  
psiquiatras sobre a Psiquiatria

Rio de Janeiro

2022

Holmes Antonio Vieira Martins

**Cartografia da Psiquiatria na Contemporaneidade:** uma produção crítica dos próprios  
psiquiatras sobre a Psiquiatria

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Cartography of Psychiatry in Contemporary: a critical production of Psychiatrists themselves on Psychiatry.

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

M386c Martins, Holmes Antonio Vieira.  
Cartografia da psiquiatria na contemporaneidade: uma produção crítica dos próprios psiquiatras sobre a psiquiatria / Holmes Antonio Vieira Martins. -- 2022.  
126 f.  
  
Orientador: Paulo Duarte de Carvalho Amarante.  
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2022.  
  
1. Mapeamento Geográfico. 2. Psiquiatria. 3. Saúde Mental. 4. Movimentos Psiquiátricos. 5. Críticas à Psiquiatria.  
I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.2

Holmes Antonio Vieira Martins

**Cartografia da Psiquiatria na Contemporaneidade:** uma produção crítica dos próprios  
psiquiatras sobre a Psiquiatria

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 06 de junho de 2022.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Fernando Sobhie Diaz  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Marcelo Rasga Moreira  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante (Orientador)  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Rio de Janeiro

2022

A Grasiela, Antônio e Cecília.

## AGRADECIMENTOS

A meu orientador, Professor Paulo Duarte de Carvalho Amarante, pela inspiração que me causa sua trajetória de trabalho no campo da Reforma Psiquiátrica. Sua orientação permitiu ampliar meu campo perceptivo sobre as engrenagens, visíveis e invisíveis, da Psiquiatria. Sua generosidade acadêmica contribuiu para que eu superasse dificuldades circunstanciais e desenvolvesse um trabalho acadêmico desse porte. Sou grato também por sua sensibilidade de músico, fazendo valer na *práxis* o aforismo de que aquele que só sabe Medicina não sabe nada, nem Medicina.

À Banca de Qualificação, Professor Fernando Sobhie Diaz e Professor Marcelo Rasga, pelas contribuições que muito ajudaram a compreender os caminhos a seguir e, tão importantes quanto, os caminhos a desviar.

Ao corpo docente da Pós-graduação, pela excelência das discussões que promoveram ao longo do curso de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ.

À professora Fábila dos Santos Marucci, pela interlocução e pela revisão privilegiadas.

À Thais Paula Nascimento Passos, por ter secretariado de forma precisa e sensível a agenda do trabalho clínico, que ganhou complexidade durante a pandemia e, para além de seguir durante a composição da dissertação, com esta dialogou.

Aos colegas do curso de Mestrado, pela parceria na trajetória acadêmica.

Em memória do professor Mário Giorgio Marrano, considerado Mestre dos Mestres pela Academia Nacional de Medicina, que me ensinou a Medicina precisa, sábia e amorosa.

### **O burro doente e o lobo médico**

Em visita a um burro adoentado, o lobo começou a apalpar o corpo dele, ao mesmo tempo que indagava quais partes doíam mais. E respondeu o burro: essas que você está apalpando.

(ESOPO, 2013, p.74)

## RESUMO

Esta dissertação tem como foco investigar vozes críticas da Psiquiatria que têm oferecido caminhos epistemológicos e política de atenção variados, a partir o final da Segunda Guerra Mundial. O saber médico, desde então, tem sido colocado em questão a partir de estudos (Foucault, 1980; Basaglia, 1979; Laing, 1979; Birman, 1991) que revelaram o quanto as práticas de nomeação e contenção da “doença mental” eram afetadas por um poder cuja ordem estaria no próprio lugar médico, que contribuiria para “fabricar a doença” (Szasz, 1971). Foram justamente os abalos sofridos pela Psiquiatria naquele momento histórico que desencadearam uma série de movimentos, uma tentativa de os próprios psiquiatras corresponderem a demandas por um tratamento com práticas humanizadas que constituiriam, conforme Basaglia, uma outra forma de fazer Psiquiatria. Nossa hipótese considera ser possível organizar, na posição de médico pesquisador, a produção das críticas nascidas do próprio campo psiquiátrico e levantar sua localização no tempo, sua epistemologia - o campo de conhecimento e sua política -, modelo social e ético de cada orientação. Nossa ideia é montar uma cartografia que contemple características dos grandes movimentos teóricos que foram capazes de oferecer um pensamento sobre uma Psiquiatria em que a hegemonia de uma única forma de atenção à pessoa diagnosticada com um “transtorno mental”, como tendo um desequilíbrio bioquímico no cérebro que causou um transtorno mental” não se sustenta. Nosso recorte abrange os pesquisadores Szasz, Laing, Cooper e Caplan, no campo das chamadas Antipsiquiatrias; Maxwell Jones pela idealização da Comunidade Terapêutica; Fanon e Tosquelles, pela Psicoterapia Institucional; Basaglia, pela Psiquiatria Democrática; Moncrieff e Ortiz Lobo, pela Psiquiatria Crítica e Alakare, pelo Diálogo Aberto. Incluímos também Frances (2016), pela crítica que promove ao DSM-5. Segundo o médico, há um excesso de categorias diagnósticas, o que acarreta a patologização da vida. A releitura que buscamos empreender das contribuições e reflexões críticas desses autores pode ajudar a dar relevo a outras formas de ser Psiquiatra, considerando o potencial transformador dessas outras epistemologias para a prática clínica, institucional e política da Psiquiatria.

Palavras-chave: cartografia; movimentos psiquiátricos; críticas à psiquiatria; saúde mental.



## ABSTRACT

This dissertation focuses on investigating critical voices in Psychiatry that have offered varied epistemological and political paths of attention since the end of the Second World War. Since then, medical knowledge has been questioned through studies (Foucault, 1980; Basaglia, 1979; Laing, 1979; Birman, 1991) that revealed how much the practices of nomeating diagnostic and restraining people suffering “mental illness” were affected by a order whose power is in the medical order itself, which contribute to “manufacturing the disease” (Szasz, 1971). It was precisely the shocks suffered by Psychiatry at that historical moment that triggered a serie of movements, an attempt by some psychiatrists themselves to respond to demands for treatment with humanized practices that would constitute, according to Basaglia, another way of practicing Psychiatry. Our hypothesis, as a physician researcher, considers possible to organize the production of criticisms arising from the inside of the psychiatric field itself, identifying its location in time, its epistemologies – the field of knowledge and its policy –, and the social and ethical model of each orientation. Our idea is to offer a cartography that contemplates characteristics of these great theoretical movements that offered alternative thinkings about Psychiatry, where the hegemony of a single form of attention to the person diagnosed with a “mental disorder”, as having a biochemical imbalance in the brain that caused a mental disorder, is not supported anymore. Our focus includes the researchers Szasz, Laing, Cooper and Caplan in the field of so-called Antipsychiatry; Maxwell Jones for the idealization of the Therapeutic Community; Fanon and Tosquelles, for the Institutional Psychotherapy; Basaglia, for the Democratic Psychiatry; Moncrieff and Ortiz Lobo, for the Critical Psychiatry and Alakare, for the Open Dialogue. We also include Frances (2016), for his criticism of the DSM-5. According to this physician, there is an excess of diagnostic categories, which leads to the pathologizing of life. These re-reading we undertake about contributions and critical reflections of these authors can help to highlight other ways of being a Psychiatrist, considering the transformative potential of these other epistemologies for the clinical, institutional and political practice of Psychiatry.

Keywords: cartography; psychiatric movements; criticism of psychiatry; mental health.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Psiquiatras do Pós-Guerra.....	107
---	-----

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2</b>	<b>METODOLOGIA E IMPLICAÇÕES DO PESQUISADOR</b> .....	28
<b>3</b>	<b>CRÍTICAS À PSIQUIATRIA</b> .....	40
3.1	SZASZ: A FÁBRICA DA LOUCURA.....	41
3.2	COOPER E LAING: PSIQUIATRIA E EXISTENCIALISMO.....	47
3.3	CAPLAN: PSIQUIATRIA PREVENTIVA.....	57
3.4	MAXWELL JONES: COMUNIDADE TERAPÊUTICA.....	62
3.5	BASAGLIA: PSIQUIATRIA DEMOCRÁTICA.....	65
<b>4</b>	<b>PSIQUIATRIA INSTITUCIONAL</b> .....	72
4.1	TOSQUELLES: PSIQUIATRIA DO ESTRANHAMENTO.....	72
4.2	FANON: CRÍTICA À VISÃO EUROCÊNTRICA DA PSIQUIATRIA.....	77
<b>5</b>	<b>NOSOLOGIA DA PATOLOGIZAÇÃO MENTAL</b> .....	81
5.1	DIAGNÓSTICO EM PATOLOGIZAÇÃO MENTAL .....	81
5.2	FRANCES E O GRUPO-TAREFA DO DSM-IV .....	85
<b>6</b>	<b>PSIQUIATRIA CRÍTICA</b> .....	89
6.1	MONCRIEFF E LOBO: POR UMA OUTRA PSIQUIATRIA.....	89
6.2	ALAKARE: A ABORDAGEM DO DIÁLOGO ABERTO.....	98
<b>7</b>	<b>CARTOGRAFIA DE CLÍNICAS POSSÍVEIS</b> .....	106
7.1	DISCUSSÃO: CONTRIBUIÇÕES PARA A CLÍNICA CONTEMPORÂNEA.....	109
<b>8</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	118
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	121

## 1 INTRODUÇÃO

Nem tudo é verdadeiro, mas em todo momento existe uma verdade adormecida, mas que, no entanto, está somente à espera de nosso olhar para aparecer, à espera de nossa mão a ser desvelada (Foucault, 2020B, 148-167).

No contexto atual de desenvolvimento da Psiquiatria, médicos com produções críticas relevantes e potencialmente estruturantes para o campo ressaltam o quanto é preciso “um programa consistente de formação e (re)formação dos profissionais” que permita “uma reflexão permanente sobre o modelo assistencial, os princípios e estratégias, as práticas sociais e culturais de lidar com a loucura e o sofrimento psíquico” (Amarante, 2018A, 12). Trata-se de um necessário movimento de metacognição para um campo, a Medicina, que tende a produzir modelos terapêuticos únicos, instaurando, todavia, em alguns de seus artífices mais indagações que respostas.

Esta dissertação teve como foco justamente efetuar a análise desse movimento. Nosso objetivo geral foi elaborar uma cartografia sobre as principais visões críticas da Psiquiatria, considerando um recorte que abrange movimentos de transformação da clínica empreendidos por psiquiatras. Para isso, como objetivos específicos, buscamos revisar os estudos críticos da Psiquiatria, considerando movimentos desencadeados a partir do pós-segunda guerra, no campo da psiquiatria; reunir os movimentos críticos de tratamento em Saúde Mental surgidos a partir dos estudos de psiquiatras, os quais não privilegiam como única terapia a prescrição de fármacos psicotrópicos e, por fim, compor uma cartografia das contribuições dos movimentos, considerando sua epistemologia e política.

Szasz (1976, p.19), um dos primeiros médicos a produzir crítica ao saber e ao fazer psiquiátrico, afirma que “o conceito de doença mental tem o mesmo *status* lógico e empírico que a feitiçaria”. Conforme o autor, “são conceitos imprecisos e excessivamente abrangentes, livremente adaptáveis a quaisquer usos que deles queiram fazer o sacerdote ou o médico (ou o “diagnosticador” leigo)”.

Mais de meia década depois, recuperamos a definição de esquizofrenia nos manuais atuais:

O espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos inclui esquizofrenia, outros transtornos psicóticos e transtorno (da personalidade) esquizotípica. Esses transtornos são definidos como anormalidades em um ou mais dos cinco domínios a seguir: delírios, alucinações, pensamento (discurso) desorganizado, comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal (incluindo catatonia) e sintomas negativos (DSM-5, p. 131).

Por mais que diversos críticos dentro da área tenham mostrado o quanto essa definição é incapaz de abranger a ampla gama de manifestações humanas compreendidas via jargão médico do DSM como transtornos, e o quanto não corresponde à realidade psíquica do paciente em sofrimento, o profissional sucumbe sua conduta clínica aos manuais classificação.

Categorizar um sofrimento como transtorno é reduzir a possibilidade de compreensão daquele ser que sofre e do que o faz sofrer. Szasz, chama de “degradação psiquiátrica” ao que o DSM chama de “esquizofrenia” ou “transtorno”. Ao ser apresentado a múltiplos casos na clínica, por vezes o médico não se daria conta de que um determinado paciente seria um ser divergente do grupo e que a “degradação psiquiátrica” que manifesta pode ser tão somente uma sua resposta possível a um tipo de violência a que foi submetido. Trata-se de

um indivíduo que difere de seus semelhantes, que perturba ou escandaliza sua família ou a sociedade, é muitas vezes condenado como insano; às vezes, nem precisa representar um papel de divergência para ser declarado louco. Essa degradação psiquiátrica atende a importantes necessidades dos membros “mentalmente sadios” do grupo (Szasz, 1976, p.21).

Mas, e o cérebro, não seria ele a sede dos “transtornos mentais”, assim como o apêndice é a sede da apendicite, o divertículo da diverticulite, a conjuntiva da conjuntivite? Não seria o cérebro o órgão no qual um desequilíbrio bioquímico teria causado esses “transtornos mentais”? Amparada pela nascente tecnologia diagnóstica por imagens, a década de 1990 foi nomeada a “década do cérebro” pelo governo dos Estados Unidos da América, deflagrando um enorme quantitativo de estudos em neurociências. Trabalhando por analogia com as demais especialidades médicas, buscava-se no órgão cérebro a sede de sintomas emocionais, como as depressões, fobias, desatenções e ansiedades. Com alguns resultados publicados, ao leitor comum

pareceria que, por exemplo, a esquizofrenia seria uma doença causada pelo desequilíbrio da dopamina e a depressão, da serotonina. Até 2010, com a publicação do livro “Anatomia de uma Epidemia” (Whitaker, 2017), pouco se falava dos vieses de publicações sobre os psicotrópicos e das pesquisas que as sedimentavam. Se a introdução dos antibióticos fez reduzir a mortalidade por infecções e a de medicamentos cardiovasculares reduziu a mortalidade por doenças cardíacas, o que encontramos com a introdução dos psicotrópicos para o tratamento de “doenças mentais” foi um aumento, e exponencial, dos chamados “transtornos mentais” (Whitaker, 2017). Poderia ser verdade que os psicotrópicos, algumas décadas depois de seus lançamentos, seriam eles próprios agentes de iatrogenia exatamente para “doenças mentais”? Atualmente, pode-se afirmar que a invenção da teoria do desequilíbrio bioquímico do cérebro não se sustenta como uma hipótese causal dos “transtornos mentais” (Amarante e Freitas, 2015, pp 80-81) e que, sim, os psicotrópicos provocam danos muitas vezes irreversíveis no órgão cérebro, arruinando as vidas que pretendiam curar.

Mas, ao abrir mão da teoria do desequilíbrio bioquímico do cérebro, ao se deparar com a realidade de que os psicotrópicos não curam “transtornos mentais”, o que deveria o médico psiquiatra fazer quando está diante de um paciente em sofrimento? O que lhe sobraria, no contexto atual da Medicina e da Psiquiatria, como recurso propedêutico e terapêutico para lidar com a demanda de quem o procura com sofrimento mental? Esta proposta de investigação pretende iluminar essa lacuna, através de um estudo que reúne e recompõe propostas de terapias psiquiátricas internacionais que trabalham para além dessa dinâmica de poder do biológico.

Em seu percurso para se tornar especialidade da Medicina, esgotadas as possíveis causas de loucura por infecção do cérebro<sup>1</sup>, a Psiquiatria conseguiria ampliar o próprio escopo de trabalho ao traduzir sofrimento humano em termos psicopatológicos. Assim iniciou a escrita de uma cartilha única que poderia ser utilizada por seus arautos, os Psiquiatras, mundo afora e sem ressalvas, espalhando a boa nova. Consolidando o projeto de alcançar a disseminação do conteúdo do DSM, inclusive à população geral, a edição em 2013, quinta desse manual, chegaria

---

<sup>1</sup> Na virada do século XIX para o XX, a Ciência médica constata que a destruição do cérebro por infecções ou intoxicações pode causar sintomas de loucura. Trata-se da presença de micro-organismos (treponema causando neurosífilis) ou pela química (chumbo, causando saturnismo).

ao número um da lista dos bestsellers no maior mercado editorial global.

Que o DSM contribui para a patologização da vida, alguns autores já apontaram (Frances, 2016). O Manual constrói um modo de estar no mundo que apaga a diferença humana: cada pessoa experimenta alegrias e sofrimentos muito singulares não apenas a si, mas ao grupo social, a cada geração, cultura e ao território o qual integra. Em contraponto a essa leitura há outras Psiquiatrias, percebidas por meio dos autores e médicos aqui trabalhados, capazes de colocar a “loucura entre parênteses”, de lidar com o apriorístico fenomenológico do “transtorno” por uma outra via: a do cuidado com o sofrimento. Ao se falar só sofrimento, tacitamente se busca compreender o que o causa e, assim, há o *risco* de essa leitura trazer à baila, de revelar situações de violência sentidas pelo indivíduo e que implicaria outros atores: família, Estado, demais instâncias institucionais que deveriam gerar cuidado, mesmo a própria Psiquiatria.

O conjunto de conhecimentos sobre esses outros modelos de Psiquiatria, aqueles que desenham as críticas empreendidas pelos próprios psiquiatras, está disperso. Enquanto médico e pesquisador, verificarei como se produziram as críticas à Psiquiatria que, no seio da própria área, vêm redesenhando a epistemologia e a política da atenção a partir dos anos que se seguiram desde o fim da Segunda Guerra.

Esses autores que cada qual em sua visão e em seu tempo, enquanto médicos, foram artífices do cuidado. Focalizaremos Szasz, Laing e Cooper, pela criação da Antipsiquiatria; Caplan, pela Psiquiatria Comunitária; Basaglia, pelo movimento da Psiquiatria Democrática; Tosquelles e Fanon, pela Psicoterapia Institucional; Frances, pela crítica ao DSM; Moncrieff e Lobo, pela Psiquiatria Crítica e Alakare, pelo Diálogo Aberto. O conjunto do saber e do fazer desenvolvido por esses médicos inovadores de sua prática nos conduzirá a refletir sobre como o legado desses estudos críticos oriundos da Psiquiatria pode contribuir e ser útil para a prática do médico psiquiatra na contemporaneidade. A despeito dos anos que se passaram desde que as bases científicas da especialidade médica da Psiquiatria foram fundadas e de uma série de críticas e de desenvolvimento de abordagens médico-paciente terem se desenvolvido no próprio seio da Psiquiatria, dentro da epistemologia científica em questão, o fazer medicamentoso convive com formas outras de tratar o paciente e de compreender a “doença mental”. Mas essas outras formas, quais seriam? Em quais aspectos epistemológicos, da política, do cuidado, se inserem? Em quais

pontos os psiquiatras cujas ideias nascem no pós-guerra se encontram e se distanciam na sua concepção de tratamento da pessoa com diagnóstico psiquiátrico, de hospital, de psicoterapia?

Esse recorte temporal a partir do final da segunda guerra se fundamenta por alguns dados marcantes: a criação da Lobotomia e a “crise da Psiquiatria”, tematizada por estudiosos de campos variados como Filosofia (Foucault) e Medicina.

Em 1949, Egas Muniz, inventor da lobotomia frontal, é laureado com o Prêmio Nobel de Medicina. Essa técnica, que, em síntese, é a destruição de parte do cérebro do indivíduo, o lobo frontal e suas conexões, embotava definitivamente os afetos do sujeito. Trata-se de *cirurgia* que chegou a ser realizada por médicos-ambulantes com picadores de gelo, os quais se gabavam de conseguir fazer o procedimento em poucos minutos. Esse absurdo terapêutico, essa violência inquestionável, ajudou a demonstrar que a fronteira da contenção da loucura era uma falésia chamada desumanidade. Os autores médicos que expuseram seu pensamento no pós-guerra criticam o campo de dentro da área, o que nos interessa em nosso objetivo de indagar a Psiquiatria.

Outro fato envolve o que se chamou “crise da psiquiatria”. Foucault (2020, 148-167), em “A casa dos loucos”, ao descrever a crise da instituição psiquiátrica desencadeada pela desconfiança de que a “doença” seria um efeito do saber médico, afirma que “todas as reformas se situam na relação de poder”. Conhecer os deslocamentos das visões psiquiátricas e o que foi construído em forma de críticas ao saber médico e ao modelo inicial, rever a epistemologia dos movimentos e a política de cada orientação constitui uma forma de repensar a área de dentro e trazer à luz uma verdade atual do fazer psiquiátrico não hegemônica, mas que existe. A Psiquiatria parece manter um caráter monocromático, quando verificamos que o ato de prescrever psicotrópicos potencialmente ainda é prevalente no tratamento, a despeito do que pode causar à subjetividade do medicado. Há ainda alunos eventualmente assistidos pelo psiquiatra que devem ser formados a partir de visões múltiplas das terapias, sob a égide de que o médico tem em sua formação, antes de tudo, uma ética do clinicar, do cuidar. A perda da perspectiva, pelas escolas médicas, de outras vertentes críticas da Psiquiatria tem afetado o modo como o profissional exerce sua prática e, em consequência, como toma suas decisões na clínica. E, talvez ainda pudessemos dizer, que afetam suas relações familiares, sociais, profissionais, políticas, portanto.



A motivação para esse estudo está baseada na minha trajetória profissional. Ao longo de trinta anos atuando no campo do fazer Médico, em especial, na Psiquiatria, sempre me coloquei crítico a procedimentos que eram repetidos sem muita reflexão por meus pares, por vezes recomendados como necessários dentro da própria clínica, como por exemplo a solicitação de exames de imagem ou a prescrição de antibióticos e psicotrópicos. Nas entrevistas junto aos pacientes, no processo de diagnosticar, tratar, produzir laudos e na vida cotidiana, inquietações sobre formas de clinicar com o sujeito em sofrimento que não se pautassem exclusivamente na repetição de receitas médicas permearam, assim, meu fazer como Psiquiatra.

A compreensão da saúde como pública, com a ideia de uma clínica psiquiátrica reterritorializada, através do acolhimento das contribuições de ideias de médicos psiquiatras críticos ao nosso campo de saber gestaram esta proposta de investigação. Os movimentos que serão levantados são por nós conhecidos e os modelos terapêuticos têm lastro no modo como pensamos a clínica e a demanda por tratamento no campo da “doença mental” no país.

Consideramos que

somos responsáveis sempre onde estamos pela produção e reprodução ou pelo questionamento e inflexão das figuras de saber, das relações de poder, das práticas e das estratégias que constituem espaços de exclusão, de segregação, de censura, de interdição, de reclusão, de silenciamento que fazem parte da maquinaria social que sustentamos (Albuquerque Jr. *et al*, 2008, pp 11-12).

Nesse sentido, a pretendida relevância desta reflexão está na tentativa de expor um rol de possibilidades terapêuticas nascidas da Psiquiatria, porém esquecidas dos estudos contemporâneos. Nesse sentido, há um anseio por desenvolver uma análise que alcance os pares Psiquiatras para que possam, como propôs Basaglia (1979), ao menos colocar entre parênteses conceitos com influência na clínica que nos chegam como única verdade. A intenção é refletir sobre formas de acolher o paciente em sua dimensão dialógica, relacional, subjetiva e humana, portanto, considerando o saber que médicos críticos na Psiquiatria construíram.

Desse modo, o objetivo geral desta pesquisa resultou da hipótese de que a essas visões críticas da Psiquiatria, algumas com quase setenta anos, poderiam contribuir para o projeto em curso de reforma do fazer psiquiátrico. Daí, a proposta de compor uma cartografia capaz de expor

ao leitor a necessidade de compreender um pouco do pensamento contemporâneo, as epistemologias, os saberes conjugados, os modelos de assistência e outros aspectos.

A Psiquiatria, ao longo dos tempos, pode ser considerada uma forma de normatizar a sociedade, no seu papel de regular sobre a patologização mental. Szasz (1976, p. 19) faz uma analogia sobre os séculos XV e XX, ao afirmar que “o conceito de doença mental é análogo ao de feitiçaria”. Sua tese é de que a feitiçaria foi contida pela inquisição (religião) e que, cinco séculos depois, na Psiquiatria (ciência) faz o mesmo com os sofrimentos mentais, patologizando-os como “doença mental”. Nas palavras do médico:

o conceito de doença mental serve, no mundo contemporâneo à mesma função social que tinha o conceito de feitiçaria no fim da Idade Média; (...) a crença na doença mental e as ações sociais a que conduz têm as mesmas consequências morais e políticas que a crença na feitiçaria e as ações sociais que conduzia. (Szasz, 1976, p. 19)

Como disciplina médica, a Psiquiatria nasce com o papel de conter os considerados “insanos”, mesmo que não haja clareza do que exatamente seja a doença ou o transtorno a ser contido. A condição chamada loucura, esquizofrenia ou transtorno psicótico, na nomenclatura atual da Medicina, guarda historicamente amplo espectro de possibilidades de leitura: possessão do espírito, doença da mente (do cérebro), consequência comportamental de violências que ocorrem no âmbito familiar, social e institucional. Os sujeitos passam a ser reconhecidos como “doentes mentais” por seu grupo, e instituições legitimadas, como a Psiquiatria, as quais categorizam os fenômenos considerados patológicos, cumprem o papel de julgar e sacramentar o que consideram desviante da norma e do campo da razão.

Há uma ordem de sustentação de uma medicina psiquiátrica que sobrevive porque se baseia na “fabricação de seu objeto”, qual seja a fabricação do conceito de “doença mental”. Sobre o poder médico que orienta essa ordem por meio de um conjunto de ideias e práticas, as quais enfrentam críticas no pós-guerra por parte de Psiquiatras considerados mais progressistas, Foucault (2020), em sua pesquisa, recua aos séculos XII e XIII, para examinar a genealogia que a constitui. O filósofo, que observa a dinâmica do hospital psiquiátrico, afirma que era de domínio

exclusivo do médico o acesso à verdade sobre a doença. Esse acesso acontecia por meio de dois recursos: o da prova, que tinha características de um ritual, e o do inquérito, com características burocráticas administrativas:

A prova era um tipo de poder/saber de característica essencialmente ritual. O inquérito é um tipo de poder/saber essencialmente administrativo. E é este modelo que, à medida em que se desenvolviam as estruturas do Estado, impôs ao saber a forma do conhecimento: a de um sujeito soberano tendo uma função de universalidade e um objeto de conhecimento que deve ser reconhecível por todos como sendo sempre dado (Foucault, 2020, p. 148-167).

Foucault recupera um pouco das questões implicadas no pensamento e na prática dos médicos, que também interessam repensar ao longo desta dissertação, visto que pretendemos reunir um conjunto de produtivo de alternativas terapêuticas capazes de abrir um leque de opções para o psiquiatra:

1. A terapêutica consiste em suprimir o mal, a reduzi-lo à inexistência. Mas para que esta terapêutica seja racional, para que ela possa se fundar verdadeiramente, não será necessário permitir que a doença se desenvolva? Quando se deve intervir e em que sentido? A intervenção é mesmo necessária? Deve-se agir no sentido de permitir o desenvolvimento da doença ou no sentido de contê-la? Agir para atenuá-la ou para conduzi-la a seu termo?
2. Há doenças e modificações de doença. Doenças puras e impuras, simples e complexas. Ao fim e ao cabo não existiria uma só doença da qual todas as outras seriam formas mais ou menos longinquamente derivadas, ou deve-se admitir categorias irreduzíveis? (...)
3. O que é uma doença normal? O que é uma doença que segue seu curso? Uma doença que conduz à morte, ou uma doença que se cura espontaneamente ao término de sua evolução? (Foucault, 2020, p. 148-167).

O filósofo repensa o objeto de conhecimento da Psiquiatria, a “doença mental”, convocando uma espécie de reflexão para quem ocupa a área de saber. Há uma ampla gama de variáveis relacionadas a esse objeto, implicando que, a cada reforma ou crítica proposta por um

autor da área, sejam delineadas fronteiras epistemológicas nas quais estão envolvidos componentes éticos e sociais, bem como direitos humanos e espaços de atuação dos envolvidos na atenção. Assim, enquanto uma especialidade médica, a Psiquiatria se situa mais (ou, ao menos, também) na fronteira dialógica com saberes das culturas e das ciências sociais, as quais estão em sua constituição (Foucault, 2020). Perder esse diálogo a hermetiza como técnica, repleta de tautologias.

Se abrirmos o arquivo da memória da Psiquiatria recordamos um pouco sobre como nasce o campo de saber da Psiquiatria, sua história veremos o quanto é tributária de uma verdade construída pelo médico:

A loucura torna-se verdade médica. Cria-se a clínica das enfermidades mentais e uma concepção terapêutica: o louco, como qualquer doente, necessita de cuidados, de apoio e de remédios. Cria-se um corpo de conceitos, a teoria psiquiátrica, que instrumentalizariam esta prática clínica. O asilo é criado, aparecendo como figura histórica, tornando-se o lugar adequado para a realização desta cura (Birman, 1978, p. 2).

Os diferentes do grupo, delirantes que ouviam vozes, já foram pessoas visionárias que decidiam casamentos e/ou guerras, espécie de oráculos de saber comum. Na Idade Média, com as Reforma Protestante e Católica, a figura do louco foi associada ao endemoniamento. As mulheres adúlteras e aqueles que contestavam a Igreja eram retirados, segregados da sociedade. Ao observar o local fechado lotado de seres excluídos da convivência, em condições desumanas, Pinel, na França em 1793, foi um dos primeiros médicos a questionarem a constituição do alienismo, bem como a diversidade de suas possíveis causas. Percebeu o quanto confinar pessoas como forma de tratamento não era uma prática de cuidado. Bater, efetuar sangrias ou imersão brusca em água fria eram práticas, que, notoriamente, não continham o sofrimento psíquico. Esse movimento, de transferência dos alienados de um confinamento repleto de mal tratos em calabouços franceses é considerado a primeira grande revolução da Psiquiatria. Seu movimento fundador. Esse gesto, naquele período considerado ato libertário, foi imitado por Esquirol, em 1805, que, aliado a Pinel, “são responsáveis pela formação pedagógica na nova disciplina médica,

a Medicina mental” (Birman, 1978, pp. 1-2). Ambos são os primeiros “humanizadores da loucura”. Birman (1978, pp. 3-4) considera que há uma espécie de dignidade moral inscrita no “mito das origens, instaurador de uma Ordem que deixa atrás de si um mundo caótico, mistura de confusão e ignorância a respeito da doença mental.” Através de práticas científicas, “a loucura é instituída e reproduzida historicamente como *alienação mental*” (Birman, 1978, p. 4):

Será tomada como objeto bem discriminado, com contornos e manifestações bem-marcadas. Submetida à classificação, ordenação e nosologias, que destacam diversas variedades de alienação mental. Pinel discerniu Melancolia, Mania sem delírio, Mania com delírio e Demência, incluindo aqui os quadros clínicos da deterioração intelectual e Idiotia. Esquirol estabeleceria a classificação mais difundida: Mania, Melancolia (Lipemania), Monomanias, Idiotia e Demência. Todo o conjunto será submetido a uma causalidade determinada, que sofrerá variações de um grupo para outro, mas que se desloca da superfície das manifestações perceptivas, do plano dos sintomas, para se localizar em profundidade, seja na invisibilidade secreta do corpo ou na intimidade das paixões (Birman, 1978, p. 4).

Na rede causal em que se engendrou, dois saberes vão disputar a sua positividade: a Biologia e a Psicologia, conforme Birman (1978, p. 4). Por um lado, a alienação estaria “enraizada nas profundezas dos órgãos”, no corpo, seria uma desregularização do organismo. Por outro, como se afeta atos e palavras dos indivíduos, o comportamento estranho seria objeto de observação:

humor que oscila de todo imprevisível, gestos discordantes do conjunto do comportamento, uma estranha perda de interesse pelos objetos e pessoas que os cercam, ideias móveis ou absolutamente ausentes, um discurso esquisito. Os loucos têm ações contraditórias, atos antissociais, não trabalham como as outras pessoas, são diferentes, configurando um mundo de paixões alteradas e, sobretudo, descontroladas (Birman, 1978, pp. 4-5).

Antes de ser “doença mental”, era “indigência, delinquência, devassidão”. Devidamente descrita e moralizada na cultura e na ciência, a alienação segue sendo objeto de “tratamento” da Psiquiatria que a fundou, e que desenvolve uma medicina mental, procurando “encontrar

alienação mental em todos os lugares, gestos, palavras e ações. Há uma evidente ofensiva da Psiquiatria no sentido de fundamentar um conjunto de práticas sociais e morais” (Birman, 1978, p.8). O poder médico decide quem está ou não incapacitado para, define a responsabilização jurídica de criminosos perante a Lei, sua forma de correção e punição.

Facilmente absorvida pela comunidade do território na qual se instala como instrumento de poder na mão de poucos escolhidos, a Psiquiatria guarda seu enquadramento como um instrumento a serviço de uma estrutura institucional profundamente segregadora, portanto desumana, como apontou Szasz (1979). Mas, ciente de sua historicidade, pode ser uma outra coisa, como a proposta por Basaglia (1979) em seu modelo de Psiquiatria Democrática, criada como alternativa às instituições de contenção, cujos exemplos de práticas deslocam o poder da mão do médico ao paciente. Basaglia reterritorializa cidadania e dignidade, ao se permitir sair de cena do protagonismo do médico. Ao promover diálogos entre os companheiros da então condição de internos do manicômio (“doentes mentais”) e com a equipe terapêutica (não apenas com os médicos, portanto), fomentava mais que a influência coletiva nas decisões institucionais: criava, *avant la lettre*, condições para uma governança participativa dos pacientes no manicômio. Basaglia (1979), com sua experiência na Itália, em Gorizia e Trieste, criou um modelo terapêutico capaz de aplicar alternativas terapêuticas à internação dos pacientes, o que instaura não apenas em seu país de origem, mas no mundo, uma abertura para a redução e extinção progressiva dos manicômios e do antigo modelo de internação compulsória.

No Brasil dos anos 1930<sup>2</sup>, a sociedade amargou a “Lei dos Psicóticos”, como um grande fator de abuso no país. Chegamos a ter seiscentos mil internados compulsoriamente, por motivos que variavam: brigas de família, questões de herança, conflitos diversos. Somente setenta e um anos depois, em 2001, uma outra forma de pensar a patologização do sofrimento mental e sobre a pessoa assim reconhecida como “doente mental” é acolhido pelo Estado. Tal mudança é tributária de pressões externas, ligadas à afirmação dos direitos humanos e também a uma série de correntes reformistas de tratamento psiquiátrico, hoje ainda pouco conhecidas em sua

---

<sup>2</sup>Paráfrase de trecho de depoimento de fala de Augusto César de Faria, então, Diretor de Saúde Mental da Secretaria de Saúde Mental do Distrito Federal, in: <https://www.youtube.com/watch?v=Ult9ePwvEY> Documentário sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil:

singularidade.

Em 2001, o Brasil aprovou a Lei da Reforma Psiquiátrica, inspirada na experiência de desinstitucionalização italiana, liderada por Franco Basaglia (1979), cuja visão integra um dos capítulos desta dissertação, o psiquiatra propunha uma transformação no modo de conceber a problemática da loucura, a modificação do cuidado e do modo como a sociedade lida com ela. Era uma tentativa de “colocar a doença entre parênteses” e tratar da pessoa (Heidrich, 2007, p. 18). Estava fundado o paradigma da desinstitucionalização.

Outras visões de psiquiatras, de “doença mental” e de cuidado nascidas a partir do pós-guerra compõem esta pesquisa acadêmica que visa compor uma análise das críticas à Psiquiatria a partir da reflexão de um observador desses movimentos que integra o campo como psiquiatra. Compreendemos que muitas das experiências de inovação nesse espaço de saber ainda não foram devidamente aproveitadas ou mesmo conhecidas, se considerarmos a formação atual do Psiquiatra. Há duas décadas, incorporamos por meio de Lei um outro modelo de atenção que pactuava com a sociedade que o interno dos hospitais psiquiátricos (no documento “portador de transtorno mental”) pudesse:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
  - II - ser tratado com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando [a] alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
  - III - ser protegido contra qualquer forma de abuso e exploração;
  - IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
  - V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
  - VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
  - VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
  - VIII - ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
  - IX - ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.
- (Lei da Reforma Psiquiátrica/ Brasil<sup>3</sup>, 2001.)

---

3

Texto original transcrito do sítio [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm) Acesso em setembro de 2021.

A Reforma denuncia, no texto da Lei, o processo de exclusão do “doente mental” enquanto cidadão e propõe sua inscrição social. Não reduz a doença ao registro individual, sendo necessária uma outra política de Estado para lidar com a questão. Trata-se de um processo complexo para a desalienação na sociedade da pessoa identificada como “doente mental”, visto que o hospital psiquiátrico é lugar de sujeição, dominação e gestão da loucura, não da vida.

Por outro lado, a lei não incluiu tipologia para o “louco” marcado pelo estigma da periculosidade, sendo o “louco infrator” separado desse “status” de tratamento humanizado. Os manicômios judiciais permanecem instituições violadoras de direitos humanos garantidos aos “doentes mentais” pela Lei 10.216 (2001), que prevê

políticas de saúde mental e programas de atenção integral aos pacientes judiciais ou loucos infratores. Com efeito, assistimos o surgimento e desenvolvimento de políticas, equipamentos e serviços substitutivos em saúde mental capazes de engendrar um novo modelo de prevenção, tratamento e reabilitação. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Centros de Convivência, as Residências Terapêuticas, os Consultórios de rua, as práticas de Redução de danos etc., são parte indissociável deste novo modelo que redireciona a atenção em saúde mental.

Os dispositivos trazidos por uma Política Nacional de Humanização não se estendem à pessoa identificada como “doente mental”, com diagnóstico de “transtorno mental” e infratora. Desde 2011, há recomendação do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), que afirma a

necessidade de que as pessoas em medida de segurança cumpram seu tratamento em meio aberto, segundo os princípios da Lei da Reforma Psiquiátrica (10.216) e da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (Venturini, Oliveira e Mattos, 2016, p. 10).

Conforme a lei, a nossa política antimanicomial “estabelece criação de um núcleo interdisciplinar, auxiliar ao juiz, para acompanhamento psicossocial contínuo de pessoas em



sofrimento mental na execução da medida de segurança” (Venturini, Oliveira e Mattos, 2016, p. 10). Assim, na prática, a Reforma não foi capaz de tocar no “princípio da inimizabilidade” associado ao louco que comete crime. Este continua, portanto, sendo condenado à prisão perpétua, uma vez que é enviado ao manicômio judiciário em nome da lei, tutelado pelo Estado por ter uma vez atentado contra a vida de outrem.

Após vinte anos da adoção da Reforma brasileira, a hegemonia da propedêutica de contenção do corpo – não apenas a manicomial em detrimento à comunitária, mas também de sua sucessora: a biológica em detrimento a dialógica – continuam como o modelo prestigiado de saber/fazer nos cursos e currículos de Medicina. A busca pela humanização no tratamento do paciente em sofrimento mental, inclusive com a chancela da aprovação como texto de lei, não foi suficiente para que seja trabalhada na formação dos futuros Psiquiatras alguns pares que, há décadas, vêm questionando o *establishment do poder médico*.

Os estudos de Foucault<sup>4</sup> com foco na crítica à Psiquiatria e sua teorização sobre a ordem médica nos ajudam a refletir sobre o quanto o campo é afetado por saberes outros, influenciando, portanto, o cotidiano da clínica. Szasz (1971) exemplifica esse *contágio* ao comparar o campo da Psiquiatria com a Inquisição, ocorrida cinco séculos antes, num brado de alerta para que os psiquiatras rejeitem a posição análoga àquela do inquisidor. Para que rejeitem a posição de identificar (diagnosticar) e confinar física ou quimicamente (medicar) loucos e desajustados. Na cadeia produtiva do poder, caberia ao Psiquiatra função análoga aos agentes de segurança. Se no *Ancient Regime* os soberanos que delegavam aos Tribunais Inquisitoriais o sujar as mãos, nas instituições contemporâneas aos Psiquiatras caberia semelhante quinhão dessa prerrogativa. Muitos aceitam essa posição, não por serem necessariamente cruéis, mas por não colocar em perspectiva a narrativa sobre o sofrimento de um determinado sujeito.

Fanon (2020), em seus estudos clínicos, traz uma forma de visão relacionada às relações étnico-raciais e demonstra o quanto os abusos psiquiátricos podem repercutir em consequências “civilizatórias” cuja violência é naturalizada e invisível, seja aos olhos do paciente (colonizado),

---

<sup>4</sup> Segundo Amarante (1995, p. 23), interessa a Foucault “historicizar criticamente as condições que possibilitam a constituição de saber sobre a loucura, sua submissão à razão através da conjunção entre a prática social de internamento, a figura visível do louco e o discurso produzido a partir da percepção, tornada interpretação”.

seja aos olhos do médico (colonizador). Em consonância com o pensamento de Fanon, médicos no seio da Psiquiatria, críticos portanto, têm colocado a necessidade de a área ser reformulada, tendo em vista a humanização do tratamento e a libertação do doente, seja dos muros do hospital, seja do poder médico, seja da prisão medicamentosa.

Necessário, portanto, que o médico se perceba crítico de sua própria *práxis*, fundamentalmente os atos de diagnosticar e medicar. Para tal, abraçar a incerteza é necessário. Um psiquiatra acrítico, da mesma forma que a inteligência sem afeto, é arma. Ao lidar com a subjetividade humana, com as emoções, com o sofrimento mental, verdades e certezas classificatórias de comportamentos devem ser observadas em perspectiva. Consideradas de maneira acrítica se tornam possíveis instâncias de um pensamento tautológico que, silenciosamente, inclusive no ensino, passam a constituir a monocultura de afetos e pensamentos daqueles em função de cuidar.

Nosso aporte teórico parte justamente de autores da Medicina psiquiátrica que se propuseram a construir uma crítica sobre a constituição epistemológica da área e a concepção de “doença mental”:

De sua perspectiva individualista e libertária, Szasz via a psiquiatria como um dispositivo social, que reifica experiências de angústia e dor subjetiva ao nomeá-las sob a forma de diagnósticos médicos – transformando-as assim em doenças da mente à espera de vigilância e intervenção por parte de técnicos (Bezerra Jr, 2014, p. 9).

Nesse sentido, cabe abordarmos a metodologia que adotamos, que prevê a abertura de um arquivo de saberes sobre a Psiquiatria, nascidos de uma busca por reformar o pensamento acerca da patologização mental. Consideramos que:

o trabalho científico caminha em duas direções. De um lado, elabora suas teorias e métodos, princípios e estabelece resultados, de outro, inventa, ratifica seu caminho, abandona certas vias e encaminha-se para certas direções privilegiadas (Minayo, 2002, p. 12).

Desse modo, trazendo para a reflexão que travamos aqui, a hegemonia do paradigma<sup>5</sup> biológico no campo psiquiátrico contemporâneo é o que está em xeque na crítica que propomos.

Optamos por uma pesquisa de abordagem qualitativa, em que procuraremos “medir uma realidade que não pode ser quantificada”. Trabalhamos em uma investigação que busca compreender o modo como a Psiquiatria vem assimilando as críticas e se transformando, a partir de dentro (Minayo, 2002, p. 21), pelo movimento do médico psiquiatra.

Epistemologicamente, nos inscrevemos criticamente no campo da Biologia e das Ciências Humanas, ao conceber nosso objeto de pesquisa, qual seja, os movimentos teórico-clínicos da Psiquiatria.

Há uma série de psiquiatras que, ao longo de décadas, têm visões transformadoras de cuidado junto ao “doente mental” e modelos de assistência diferenciados. Quais ideias tais médicos nos legaram? Para trazer o percurso que fizeram, buscamos enunciados definidores de práticas e vínculos de pensamento epistemológico adotados. Nosso método, portanto, abrange delimitar a inovação demarcada por cada pensador elencado para o *corpus* e produzir uma cartografia, cuja utilidade maior é a atualização do pensamento da psiquiatria contemporânea.

Assim, nossa análise pretendeu reunir e organizar numa cartografia os diferentes movimentos de críticas que, na atualidade, redesenham as fronteiras da Psiquiatria. Os dados foram obtidos por meio da pesquisa de publicações impressas e digitais, artigos científicos, dissertações e teses produzidas nesse campo e também de nossa vivência clínica, que, afinal, nos trouxe para esse território de pensamentos e ações.

Nesse sentido, cartografia nesta pesquisa está relacionada à ideia de espaço e de práticas sedimentadas que desenham um campo (Santos, 2020, p. 16), o da clínica. As transformações da psiquiatria podem configurar elementos de um espaço em que se produzem formas de tratar o paciente que já não correspondem à hegemonia do paradigma biológico e que apontam para um novo lugar social para a diferença da loucura e para outros modos de tratá-la.

A Cartografia enquanto método de construção de conhecimento adotada aqui para abrir o arquivo das ideias de psiquiatras que, apesar de inovadores, têm sido esquecidos dos currículos

---

5 Minayo (2002) cita Kuhn, ao observar que “nos diversos momentos históricos e nos diferentes ramos da ciência há um conjunto de crenças, visões de mundo e de formas de trabalhar reconhecidos pela comunidade científica, configurando o que ele denomina paradigma” (p.17).

acadêmicos de formação em Medicina, está filiada aos estudos de humanidades, especificamente, à área da Antropologia. Sobre a visão do antropólogo, esse estudioso somente

pode apreender a outra cultura a partir de um complexo jogo de significações, operando assim por analogias ou 4 conjuntos de analogias entre a sua cultura e a dos “outros”. As aspirações de neutralidade e universalidade da ciência moderna são, assim, radicalmente estremecidas, quando reconhecemos que a posição do pesquisador é necessariamente relacional, e que sua objetividade é necessariamente relativa (Sandroni e Tarin, 2014, p.5).

Dividimos nossa investigação em seis partes: o capítulo I, intitulado “Metodologia e implicações do Pesquisador”, em que teço algumas considerações sobre minhas implicações inevitáveis como psiquiatra em relação ao objeto de pesquisa nesse campo. Explicito ainda uma compreensão pessoal de uma conduta médica, a qual faz parte de minha trajetória pessoal. Apresento também a Cartografia enquanto um método produtivo para mapear as ideias presentes em um período histórico e as filiações teóricas das quais o referido método é tributário. Em seguida, no capítulo II, “Críticas à Psiquiatria”, focalizo, no item 1, as ideias de Szasz (1979) e a natureza da crítica que promove em relação ao que denomina *Psiquiatria Institucional*. No mesmo capítulo, tratamos da nomeada “Antipsiquiatria”, a partir de uma vista sobre as ideias de Cooper e Laing. No mesmo capítulo, apresentamos a Psiquiatria Preventiva, de Caplan e a Comunidade Terapêutica, de Maxwell Jones. Na seção seguinte, ainda no capítulo II, revisito as ideias de Basaglia, que cunhou a inovação da Psiquiatria Democrática italiana, a qual tem sua ênfase na cidadania do “doente mental”. Nesse modelo, o sofrimento individual existe em relação ao corpo social, o que insere na forma de tratar a loucura a política.

No capítulo III, trago as contribuições de Tosquelles e Fanon, fundadores da psicoterapia institucional, que demonstraram como componentes étnicos e sociais estão imbricados em qualquer manifestação nomeada “doença” no Ocidente.

No capítulo IV, deslindo alguns pressupostos taxonômicos da nosologia psiquiátrica. Para tal, trazemos a publicação recente de Frances, que presidiu o grupo-tarefa do DSM-IV e que passou a criticar a edição seguinte do Manual, o DSM-V. A análise de seus posicionamentos e reposicionamentos é relevante quando se trata de discutir a questão do diagnóstico. Pela posição técnica e política que ocupou, sua crítica ao DSM tem sido amplamente difundida e considerada.

No capítulo V, revisito o pensamento de psiquiatras contemporâneos como Moncrieff e Lobo, os quais têm, respectivamente, na Inglaterra e na Espanha, caminhado em direção a um outro fazer através da Psiquiatria Crítica. No mesmo capítulo, apresento o movimento do Diálogo Aberto, da Finlândia, a partir de Alakare.

No capítulo VI, “Cartografia das Clínicas Possíveis” apresento um mapa, construído em função da abertura do arquivo documental sobre os psiquiatras estudados. De forma sintética e organizada, mostro aspectos das clínicas e visões propostas por cada médico investigado, considerando os modelos distintos de práticas psiquiátricas de cada um. Em seguida, discuto as suas ideias e mostro as especificidades de cada um, as distinções entre seu pensamento como, o conjunto de seus experimentos, trazem um contributo mais do que relevante para a posteridade.

## 2 METODOLOGIA E IMPLICAÇÕES DO PESQUISADOR

Será que nem todo cientista se interessa, desde que seja um pouco curioso, pela história de sua ciência, será que nem todo cientista se coloca, mesmo que de forma simples, questões fundamentais sobre a razão de ser dos problemas, dos conceitos, dos métodos de sua ciência, questões filosóficas (epistemológicas) sobre sua ciência? (Canguilhem 2020, p.245)

Ao detalhar os passos dessa pesquisa, percebo necessário localizar suas motivações nos meus anos de formação. Resgato essa experiência arqueológica, lembrando os primeiros esboços desta pesquisa acadêmica, visto que tal investigação atuou como um portal, trazendo à minha memória sensações de diálogos da transmissão do ofício que, em poucos anos, transformaria aquele adolescente centrado no médico psiquiatra clínico inquieto que escreve esta dissertação. Peço permissão de trazer para mais perto os jovens estudantes de Medicina, pois se vejo em suas angústias aquelas que foram minhas, dedico-me para que saibam reconhecer onde dizer não; que saibam perceber inclusive onde se tornará necessário exercer a doce arte da desobediência civil, nas trilhas iluminadas por Thoreau<sup>6</sup>. Inspirando-me ainda em Joaquim Nabuco por seu trabalho abolicionista, almejo que possamos, para os jovens estudantes e, sobretudo, em benefício da pessoa rotulada como “doente mental” e mesmo para aquelas que receberam algum diagnóstico psiquiátrico “executar em poucos anos uma tarefa que havia sido desprezada durante um século” (Nabuco, 1998, p.19).

Ingressar num curso de Medicina aos dezessete anos de idade concede ao aluno conciliar a potência do corpo adolescente com a vontade de saber sobre o mundo, integrando num só investigador duas semiologias: a dos afetos com a clínica. A dos afetos lhe servirá para a vida. A semiologia clínica, para bem exercer a necessária técnica. A dos afetos se impõe sobre a clínica, pois lhe incute variáveis muitas vezes aparentemente contraditórias à da técnica.

Os primeiros anos foram percorridos no hospital da Santa Casa de Misericórdia, um lugar singular também por sua historicidade. Construído em 1841 nas franjas do Morro do Castelo, o local do hospital fora desde o Século XVI ocupado por sucessivas edificações destinadas aos

---

<sup>6</sup> Henry David Thoreau, escritor Norte-americano escreveu um ensaio chamado “A Desobediência Civil” (1849). Suas ideias serviram de inspiração para questionamentos do poder vigente, criticando a relação do indivíduo com o Estado, bem como as leis produzidas pelas instituições.

cuidados dos primeiros habitantes europeus da nascente cidade de São Sebastião do Rio de Janeiro. Num cenário onde luzes e sombras guiariam a trajetória de uma pessoa em formação, um nome ganharia relevo: o Professor Mário Giorgio Marrano. Eleito já ancião membro honorário da Academia Nacional de Medicina, reconhecido entre os pares como o Mestre dos Mestres, contribuiu para a formação de algumas gerações de médicos. Se alguns se tornaram, pela opinião pública, notáveis em suas áreas de atuação, o que nos interessa aqui é que todos, de uma forma ou outra, fomos tocados por sua maneira de exercer a clínica, palavra que tem sua etimologia no ato de se inclinar para aquele a ser cuidado. Sendo referência na Santa Casa para elucidar diagnósticos difíceis, ensinava com perceptível satisfação o ofício, resgatando sua instância de arte, artesã.

Como as enfermarias desse histórico hospital eram identificadas por números e pelo nome de seus expoentes titulares, não encontraremos em nenhuma delas seu nome. O Professor Marrano era um médico dos corredores, os quais eram lugares de confluência de encontros. Sua esfera de influência era na formação dos alunos que ali lhe demandavam e no cuidado dos pacientes internados, não na micropolítica da instituição. A experiência da convivência diária intra e extra-hospitalar com um médico que optara intuitivamente pela transmissão do saber sobre a cristalização do poder, pelo cuidar como ética, ajudava, sem que percebêssemos, a construir as fronteiras do que compreendíamos como cuidado.

Chegava o momento de cumprir o tão aguardado período do internato na Psiquiatria, no final da década de 1980. Mas houve um choque entre a expectativa e a realidade, materializado pelo contraste entre cuidado com a pessoa adoecida mais o jaleco em leve desalinho do Professor Marrano e a violência com o paciente e a aparência indefectível dos gestores dos manicômios onde esse ciclo do internato acontecia. Aquilo não parecia ser medicina e, no entanto, era. Pessoas dormindo na rua encontravam mais higiene e solidariedade que no manicômio, segundo uma interpretação idiossincrática desse então aluno. Ainda não conhecíamos a Reforma Psiquiátrica, de forma que a angústia teve de ser engolida a seco, por não encontrarmos com quem dialogar.

Não tardaria a descobrirmos que a naturalização do asilar para a Psiquiatria era o prevalente, inclusive para as instituições de ensino, naquele momento antes dos desdobramentos da Constituição de 1988. O cheiro de excrementos, as pessoas sem roupas, os catres imundos

eram, de fato, naturalizados pelos professores de Psiquiatria. Por que as instituições que se propunham a cuidar dos “doentes mentais” amputavam a higiene? Por que seus sorridentes diretores em seus indefectíveis jalecos (sim, havia uma direção nessas instituições) naturalizavam o fazer médico dessa forma? Esse foi um momento de crise na minha formação.

O contraste entre a presença e a semiologia do Professor Marrano, que tocava respeitosamente os pacientes, com o distanciamento corporal entre professores de Psiquiatria e “doentes mentais” era evidente. Dessa forma, a Psiquiatria só entraria na vida desse autor num segundo momento, no início dos anos 2000, quando de forma singular percebi o campo como uma intercessão entre medicina e outros saberes do mundo, em especial as linguagens.

A formação em Psiquiatria aconteceu na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ. A Unidade Docente e Assistencial de Psiquiatria é um serviço situado no Campus, mas na periferia do Hospital Universitário Pedro Ernesto, numa antiga vila de operários, tal qual a Santa Casa, também tombada pelo Patrimônio Histórico. Nesse lugar, professores de diversas vertentes do atual estado da arte da Psiquiatria – da mais organicista à psicanalítica – conviviam com razoável elegância nos momentos de embate intelectual. Esse dialogismo nos conduzia à vontade de investigar a pluralidade das engrenagens mais sutis do adoecimento mental e, pela primeira vez, foi possível formular a hipótese de que algum tipo de sofrimento seria a estrutura sobre a qual se instalaria a “doença mental”. Foi nesse cenário que íamos percebendo uma certa apatia em muitos pacientes após algum tempo de tratamento convencional com psicotrópicos e privação de convívio social. Se por um lado o tratamento psiquiátrico era capaz de atenuar manifestações comportamentais de sofrimento – agitação psicomotora, agressividade, por exemplo –, uma relativa apatia aparecia em maior ou menor grau, para um ou outro paciente. Mas, quando o tratamento psicoterápico acontecia de forma conjugada, e o paciente mantinha vibrante a capacidade de falar, principalmente quando delirava, esse dialogismo terapêutico produzia modificações na própria percepção de seu adoecimento. Nos percursos subjetivos que travavam, por vezes o tratamento os fazia caminhar até a saída do labirinto que é o adoecimento mental. Tal qual na Santa Casa de Misericórdia, a interação dos médicos em formação nos corredores era a diferença. Ali compreendíamos, ou ao menos formulávamos uma hipótese, sobre a multifatorialidade de um sofrimento mental ou referente à pluralidade de ações terapêuticas possíveis para atenuar um sofrimento ou promover a busca de cura. Sessões de cinema



aconteciam no Cine Loucart, com entrada e falas após as sessões franqueadas para quem quisesse. Não sabíamos que, naquele momento, também reinventávamos a forma de fazer a clínica Psiquiátrica, visto hoje muitos de nós daquele grupo, já grisalhos, estarmos em locais que nos permitem dialogar, e sermos escutados, em favor da pessoa em sofrimento mental. Mas, mesmo naquele momento, no primeiro lustro do Século XXI, era inacessível um posicionamento não polar entre psicanálise versus psiquiatria organicista. O tema violência e dialogismo ainda não nos havia chegado em sua forma atual, articulado à prevalência do adoecimento mental. Faltava fundamentalmente o acesso a estudos de uma psiquiatria contemporânea, os quais, com este processo de pesquisa acadêmica, nos foi possível reunir num único material de referência. Se, por um lado, na década de 1960, Thomas Szasz já fazia uma analogia entre escravidão e psiquiatria e Laing e Cooper delineavam caminhos entre o adoecimento e a interexistência, foi somente com trabalhos acadêmicos relativamente recentes que se pode provar que a esquizofrenia não é uma doença do cérebro, mas um adoecimento da vida.

Para além da minha biografia de médico e pesquisador, relembro que Foucault (1987), em seus trabalhos científicos nos mostrou o quanto é necessário que seja empreendida uma análise das ideias científicas, precipuamente, uma análise das ideias da psiquiatria, feita no seio da própria ciência médica. A ação do pesquisador, nesta dissertação, está articulada ao campo de investigação, visto que há estreita relação entre o meu fazer/ser e o recorte de autores que elenquei: médicos reformadores de sua prática, cujas formas terapêuticas gozam de variados e inovadores modelos. E pasmem: são justamente aqueles que, nos cursos de medicina têm sido esquecidos, não tendo repercussão merecida de seus saberes nesse campo de formação.

Pautado epistemologicamente no pensamento da fenomenologia, observo ainda a “inviabilidade do pesquisador colocar-se ‘fora’ do campo de investigação.” É possível, como fizeram, por exemplo Kurt Lewin e autores da Psicologia Social, mostrar zonas de interferência entre o pesquisador e o campo de pesquisa (Paulon, 2005, p. 18-19). Descrevemos aqui o argumento utilizado:

o observador inserido no seu campo de observação transforma, por definição, seu objeto de estudo. A necessidade de incluir-se, portanto, no processo investigativo, a subjetividade de quem pesquisa como categoria analítica já se apresenta aí, anunciando as bases do conceito institucionalista de implicação (Paulon, 2005, p. 19).

O centro desta dissertação é justamente isso: revisitar as ideias dos médicos psiquiatras que, após a Segunda Guerra (e mesmo durante), desenvolveram modelos, visões e formas de atenção inovadoras, com lastro científico, para tratar os “transtornos”, as “doenças mentais”. Vários foram os médicos que, de dentro da instituição psiquiátrica, trouxeram alternativas de tratamento a partir do seu contexto histórico, de seus atravessamentos ideológicos e do saber científico de que partilhavam. Como propusemos revisitar cada um dos médicos que julgamos bastiões de mudança, a tarefa nos impunha a definição de critérios de inclusão e de exclusão no mapeamento proposto, os quais serão abordados neste capítulo inicial. Porém, antes de explicitá-los, me debruço sobre o método da Cartografia e, enquanto cartógrafo, descrevo as minhas implicações com o objeto investigado, visto que, como psiquiatra, ao abrir o arquivo dessas ideias, pesquisas e experimentos, estou intrinsecamente afetado pelo que pretendo investigar. Faço parte do universo científico que almejo deslindar e analisar especificidades. Assim, superamos as pretensões de neutralidade e objetividade na observação do objeto “promulgada pelo paradigma científico das ciências” (Paulon, 2005, p. 18).

A metodologia de análise que utilizamos está baseada nos princípios da Cartografia, a qual foi selecionada por permitir a “captação da complexidade presente no campo e nos dados produzidos” (Martines, Machado e Colvero, 2013, p. 203). Sob a aparente universalidade de termos como “Antipsiquiatria” ou “psiquiatras reformistas”, os médicos que tratamos ao longo dos capítulos desta dissertação trouxeram contribuições que guardam singularidades e compõem uma cartografia particular a ser conhecida na contemporaneidade.

Em nosso objetivo de revisitar as críticas dos próprios psiquiatras à psiquiatria, médicos críticos de seu fazer e da própria instituição de que fizeram parte, buscamos:

- ✓ Explicitar e confrontar visões acerca da “doença mental”;
- ✓ Mapear influências e filiações ideológicas de cada modelo;
- ✓ Demarcar territórios epistemológicos;
- ✓ Expor modelos de cuidado propostos;
- ✓ Enumerar atores sociais envolvidos em cada modelo;
- ✓ Descrever a singularidade das ideias nascidas no pós-guerra;
- ✓ Analisar criticamente as contribuições para a clínica moderna desse legado.

A opção metodológica pela Cartografia filia-se a abordagens de Deleuze e Guatarri (*apud* Martines, Machado e Colvero, 2013, p. 203) e a Rolnik (2009). Os primeiros, por serem um dos primeiros filósofos a demarcarem a cartografia no uso da pesquisa qualitativa no Brasil, no campo da Saúde; a segunda, por propor um conceito de cartografia como “tarefa de dar língua para afetos que pedem passagem, de mergulhar nas intensidades” (Rolnik, *apud* Martines, Machado e Colvero, 2013, p. 206). Segundo Rolnik (2009) o cartógrafo está imerso às “intensidades de seu tempo” e “atento às linguagens que encontra”, de modo a “devorar as que lhe parecerem elementos possíveis para a composição das cartografias que se fazem necessárias. O cartógrafo é, antes de tudo, um antropófago” (Rolnik, 2009, p. 23).

Compreendemos cartografia enquanto um modo de mapear a realidade, a fim de acompanhar movimentos e intensidades de sujeitos que, no espaço de saber da psiquiatria, ao longo de décadas, empreenderam uma complexa produção de conhecimento, com terminologia variada, epistemologias distintas, afetações filosóficas e existenciais singulares.

Nossa intenção com a proposta da Cartografia trata-se de verificar a existência de uma

maneira de encarar os desafios do exercício do saber (...) [como] um fértil plano de experimentações metodológicas no sentido de incorporar continuamente os processos de subjetivação na construção do conhecimento, afirmando o caráter relacional e de transformação recíproca entre sujeito e objeto como fontes de potência para a pesquisa em humanidades (Sandroni e Tarin, 2014, p. 1)

A nossa cartografia parte da controvérsia que seria o próprio apagamento de muitos dos médicos aqui resgatados dentro do saber institucionalizado. Um deles, na contemporaneidade, em bastante evidência no campo dos estudos decoloniais e de Psicanálise, é Franz Fanon<sup>7</sup>. Como vimos no capítulo II, depois de lutar na guerra da Argélia, desenvolveu experimentos de tratamento filiados ao saber institucionalizado da época, como por exemplo o eletrochoque, embora, posteriormente, tenha posto em xeque, em seus estudos, todo o modelo de atenção eurocentrado de cuidado ao “doente mental”. Para esse psiquiatra, alienar-se pode ser um sintoma, um virar as costas para uma sociedade que sempre apaga uma dada subjetividade,

---

<sup>7</sup> Como vimos, as visões de Tosquelles e Fanon, enquanto representantes importantes da psicoterapia institucional se desenvolveram epistemologicamente afetadas pelas bases teóricas da fenomenologia e do existencialismo.

privilegiando a sua forma de existência. A psicoterapia institucional mobiliza categorias de existência e desvela uma sujeição psíquica, somente capaz de se resolver na luta social concreta, e esse modelo é uma contribuição importante que o psiquiatra Fanon deixa como legado e que faz parte do mapeamento de realidade que propomos.

Ainda considerada relativamente nova no campo das pesquisas qualitativas na área de Saúde, a cartografia tem sido utilizada como proposta metodológica por pesquisadores brasileiros como Rolnik (2009) e Martines, Machado e Colvero (2013). Em específico, a vertente que adotamos de cartografia “opera a partir de uma perspectiva relacional e processual” e denomina-se “cartografia das controvérsias”:

Trata-se de um conjunto de técnicas elaboradas pelo sociólogo francês Bruno Latour enquanto versão didática da Teoria Ator-Rede (TAR). O objetivo bastante particular deste tipo de pesquisa em ciências sociais é fazer um mapeamento dos diversos atores (humanos e não humanos), agenciamentos e associações dispostos em rede a partir de uma determinada controvérsia (Sandroni e Tarin, 2014, p. 1).

Compreendemos o procedimento da cartografia como um dispositivo capaz de nos ajudar a acompanhar o processo em curso, de transformação da psiquiatria, passível de ser mapeado a partir da análise das ideias do grupo de teóricos psiquiatras reformistas e críticos de sua *práxis*. A cartografia

não visa isolar o objeto de suas articulações históricas nem de suas conexões com o mundo. Ao contrário, o objetivo da cartografia é justamente desenhar a rede de forças à qual o objeto ou fenômeno em questão se encontra conectado, dando conta de suas modulações e de seu movimento permanente (Barros e Kastrup, 2009, p.56).

Para tal, tomamos os processos que movimentaram a psiquiatria, buscando expor quão ampliado pode ser o escopo de atuação do médico, trazendo concepções críticas sobre a historicidade da psiquiatria: o papel do asilo, a conjuntura de poder institucional, ampliando a responsabilidade sobre atos diagnósticos e terapêuticos endereçados a pessoas eventualmente identificadas como tendo “doença mental” – conceitos e ações terapêuticas – para atores diversos além do Psiquiatra. É importante observar ainda que, enquanto psiquiatra e médico, também sou o cartógrafo de uma área de saber e que me insiro como sujeito:

O cartógrafo, faz parte dos movimentos por ele próprio cartografados, e possui uma posição ética claramente estabelecida neste processo. O cartógrafo realiza o seu trabalho de cartografar relações enquanto e porque se relaciona com elas, o conhecimento se constrói nos encontros, sujeito e objeto da pesquisa, para esta perspectiva, são coemergentes (Sandroni e Tarin, 2014, p. 9).

Na seleção dos médicos cartografados, na escolha de caminhos de pesquisa, como pesquisador, estou implicado no processo que descrevo, reconstituindo ideias, redesenhando processos, explicitando complexidades e, claro, produzindo deslocamentos e transformações científicas desse conjunto de conhecimentos. O desejo de fazer existir modelos diferenciados de cuidado para além da hegemonia do biológico e de atualizar as ideias de um conjunto de psiquiatras inovadores e que influenciam o modo como trabalho na clínica também se insere nesse movimento.

Para compor o mapa com aspectos de cada psiquiatra revisitado através de pesquisa documental, elencamos itens como referências, epistemologia, ideologia, traduzida como uma frase que sintetiza a prática, conceito de “doença mental” e de “doente mental”, papel do psiquiatra e modelo de assistência proposto. O mapa sintetiza saberes e procura mostrar que, apesar dos psiquiatras investigados se situarem genericamente como “reformistas”, “alternativos” ou “antipsiquiatras”, suas práticas e visões se apresentam uma a uma, não coincidentes e o melhor: repletas de criatividade no modelo pretendido de atenção e cuidado com o “doente mental” e à pessoa com algum diagnóstico psiquiátrico. O estudo pretendeu sintetizar essas marcas de cada um, em uma espécie de cartografia de clínicas possíveis, a qual demonstra para a comunidade médica e psiquiátrica a diversidade de modelos de pensamento cujo direcionamento de cuidado se distancia da mera prescrição de fármaco e complexifica a área do saber médico em que nos incluímos. De posse dessas variáveis, desses saberes, o diagnóstico e a opção por uma ou outra terapia passam a ser mais conscientes e, sobremaneira, mais respeitosos junto ao “doente mental”, aqui incluídas as pessoas que receberam algum diagnóstico psiquiátrico.

Sete dos onze médicos psiquiatras que inicialmente selecionamos para trabalhar, por conta de suas visões críticas do campo da psiquiatria, nasceram no período entre a Primeira e a Segunda Guerra Mundial: Szasz, Laing, Cooper, Caplan, Basaglia, Fanon e Jones. Três nasceram antes:

Caplan, no final da 1ª Grande Guerra, Tosquelles, em 1912 e Maxwell Jones em 1907; e três depois: Moncrieff, Ortiz Lobo e Alakare. O último a entrar na lista foi Frances, nascido durante a segunda Guerra Mundial. Essa cronologia etária nos auxilia a situar historicamente a juventude desses hoje expoentes da psiquiatria e que tipo de mundo herdaram e qual gostariam de deixar como legado.

Ao longo do percurso de observação das referências bibliográficas, identificamos esses autores a partir de obras e produções de outros protagonistas da Reforma Psiquiátrica: Amarante, Arouca, Bezerra, Birman, Jurandir e Desviat. Há uma perenidade de citações dos autores trabalhados. Assim, pudemos perceber uma familiaridade conceitual entre esses autores no cuidado ao “doente mental”. Outros autores, os mais contemporâneos, nos chegaram em congressos, principalmente os organizados pelo LAPS/ENSP/FIOCRUZ, com especial atenção aos Seminários Internacionais A Epidemia das Drogas Psiquiátricas, organizados por Amarante, Freitas e Guljor. Ali, pela primeira vez no Brasil foram reunidos os atuais protagonistas da leitura crítica das publicações sobre psicotrópicos: Robert Whitaker, autor do citado *Anatomia de Uma Epidemia*; Irwin Kirsh, o maior estudioso vivo sobre placebos; Lucy Johnstone e John Read, autores do Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra e autores do *The Power Threat Meaning Framework: Towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behaviour, as an alternative to functional psychiatric diagnosis*.

Tivemos, contudo, que estabelecer critérios de inclusão e de exclusão. Os autores contemporâneos eram muitos e bastante complementar a discussão entre eles sobre a forma de tratar do tema da iatrogenia, uma matéria de nosso interesse. Mas exatamente pela extensão do tema e da diversidade dos autores, fomos tentando dar o foco sem restringir a discussão. Um recorte estruturante era necessário e a decisão foi focalizar a crítica da psiquiatria realizada pelo profissional que, com algum considerável poder de mudança, estava mais dentro do campo. Então decidimos que todos os autores trabalhados deveriam ser Médicos Psiquiatras.

Um outro aspecto foi o comprometimento de cada psiquiatra escudado, com o dia a dia de sua *práxis*. Cada qual trabalhou no exercício da Psiquiatria Clínica, lidando com a crise psicótica. Há estudos mais recentes, inclusive, que demonstram o quanto a possibilidade de um quadro de esquizofrenia em uma família pode ser traumático:

nas crises psicóticas, a duração do período sem tratamento (DPST) [...] quanto mais longo o período em que o paciente tem experiências psicóticas antes de iniciar o tratamento, pior é o prognóstico (Seikkula e Arnkil, 2020, p. 196).

Um terceiro critério foi o ideológico: tentar perceber que vivemos na Medicina um período de transição. O “combate” às doenças infecciosas inaugurado na Segunda Guerra Mundial salvou milhares de vidas nos campos de batalha e, depois, no dia a dia da civilização. Representou um inquestionável e bem-vindo sucesso da indústria farmacêutica, seguido pelo “combate” às doenças cardíacas e oncológicas. A transição se impõe na contemporaneidade com o surgimento e disseminação de cepas bacterianas resistentes a todo e qualquer fármaco conhecido e o surgimento de epidemias. No cuidado com o “doente mental”, os autores contemporâneos que aqui selecionamos, munidos da tecnologia de ponta para suas pesquisas, confirmaram o que já diziam os autores que questionaram a primazia do uso de psicotrópicos no tratamento de pacientes psicóticos.

Um quinto critério é nosso interesse pedagógico, pois estudamos e escrevemos sobre um assunto que gostaríamos de ter lido em nossa formação de Médico, que estudantes de Medicina, incluindo aqui os em formação em psiquiatria, possam eventualmente 1- despertar interesse para o tema e, com isso, realizar leituras críticas dos manuais de psiquiatria que se baseiam em categorias diagnósticas, criando interesse em leituras outras para além dos muros da medicina, pois “aquele que só sabe medicina, não sabe nada, nem Medicina”. E, o mais importante, 2- ter de fato interesse afetivo por ouvir os pacientes em crise psicótica, pois são histórias repletas de existências numa “escrita” singular e privilegiada a esse ouvinte também privilegiado que é o Psiquiatra, pois a ele é delegado o poder de conduzir a singular virtude de tratar.

Começamos com Szasz, que faz uma comparação bastante pertinente entre os inquisidores da Idade Média e a psiquiatria. Abre as portas para que compreendamos que a psiquiatria tem se tornado uma “pseudociência”, carregada de moralismos e amante do poder institucional.

Passamos a Laing e Copper, que valorizam a experiência do paciente e os quais tiveram suas próprias existências buscadas, tocadas e entretecidas com diversos outros psiquiatras,

trabalhadores da saúde, artistas e intelectuais de seu tempo.

Gerald Caplan, que trouxe para a psiquiatria conceitos da Saúde Pública, fundamentalmente a prevenção primária, secundária e terciária. Se foi autor criticado por muitos que o seguiram, temos a hipótese que deriva de seus trabalhos a permanência desses conceitos e, por conseguinte, a chegada de dois conceitos preventivos posteriores a ele: a prevenção quaternária (evitar iatrogenias) e o recente conceito ainda não suficientemente submetido ao crivo da clínica e da pesquisa, a prevenção quinquenária, que “atua exclusivamente no campo biopsicossocial do médico, evitando práticas incorretas que possam ocorrer involuntariamente”. Por práticas incorretas involuntárias: práticas incorretas que não sejam resultantes de desatualização científica ou do não cumprimento dos princípios éticos (Santos, 2014).

Passamos então a Basaglia, considerado o grande revolucionário da Reforma Psiquiátrica, revolucionário no sentido da mudança de paradigma e da coragem pelo enfrentamento inclusive jurídico que deu à causa de criar instâncias de fato terapêuticas à pessoa em sofrimento mental. Com Basaglia, o manicômio foi definitivamente desnudado, bem como a perversa estrutura de poder da instituição psiquiatria.

Tosquelles e Fanon, representantes da psicoterapia institucional, têm em suas bases teóricas a fenomenologia e o existencialismo. Tosquelles, mentor de Fanon, tem sua atualidade e nos ajuda a compreender que a forma de sofrer é contemporânea de seu tempo e espaço. É o médico que inaugura a psiquiatria laboral. Fanon, na contemporaneidade, é um dos intelectuais mais lidos na academia seja em cadeiras de Psicologia, seja de História ou Ciências Sociais. Sobre a loucura, afirmou com propriedade: “é inteiramente vivida no registro do sentido.”

Maxwell Jones inspira-se em Laing e Cooper, bem como na experiência Sotéria de Mosher para criar uma Psiquiatria Preventivista de base comunitária. Refuta o hospital psiquiátrico e o aponta como a variável relacionada à cronificação dos pacientes psicóticos.

Joanna Moncrieff, Alberto Ortiz Lobo e Birgitta Alakare são os representantes mais contemporâneos desses Psiquiatras Críticos. Moncrieff é um dos médicos pioneiros nas meta-análises que foram capazes de provar que os psicotrópicos não entregavam o que se propunham. Ortiz Lobo trabalhou o conceito de iatrogenia, de Ivan Illich, para a psiquiatria Tanto Moncrieff



quanto Ortiz Lobo, por serem Psiquiatras, reconhecem a utilidade em alguns casos dos psicotrópicos e necessidade, também em algumas situações limite, mas prontamente fundamentáveis, de medidas coercitivas no tratamento.

Por último, Allen Frances. Se ele foi o homem que comandou o DSM na Quarta Revisão, edição que criou diversas categorias nosológicas para a psiquiatria e ajudou a introduzir medidas terapêuticas hoje reconhecidamente iatrogênicas, Frances se levanta contra a Quinta Edição do DSM, pelos mesmos motivos listados acima. Sim, há aparente contradição e paradoxo em ter um comandante do DSM criticando o DSM na edição seguinte por pontos já presentes na edição anterior, quando ele a comandava. Mas aqui cabe a existência, cabe o direito a se repensar: a desaprender e a reaprender. A história está cheia de personalidades notáveis que mudaram mais que de opinião, de forma de viver, de ética. Paulo de Tarso, soldado romano, se converteu ao catolicismo. Assim, Frances, em sua conduta de erigir a obra do DSM e depois tentar conter os seus possíveis efeitos nocivos, nos lembrou o conceito de *Sankofa*, retorno e busca: “você sempre pode voltar para corrigir seus erros”. Por esse motivo, talvez caiba a Frances as maiores homenagens.

### 3 CRÍTICAS À PSIQUIATRIA

Analisar e criticar conceitos confere à história das ciências sua dignidade.

(Canguilhem, 1991, apud Caponi, 2012: 173)

A Psiquiatria é a especialidade médica mais na fronteira dialógica com saberes das culturas e das ciências sociais, os quais estão em sua constituição (Foucault, 2008), perder esse diálogo a hermetiza como técnica, repleta de tautologias. Nessa situação, é facilmente absorvida pela sociedade na qual se instala como instrumento de poder na mão de poucos. Um monstro institucional a serviço de uma máquina segregadora, profundamente desumana, como apontou Szasz (1971), ao comparar o campo da Psiquiatria com a Inquisição, ocorrida cinco séculos antes. *Avant la lettre*, o autor observa que a Psiquiatria Institucional e seus arautos funcionaram como aqueles Inquisidores, estruturados como vozes oficiais de um Estado oligárquico: a Inquisição para identificar e queimar feiticeiras; a psiquiatria para identificar (diagnosticar) e confinar física ou quimicamente (medicar) loucos e desajustados. Neste primeiro capítulo, temos o objetivo apresentar a visão de alguns autores médicos que produziram críticas à monocultura epistemológica que habita a Psiquiatria desde sua fundação e ressurgiu, em diferentes momentos históricos. Iniciaremos com os identificados como antipsiquiatras, que desenvolveram conjuntos heterogêneos de iniciativas, provocando modificações na Psiquiatria Institucional. Dessa forma, constituem vozes que oferecem à psiquiatria uma capacidade de meta-análise.

#### 3.1 SZASZ E A FABRICAÇÃO DA LOUCURA

Ao começarmos este capítulo por Thomas Szasz, marcamos a posição iconoclasta deste psiquiatra, ao questionar o campo da Psiquiatria e a existência de seu “objeto sagrado”: a “doença mental”. Sua crítica ofereceu subsídios para uma leitura da psiquiatria filiada ao que estudiosos como Foucault denominam Antipsiquiatria.

Conforme Szasz, o “conceito de doença mental é análogo ao da feitiçaria” (1976, p.19). Ao lançar luz para essa analogia, Szasz permite que percebamos como são similares as fundamentações segregadoras para as pessoas com loucura, do final da Idade Moderna à

Contemporânea, com aquelas acusadas de feitiçaria, na Idade Média. Este psiquiatra defende que a ciência se misturou à ideologia religiosa ao longo das transformações históricas: “houve uma transformação de uma ideologia religiosa numa ideologia científica” (p.20) e não uma então carência de categorias nosológicas, para melhor explicar cientificamente aquelas manifestações. A contemporaneidade teria, assim, a Medicina substituindo a Igreja; o psiquiatra, o inquisidor; e insano substituído o herege/feiticeira. Assim considerados, enquanto o herege/a feiticeira confirmariam a fé, é a existência do “doente mental” que sacramentaria o que se pode considerar como sanidade. Esse seria o “papel social do doente mental” (p.22). Dessa maneira, temos o que Foucault (2020) denuncia sobre a crise da psiquiatria: um mal fabricado e administrado pelo poder médico:

Como o papel social do doente mental foi estabelecido pela ainda hoje irresistível combinação de opinião de autoridade, ampla propaganda e credulidade popular, ocorre às vezes que as pessoas afirmem estar mentalmente doentes (Szasz, 1971, p.22).

Da mesma forma que na Idade Média algumas pessoas se acusavam como sendo feiticeiros, pessoas que atualmente se colam à definição de “doentes mentais” podem simplesmente não perceberem outro lugar social para si senão aquele de doente. Para além, portanto, de conscientemente estarem buscando algum ganho secundário, seja atenção por tratamento, seja dispensa de serviço militar ou benefícios por incapacidade<sup>8</sup>.

No cerne do pensamento de Szasz está um conceito de loucura como um elemento do qual a sociedade, à época, a europeia precisaria se proteger. A loucura já existia antes desse período, evidentemente, mas o mal ligado ao incômodo de tê-la entranhada na urbe é gestado nos idos do século XVII, momento no qual cidades europeias começavam a circunscrever o perigo que era o louco. Nascia e se cristalizava, naquele momento, um movimento persecutório em massa contra a loucura (Szasz, 1971, p. 32). Para o autor, “a perseguição aos doentes mentais já dura mais de três

---

8

Szasz utiliza a expressão “auxílio psiquiátrico”, que atualizamos para “benefício por incapacidade” em nossa releitura, terminologia utilizada pelo Manual pelo “Manual Técnico de Perícias Médicas do INSS”.

séculos e sua popularidade está aumentando”. Compreendemos que o paradigma da atenção à pessoa com “doença mental” passa a ser modificado em função de esforços no seio da própria psiquiatria, como o de Szasz. Se o “doença mental” tem papel social, também o teriam os psiquiatras: o médico traz à baila o rol de atividades do “psiquiatra institucional”, como sendo um bastião da norma social:

Além do processo de imposição e do internamento, as intervenções do psiquiatra institucional incluem diversas medidas, dentre as quais o exame dos acusados para verificar sua sanidade, [...] de empregados para verificar sua capacidade [...] de histórias de pessoas mortas para verificar suas 'capacidades de fazer testamentos' e por aí vai” (p 23).

Na contemporaneidade em que produziu suas obras, delineando o problema de se garantir o objeto da psiquiatria livre de juízos morais e religiosos, Szasz (1971, p. 24) afirma que, na década de 1960, o “doença mental” era eminentemente o pobre, um panorama que guarda alguma semelhança com o que encontramos atualmente. Uma pessoa pobre, numa eventual crise, teria maiores probabilidades de ser categorizada pelos serviços de saúde como “doença mental” e mesmo ser internada. Caberia às autoridades psiquiátricas a decisão sobre o seu destino, um poder conferido ao médico, que, dentro dos critérios de cada tempo histórico, se embasa mais em ideologias fluidas que por técnicas bem estruturadas.

Influência no pensamento francês, Sartre abre o capítulo “A Feitiçaria como Bode Expiatório”, de Szasz: As pessoas de bem dão nomes às coisas, e estas conservam tais nomes. (...) [O bode expiatório] está do lado dos objetos que recebem os nomes, não daqueles que os dão (Sartre, *apud* Szasz, 1976, p. 126).

Os psiquiatras, conforme Szasz, numa leitura anacrônica, tentariam aplicar a “teoria psicopatológica da feitiçaria”, nomeando certas mulheres como “mentalmente doentes”. Denominá-las “feiticeiras” fora um erro diagnóstico. O psiquiatra traz a visão dos historiadores para endossar a sua crítica:

Os historiadores, ao contrário, são defensores ardorosos da teoria de bode expiatório da feitiçaria: sustentam que as feiticeiras eram as ofertas “de sacrifício” de uma sociedade animada pelo simbolismo e pelos valores da Teologia cristã (Szasz, 1976, p. 126).

A feiticeira, àquele tempo, está no lugar de coisa, objetificando, portanto, e qualificando aquelas então nomeadas. O psiquiatra denuncia a “escravidão psiquiátrica”; se antes o “doença mental” era alienado, apartado nos lugares de confinamento, no tempo de Szasz, o tratamento do psiquiatra reivindica para si a assistência:

o direito do louco de obter assistência foi, de fato, o direito do alienista de colocá-lo em reclusão; e, na era atual, a reivindicação do direito a tratamento do paciente psiquiátrico é, na verdade, a reivindicação do direito do psiquiatra de tratá-lo (Szasz, 1977, p. 129).

Conforme Szasz (1967), a inquisição e a psiquiatria institucional se desenvolveram em diferentes condições econômicas, morais e sociais, mas operaram de maneira semelhante, visto que ambas as instituições teriam organizado métodos opressivos em termos terapêuticos:

O Inquisidor salva a alma do herético e a integridade de sua Igreja; o Psiquiatra restaura a saúde mental e seu paciente e protege sua sociedade do insano perigoso. Como psiquiatra, o inquisidor é um epidemiologista: está preocupado com a existência da feitiçaria; é um diagnosticador, determina quem é feiticeiro e quem não o é; finalmente, é um terapeuta; exorciza o demônio e, assim, garante a salvação da alma da pessoa possessa. Por outro lado, a feiticeira, como paciente psiquiátrico involuntário, é colocada num papel degradado e divergente contra a sua vontade; está sujeita a alguns processos diagnósticos a fim de verificar se é ou não uma feiticeira; finalmente, é privada de liberdade e, frequentemente, da vida, aparentemente para o seu benefício (Szasz, 1971, p. 55).

Szasz lembra uma frase de Michelet, passada a historiadores da Medicina e da psiquiatria: “Por mil anos, o povo só teve uma terapeuta: a feiticeira”. Esse saber comum demonstrava a importância do papel antes exercido por mulheres brancas, que passou a ser motivo de incômodo na sociedade dos tempos inquisitórios da Idade Média. As pessoas simples, quando tinham

problemas procuravam “a boa feiticeira”. A relação entre essa mulher e o demônio foi imposta a seu papel pela Igreja: “Na realidade, o mago, ou mais frequentemente a feiticeira, constituía um tipo de terapeuta pré-científico, que combinava os papéis de praticante de Medicina, sacerdote e bom vizinho” (Szasz, 1971, p. 115). Protetora da comunidade, a feiticeira<sup>9</sup> fora a terapeuta antes de seu papel ter sido dividido entre duas novas instituições: A Igreja e a Medicina:

“Os imperadores, os reis e papas, bem como os barões mais ricos, tinham diferentes médicos de Salerno, ou então médicos judeus e mouros; mas o maior grupo de qualquer Estado, o que se poderia denominar todo mundo, consultava apenas a *Saga*, a Feiticeira”. Esta era muitas vezes chamada Boa Senhora, ou a Senhora Bela, a *Bella Donna* (o nome de um dos seus medicamentos, ainda hoje usado pelos médicos (Entre aspas, Szasz, *apud* Michelet 1971, p.114).

O médico, através da proposição analógica entre as duas instituições, bem como entre a feiticeira e o “doença mental”, questiona também problemas relacionados de “diagnóstico diferencial”, ao observar que os médicos se encarregam de questões que em nada têm a ver com medicina:

Um médico pode ser capaz, ou não, de verificar se um paciente sofre de doença física; mas se pensa que o paciente não tem esse tipo de doença, não pode inferir disso que seus sintomas sejam devidos à feitiçaria ou à doença mental – ainda que não seja por outra razão, apenas porque não existe esse tipo de doença (Szasz, 1967, p. 54).

O psiquiatra afirma que os problemas relativos ao diagnóstico diferencial somente sumiriam caso o especialista ou médico levasse em conta apenas as doenças do corpo, sendo instado a um diagnóstico orgânico. Dessa maneira, as “doenças mentais” seriam reconhecidas como uma “entidade fictícia, semelhante à feitiçaria”. Szasz acusa a psiquiatria institucional de ser uma continuação da Inquisição, tendo transformado apenas o vocabulário, a fim de promover

---

<sup>9</sup> Szasz (1971, p. 115 - 125) dedica um capítulo inteiro de seu livro “A fabricação da loucura” para explicitar o papel da feiticeira e a tomada de poder pela Igreja (o padre) e pela Medicina (o médico). A partir de Michelet, desenha o papel de terapeuta feiticeira na era medieval.

ajustes às “expectativas intelectuais da época.” Embora embasada no campo científico, fundada em novos conceitos, continuava a “parodiar” “os ideais de liberdade e racionalidade” do “movimento social pseudoliberal” (Szasz, 1971, p. 56).

Szasz vai além a questionar o que os psiquiatras consideram tratamento: “Grande parte do chamado tratamento psiquiátrico tem por objetivo uma mudança nas crenças e na conduta do paciente (Szasz, 1977, p. 129)”. Sendo a “mudança de conduta” voluntária, “com sua cooperação ativa”, seria um processo “de aprendizado”, não incutindo “nenhuma questão moral, legal ou constitucional”; todavia, se imposta, representa um problema moral, legal e constitucional. Nesse sentido, cita Karl Jaspers, mencionando casos psicóticos em que, colocando em risco a si ou a terceiros, eventualmente se beneficiaria, em momentos de crise, de internação. Assim, no ambiente que deveria ser terapêutico, fica-se à mercê de uma abordagem que faz dos internos reféns de uma conduta estritamente médica, questionando o próprio conceito médico de tratamento. Desse modo, Szasz, um dos psiquiatras reformistas, critica o dispositivo tradicional que foi a internação compulsória:

O tratamento racional não é realmente um objetivo atingível no que concerne à grande maioria dos doentes mentais, no sentido estrito... A internação hospitalar, frequentemente, se faz contra a vontade do paciente e, portanto, o psiquiatra se encontra numa relação com seu paciente diversa da de outros médicos. O psiquiatra tenta minimizar ao máximo essa diferença deliberadamente acentuando sua abordagem puramente médica do paciente; este, porém, em muitos casos, está de todo convencido de que está bem e resiste aos esforços do médico (Jaspers *apud* Szasz, 1977, p. 130).

Szasz também explora “semelhanças ideológicas, econômicas, políticas, linguísticas e legais entre escravidão involuntária e psiquiatria involuntária”. E que as instâncias médicas ignoram, por estarem apartadas de uma reflexão ligada ao social e ao histórico. Nesse sentido, elucida um paralelo entre a presença de proprietários de escravos na Suprema Corte dos Estados Unidos (período escravocrata de 1789 a 1865) e a aplicação de “resoluções mais restritivas para os negros”. Com essa analogia, conclui:

essas considerações históricas – em torno da escravidão involuntária e da psiquiatria involuntária – sugerem que o remédio para esses males está não nas reformas executadas pelos tribunais, mas na modificação dos sentimentos populares ou na liderança dos legisladores, ou talvez numa combinação de ambas (Szasz, 1977, p. 156).

O psiquiatra aponta, portanto, para uma ética do coletivo. Se a escravidão de negros no século XIX era admissível pela Magistratura ou pelas instituições médicas, isso se dava por ser admitida pela sociedade em que ambas as esferas de poder se inseriam. Se o confinamento de pessoas com adoecimento mental é admissível no século XX e também hoje, tal procedimento se dá porque grossos estratos de nossa sociedade assim o consideram pertinente e ético: “Creio que o conceito de uma personalidade bem-ajustada, normal e caracteristicamente humana se baseia em critérios éticos e psicossociais” (Szasz, 1974, p. 197).

Mas esse coletivo não pode cair no engodo da totalização, pois aí teríamos outra normatização. Daí Szasz criticar o próprio conceito de “doença mental”, considerando que “a noção de doença mental subentende, em primeiro lugar, que a saúde mental é uma “coisa boa”; e, em segundo lugar, que existem certos critérios segundo os quais a saúde e a doença podem ser diagnosticadas” (Szasz, 1974, p. 186).

Convocaria, assim, Szasz os psiquiatras a escapar para além da vontade de curar: para que abdicuem do furor em diagnosticar:

A crítica de Szasz à psiquiatria baseava-se numa frontal recusa às pretensões de cientificidade dos diagnósticos da disciplina. Para ele, doença mental era nada mais nada que uma metáfora, um mito criado para tornar mais palatáveis certos problemas da existência individual e justificar controle e intervenção sobre experiências e comportamentos desviantes ou socialmente indesejados numa determinada época (Bezerra Jr., 2014, p. 09-10).

Bezerra Jr. traz as concepções de Szasz, observando que o psiquiatra defendia o uso do termo doença exclusivamente para “eventos ou estados efetivamente associados a alterações anátomo-fisiológicas cientificamente comprovadas, e não a problemas que dizem respeito à esfera da existência (Bezerra Jr. 2014, p. 10)”. Ou seja, sem marcadores biológicos não se poderia



conferir ao mal *status* de doença. O agregar de problemas ligados à existência, “perturbações do espírito”, para Szasz, constituía mero instrumento de controle social através do estabelecimento de um julgamento moral o qual varia socio-historicamente.

O próprio Szasz (1976) esclarece o objeto da psiquiatria, sendo assertivo ao mostrar o quanto se trata de, inclusive por meio da ideologia científica, desvelar o comportamento do homem ocidental através de mecanismos de controle e de coerção presentes na constituição da psiquiatria institucional:

o objeto da Psiquiatria é o conflito humano. Mas como o conflito precisa ser arbitrado, controlado, solucionado. Por isso, o homem sempre achou necessário empregar vários métodos para lidar com antagonismos interpessoais e sociais. Todos esses métodos têm uma coisa em comum: o uso da força. No entanto, talvez porque os homens são homens e não animais, não podem apenas coagir, oprimir ou exterminar seus semelhantes; precisam também explicar e justificar a destruição (Szasz, 1976, p. 331).

As críticas do médico demonstram o quanto a psiquiatria institucional e o diagnóstico baseado em categorias nosológicas equivocadas infligem sofrimento e precisam ser reformadas.

### 3.2 COOPER E LAING: A PSIQUIATRIA E O EXISTENCIALISMO

Influenciado pelo filósofo americano Alan Watts, especialista em religiões orientais, e para o qual a ciência se trata da explicação ideológica da verdade, Cooper (1967) coloca em questão o conceito de esquizofrenia e a metodologia investigativa prevalente na psiquiatria (Amarante: 1995, p. 44).

Segundo o médico, não se trata de um campo no qual o método analítico satisfaria a compreensão do objeto. Considera que a “doença mental” não se reduz à pessoa doente, mas na pessoa em crise, a qual não é individual, mas uma crise nas relações microssociais do sujeito, principalmente as do seio familiar. E como não se pode aferir nas relações uma previsibilidade dos comportamentos, tal qual na Física ou Química, por exemplo, Cooper propõe o método

dialético, que, segundo o autor, permitiria a compreensão das variáveis envolvidas na crise que sofre a pessoa<sup>10</sup> com psicose.

Sobre a esquizofrenia, Cooper (1967) sublinha que a “doença” era o que Szasz chamou ironicamente de “panchreston”, um categórico “explica tudo”, que evidentemente não dava conta da complexidade que representa o sofrimento mental:

esquizofrenia é uma situação de crise microsocial, a 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 (Cooper, 1967, pp. 16-17).

Ou seja, seria um equívoco epistemológico, um erro de premissa supor que a esquizofrenia fosse tão somente um transtorno em que o semiologista percebe algum fenômeno psicótico<sup>11</sup>. Seria não um “defeito primário no futuro paciente<sup>12</sup>”, mas uma “falha demonstrável num campo microsocial de pessoas em relação” (Cooper, 1967, p.17). O autor insere a relação e a presença de um outro, o grupo no qual o paciente está envolvido e faz laços sociais como um elemento a ser observado. Cooper propõe ampliar, portanto, o foco da investigação clínica sobre o “paciente com esquizofrenia aguda”<sup>13</sup> da pessoa para seu grupo familiar, defendendo que haveria uma “inteligibilidade” no momento de crise, a “primeira admissão” de uma pessoa com

---

10

Cooper utiliza majoritariamente o termo pessoa, e não indivíduo ou sujeito. Laing (1979, p. 21) especifica a definição: “a pessoa enquanto personagem que representa um papel e a pessoa enquanto ser”.

11

O conceito de psicose é um dos poucos termos da psiquiatria psicodinâmica que permanece no DSM e na CID 10 (Ponte e Calazans, 2017, pp.108-110). No CID 10, há 41 entradas do termo “psicótico” e uma de “psicose”. “F29: Psicose não orgânica e não especificada” (CID 10, 2012, p. 68).

12

[grifo nosso]

13

O termo “esquizofrenia aguda” poderia ser atualizado, de acordo com a nomenclatura do CID 10 e DSM como um episódio psicótico agudo. Refere-se Cooper, em particular, ao primeiro surto psicótico do sujeito, cujo acolhimento adequado tem fator prognóstico para a não cronificação de um quadro psicótico. Aprofundaremos essa leitura no 4º Capítulo.

quadro psicótico<sup>14</sup> (Cooper, 1967, p.17).

Haveria nos eventos humanos, inclusive os psicóticos, uma possibilidade de compreensão, cabendo ao examinador a tarefa de compreender, de perceber sua inteligibilidade. Para Cooper,

a ação humana, a interação e seus produtos sociais são *inteligíveis*, se pudermos seguir neles um padrão de síntese de uma multiplicidade dentro de um todo. Se formos capazes de dar um passo adiante e vincular a práxis (atos de um indivíduo ou grupo) a uma intenção de um indivíduo ou grupo, então teremos descoberto a *compreensibilidade* da *práxis* (Cooper, 1967, p.17).

Dessa forma, situando o adoecimento psicótico no campo relacional, Cooper insere a linguagem como elemento semiológico a ser compreendido pelo examinador: Que não se desarticule o exame clínico da análise da linguagem que os falantes praticam não apenas espontaneamente, mas da linguagem que estrutura o humano:

o problema central, conforme o vejo, consiste em considerar o quadro do comportamento, a totalidade do comportamento comunicativo verbal e não-verbal apresentado pelo diagnosticado 'paciente com esquizofrenia aguda'. (Cooper, 1967, p.17)

A valorização do exame clínico, a análise da linguagem e a observação do outro em que se insere a pessoa, para Cooper, são procedimentos imprescindíveis para um modelo de tratamento menos “violento”. Cooper lança luz sobre a necessidade de articular o conceito de esquizofrenia ao tema violência, mas não como fato/ato de compreensão universalizável, e sim como um processo inteligível. Quando uma pessoa se torna um “esquizofrênico designado”, existe a implicação de

uma violência sutil, psicológica, mítica, mística, espiritual. Esta violência é tão tortuosa, que mistificou sua inexorável sujeição ao menos durante o último século, porém agora, somos finalmente capazes de começar a dizer o que é. (Cooper, 1967, p. 28)

---

14

“pelo diagnosticado com esquizofrenia aguda”.

O autor observa que as decisões sobre a “doença mental” estão nas mãos dos “sadios” e interpreta como violência o monopólio da representação conceitual que o semiologista Psiquiatra faz incidir sobre a pessoa adoecida, representação essa que expressa os interesses que a psiquiatria exerce (Cooper, 1967, p.31). Ao propor uma abordagem diagnóstica e terapêutica que considera as relações da pessoa adoecida, retifica o objeto de observação. Sem perder de vista a pessoa adoecida, amplia assim o campo de observação para seu grupo nuclear. Com isso, coloca em xeque a categoria nosológica, o diagnóstico, como uma perene cristalização do estado patológico. Lança, dessa forma, a necessidade de uma revisão na própria fenomenologia aplicada à *práxis* da psiquiatria, a qual tem sido hegemônica desde os trabalhos de Kraepelin (Desviat, 2018, p. 115) e base dos sistemas classificatórios atuais dos ditos transtornos mentais.

Quanto à metodologia, para o autor haveria, assim, uma “confusão metodológica” a ser ultrapassada, quando se situa a psiquiatria como regida pelos princípios das Ciências Naturais “que foram importados sem qualificação, por alguns pesquisadores, para o campo das ciências do homem (ou Ciências Antropológicas)” (Cooper, 1967, p.18). Na condução clínica de uma crise psicótica, estaríamos numa “ciência de interação pessoal”, na qual “a perturbação recíproca entre o observador e o observado é não só inevitável em todos os casos, *mas é esta perturbação recíproca que suscita os fatos primários em que a teoria se baseia*<sup>15</sup>”. Estaríamos, portanto, diante de uma questão ontológica: “a relação observador-observado, numa ciência do homem, é ontologicamente contínua” (Cooper, *op. Cit.*, p.19).

Em especial, o autor marca sua diferença semiológica ao introduzir o conceito existencialista de “ultrapassar”<sup>16</sup>. Diferentemente de uma situação conjectural do *fato* descrito pelo cientista natural, situado no campo observacional quando lidando com a natureza, a pessoa instituída do primeiro cuidado junto a pessoa em crise deve considerar possível a existência de eventos não previstos. Dito de outra forma, para o humano em relações sempre será possível uma

---

15

[grifo do autor]

16

*Dépasser* (Sartre), al.: *aufheben* (Hegel): “movimento para além do estado existente das coisas, ulterior, que conserva o estado anterior numa forma modificada, numa nova totalização” (Cooper, 1967, p.20).

*ação pessoal*, visto que haveria, segundo Cooper (1961, p.20), a possibilidade de “ultrapassar” todas as determinações do que está para ser e proceder, quem sabe, “na direção oposta do esperado”. Para tal movimento, estaria uma característica inerente ao humano: a “consciência reflexiva” (Cooper, 1967, p.20).

Ainda descrevendo a metodologia de Cooper, o médico traz o conceito da desistorização, conforme o qual “uma pessoa se desistoriza quando escolhe (embora inconscientemente) negar que, por uma série prévia de escolhas, tenha mudado sua vida de uma situação anterior para uma nova situação” (Cooper, 1961, p. 20-21).

O conceito de desistorização parece-nos, analogamente, com o ato de diagnosticar, voltando-se, portanto, para a análise do observador (psiquiatra) e sua forma de intervenção. Segundo a visão de Cooper, “esta negação [de que as escolhas prévias tenham mudado sua vida de uma situação para outra] permite uma ilusão de fixidez e substancialidade histórica.” (1967, p. 20). A denominada “fixidez” seria, assim, um empuxo a perceber uma estabilidade no mundo, a qual se percebe por padrões, nos comportamentos de quem habita esse mundo. Tais modelos comportamentais delineariam, para o observador, características de conduta padronizáveis. E, por fim, nessa tautologia, a construção de categóricos nosológicos, por mais precisos que possam aparentar em suas descrições, refletiriam não mais que uma observação num recorte de tempo e espaço na biografia do então paciente em crise (e aqui, quando nesses categóricos, não mais em crise dialética: mas com “transtornos mentais” analiticamente verificados).

O pensamento de Cooper (1967), portanto, ofereceu subsídios para que já se criticasse a existência de uma metodologia semiótica da crise que considera uma classificação das fenomenologias dos comportamentos, base dos atuais manuais de “transtornos mentais”. Assim, em relação às implicações na clínica, verificamos haver na leitura conceitual de Cooper uma tentativa de demonstrar a existência de um categórico absoluto fundamental para a clínica psiquiátrica: A impossibilidade de repetição de situações histórico-vitais para qualquer pessoa, em geral, e ao paciente em crise, em particular.

Ao trabalhar dois tipos de racionalidade, a analítica e a dialética, o autor desenvolve sua análise como estando no campo discursivo e não no observacional (Cooper, 1967, p.21). Numa investigação clínica em psiquiatria, buscando-se uma compreensão da crise, a racionalidade

analítica seria sobremaneira redutora, pois parte da tentativa de apreensão de uma “totalidade”. De outra parte, a racionalidade dialética, busca apreensão da “totalização”, visto que compreende o próprio modo de ser, “movimento perpétuo através de toda a vida da pessoa” (Cooper, 1967, p. 21). Movimento no objeto conhecido que não é *processo*, mas *práxis*. Dessa forma, Cooper amplia o escopo epistemológico da psiquiatria e traz a dialética enquanto um campo de conhecimento, sendo também ontológico, “um princípio de conhecimento sobre o ser” (Cooper, 1967, pp. 23-24).

Para a psiquiatria, Cooper então situa duas formas de se chegar a uma verdade. A que utiliza o *processo* como método investigativo, analítico, e com a qual se buscaria chegar a categóricos bem definidos de nosologias. Nessa situação o conceito de verdade poderia ser aproximado com o de diagnóstico.

Assim, seria, para o autor, necessário superar a alienação, o “divórcio do ato com relação à intenção” (p. 24). No aspecto político esse “divórcio” produz pseudoatos, “de acordo com as intenções de grupos de pressão mais ou menos anônimos e de conselheiros por trás dos panos”, sendo os hospitais psiquiátricos o exemplo que sublinha (Cooper, 1967, 25). Para além, mas não dissociada da política institucional estaria a micropolítica das famílias dos pacientes esquizofrênicos, nas quais:

as intenções vinculadas com os 'atos psicóticos' do paciente são negadas ou, até mesmo, suas antíteses são afirmadas de maneira tal, que as ações do paciente adquirem a aparência de puro processo não relacionado à *práxis*, podendo inclusive ser experimentada por ele como tais” (Cooper, 1967, p.25)

A alienação, por fim, leva a que a realidade pessoal daquele que está em sofrimento seja omitida e reduzida a “pseudo-eventos” (Cooper, 1967, p. 24), abordagens reducionistas que “terminam num agregado especificamente interrelacionado de totalidades inertes: mecanismos neurofisiológicos ou bioquímicos, unidades instintivas de comportamento, impulsos libidinosos ou agressivos”. Para escapar desse engodo totalizante, o movimento histórico da vida de uma pessoa deve ser considerado em relação às vidas de outras pessoas, em fluxo (p. 26).

Com isso, Cooper chega a uma proposta de *práxis* clínica. Parte da análise dos “atos pelos quais uma pessoa se apresenta a nós”, atos nos quais o semiologista irá *rastrear* indício de intenções, momento no qual se procede a uma *descrição fenomenológica deste momento constituído*. Daí a um *movimento regressivo*, a “dialética constitutiva”, “termo com o qual significamos todos os fatores condicionantes socioambientais (intrafamiliares, extrafamiliares, de classe econômica, sócio-históricos), na sua plenitude interpretante” (Cooper, pp. 26-27). E então, buscar a *síntese pessoal*, a fim de compreender 1- “o que a pessoa faz” com 2- “o que é feito a ela”, 3- “o que ela faz do que ela é feita” (Cooper, 1967, p.27), termos esses sim, sujeitos a uma investigação analítica, posto que “momentos”.

O autor, ao instigar que o semiologista desenvolva sua capacidade perceptiva de sutilezas da violência, permite que o médico descarte pseudocientificismos dominantes (Cooper, 1967, p. 29) que fazem sangrar a essência afetiva da vida da pessoa em sofrimento que, de outra forma, estaria condenada ao rótulo de esquizofrênico.

Na origem do movimento reformador da psiquiatria, essência que denuncia e propõe alternativas à violência institucional dos manicômios, está ao lado de Cooper o nome de Ronald Laing. Embora o termo “antipsiquiatria” seja atualmente utilizado para identificar “todo movimento reformador da psiquiatria dos anos 1960-1970” (Desviat, 2018, p. 108), estão os dois (Cooper e Laing) na origem de sua conceituação. A “antipsiquiatria”, segundo Desviat, contraditoriamente seria termo que melhor se aplicaria à psiquiatria institucional atual, pois:

se nos ativermos literalmente ao termo, seria a psiquiatria biologicista, que reduz a doença mental às ciências moleculares do cérebro, a verdadeira antipsiquiatria, pois não é o questionamento de certos aspectos do seu discurso o que buscam, mas a crítica a sua essência: a psicopatologia (Desviat, 2018, p. 107).

Em “A Psiquiatria em Questão”, Laing (1979) propõe duvidarmos de nossas percepções. “Estamos cercados por pseudo-acontecimentos a que nos adaptamos com uma consciência deformada, habituada a receber esses acontecimentos como verdadeiros e reais ou até como belos” (Laing, 1979, p. 9). Pensar a questão da alienação é central ao pensamento de Laing, que

junto com Cooper é identificado como origem da Antipsiquiatria Inglesa. Considerar o conceito de alienação seria base para uma *práxis* clínica do sofrimento, visto que imbricada nos “aspectos da vida atual dos seres humanos entre si” (1979, p. 11). Conforme Laing, “o estudo da experiência dos outros funda-se nas deduções que tiro, a partir do juízo que faço de quem me julga, da maneira como sou olhado quando me vejo ser olhado por outrem, etc., etc.” (Laing, 1979, p. 17).

Orientados pela fenomenologia existencial de Sartre, a Antipsiquiatria Inglesa aborda a questão da alienação e a importância da dialética da liberdade (Desviat, Op. Cit., 108). Resgatamos, de Plon e Roudinesco (1998) um trecho da apresentação dedicada a Laing:

Como todos os artífices do movimento antipsiquiátrico, Laing via na loucura a história de uma passagem e não de uma doença: “Uma estratégia inventada pelo sujeito para viver uma situação impossível de ser vivida”. Em sua obra de 1960, “O eu dividido”, mostrava que o indivíduo se sente estranho a si mesmo fabrica um falso self para lutar contra o desespero (1979, p. 458).

Laing foi aluno do médico inglês Donald Woods Winnicott, vinculou-se à Sociedade Psicanalítica Britânica e “construiu uma doutrina do self,” inspirada tanto em conceitos winnicottianos quanto existencialistas e culturalistas. É dessa forma que certas *práxis* chegam à centralidade dos conceitos da Antipsiquiatria. Um exemplo seria sobre a origem social do adoecimento esquizofrênico, cuja hipótese da “insegurança ontológica” está relacionada epistemologicamente à concepção winnicottiana de falso Eu, conforme a qual a criança se encontraria alienada diante da impossibilidade de responder à contraditória demanda de um outro singular, no caso, sua própria mãe. Tal alienação é recíproca e “afeta, segundo Laing, qualquer grupo social, independentemente de sua estrutura ou de sua ideologia” (Desviat, p.109). Como campo de investigação, Laing vê a “psicose” como centralidade no pensamento de sua *práxis*, de uma nova psiquiatria. Assim, a fenomenologia social se constitui na ciência que estuda essas relações experienciais, podendo ser conceituada como:



ciência da minha experiência e da dos outros. Debruça-se sobre a relação existente entre a minha experiência de você e a sua experiência de mim, isto é, debruça-se sobre a *interexperiência* (Laing, 1979, p. 16).

Os comportamentos funcionariam como índices das experiências, sempre relacionais. Não são os comportamentos o objeto de análise propriamente, mas uma resultante visível da experiência quando perante a experiência do outro (Laing, 1979, p. 18). Assim, perceber a distensão que existe entre comportamento e experiência, central na epistemologia dessa nova psiquiatria que considera como marco teórico a fenomenologia social, estaria na perenidade da crítica lainguiana. Essa perenidade a atualiza como crítica dos sistemas classificatórios atuais da psiquiatria.

Questionando assim ser a esquizofrenia, com seus fenômenos delirantes e alucinatórios, mais uma experiência que doença, e dando liberdade para que as pessoas em crise pudessem se manifestar no discurso e nas relações, conforme Laing, seria possível alcançar algum apaziguamento, por meio de uma metanoia, ou seja de uma transformação profunda do pensamento. O tratamento, desse modo, seria “uma espécie de sucessão morte-renascimento” que, se realizado com sucesso, faria a pessoa ser “reintegrada em um nível de desempenho mais elevado que antes” (Desviat, 2018, p. 110). Assim, manifestações fenomenológicas da crise psicótica, tidas na psicopatologia clássica como “interior” da pessoa adoecida, não representam um “espaço interno”. Para demonstrar sua visão, Laing produz o seguinte raciocínio: “As estrelas que eu vejo não estão nem mais nem menos no meu cérebro que as estrelas que eu imagino” (Laing, 1979, pp.19-20). Dessa forma, a relação entre interior e exterior não encontram paridade na relação entre experiência (intrapsíquica) e comportamento (exterior). A psique é a experiência e a experiência, a psique (Laing, 1979, p. 20). Introduce o ambiente nesse continuum com as interexperiências: “minha experiência do quarto onde trabalho faz parte deste quarto” (Laing, 1979, p.20). Esse *quarto* seriam “as contradições políticas, econômicas e sociais [que] precipitam, favorecem ou produzem a doença mental” (Desviat, 2018, p. 110).

Terapeuticamente, Laing alerta que o louco, a pessoa com “doença mental”, não é um ser em liberdade, mas em dupla alienação, fragilizado pela doença e desamparado pelo abandono e

estigma social. Ao fomentar que a pessoa com “doença mental” se expresse o mais livremente possível, mas que seja acolhida para “sair dos apuros que o cuidado informal [...] possa ocasionar”, alerta para não se mistificar a loucura, “sob o risco de erigir [...] um niilismo conservador, um *laisse faire*” (Desviat, 2018, p. 110) de soltar nas práticas de mercado uma pessoa que adoeceu exatamente ali.

Efetivamente, podemos dizer que a Antipsiquiatria procurou promover “o diálogo entre a razão e a loucura, enxergando a loucura entre os homens e não dentro deles” (Amarante, 1995, p. 44). A crítica proposta mira

a nosografia que estipula o ser neurótico, denuncia a cronificação asilar e considera que mesmo a procura voluntária ao tratamento psiquiátrico é uma imposição do mercado ao indivíduo, que se sente isolado na sociedade (Amarante, 1995, p. 44).

Não se considera tratamento químico ou físico para a “doença mental”, mas a expressão livre do discurso do paciente: “o louco é acompanhado pelo grupo, seja através de métodos de investigação, seja pela não repressão da crise, psicodramatizada ou auxiliada com recursos de regressão.” (Amarante, 1995, p. 44).

O legado dessa experiência foi eminentemente romper com o modelo assistencial vigente, na tentativa de apartar o saber médico da explicação e do tratamento dos “transtornos”, das “doenças mentais”. É nesse contexto que surge o projeto da comunidade terapêutica, como uma forma de reindagar o saber médico, movimento potente que influenciou outros modelos psiquiátricos e cujas críticas continuam reverberando.

### 3.3 CAPLAN E JONES: PSIQUIATRIA COMUNITÁRIA

Jones, ao pensar o papel da psiquiatria, amplia seu escopo ao social, usando inclusive a terminologia “Psiquiatria Social” para denominar um “conceito elástico”, que inclui “considerações sociais, biológicas, educacionais e filosóficas que habilitem a psiquiatria na sua luta por uma sociedade que funcione com maior equilíbrio e com menos acidentes psicológicos (Jones, 1972, p. 32-33). O médico defende o enfoque multidisciplinar no trabalho terapêutico e observa o problema das comunicações inadequadas em hospitais “onde o abuso de autoridade pelo médico pode bloquear o imprescindível diálogo” (Jones, 1972: p. 34). Especificamente, o psiquiatra afirma que:

Desde a segunda Guerra Mundial houve na Grã-Bretanha uma tendência no sentido da psiquiatria se voltar muito mais para os direitos do paciente e sua família e ocorreu grande declínio no número de pacientes internados em hospital. O número de pessoas em leito começou a diminuir e cada vez mais se tem realizado o tratamento com pacientes vivendo em comunidade (Jones, 1972, p.34.)

Mas os números eram outros. Em 1955, o quantitativo de leitos psiquiátricos nos EUA chegava seiscentos mil (Desviat, 2015, p.61), em crescendo desde o final da Segunda Guerra. Em fevereiro de 1963, nos Estados Unidos, seis meses antes da Marcha de Washington – movimento marco na história dos Direitos Civis – foi promulgado o Decreto de Criação dos Centros Comunitários de Saúde Mental (Community Mental Health Center Act). Na raiz desse ato estava a forte oposição às formas custodiais de atendimento ser considerado alienado (Desviat, 2015, p.59).

Nesse cenário de complexidade, Caplan forja os “Princípios da psiquiatria preventiva”, inaugural da psiquiatria comunitária (Desviat, 2018, pp. 30-31). A ênfase de sua proposta estava em uma estratégia que abrangia programas de saúde elaborados pela política do presidente dos EUA à época, J. F. Kennedy. A psiquiatria preventivista redirecionava os objetivos da psiquiatria, que passaria a ter como objeto de ação a saúde mental e como meta a redução da “doença mental” na comunidade (Paulin e Turato, 2004, p. 248).

Jones (1972) tece observações sobre a terminologia “Psiquiatria Comunitária”, marcando-a como “parte da psiquiatria dentro de uma comunidade maior, fora do hospital” (1972, p. 32). Amarante recupera as bases dessa corrente psiquiátrica, observando, como Jones, sua relação com a psiquiatria social, enquanto “produto da união entre a psiquiatria e as disciplinas sociais como antropologia, epidemiologia, ecologia, medicina preventiva e terapêutica” (Jones, 1972, p.32). Conforme Amarante,

A psiquiatria preventiva ou comunitária surge no contexto da crise do organicismo mecanicista e situa-se no cruzamento da psiquiatria de setor e da socioterapia inglesa. A psiquiatria preventiva, na sua versão contemporânea, nasce nos Estados Unidos, propondo-se a ser terceira revolução psiquiátrica (após Pínel e Freud), pelo fato de ter “descoberto” a estratégia de intervir nas causas e no surgimento das doenças mentais, almejando, assim, não apenas a prevenção das mesmas (antigo sonho dos alienistas, que recebia o nome de profilaxia), mas e fundamentalmente, a promoção da saúde mental (Amarante, 1995, p. 36).

Conforme Caplan, o psiquiatra Erich Lindemann (1944) trouxe contribuição relevante para o enfoque de saúde pública do planejamento comunitário organizado de programas centrados na comunidade, os quais passaram a incluir a prevenção. Segundo Caplan (1980),

Em 1943, ele estudou as reações de privação entre sobreviventes do incêndio do *night club* “Coconut Grove”, e desenvolveu os fundamentos da “teoria da crise”, como quadro conceptual para a psiquiatria preventiva. Considerou que as possíveis sequelas psicopatológicas da superação doentia da crise de privação e depressão poderiam ser prevenidas por clérigos e outros zeladores comunitários que ajudassem as pessoas desoladas a enfrentar adequadamente os sentimentos de luto. E começou a desenvolver técnicas de intervenção preventiva para esse fim (Caplan, 1980, p. 24).

Caplan, desse modo, dando continuidade aos experimentos, propõe a aplicação de noções franqueadas à Saúde Pública e também à psiquiatria. Conceitos como 1-“prevenção primária”, 2-“secundária” e 3-“terciária” passam a ser aplicados para “doenças”/ “transtornos mentais”, respectivamente para 1-redução da incidência, da prevalência e das sequelas de doenças, 2-na reabilitação e 3-na reinserção social. No mesmo movimento, os centros comunitários de saúde mental são criados como “elementos centrais de um processo de superação dos hospitais

psiquiátricos”, situados por Desviat como “marco onde surge a desinstitucionalização, entendida como uma desospitalização e criação de recursos na comunidade” (2018, p. 31, Grifos nossos).

Essa postura preventivista nortearia recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), tendo influência no Brasil. Em 1970, a “Declaração de Princípios da Saúde Mental”, lançada no I Congresso Brasileiro de Psiquiatria, foi influenciada pela experiência comunitária e preventivista, fazendo então oposição ao modelo hospitalar, então hegemônico (Paulin e Turato, 2004, p. 248).

Nesse sentido, estava instaurada a crença de que

todas as doenças mentais podem ser prevenidas, senão detectadas precocemente, e que, então, se doença mental significa distúrbio, desvio, marginalidade, pode-se prevenir e erradicar os males da sociedade. Desta forma, urge a identificação de pessoas potencialmente doentes, de candidatos à enfermidade, de suscetíveis ao mal (Amarante, 1995, p. 37).

É nesse sentido que compreendemos que a Medicina Preventiva constrói uma outra organização para o discurso médico e impõe uma outra definição de prática. À medida que propõe condutas preventivas, as quais são concebidas de formas isoladas,

elas incidem sobre a doença como um ponto. A Medicina Preventiva instaura uma totalidade que agrupa o conjunto das condutas preventivas e as difunde entre o corpo médico, uma totalidade composta de duas unidades, que, naturalmente, não são contraditórias, mas, que assim se tornam pelo saber médico. Portanto, temos a unidade das determinações (período pré-patogênico) e a unidade do processo mórbido (período patogênico). Esta totalidade define e situa o sujeito da atenção médica diante de suas responsabilidades. Não se trata mais do encontro do médico com o paciente em sua dimensão punctual de caso clínico. O discurso preventivista proclama o encontro do médico com o homem, no pleno espaço e tempo de sua vida (Arouca, 1975, p. 18).

Lara (2006) analisa o modelo de Caplan por três perspectivas: o conceito de prevenção, o de ideologia e o de discurso competente. Conforme a autora, o conceito de prevenção deve ser compreendido não como método de tratamento [preventivo], mas de ideologia. Sobre discurso

competente, a pesquisadora o define a partir de Chauí:

conhecimento que, por ser produzido em determinados lugares sociais e pelos únicos autorizados a falar sobre os fenômenos do mundo físico, social e psicológico, tornam-se hegemônicos e silenciam outras falas (Chauí, apud Lara, 2006).

Na prática, conforme essa visão de papel da psiquiatria, o médico e o serviço de saúde deveriam, de forma geral, se antecipar à eclosão das patologias mentais; para tal, sair às ruas, identificando os doentes. A tarefa seria conhecer hábitos, identificar vícios e mapear pessoas com vida desregrada e decorrência de ancestralidade que fossem “suspeitos” possíveis de enfermidades da mente (Amarante, 1995, p. 37).

Sobre a tendência à generalização da perspectiva preventivista no século XX, Lara (2006) verifica que o modelo já se fazia influenciar virtualmente em todas as áreas da Medicina, reforçado pelo bem-sucedido estudo de Framingham. De cunho longitudinal populacional epidemiológico – iniciado em 1948 e, portanto, coincidindo também com o apagar das luzes da II Grande Guerra – o estudo de Framingham abarcou uma coorte com mais de cinco mil membros de uma comunidade nos EUA e objetivou identificar variáveis relacionadas às doenças cardiovasculares. Mapeando essas variáveis, seria possível interferir nos fatores causais dessas doenças. Provavelmente, a variável que melhor identifica o sucesso desse estudo foi elucidar a relação entre tabagismo e doença cardíaca (Kannel *et al*, 1993). A partir de Framingham, que continua e hoje abarca a quinta geração, parecia que a Medicina encontrara sua nova pedra filosofal, a prevenção, de forma que o mesmo processo investigativo e clínico passou a ser perseguido em outras especialidades médicas, não ficando a psiquiatria isenta.

Assim, na psiquiatria, Caplan observava que caberia ao psiquiatra intervir em algumas circunstâncias e vida da população, em direção a facilitar a adaptação dos indivíduos a hábitos que epidemiologicamente estivessem relacionados e menor possibilidade de adoecer de determinada patologia. Para o médico, qualquer suspeita de distúrbio mental deveria ser encaminhada para diagnóstico, fosse pela própria pessoa acometida pelo mal, seja pela família e amigos. Na presença de um profissional de assistência comunitária e de um “juiz ou representante

administrativo no trabalho”, a pessoa, de forma consciente de desvios de pensamento, conduta e sentimentos se encaminharia para acompanhamento médico.

Arouca, observa que essa visão da psiquiatria

trata dos meios de a defender [a saúde] quando em possibilidade de ser agredida ou já em perigo. Ela cuida do indivíduo e ainda, antes dele, da espécie e da raça; é a eugenia e a previsão da herança mórbida, a regeneração se possível; são os agravos à saúde e os meios de os evitar; acidentes, intoxicações, infecções, doenças de carência e até doenças comuns evitáveis (Arouca, 1975, p. 16).

Na experiência norte-americana, questionários foram também instrumentos aplicados em busca por “suspeitos” de acometimento de distúrbios emocionais, cujos resultados indicam os candidatos a possíveis tratamentos psiquiátricos, o que se configurou como a primeira política nacional de cuidados comunitários para a saúde mental fomentada nos Estados Unidos.

É, assim, a partir dos Estados Unidos que a apropriação do conceito de Comunidade Terapêutica se dará com maior plenitude, sendo abarcado inclusive pelas instâncias mais hospitalocêntricas e asilares. Mas na origem inglesa, no flagelo geográfico e humano no prosclênio da II Guerra, é que devemos compreender a proposta das Comunidades Terapêuticas.

### 3.4 MAXWELL JONES: COMUNIDADE TERAPÊUTICA

Birman e Costa (1994, p. 42) situam o surgimento das Comunidades Terapêuticas como parte de “processos de crítica à estrutura asilar, na medida em que o asilo passa a ser apontado como o elemento responsável pelo alto índice de doentes crônicos”. A crítica, no plano terapêutico, é que os asilos teriam falhado em sua pretensa função curativa de instituição de saúde. Tendo sido, desde 1942, exitosas em propor o tratamento da pessoa diagnosticada como “doente mental” extramuros dos hospitais, a estruturação do conceito de Comunidades Terapêuticas, em sua origem, é um contraponto ao asilo. Como dispositivo terapêutico organizado, surgem na culminância da crise social em que se encontrava a Europa nos escombros da Segunda Guerra, ainda em curso.

Guerras são fábricas de doentes crônicos de toda ordem. Havia de se prover cuidados de saúde aos mutilados, física e mentalmente. Birman e Costa chamaram de “recomeço da História da Medicina atual” esse momento de remodelamento dos sistemas de Saúde, iniciado na Inglaterra com o Plano Beveridge e que serviu de modelo a vários países diretamente envolvidos no conflito armado. Foucault observa que “em meio a essa guerra (...) se encontra afirmado não o direito de viver, mas um direito diferente, mais rico e complexo: o direito à saúde” (Foucault, *apud* Birman e Costa, 1994, p. 46).

A seguridade social no *Plano Beveridge* guarda conexão inseparável com a experiência histórica que lhe deu forma. Mais do que um projeto que buscava responder aos problemas de seu tempo, o plano era produto de um universo de demandas sociais que, no contexto do pós-guerra, se empunham com cada vez mais força, pressionando os governos a responderem aos anseios de sociedades que se entregaram, quase que por completo, aos devastadores conflitos da Segunda Guerra Mundial (Costa, 2019).

Numa Europa com suas contradições desnudadas pela violência de Estado presentificada pela guerra, a origem da política do bem-estar social pode ser compreendida na necessidade de a sociedade cuidar de doentes de toda espécie vindos das frentes de batalha. Eram homens jovens e



saudáveis que regressavam às suas casas (quando regressavam) espatifados física e mentalmente pelo horror de perder amigos, pedaços de si ao, sobretudo, matar a partir. Conforme Jones,

ficar doente ou assumir o papel de enfermo pode ser o último recurso de um indivíduo que perde o adequado apoio social e nada consegue fazer para ajudar-se a si próprio (Jones, 1972, p. 13).

Junto a isso estava, nos estados esfacelados pela Guerra, a necessidade do soerguimento da economia e da vida social. “Parcelas da população que eram consideradas como improdutivas foram convocadas para ativamente do processo de reconstrução nacional” (Soares *apud* Amarante, 2022).

A Seguridade Social se constituiria, assim, a esses sobreviventes em “um sistema de proteção, que envolve direitos atinentes à saúde, ao trabalho, à educação, à habitação, dentre outras áreas, a depender do país” (Costa, 2019). O Relatório Beveridge propunha agir em cinco frentes: a indigência, a doença, a ignorância, a miséria e o desemprego, por meio de um seguro global, além de fortalecer os serviços públicos. Seis anos depois, em 1948, seria promulgada a Lei que instituiu o hoje paradigmático NHS, National Health Service, que Desviat adjetiva como “a mais significativa peça de engenharia social do mundo ocidental (Desviat, 2015, p.39).

Tendo a constatação de que as instituições asilares eram insuficientes em recursos de toda ordem – terapêutica, financeiras e de pessoal inclusive – para dar conta da longa permanência exigida nos cuidados aos considerados doentes crônicos, e em paralelo observando que superlotações em instituições asilares/psiquiátricas por si só piorava a saúde mental dos abrigados, os olhares se voltaram para o ambiente social, a comunidade. Nesse sentido, já em 1946 o hospital de Northfield era identificado uma comunidade terapêutica (Desviat, 2015, p.40), no que Maxwell Jones viria a reforçar essa aplicabilidade, no sentido de que a responsabilidade pelo tratamento, sem excluir os profissionais da saúde, inclui os membros da comunidade e, inerentemente, os próprios pacientes (Jones, 1958, *apud* Desviat, 2015, p.40).

Maxwell Jones, assim, sistematiza essa forma de cuidado no social, de terapêutica na comunidade. Para além de integrar a dimensão do tratamento psicológico (mental) à do

tratamento físico, ao trazer a dimensão da comunidade, numa leitura contemporânea, integraria na terapêutica o ambiente. Ora, era evidente que o afluxo desses doentes de toda ordem provinha do ambiente dos campos de batalha. A guerra adoecia. Então pensar o ambiente na relação dos corpos com o processo de saúde/doença tanto se poderia ser visto na vertente do adoecimento como na de terapêutica. Nesse sentido, podemos perceber um contínuo entre decisões de estado sobre a guerra, o alistamento, as casernas, os campos de batalha, os hospitais de campanha, os hospitais gerais e, por fim, os asilos e os cemitérios. Asilos, tal qual cemitérios, para muitos se tornaria lugar sem volta e é nessa perspectiva que o deslocamento do tratamento para a comunidade pode ser percebido:

Não existe divergência substancial quanto às práticas comuns de tratamento, tanto psicológicas como físicas. Tentamos aplicá-las com tanta propriedade quanto possível, mas estamos igualmente interessados em utilizar as forças sociais do ambiente (no hospital ou na comunidade) para melhorar os atuais métodos terapêuticos (JONES, 1972).

Os princípios das Comunidades Terapêuticas delineados por Rappaport *apud* Desviat (2015, p. 40) são:

- a democratização das opiniões, materializada pelo exercício da liberdade de comunicação em níveis distintos e em todas as direções;
- a tolerância como culminância de um trabalho em direção à desconstrução as relações de autoridade tradicionais;
- comunhão de intenções e objetivos, materializada por meio de constante análise, em termos da dinâmica individual e interpessoal, de todas as atividades da instituição (reuniões diárias entre pacientes e trabalhadores, psicoterapias de grupo);
- confronto com a realidade, por meio de processos participativos: presença de toda a comunidade
  - 1- nas decisões administrativas do serviço e
  - 2- na realização de atividades coletivas (bailes, festas, excursões, etc.).

Nesse sentido, há pontos de contato com a Psicoterapia Institucional como a “liberdade de circulação, espaços estruturados, contratos de entrada e saída fáceis de rever, acolhida permanente, dispondo de grades simbólicas e de mediações” (Oury, 1972, *apud* Desviat, 2015, p. 40), convergindo com essa como os dois marcos fundamentais para as reformas do manicômio (Desviat, 2015, p. 41).

Mas Maxwell Jones é cauteloso para que não se perceba o hospital, de forma geral, como um flagelo e total fracasso. A integração ao hospital é, desde a origem, delineada por Jones: “perigo de o pêndulo balançar muito forte em relação às expectativas dos cuidados comunitários e com a correspondente desvalorização do objetivo de tratamento hospitalar” (Jones, 1972, p. 74). Há evidentes situações clínicas que demandam uma estrutura hospitalar para que se dê conta do cuidado necessário ao doente.

### 3.5 BASAGLIA: PSIQUIATRIA DEMOCRÁTICA

Em “A Psiquiatria enquanto ideologia”, Amarante situa um conceito basilar que estruturaria a trajetória do psiquiatra Franco Basaglia, em seu esforço para o tratamento da loucura: a necessidade de compreensão e intervenção sobre as estruturas do poder médico que fundamentam a existência dos manicômios. O médico italiano liderou um percurso em direção à “compreensão da psiquiatria enquanto instrumento de saber e poder, de controle e segregação” (Amarante, 2017, p. 111).

Os manicômios são instituições essencialmente urbanas, fato principalmente referenciado quando localizados no campo ou em alguma pequena cidade periférica, pois no exterior dos muros da cidade é ali que melhor representam seu papel social: latrina e refugio do humano indesejado pela sociedade industrial. E é para Gorizia, nas fímbrias do território italiano com a Eslovênia, então parte da Iugoslávia, que o veneziano Basaglia se dirige em 1961 para assumir, aos 37 anos de idade, a direção do Hospital Psiquiátrico daquela pequena cidade.

Dos reformistas da psiquiatria no Pós II Guerra, Basaglia é aquele que mais tem influenciado a psiquiatria brasileira. Pelas singularidades e contribuições de seu trabalho, seu

legado conceitual é identificado como Psiquiatria Democrática. Na Itália, em 1978 conseguiu com apoio parlamentar a promulgação da Lei 180. Coincidentemente, esta lei, que ficou conhecida como *Lei Basaglia* (Basaglia, 2010, p. 7), seria promulgada numa data que também marca no Brasil o reconhecimento pelo Estado das violências cometidas institucionalmente em seus territórios: foi também num 13 de maio, noventa anos antes, em 1888, que seria promulgada a Lei 3.353, a *Lei Áurea*, marcaria a abolição da escravidão no Brasil. A Lei Basaglia viria a influenciar a defesa dos direitos dos tidos como loucos nos países que sentiram sua influência. Hoje na Itália existe uma lei que proíbe a construção de manicômios e determina, com o tempo, a eliminação dos que existem” (Basaglia, 1979, p. 21). No Brasil, influenciou a criação da Lei nº 10.216, promulgada em 2001.

Roudinesco e Plon (1998, p. 247) identificam que “Basaglia foi primeiramente um militante político”, mas deixam escapar de seu registro que essa participação política fora também necessidade de defesa própria, visto que, por diversas vezes, fora colocado no banco dos réus:

Encontramos todas as oposições possíveis e imaginárias. Tivemos a repressão judiciária e, da mesma forma que subo hoje a um palco de teatro, eu subi a palcos judiciais quinze anos atrás. Passei por vários processos e muitas vezes fui condenado, mas sempre acabei absolvido. Por quê? Por ser um profissional. Na Itália dizemos que 'um cão não condena outro cão'. Direi, porém, que a nossa técnica de reação ao poder não foi uma novidade, foi aquela tentativa de infiltrar os infiltradores, isto é, usar basicamente as mesmas armas e procurar aqueles espaços de liberdade que permitiam enfrentar as contradições sem eliminá-las (Basaglia, 1979, p. 21).

O que se compreende como Política em Basaglia está para além de uma militância, portanto. É o enfrentamento das contradições que, aprioristicamente implicam no conhecimento da existência de várias formas de poder do homem sobre o homem (Bobbio, 2000, V II, p. 955). Segundo Bobbio,

O conceito de Política, entendida como forma de atividade ou de práxis humana, está estritamente ligado ao Poder. Esse tem sido tradicionalmente definido como 'consistente

nos meios adequados a se obter qualquer vantagem” (Hobbes) ou, analogamente, como 'conjunto de meios que permitem alcançar os meios desejados' (Russell) (Bobbio, 2000, VII, p.954).

Em Política como ética de grupo, Bobbio explica a transição da violência individual para a violência do grupo na constituição social do Estado: “Sempre que um grupo social age em própria defesa contra outro grupo, se apela a uma ética diversa da geralmente válida para os indivíduos”. E que as “regras de ação” daí advindas passam a ser aplicadas como totalidade, distendendo daquelas que são aplicadas ao indivíduo dentro desse grupo (Bobbio, 2000, V II, pp. 962-963). Assim, o reconhecimento das assimetrias de poder numa instituição psiquiátrica manicomial foi prerrogativa da sensibilidade de Basaglia, a qual germinou como ação para o tratamento daqueles que, encarcerados nos manicômios, estavam excluídos de papel social, posto que até o Estado entendia como necessidade a permanência dos “doentes mentais” nas instituições manicomiais.

Na origem da ação política conceitual basagliana estão antropólogos e sociólogos. “História da Loucura,” de Foucault, foi lançado naquele mesmo ano de 1961 em que Basaglia chegava a Gorizia, obra que o influenciou e permitiu fundamentar uma metacrítica do papel social desempenhado pelo médico psiquiatra, que ele próprio era. Lidando conscientemente com estruturas de poder, a questão do conflito seria inevitável para “procurar aqueles espaços de liberdade que permitiam enfrentar as contradições sem eliminá-las” (Basaglia, 1979, p. 21).

Mas como contrapor a noção facilmente assimilada na sociedade de que 1- sendo o louco um indivíduo gravemente doente e 2- sendo o lugar de um doente grave o hospital, teríamos como 3- o lugar de tratamento do louco o hospital psiquiátrico, o manicômio? O ambiente manicomial pode parecer dócil para aquelas percepções que não consideram o silêncio de seus habitantes como resultante de anos de submissão à violência coercitiva institucional. Dos anos de internação compulsória, o silêncio imposto também se institucionaliza no pensamento. E daí a apatia, que acontece quando a capacidade de se contrapor perante a violência, de conflitar, se extingue. De sua chegada a Gorizia até a fundamentação da Psiquiatria Democrática, Basaglia

lidou com o conflito em suas variadas ordens. Autorizou-se, por sua voz, a reconstruir a cidadania e, portanto, a liberdade daqueles confinados nos manicômios.

A partir de uma leitura de Bobbio, o conflito pode ser identificado como um objeto referenciado de sua *práxis*. Sobre as causas do conflito, Bobbio cita Dahrendorf: “Todas as sociedades produzem constantemente em si antagonismos que não nascem casualmente nem podem ser arbitrariamente eliminados” (Bobbio, 2000, V I. p. 227).

Bobbio situa as interpretações dos conflitos sociais e políticos separando seus teóricos em dois grupos. O primeiro representado por aqueles que percebem o grupo social como “algo harmônico e organizado” e assim compreendem o conflito como “patologia social”: Comte, Spencer, Pareto, Durkheim, Talcott Parsons. O segundo, por aqueles que consideram que “a desarmonia e o desequilíbrio constituem a norma e isto é um bem para a sociedade”, pois “através dos conflitos surgem as mudanças e se realizam os melhoramentos” (Bobbio, 2000, V I. pp. 226-230). Seriam Marx, Sorel, John Stuart Mill, Simmel, Dahrendorf e Touraine. Simmel exerceria influências sobre Erwing Goffman (1974), de quem Basaglia é tributário.

Na *práxis* terapêutica, Basaglia foi influenciado por terapeutas que se propunham a trabalhar com a loucura não manicomializada, como o psiquiatra Maxwell Jones (1907-1990) e as comunidades terapêuticas. Desse modo, marca-se uma diferença sobre o próprio conceito de terapêutica, aqui com cientistas do social, *médicos* do social. Dentre eles se destaca Goffman, que traz à baila, por exemplo, o conceito da teoria da ação social e o de estigma, tão caro à pessoa em tratamento na psiquiatria.

Sobre os pressupostos epistemológicos da *práxis* terapêutica, Basaglia fala de um “jogo de poder-regressão”, estabelecido entre médico e paciente a partir da criação de um diagnóstico. Assim estabelecida, nas dinâmicas das relações terapêuticas “nada têm a ver com a doença.” Ou seja, é esse “jogo de poder-regressão” que “será determinante nos modos de desenvolvimento da doença” (Basaglia, 2005, p. 123).

Basaglia dissecou o que seria poder dentro de um manicômio, do médico e da instituição: “poder terapêutico”, “técnico”, “carismático”, “fantasmático”, marcando que esse poder se exerce

a partir de um pressuposto: o “privilégio”:

O psiquiatra goza de uma situação privilegiada diante do doente, que, já por si mesma, inibe a reciprocidade do encontro e, assim, a possibilidade de uma relação real. Aliás, o doente, justamente enquanto doente mental, irá adequar-se tanto mais facilmente a esse tipo de relação objetal e a problemática quanto mais quiser evitar a problematidade da realidade a que não sabe fazer frente. Portanto, encontrará, exatamente na relação com o psiquiatra, o aval para sua objetivação e desresponsabilização, mediante um tipo de abordagem que alimentará e cristalizará seu nível de regressão (Basaglia, 2005, p. 123).

Esse “privilégio”, resultante desse “jogo de poder-regressão”, eliminaria o instituto do diálogo no território do manicômio aos não detentores desse poder, poder pressuposto do médico e da instituição. Sem diálogo, sem conflito. Assim, dentro dos muros do manicômio a eliminação do conflito passa a ser objetivo terapêutico. Adotam, desta forma, os defensores do manicômio, o conflito como “patologia social”. “Violência” é o que caracterizaria as relações não apenas no manicômio, mas na sociedade que adota o manicômio como instância territorial para eliminação dos conflitos, e não sua resolução.

O que transparece da análise da crise é a absoluta incompreensão, por parte da psiquiatria, da natureza da doença que – ainda desconhecida em sua etiologia – exige intuitivamente um tipo de relação exatamente oposto àquele adotado até agora. O que caracteriza atualmente uma tal relação, em todos os níveis (psiquiatria, família, instituições, sociedade) é a violência (a violência na qual uma sociedade repressiva e competitiva se baseia) com que o perturbado mental é atacado e rapidamente descartado (Basaglia, 2005, pp. 123-124).

Há, portanto, em Basaglia, um posicionamento que afina sua práxis aos teóricos do conflito como instrumento de organização social, e não como patologia. Mais que reforçar, fundamenta, portanto, para o campo da psiquiatria, a necessidade de se articular saber médico ao saber das ciências sociais.

Sobre esse “quantum” de incerteza que o conflito inerentemente abre, esse também é o lugar da loucura no discurso. Incerteza que Basaglia materializa como variável ou mesmo o

próprio território de sua práxis, considerada em sua constante mutabilidade, afinal a loucura não se dissocia do território onde existe. Práxis que não tenta negar suas próprias contradições:

A realidade de hoje não é a de amanhã e, no momento em que a estabelecemos, já está desnaturada ou superada. [...] Os problemas e as maneiras de enfrentá-los foram gradualmente se modificando, graças ao esclarecimento crescente do campo específico no qual se agira e à dilatação desse campo para um terreno mais vasto (Basaglia, 2005, p. 127).

Em Goffman, Basaglia traria para o trabalho terapêutico com o louco a teoria da ação social e o de estigma. Ao louco, ser com o estigma da insanidade e periculosidade, ao ser confinado incidiria um análogo à punição. O manicômio por sua vez é capaz de colocar uma lente de aumento no estigma da loucura e criar outros, como por exemplo a falta de higiene e as doenças resultantes de um confinamento em local insalubre, seja prisão ou manicômio. Segundo Foucault:

De saída, um fato é evidente: o Hospital Geral não é um estabelecimento médico. É antes uma estrutura semi-jurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa (Foucault, 2010. p. 57).

O conceito de punição é central na análise de Goffman das “instituições totais”, como as prisões e os manicômios. No manicômio, a loucura é uma verdade a ser provada seja por rituais ou inquérito (Foucault, 2020, p. 148-167). Tanto a loucura, quanto o crime, guardadas suas peculiaridades, são marcas ao sujeito que recebe um ou outro estigma. Essa marca incidiria de forma tautológica, pré-existente portanto, sobre o corpo a ser afastado, criando as condições para a punição da prisão ou da internação: “é preciso descobrir um crime que se adapte à punição e reconstruir a natureza da reclusão para adaptá-la ao crime” (Basaglia *apud* Goffman, 2005, p. 133).

“Em certo sentido”, analisa Basaglia (2005, p. 133), “essa necessidade de punição corresponderia à funcionalidade das instituições para o sistema social de que elas são instrumento



e meio de controle.” Assim, a “imagem social da doença mental” seria ela mesma o “determinante da própria doença”.

Sobre o estigma, marca geradora de preconceitos, Goffman o trabalha mais como uma “expressão de valores da sociedade em que o indivíduo está inserido” do que “uma postura psicológica individual”. “Resultado de uma seleção discriminante entre normalidade e anormalidade, bem e mal, maioria e minoria, poder e não poder (Basaglia, 2005, p. 134).”

Tal posicionamento é um marco etnocentrista de nossas sociedades que, mesmo depois de a humanidade ter atravessado os horrores dos campos nazistas de extermínio, perdura. A segregação do “doente mental” se constitui num ato de desumanização desses “*out* da nossa sociedade”. “Nossa sociedade atual não se considera nazista e, no entanto, continua a oscilar entre um extremo e outro do etnocentrismo como método de solução para os próprios conflitos e as próprias contradições” (Basaglia, 2005, p. 135).

Para além de tratar uma pessoa que recebeu algum diagnóstico psiquiátrico, portanto, é necessário compreender como o convívio com a diferença é nuclear para o pensamento de Basaglia e como essa forma de pensar guiou seu trabalho e sua trajetória de vida. Mas para conviver com contradições é necessário ter o conflito como elemento inerente da práxis e talvez seja essa a tarefa do psiquiatra como ator social fundamental para garantir direitos dos excluídos, para além portanto do tratar e cuidar dos “doentes mentais”. “Todas as sociedades produzem constantemente em si antagonismos que não nascem casualmente nem podem ser arbitrariamente eliminados” (Dahrendorf *apud* Bobbio, 2000, V I. p. 227).”

## 4 PSQUIATRIA INSTITUCIONAL

A loucura é inteiramente vivida no registro do sentido. (Frantz Fanon, 2020).

### 4.1 TOSQUELLES: PSQUIATRIA DO ESTRANHAMENTO

Nascido em Réus, ao Sul de Barcelona, na região da Catalunha, François Tosquelles (1912-1994) produziu experimentações importantes no campo da Saúde Mental em direção à valorização do trabalho no hospital. Todavia, para esse médico psiquiatra e pesquisador, o termo “hospital” deveria ser substituído por “asilo”, por este se adequar à proposta de terapia que propunha conceber. Tosquelles, com sua forma de atuação e seu modo de conceber a terapia e a instituição, fortalece o trinômio saúde, atividade, trabalho.

O médico participou da guerra civil espanhola, e travou luta contra o fascismo. Quando se configura a vitória do franquismo, muda-se para a França, onde inicia o trabalho conhecido em Saint-Alban, em 1940. “Trabalhou em situação precária até a regularização de sua formação médica lhe propiciar assumir a direção do hospital no início da década de 1950” (Sevalho e Dias, 2020).

A história de vida e o período em que atua como médico, tendo fugido de sua terra natal para a França e a condição de guerra, são fundamentais para que Tosquelles possa pensar alternativas ao modelo do hospital. Graduou-se em Medicina e especializou-se em psiquiatria entre 1927 e 1935, na Catalunha, onde trabalhou no Instituto Pere Mata, local de atuação de grandes psiquiatras como Emilio Mira e Lópes, que pode ter influenciado também em seu pensamento e em sua prática na clínica. Lutou na guerra espanhola, e atuou como médico chefe dos serviços psiquiátricos do exército. Criou uma comunidade terapêutica em Almodóvar Del, onde recrutou muitas pessoas para trabalho como agentes de saúde, evitando profissionais psiquiatras, visto que notava que seus pares tinham uma “deformação profissional”, uma espécie de fobia da loucura. Tosquelles entendia que os psiquiatras eram formados ideologicamente para a estabilidade da vida burguesa, e a guerra civil (e o medo que lhes provocava) fomentava uma fissura, uma quebra nesse ideal de bem-estar.

Naquele local, desenvolveu uma psicoterapia para evitar emergência de crises, optando,

assim, para compor sua equipe, pessoas sem experiência e leigos, “pois, ao menos, seriam menores os preconceitos e teriam uma postura positivamente ingênua com eles”. Seu tratamento junto àquela clientela teve relativo sucesso, visto que os usuários revelaram significativas melhoras.

Todavia, em 1939, a vitória militar do franquismo força a fuga de Tosquelles para a França, onde se esconde em um hospital (Hospice de France). Após, sem sucesso, tentar integrar o exército francês, o médico se infiltra em um campo de concentração (Sept-fonds), onde permanece por um ano e meio. Era um local com alto índice de suicídios e ausente de serviços de psiquiatria que desse conta da gravidade da situação encontrada. Desse modo, passa a atuar como psiquiatra, de modo informal naquele espaço, mesmo sem condições, devido à situação dramática do lugar. Em 1940, como fruto da sua boa reputação como médico e da sua relação com companheiros da Resistência ao fascismo, recebe convite formal para trabalhar em um hospital, o Saint Alban.

A partir de 1941, inicia “um intenso campo de experimentações de novas formas de organização do hospital e do trabalho terapêutico” (Ruiz *et. al.*, 2013, p. 858). É exatamente durante o contexto da Segunda Guerra Mundial na França, cujo governo colabora com Hitler, que Tosquelles passa a praticar o que seria denominada uma renovação no campo da psiquiatria: “cuidar do hospital para que ele pudesse tornar-se efetivamente agente de saúde mental, dado que ele segregava sua própria patologia, com base no confinamento de todos, inclusive os profissionais de saúde, cronificando-os.” (Ruiz *et. al.*, 2013, p. 858).

O pensamento que sustenta as práticas terapêuticas de Tosquelles e sua visão distinta do papel do “hospital”, agora “asilo”, dialoga com a intelectualidade francesa da época com a qual o médico tem contato: militares da Resistência na Luta Clandestina pela Libertação, o psiquiatra Georges Canguilhem, os idealizadores da Psicologia do Trabalho, Louis Le Guilant e Paul Sivadon. Em sua atuação em Saint Alban, procura compreender a estranheza que percebe no funcionamento do hospital. Antes que chegasse ali, havia um quadro de abandono em virtude da condição de guerra:

40% dos doentes mentais na França morriam de fome. O hospital – medieval, sujo e superpovoado – tinha se tornado um local aberto, de passagem pois representava o caminho natural por onde os camponeses e suas vacas e mercadorias atravessavam para chegar à feira da região. Este movimento territorial acabava propiciando atividades de comércio e trocas com os internados (Ruiz *et. al.*, 2013, p. 859).

Amarante, ao recordar esse período na trajetória da psiquiatria francesa, observa que

se trata de um período extremamente crítico, na decorrência da Segunda Guerra Mundial. Se a sociedade europeia passa por dificuldades, o que dizer dos loucos em seus asilos? Ao deparar-se com a degradante situação dos internos, Tosquelles dá início a uma série de transformações (Amarante, 1995, p. 32).

Ao ocupar Saint-Alban, hospital se tornar um asilo, um lugar de passagem e de acolhida. “Os primeiros anos de Reforma do Saint-Alban são marcados pelo caráter de espaço de resistência ao nazismo, ao mesmo tempo em que se implementam iniciativas para salvar da morte e oferecer condições de curabilidade aos doentes” (Amarante, 1995, p. 32). A concepção pensada por Tosquelles está ligada à leitura que faz do psiquiatra alemão Herman Simon (1920), sobre o “cuidar da instituição”. Simon elaborou a proposta da psicoterapia (hiper) ativa: “entendia a vida como atividade incessante, a ser devidamente orientada, opondo-se ao desenvolvimento do patológico, colaborando para a tomada de vontade e de poder autoconduzir-se de um modo ordenado e útil” (Ruiz *et. al.*, 2013, p. 861).

A referência a Simon fica ainda mais evidente ao sabermos que o idealizador do princípio da “terapêutica ativa” foi um dos autores que Tosquelles trouxe consigo em sua fuga da Catalunha. Trata-se do fundador da Ergoterapia:

Em uma época em que se praticava a clinoterapia (repouso no leito), deixando-se os internos inativos, o psiquiatra alemão Simon (1867-1947), em 1927, sistematiza a proposição denominada psicoterapia (hiper) ativa, a partir das práticas que desenvolvia desde 1905, no Hospital de Warstein e depois em Gutersloh (Ruiz *et. al.*, 2013, p. 860).

O outro autor trazido por Tosquelles foi Lacan, que lhe era caro, enquanto criador de uma abordagem da Psicanálise com a qual o médico mais se identificava e que pode também ter influenciado sua abordagem em Saint-Alban.

No asilo de Tosquelles, o Psiquiatra não está no centro das terapias. Seus experimentos inclusive, registram intervenções de pessoal leigo à área como artistas de teatro, pessoas comuns, as quais, na sua visão, não estariam afetadas pelos estigmas comuns à formação específica da psiquiatria. Tais sujeitos de fora, que poderiam trazer terapias criativas para intervenção junto a pacientes com quadro de esquizofrenia são, para esse médico, importantes no cuidado da instituição, que por si é um organismo em movimento. A proposta consistia na utilização do trabalho em psiquiatria, como terapia. Nesse caso, não um trabalho ligado a mais valia ou a alguma virtude moral de outrora<sup>17</sup>, um trabalho como “atividade desafetada e desabusada”. O trabalho nesse sentido seria um “efeito terapêutico”, com vistas a melhorar a participação do internado na vida societária asilar. No entanto, não se tratava de uma ideia completamente nova:

A utilização do trabalho em Psiquiatria é tão antiga quanto o manicômio, ela é constitutiva da própria psiquiatria como especialidade médica, ligada à organização do capitalismo industrial (séculos XVII – XVIII), quando se consolida a representação do trabalho como eixo societário regulador e do ócio como uma afronta a Deus (Ruiz *et. al.*, 2013, p. 860).

Assim, Tosquelles dá continuidade à ergoterapia na clínica que propõe, porém livre da ideologia pineliana do “Tratamento Moral”. Esse dispositivo, ao longo da história, sofre outras modificações, sendo também incorporado à concepção de reformas da psiquiatria tanto a italiana como a brasileira: “ergoterapia, laborterapia, praxiterapia, terapia ocupacional”. Toda essa terminologia aponta para ideologia de que existe uma função psicológica do trabalho, fomentada pela clínica de Tosquelles:

---

<sup>17</sup> O trabalho já fora usado antes como forma de saída para certas condições humanas e como terapia\_ ocupação, virtude, meio de subsistência\_ todavia Tosquelles pratica uma forma de trabalho cujo objetivo guarda inovação do desinteresse.

Na experimentação de Saint-Alban diversos psiquiatras travaram uma polêmica em torno da questão da atividade, especialmente a de trabalho. Saint-Alban colaborou para a emergência de um conjunto de posições em Psicopatologia do Trabalho na França (Ruiz *et. al.*, 2013, 862).

Conforme essa visão, do trabalho no campo terapêutico evita o apartamento do louco da vida social, visto que mantém o interno na vida societária do asilo, trabalhando em um curso de horas a fio, o que reduz conflitos e colabora para que a instituição reduza os custos do Estado com a governabilidade do espaço.

Desse modo, os efeitos em termos de governabilidade do hospital podem ser redução de custos e gerenciamento de gastos públicos. Apesar de o trabalho como terapia ter sido utilizado antes de Simon e de Tosquelles, o modelo adotado por este último guarda distinções, sendo considerado revolucionário por seus pares e cuja experiência foi considerada exitosa. Um ponto fundamental defendido pelo psiquiatra e motivo de questionamento é a valorização da heterogeneidade dos usuários do asilo. Segundo Tosquelles, “caso houvesse serviço um processo seletivo de usuários da mesma procedência, nenhum seria curado.” Para o médico, a cura somente era possível quando ao interno fosse possibilitado conviver com “alguém diferente em termos de caráter e estrutura” (Ruiz *et. al.*, 2013, 862). Esse procedimento foi apoiado, por exemplo, por Jean Oury, psiquiatra e psicanalista respeitado que fez seu internato em Saint-Alban. A partir de 1947, Oury observa que a heterogeneidade dos usuários daquele espaço é eficaz “por favorecer a possibilidade de passar de um lugar a outro e de uma pessoa a outra” (Ruiz *et. al.*, 2013, 863, *apud* Oury, 1984). No espaço, o coletivo vivo era o que garantia a sobrevivência: “cuidados, pesquisa e formação agindo articuladas por um coletivo, operando clandestinamente quando da luta da Resistência contra a ocupação nazista (Ruiz *et. al.*, 2013, 864).

Nesse processo de cuidar do hospital, Tosquelles sedimenta a psiquiatria institucional, principalmente, pelas experiências em França, as quais trouxeram visões que merecem ser revisitadas em torno do asilo, do lugar do médico e das bases em que se fundaram a partir do olhar do ocidente.

Influenciada por estudos da fenomenologia existencialista, do marxismo e da psicanálise, a corrente da Psiquiatria Institucional, em sua dimensão crítica, tem como marco histórico não somente os trabalhos e os experimentos clínicos de Tosquelles, mas também os de Frantz Fanon, um outro psiquiatra que abordaremos adiante nesta dissertação. Tosquelles foi o idealizador da Socioterapia, posteriormente chamada de “Psiquiatria Institucional”. Um dos dispositivos dessa abordagem foi o Clube Terapêutico<sup>18</sup>, que consistia em atividades de livre adesão, associativas, no manicômio, cujo objetivo era “organizar a vida cotidiana de um serviço, assumindo a responsabilidade das compras e despesas de cada ateliê” (Ruiz *et. al.*, 2013, 863). Um exemplo foi a criação de um jornal semanal produzido inteiramente no asilo e no qual os internos poderiam escrever o que quisessem. Fanon foi residente de Tosquelles, e acompanharia um período da trajetória do mentor em publicações, experimentos, congressos e estudos sobre casos clínicos e mesmo em terapias de choque, naquele contexto não utilizadas como remédios, mas como forma de preparação necessária para o trabalho terapêutico (2021, p. 39).

#### 4.2 FRANTZ FANON: CRÍTICA À VISÃO EUROCÊNTRICA DA PSIQUIATRIA

Contemplaremos nesta seção a trajetória de Fanon, a partir do período em que integra a clínica de Tosquelles, mas faremos, quando necessário, alguma remissão à realidade pessoal do médico martinicano, que possa se relacionar com a sua visão da psiquiatria, do “doente mental” e da “doença mental”.

Fanon, médico Psiquiatra negro, fez sua graduação em Lyon, teve breve estada no Hospital Psiquiátrico Saint-Ylie, em Dole (Jura) e na ilha francesa da Martinica. Somente em 1952, transfere-se para o Hospital de Saint-Alban, onde trabalharia como residente de Tosquelles.

Como supervisor de Fanon, Tosquelles também integrou os principais debates da psiquiatria mais progressista francesa. Problemas relacionados ao poder e Medicina e ao

---

<sup>18</sup> Em 1942, em um Congresso em Montpellier (França), Tosquelles e Balvet denunciam a decadência do sistema asilar francês. Para ambos, naquele período, os hospitais eram lugar de “verdadeiro genocídio”: “tanto o hospital quanto a sociedade em que o asilo se insere estavam doentes e o que é pior: tornaram-se adoecedores. O Clube Terapêutico de Tosquelles foi o protótipo para a criação, por Balvet, também expoente na Psiquiatria francesa da época, do Clube Paul Balvet, em 1947.

componente humano da loucura, por exemplo, são motivos de discussão naquele período (Fanon, 2021, p. 33). Essa visão da psiquiatria se opunha a estudiosos como Lacan e Henri Ey e também à visão dos surrealistas, por exemplo, pois não concebia a loucura como uma manifestação de liberdade, mas como uma doença gerada na sociedade e tributária desta:

A doença mental nunca é vista como uma forma de extrema liberdade, mas antes como uma ‘patologia da liberdade’, expressão que Fanon utiliza em vários textos, referindo-se a Ey (...) Ele opõe essa concepção de loucura como patologia da liberdade à de Lacan, que via na possibilidade da loucura uma dimensão essencial da existência humana, uma certa proximidade com os surrealistas (Fanon, 2021, p. 38).

Fanon se torna especialmente diferenciado em seu pensamento porque insere na análise da psicopatologia o universo das estruturas de colonização. Tal vertente da psiquiatria à época é considerada inovadora, visto que compreende o doente como “vítima do sistema que combate”. O médico se interessava por aspectos biológicos da clínica psiquiátrica, tendo investigado substâncias como sais de lítio. Desenvolveu experimentos e praticou métodos de terapias com os neurolépticos de primeira geração. No entanto sua tese, defendida em 1951, teve como foco negar que os distúrbios fossem de constituição orgânica ou decorrentes da história individual do paciente. O médico se debruça sobre a neuropsiquiatria e assinala que é preciso observar o “quanto a loucura é inteiramente vivida no registro do sentido” (Fanon, 2021, p. 26-29). Para o pesquisador, “uma doença mental só costuma se desenvolver num espaço relacional socialmente determinado, que explica a forma que ela toma” (2021, p. 28). Seu trabalho propôs uma reflexão filosófica e epistemológica: a distinção entre o orgânico e o mental, o neurológico e o psiquiátrico.

Nesse sentido, o hospital, para Fanon, funcionaria como uma instituição de adaptação e assimilação, pois não considera a cultura do paciente nem lhe oferece escuta. Seus estudos analisam os efeitos psicológicos da colonização e têm como campo de observação pacientes psiquiátricos internados em hospitais de França (Fanon, 2021, p. 21).

Para Fanon, a sanidade tem um componente político, e seu restabelecimento se faz mediante a aspiração por liberdade. Para o estudioso, as reproduzem racismo e excluem a diversidade



cultural, muitas vezes tomada como loucura.

Conforme essa visão, a alienação não seria um mal individual, mas um produto de uma sociogenia. Especificamente, Fanon observa a condição do negro na sociedade colonial. Para o psiquiatra, há subjetividades colonizadas, as quais foram sedimentadas em função de um complexo sócio-histórico constituído “no núcleo da cisão colonial que determina quem está fora e quem está dentro” (Fanon, 2021, p.17).

A tese de Fanon trabalhou o que podemos chamar “patologia da negritude”, um estudo sobre a alienação do negro na colônia do Antigo Regime, no Caribe francês, em um período em que havia uma dependência interna absoluta da metrópole. Nas constatações do médico, se por um lado parte considerável dos casos das “doenças mentais” era acompanhada de históricos familiares – portanto, questões hereditárias – por outro lado, haveria alterações neurológicas não idênticas, constatações que lhe faziam questionar as distinções rígidas e as explicações causais e mecanicistas. Fanon investigou a alienação produzida, desse modo, pelo olhar racista da instituição colonial. Mergulhou sobre a experiência vivida pelo negro<sup>19</sup> e seu legado na clínica psiquiátrica é dotado de uma visão de extrema singularidade.

Para Fanon, a internação clássica do paciente limitava seu campo de ação, consideravelmente, ao restringi-lo ao espaço fechado do hospital e o condenando a usufruir de sua liberdade em um mundo irreal.

A clínica de Fanon tinha como norte sustentar que as “doenças mentais” não eram entidades naturais, reconhecendo a possibilidade da origem orgânica, mas pensando a relação entre o orgânico e o mental. O psiquiatra

enxergou em sua tese de exercício em psiquiatria a oportunidade de refletir sobre o problema filosófico que constituiria seu horizonte: o espaço que uma prova empírica da distinção entre o neurológico e o psiquiátrico abriria à liberdade e à história (Fanon, 2021, p. 29).

Nas investigações em torno do neurológico e o psiquiátrico e o psiquiátrico e o social,

---

<sup>19</sup> “Pele negra, máscaras brancas”, Fanon, 2020.

Fanon mantinha uma reflexão como um imperativo: “só pode haver reinserção num grupo se o indivíduo já for parte integrante dele” (Fanon, 2021, p. 49). Conforme o psiquiatra, na sociedade colonial, existia uma contradição inconciliável: a ideologia de uma patologia mental relacionada a uma raça. Assim, constatou a existência de uma naturalização da “doença mental” no modo como eram tratados os homens argelinos. Verificou o quanto havia dificuldades na adoção da socioterapia com essa clientela verificou o quanto o tratamento isolado das questões de raça, portanto eurocentrado, não tinha condição de ter efetividade.

## 5 NOSOLOGIA DA PATOLOGIZAÇÃO MENTAL

O homem é um animal que nomeia – não conseguimos deixar de pôr um rótulo em tudo o que vemos. Essa é a nossa dádiva especial, e às vezes nossa maldição, desde o Gênesis, quando Adão estabeleceu domínio sobre as plantas e os animais pelo simples ato de nomeá-los. A abundância diagnóstica está embutida em nosso DNA. Temos a forte necessidade de identificar padrões – distinguir o leão do cordeiro, o alimento do veneno, o amigo do inimigo (Frances, 2016, p. 59)

### 5.1 DIAGNÓSTICO E PATOLOGIZAÇÃO MENTAL

A primeira perda que um indivíduo tem ao ser diagnosticado como portador de “transtorno” ou “doença mental” é de credibilidade, embora tenhamos na atualidade uma lei alinhada à luta antimanicomial onde existe o imperativo constitucional de que “Todos são iguais perante a lei, inclusive os doentes mentais.” Desse modo, o diagnóstico de um “transtorno” ou “doença mental”, e a confirmação desta para o paciente, carece de um cuidado por parte do médico, visto que pode comprometer a vida global de uma pessoa. Ter uma “doença mental” na nossa sociedade representa estar alijado de muitos espaços e ser submetido a olhares pelo outro que vão questionar comportamentos, atacar decisões que partam do lugar da diferença, prejudicar a capacidade de equilíbrio diante de situações estressoras e outros. Conforme Bezerra Jr.:

as intenções terapêuticas da psiquiatria visariam em última análise a resguardar os indivíduos de um encontro trágico, mas potente, com sua condição essencial: a de seres ontologicamente abertos que, pela própria consciência de sua finitude, convivem inevitavelmente com frustração, fracasso, sofrimento, dilaceração (Bezerra Jr., 2014, p. 9).

O diagnóstico de uma “doença mental” trata-se de algo complexo, visto que envolver um mal-estar ligado à esfera do sentido e da existência que pode acarretar “comportamentos desviantes ou socialmente indesejados numa determinada época”. Conforme Bezerra Jr. (2014, p. 10), a dicotomia entre o biológico e o existencial tem se enfraquecido, visto ter sido

desconstruída e redescrita pelos estudos em torno da plasticidade, da epigenética, do imageamento cerebral; em parte porque, apesar das promessas não cumpridas de demonstração da natureza estritamente biológica dos transtornos mentais, a pretensão de ancorar a psiquiatria no campo sólido das teorias e práticas científicas tem ampliado seu raio de influência, colocando em segundo plano versões mais sujeito-centradas da psiquiatria (BEZERRA JR, 2014, p. 11).

Mas, ainda conforme o autor, a psiquiatria é atravessada pela tensão entre duas vocações que são o conhecimento e o cuidado, sendo um empreendimento científico e moral. Desse modo, há uma vertente da psiquiatria que se encaminhou para a categorização de diagnósticos, descrevendo sintomas, moldando e criando roteiros de identificação e designação das experiências de sofrimento. Desse modo, o “encontro com o diagnóstico” afeta o sujeito que muda a maneira de interpretar suas próprias emoções e de conduzir suas relações com os outros. Conforme Canguilhem (2020):

Para julgar o normal e o patológico, não se deve limitar a vida humana à vida vegetativa. Em (...) qualquer estado do organismo, se for uma adaptação a circunstâncias impostas, acaba sendo, no fundo, normal, enquanto for compatível com a vida. Mas o preço dessa normalidade é a renúncia a qualquer normatividade eventual. O homem, mesmo sob o aspecto físico, não se limita a seu organismo (...). É, portanto, para além do corpo que é preciso olhar, para julgar o que é normal ou patológico para esse mesmo corpo (Canguilhem, 2020, p. 142).

A dicotomia entre o normal e o patológico é exatamente o que constrói o atual instrumento diagnóstico da Medicina Psiquiátrica, o DSM. A “doença”, em lugar de ser buscar uma compreensão de seus desencadeantes e variáveis relacionadas, um “desequilíbrio ou desarmonia,” passa a ser um mal que deve, de imediato, ser extirpado através de intervenção medicamentosa, farmacológica. Esse “esforço que a natureza exerce no homem para obter um novo equilíbrio”, isto é, a “reação generalizada com intenção de cura” por parte do corpo do paciente é sumariamente ignorada pelo médico da medicina medicamentosa que sequer dá ao paciente o tempo necessário para o organismo se reequilibrar e se curar (Canguilhem, 2020, p. 10).

A psiquiatria do diagnóstico, da catalogação das doenças ou transtornos e das prescrições tem experimentado um movimento ainda mais preocupante: problemas normais que seriam comuns ao cotidiano da maioria das pessoas têm sido interpretados como “transtornos mentais”. Categorias diagnósticas são criadas sem evidência científica para compor uma lista de “transtornos”, em uma prática constante de oficializar observações de um grupo de médicos dotados de poder para prescrever uma única forma de tratamento: a prescrição de fármacos com ação psicotrópica, a qual está baseada na crença de que a causa dos “transtornos mentais” seria biológica: as teorias do “desequilíbrio bioquímico” (Whitaker, 2017, p. 11). Conforme essa teoria existe um

desequilíbrio químico subjacente de cada “transtorno mental”. Por exemplo, a teoria da dopamina para a esquizofrenia e da serotonina para a depressão. Não obstante essa crença, há poucas evidências científicas a confirmar tal teoria. Ao contrário, o que aparece são evidências que a desmentem. O que cada vez mais tem ficado evidente é que drogas psiquiátricas criam perturbações nas funções dos neurônios; temporárias, mas desgraçadamente muitas vezes definitivas. O que explicaria a razão pela qual as pessoas que começam a tomar antipsicóticos, antidepressivos, ansiolíticos, não possam mais interromper o tratamento medicamentoso... (Whitaker, 2017, p. 12).

Bezerra Jr. (2014, p 11) observa que “é do encontro com a natureza trágica da vida e dos afetos que esse encontro suscita, que nasce a necessidade de nomear, descrever, classificar, distinguir normativamente e tratar condições existenciais que nos causam dor e angústia.” Nesse sentido,

Os rumos da psiquiatria, a partir de Frances seguem um caminho em que o ato de diagnosticar a doença passa a se atrelar a um Compêndio que estrutura de maneira rígida a forma como o Psiquiatra deve agir. O DSM, um manual de procedimento de fundamentação da prática médica, registra “transtornos mentais” de uma forma totalitária, constituindo-se como um “Auto de Inquisição” cuja lógica não é possível de se dialetizar. Para além dessas referências não metafóricas de doenças e sintomas, o documento médico da Associação de psiquiatria norte-americana reescreve a fronteira entre a saúde e a doença, entre o normal e o patológico, destituindo a questão de toda a sua complexidade. A consequência desse modelo é a Psiquiatrização da vida social que tem sido discutida amplamente por uma série de estudiosos

(Canguilhem, 2005; Birman, 2014; Whitaker, 2017; Bezerra Jr., 2014) da mesma classe médica, inclusive pelo mentor do primeiro dos manuais, Allen Frances (2016). Durante vinte anos, o médico trabalhou em atualizações periódicas desses manuais, as edições do DSM, participando do DSM-III, DSM-III-R e o DSM-IV, liderando a “força-tarefa” que criou este último, a quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Enquanto presidente do Departamento de psiquiatria da Universidade de Duke, Frances desenvolveu pesquisas e tratou pacientes. Segundo o autor, sua ideia com o Manual era tornar a psiquiatria mais eficiente:

Em 1987, uma semana após saber que iria, uma semana após saber que iria liderar os trabalhos do DSM-IV (...) tive um extasiante sentimento de poder enquanto engendrava possíveis formas de mudar e aprimorar a psiquiatria. Minha preocupação era o fato de que o diagnóstico havia ido longe demais, rápido demais e estava mudando com muita velocidade – havia um excesso de categorias e de gente sendo diagnosticada (Frances: p. 13).

Conforme Frances descreve, todavia, a ideia de elevar os parâmetros para transtornos poderia afrouxar as regras de diagnóstico. Para o psiquiatra, o grupo estava supervalorizando os benefícios esperados, pois temia que, em vez de corrigirem problemas no manual anterior, criariam outros problemas. Para o médico,

Todas as mudanças no sistema diagnóstico deveriam ser orientadas pela ciência e baseadas em evidências, e não influenciadas por caprichos meus ou alheios. O método de elaboração do DSM-IV precisaria dar ênfase à moderação, com o intuito de protegê-lo da individualidade, da arbitrariedade e da criatividade diagnóstica. Exigiríamos que as novas propostas fossem submetidas a um profundo exame da literatura científica, visando enfocar seus riscos e armadilhas (Frances, 2016, p. 13).

Compreendemos que o médico que elaborou o primeiro compêndio, portanto Frances, fomentou o embrião do problema atual da “inflação diagnóstica”, como ele próprio denomina. O mesmo médico que participou do início dos trabalhos de catalogação dos distúrbios, reconheceu os riscos inerentes que são as atualizações periódicas do documento, considerando que há “armadilhas” na tentativa que se fez de “aprimorar” a psiquiatria.

## A história dos DSM remonta aos anos 1980:

os DSM eram livrinhos merecidamente obscuros que ninguém lia e aos quais não se dava muita importância. Então, o DSM-III surgiu em cena \_ um gordíssimo compêndio que logo se tornou ícone cultural, um best-seller permanente e um objeto de culto indevido: a “bíblia” da psiquiatria. Por ter estabelecido a fronteira crucial entre doença mental, o DSM ganhou uma relevância social imensa, determinando uma infinidade de coisas que têm um enorme impacto na vida da população quem é considerado sadio e quem é doente; qual tratamento é oferecido; quem paga por ele; quem recebe benefícios por invalidez; quem tem direito a serviços de saúde mental, escola, colocação profissional e outros; quem é contratado para um emprego, pode adotar um filho, pilotar um avião ou ter um seguro de vida; se um assassino é um criminoso ou um paciente mental; qual deve ser a indenização paga em uma ação judicial; e muito, muito mais (Frances, 2016, p.12).

Conforme Bezerra Jr., ao nomearmos “a angústia de existir por meio de categorias patológicas, psiquiatria transforma uma condição ontológica essencial num espaço a ser regulado por discursos e intervenções de roupagem técnica, cuja vocação moral normatizadora mal se esconderia por trás das reivindicações de objetividade e neutralidade científica” (2014, p. 9).

### 5.2 FRANCES E O GRUPO-TAREFA DO DSM-IV

Frances (2016) conta como surge o grupo-tarefa que acorda fazer mudanças no Manual anterior do qual o psiquiatra participara. Observa o quanto os critérios para inserção de novos distúrbios eram questionáveis e carentes de fundamentação científica. Além disso, denuncia os interesses da indústria do psicofármaco como um poder importante que afeta as decisões médicas e que favorece o distanciamento do profissional do que seriam consideradas evidências científicas. Afirma que é preciso domar a inflação diagnóstica, pois “os fabricantes de remédios lamberiam os beiços imaginando a melhor maneira de explorar, com sua bem treinada promoção da doença, a tentadora oferta de novos alvos (Frances, 2016, p. 14). Manifesta preocupação com a enorme quantidade de norte-americanos que estão viciados em comprimidos antidepressivos, antipsicóticos, agentes ansiolíticos, remédios para dormir e analgésicos:

A imprecisão dos diagnósticos está causando uma overdose nacional de medicamentos. Seis por cento da população norte-americana é dependente de fármacos prescritos, e hoje em dia há mais visitas a prontos-socorros e mortes decorrentes dessas substâncias legalizadas do que de drogas urbanas ilegais (Frances, 2016, p. 15).

O psiquiatra denuncia que os remédios possuem o potencial de ser tão perigosos quanto um cartel de drogas e que clínicos gerais com pouco treinamento e não especialistas, em consultas apressadas de sete minutos têm feito prescrições indiscriminadas:

As drogas psiquiátricas são hoje a maior fonte de renda dos fabricantes – em 2011, foram 18 bilhões de dólares em antipsicóticos (surpreendentes % de todas as vendas de medicamentos), 11 bilhões em antidepressivos e quase 8 bilhões em remédios para TDAH (transtorno do déficit da atenção com hiperatividade). O gasto com antipsicóticos triplicou e o uso de antidepressivos quase quadruplicou de 1988 a 2008. E esses comprimidos têm sido receitados pelos médicos errados (Frances, 2016, p. 15-16).

Frances conta a sua experiência na elaboração do DSM- IV, observando a interpretação que se faz de manuais como os DSM:

Ensinou-me que qualquer palavra que possa ser mal utilizada ou mal compreendida provavelmente será, e eu os autores devem se preocupar com as consequências não apenas do uso adequado de sua obra, mas também das previsíveis distorções (2016, p. 21)

Na fronteira estatística entre o normal e o anormal nasce o DSM-IV. Conforme Frances, a partir da curva de Gauss, uma resposta simétrica perfeita e replicável poderia mensurar características da normalidade mental. A curva de Gauss forneceu orientação científica ao manual para fornecer orientação sobre quem seria ou não mentalmente normal. Conforme Frances, o DSM de 1980 tinha um método simples e eficaz:

A descrição de cada transtorno do manual é acompanhada por um conjunto de critérios que enumera em termos bastante precisos quais os sintomas o definem, quantos devem estar presentes e a duração necessária. Por exemplo, um episódio depressivo maior é determinado por cinco ou mais sintomas, apresentado-se juntos durante mais de duas



semanas e causando desconforto incapacitação clinicamente significativos: humor depressivo, perda de interesse, redução o apetite, alterações do sono, fadiga agitação culpa, pensamentos conturbados e sentimentos suicidas (Frances, 2016, p. 46).

Segundo o médico, uma vez estabelecidos o conjunto de critérios do manual, somente razões relevantes podem justificar sua alteração, “caso contrário, “o sistema não apenas será arbitrário, mas também incoerente e confuso (Frances, 2016, p. 47). Outro aspecto observado é a existência de critérios de “confiabilidade” e “validade”, conforme os quais, diferentes clínicos que atendam o paciente chegarão ao mesmo diagnóstico. O psiquiatra levanta também outro aspecto, que diz respeito ao modo de atenção ao paciente:

O DSM tem que manter a simplicidade, mas a psiquiatria não. Os diagnósticos do manual deveriam ser vistos como uma pequena parte de uma avaliação geral que também abrangeria aspectos mais intrincados e individuais de cada paciente. Infelizmente sua abordagem tem sido influente demais – dominando o campo de uma forma que nunca pretendemos. As nuances da psiquiatria transformaram-se em uma lista de checagem, homogeneizando as diferenças individuais e os tratamentos personalizados (Frances, 2016, p. 49).

O médico defende que o DSM-IV tinha cuidadosos critérios e que não se colocava como único instrumento para “fechar” um diagnóstico, pois mesmo os experimentos e ensaios clínicos são suscetíveis a vieses:

A seleção de pacientes em um ensaio de campo também causa um aumento artificial de confiabilidade. Na vida real, fazer um diagnóstico é como achar uma agulha em um palheiro com centenas de possibilidades. Em resumo, os ensaios de campo são extremamente necessários, porém extremamente falíveis (Frances, 2016, p. 49).

Frances observa que a descoberta de padrões nos ajuda a separar experiências e a observar os traços que se repetem em “transtornos mentais” o que dá alguma orientação. O ato de nomear e de categorizar um dado desvio se desenvolveu em função de uma necessidade científica de encontrar explicações específicas. Envolvido no DSM-IV, na preparação de um manual

diagnóstico, julgou que não fez um trabalho ruim, todavia reconheceu responsabilidade na “epidemia de autismo, déficit de atenção e transtorno bipolar adulto” (Frances, 2016, 202). Também arrolou como agentes a “venda agressiva de diagnósticos por fabricantes de remédios, gurus imprudentes, pacientes e médicos inocentes, grupos de defesa, a mídia, a internet e as redes sociais” (Frances, 2016, 202).

O autor observa ainda que “transtornos mentais” deveriam ser diagnosticados “apenas quando a manifestação fosse nítida, severa e claramente não passasse por conta própria”, frisando que a introdução de fármacos psicotrópicos de forma prematura “provoca curto-circuito nos caminhos tradicionais da cura natural e renovadora” (Frances, 2016, p. 55).

Frances defende a ideia de que o “normal” necessita de ser recuperado com urgência, em uma obra na qual pretende publicar seu manifesto, um alerta de que a sociedade está sendo levada para a patologização da vida.

## 6 PSQUIATRIA CRÍTICA

Se você falar com Deus, você está rezando; Se Deus falar com você, você tem esquizofrenia. Se os mortos falarem com você, você é um espírita; se você falar com os mortos, você é um esquizofrênico (Szasz, 1973, apud Bezerra Jr, 2014, p. 10).

Neste capítulo trazemos uma visão da psiquiatria que pode ser considerada contemporânea. Os autores que trabalharemos são Joanna Moncrieff e Alberto Ortiz Lobo, respectivamente, oriundos da Inglaterra e da Espanha, identificados como protagonistas de um movimento que a Reforma Psiquiátrica denomina Psiquiatria Crítica.

### 6.1 MONCRIEFF E LOBO: POR UMA OUTRA PSQUIATRIA

O psiquiatra Lobo define pacientes psiquiátricos como “os únicos que podem ser tratados contra sua vontade”. Sendo tratados contra sua vontade, são privados de seus direitos (Ortiz Lobo, 2013, p. 51). O médico afirma que a Saúde Mental é um campo no qual o conceito de coerção não seria fácil de ser delimitado, tendo em vista que estão num contínuo com algumas intervenções ditas terapêuticas. Todavia, o dispositivo do Consentimento Informado existe e poderia ser trabalhado de forma mais esclarecida (Lobo, 2013, p. 51). Essa retirada da autonomia da pessoa que recebeu diagnóstico de “transtorno mental” pelas instituições psiquiátricas e os psiquiatras propriamente é um dos pontos centrais do trabalho desse psiquiatra espanhol.

Tendo observado que diversos pacientes sem diagnóstico recebem uma série de procedimentos nos centros de saúde mental, percebia ali uma incoerência no próprio modo de tratar da Medicina. Em Medicina, um sintoma leva a investigação clínica e, se chegando a um diagnóstico, um tratamento é iniciado. Daí, Ortiz Lobo ter trabalhado o conceito de “prevenção quaternária”, que em síntese significa, numa busca à humanização do atendimento na atenção primária, reduzir as iatrogenias.

Trata-se do exercício simultâneo da não maleficência (*primum non nocere*) e da beneficência, agora um tanto mais humildes e cuidadosas: cuidado apropriado, ético, acessível, humano e amigável, adequado. Dois aspectos do conceito de prevenção

quaternária podem ser ressaltados para sua melhor compreensão: sua relação com a conceituação e significação da saúde-doença e a necessidade de proteção dos usuários e redução de danos iatrogênicos (Tesser, 2012, p. 419).

Tesser cita Illich, quem cunhou o conceito de iatrogenia. Traz à baila os três possíveis tipos de danos observados:

- a) iatrogenia clínica: dano direto à pessoa derivado da intervenção médica, que recentemente revelou-se maior do que o imaginado, constituindo a terceira causa de morte nos Estados Unidos da América;
- b) iatrogenia cultural: destruição do potencial cultural, da segurança e dos recursos autóctones dos leigos para administração e cuidado de boa parte dos sofrimentos, adoecimentos, dores e conflitos comuns nas vidas das pessoas;
- c) iatrogenia social: transformações desarmonicas nas relações e papéis sociais dos doentes, tornando-os indivíduos apassivados e angustiados. Illich apud Tesser, 2015, p. 419-420.

Compreendida a importância do conceito de iatrogenia para as intervenções em prevenção quaternária, passa a ser vital a compreensão das engrenagens que mantêm os procedimentos iatrogênicos vivos nas instituições e mentes que controlam essas instituições. A dinâmica da relação com o médico e o paciente é nodal nessa compreensão, daí advindo o conceito de Consentimento Informado. Quando não trabalhado se verifica uma assimetria nessa relação:

O papel do paciente fica relegado a obedecer e confiar cegamente no médico, que atua guiado pelo princípio da beneficência em detrimento do princípio de autonomia (Moreno apud Ortiz Lobo, 2013).

Aos dois princípios apontados por Tesser (2015), quais sejam, da não maleficência e da beneficência, Ortiz Lobo coloca um terceiro que, nas relações de poder do manicômio, ganha relevância: a autonomia. A pessoa encarcerada num manicômio é um ser destituído de suas vontades. Quanto mais silenciado, menos movimento pode produzir. Quando se introduz o conceito de Consentimento Informado ele se aplica às decisões que podem ser compartilhadas mas também a se assegurar que intervenções iatrogênicas, como a lobotomia, sejam erradicadas

do rol terapêutico da “doença mental” (Ortiz Lobo, 2013, p.53).

Mas mesmo o Consentimento Informado teria seus limites, quando por exemplo para um determinado tratamento um paciente assume voluntariamente os riscos, mas o tratamento excede em danos os benefícios. Ortiz Lobo não deixa de mencionar as intervenções coercitivas que, eventualmente, podem ser necessárias para benefício do próprio sujeito ou de terceiros (Ortiz Lobo, 2013, p.54).

Em resumo, a Psiquiatria há de dar resposta inequívoca do estado mental do sujeito, de sua periculosidade, e justificar a pertinência da intervenção terapêutica (Bracken *apud* Ortiz Lobo, 2013, p.54).

A prática da psiquiatria, o dia a dia da clínica, faz perceber que alguma contenção pode ser necessária em pacientes psiquiátricos que cometeram um crime na vigência de crise psicótica, ou mesmo em comportamentos pródigos que exigiriam uma contenção pontual dos direitos, como por exemplo o acesso ao próprio patrimônio. Contenção terapêutica, portanto, difere de violência institucional. Se a contenção for prescrita pelo médico, o prescritor deve bem fundamentar o ato ao paciente e aos demais membros da equipe terapêutica, bem como a seus familiares e às instâncias públicas.

Um outro aspecto abordado por Ortiz Lobo é o tratamento de pessoas sãs, sem “doença mental”, tratamento esse criticado não apenas com o uso de psicofármacos, mas também de psicoterapia. A própria população tem demandado tratamentos para situações que não correspondem a transtornos ou enfermidades. Relacionados, de fato, com:

questões da vida cotidiana, sentimentos desagradáveis – tristeza, angústia, raiva, frustração, impotência, solidão, indignação, ódio, agressividade etc. – que aparecem no contexto de um acontecimento ou situação vital estressante na forma de uma resposta emocional adaptativa, legítima e proporcional e, portanto, não patológica. O tratar com fármacos ou com psicoterapias pessoas sãs supõe as expor aos danos que se derivam das intervenções e dos diagnósticos que justificam [essas intervenções], sem um benefício evidente. Apesar do potencial perigo que causa, esse fenômeno se expandiu extraordinariamente (Ortiz Lobo, 2013, p. 67).

Todavia, embora com as crescentes evidências dos danos da patologização das “questões da vida cotidiana”, esses problemas não faziam parte do rol de questões a serem considerados nas entidades médicas. Aqui Ortiz Lobo (2013, p.67) tacitamente chama a atenção para a formação do médico psiquiatra para a compreensão desse fenômeno. Por outro lado, indica que são propriamente instituições médicas as grandes protagonistas dessa “‘epidemia’ dos transtornos mentais”: com a Terceira Edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, nos anos 1980, “muitos comportamentos que até o momento eram considerados completamente normais se foram ‘materializado’ em novos diagnósticos.”. Daí a patologização “da tristeza, do medo, da raiva e de todas as emoções desagradáveis, da timidez, o fracasso escolar, a sexualidade ou qualquer comportamento que se desvie da normalidade estatística ou do aceitável socialmente”. E do que era considerado doença ou sofrimento, e que, portanto, fundamentaria uma intervenção médica diagnóstica e terapêutica, recebeu uma lente de aumento, incrementando em muito suas prevalências: “depressão, transtorno de ansiedade, fobia social, transtorno de estresse pós traumático, transtorno por déficit de atenção e hiperatividade, disfunção erétil, autismo, transtorno afetivo bipolar”.

Ortiz Lobo também, em suas análises, aponta para questões estruturais do Estado. Não coincidentemente, a década de 1980 viu subir ao poder governos com política econômica chamada de neoliberal – nos Estados Unidos, Ronald Regan; na Inglaterra, Margareth Thatcher. Segundo Ortiz Lobo, essa nova direção tratou de propagar “a ideologia de que a livre empresa e a iniciativa individual criariam um novo clima econômico e se geraria prosperidade. Em consonância com esse modelo econômico, se desenvolveu extraordinariamente o mercado sanitário [da saúde como produto], cujos beneficiários são a indústria farmacêutica e as empresas de saúde. A rentabilidade, como em qualquer outro negócio, se baseia em assegurar um bom volume de clientes, que nesse caso seriam os pacientes.” (Ortiz Lobo, 2013, p.69).

Ora, criar a demanda para suprir a oferta. Como bem exemplifica Ortiz Lobo, ter um plano de saúde se tornou num “símbolo de prestígio da classe média”. Há, assim, uma torção na noção do conceito de saúde: de bem inato para “uma promessa cada vez mais distante que nos incita a consumir mais serviços médicos”. Nessa mesma onda veio a indústria farmacêutica de

psicotrópicos, “antidepressivos, antipsicóticos, estabilizadores do humor e estimulantes”, que se tornou o seguimento industrial mais rentável, quando comparada às mais lucrativas. E “essa profusão de psicofármacos não deve ser atribuída a um avanço científico relevante nesse campo, mas a um desenvolvimento sem precedentes do marketing da indústria farmacêutica (Ortiz Lobo, 2013, p.70).

Ortiz Lobo ancora suas críticas na prática, com proposições alternativas e modelos assistenciais que não deem primazia à utilização precoce de fármacos psicotrópico, posto ser ela própria a variável relacionada a cronificação e estigma (Ortiz Lobo, 2013, p.241). Mas antes disso é a questão do diagnóstico, e aqui passa a colocar em questão os pilares da Medicina Baseada em Evidências (MBE), que “se converteu na forma hegemônica de conhecimento clínico e terapêutico em psiquiatria. Que a MBE seria uma forma de “consequencialismo”, onde “uma ação pode ser avaliada pela medição de suas consequências”, objetividade que não se aplica aos problemas de Saúde Mental (Ortiz Lobo, 2013, p. 286). Ao buscar traduzir sofrimento mental em termos de transtornos, a psiquiatria da MBE “não seria capaz de conciliar valores e crenças dos diferentes protagonistas da investigação: profissionais, pacientes, [psiquiatras] diagnosticadores, financiadores (Ortiz Lobo, 2013, p. 287).

Como contraponto da psiquiatria da MBE, Ortiz Lobo traz à tona a semiótica conduzida também pelos pacientes, estando essa “baseada na experiência subjetiva e vivida do sofrimento mental”. Para tal, o semiologista deveria facilitar a redefinição das perguntas de acordo com as prioridades do paciente, “melhorando a validação ecológica”, ou seja, considerando o meio ambiente e as pessoas do convívio do paciente como elementos relacionados ao adoecimento e também com as possibilidades de tratamento. Cita o National Health Service (NHS) com suas iniciativas pioneiras no envolvimento de doentes nos processos decisórios (Ortiz Lobo, 2013, p. 288).

Como paradigmas de como diagnosticar e tratar são complexos para serem modificados, a questão da formação do psiquiatra é valorizada por Ortiz Lobo. Conviver com a incerteza é parte do viver, mas “a educação médica tradicional tem alimentado nos estudantes a noção de que a incerteza é uma manifestação da ignorância e da debilidade”. Todavia, a psiquiatria positivista tem conseguido incutir já em algumas gerações de psiquiatras não apenas a ilusão das certezas

propagadas pela teoria simplista da psiquiatria biológica, mas também que as classificações dos DSMs são precisas e necessárias para a realização de um “diagnóstico”. O diagnóstico, per si, é algo que talvez não seja tão necessário ao tratamento de uma pessoa em sofrimento mental. Tal proposição é absolutamente revolucionária ao atual paradigma científico da medicina. Dessa forma, uma “formação em psiquiatria crítica” seria necessária (Ortiz Lobo, 2013, p. 289).

Outro marco da psiquiatria crítica ocorre em 1998, quando Moncrieff e colaboradores publicaram uma meta-análise em que compararam o efeito de placebo e medicamentos chamados antidepressivos, concluindo que não haveria uma diferença significativa entre eles (Moncrieff, 2018). Mas o que seriam “antidepressivos”?

Em uma pequena digressão, retornamos a 1959, quando o jornal “The New York Times” publica o artigo “Drugs and Depression”, em que se nomeou pela primeira vez uma substância farmacológica, a imipramina, como um “antidepressivo” (Whitaker, 2017, p. 75). Os psicotrópicos, a partir daquele momento, passariam a ser comparados ao entusiasmo provocado pela introdução dos antibióticos, para o tratamento de doenças infecciosas, e com a insulina, para a diabetes. Buscando criar uma impressão de especificidade funcional para intervenções farmacológicas sobre o comportamento, essas nomeações dos psicotrópicos relacionadas aos sintomas foram se ampliando. Whitaker chamou esse movimento de nomeação de “recauchutagem da imagem das drogas psiquiátricas”. Citou um enunciado de 1963, do Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH), sobre a ação do Thorazine nos sintomas psicóticos, propagando que esses fármacos deveriam ser nomeados “como antiesquizofrênicos em sentido lato. De fato, é questionável se convém conservar o termo ‘tranquilizante’ (NIMH *apud* Whitaker, 2017, p. 75).

Esse entusiasmo dos laboratórios farmacêuticos sobre os psicotrópicos, propagado em ato contínuo pela imprensa, daria os contornos nas décadas seguintes, tanto da indústria farmacêutica como da opinião pública, de se buscar nas substâncias químicas do cérebro a cura para os sofrimentos. Até 1950, não era conhecido sequer o mecanismo de transmissão das informações nas sinapses, entre os neurônios. Discutia-se se era elétrica ou química até 1955, quando, em laboratório, verificou-se que a imipramina bloqueava a redução da serotonina, da noradrenalina e da dopamina, causada pela aplicação de reserpina (Whitaker, 2017, p. 76).



Dez anos depois, em 1965, a “teoria do desequilíbrio químico nos distúrbios afetivos” ganhava as páginas do “American Journal of Psychiatry”:

Essas drogas [como a reserpina] que causam a redução e a inativação da norepinefrina no nível central produzem sedação ou depressão, ao passo que as drogas que aumentam ou potencializam a norepinefrina estão associadas à estimulação ou excitação comportamental, e costumam exercer no ser humano um efeito antidepressivo. A partir dessas constatações, alguns investigadores formularam uma hipótese sobre a fisiopatologia dos transtornos afetivos. Essa hipótese, que foi denominada “hipótese catecolaminérgica dos transtornos afetivos”, propõe que algumas formas de depressão, se não todas, estão associadas a uma deficiência absoluta ou relativa de catecolaminas, particularmente a norepinefrina (Schildkraut *apud* Whitaker, 2017, p. 77).

Em 1967, surgiria a hipótese dopaminérgica da esquizofrenia, o segundo ponto necessário para se construir a reta da “teoria do desequilíbrio químico nos distúrbios afetivos”. Parecia, utilizando um neologismo de Szasz, um “panchreston”, um “explica tudo”. Esse entusiasmo, diga-se, não era apenas da indústria farmacêutica, mas da opinião pública. Alguns autores se levantaram diante desse entusiasmo pouco crítico por uma nova teoria que, elencando três ou quatro substâncias neurotransmissoras, tentavam simplificar todo o *modus operandi* do comportamento humano. Que seria uma “supersimplificação reducionista de um estado biológico muito complexo” (Schildkraut *apud* Whitaker, 2017, p.77). Era o nascimento da “psiquiatria biológica” (Whitaker, 2017, p.77).

As décadas seguintes, de 1970 e 1980, foram particularmente profícuas ao desenvolvimento da psiquiatria biológica. Pensar modificações de comportamento relacionadas a substâncias químicas não era uma novidade. A novidade foi transportar para o ambiente celular cerebral a causalidade dos comportamentos, e que algumas substâncias químicas seriam “‘antídotos’ para algo quimicamente errado no cérebro” (Whitaker, 2017, p.80). Desviat, no capítulo “O início da contrarreforma” (2015, p. 158), coloca uma questão fundamental na propagação ou não de uma ou outra epistemologia: a educação médica:

*A cultura da reforma* [grifo do autor] tem que impregnar os profissionais mais jovens, às vezes seduzidos pelo discurso mais fácil e fecundo dos fármacos e da tomografia

computadorizada por emissão de fóton único (em inglês: *single photon emission computed tomography* – SPECT). ( Desviat, 2015).

Inicialmente surgindo no caminho contrário à internação psiquiátrica e aos procedimentos iatrogênicos da psiquiatria, como a eletroconvulsoterapia e a lobotomia frontal de Egas Moniz, os psicotrópicos pareciam naquele entusiasmado início da década de 1950 a chance de recuperação da pessoa que, considerada louca, estava alijada do convívio social. Tendo a origem de sua produção comercial no pós segunda guerra para o tratamento da esquizofrenia, com o Thorazine (clorpromazida), em poucos anos sua crescente indústria passou ampliar o espectro de medicamentos e suas aplicações, o que foi e continua acontecendo. Começam então a surgir movimentos que percebem nos psicotrópicos eles próprios agentes de iatrogenia.

Retornando a Moncrieff e ao ano 1998, quando publicou a meta-análise que comparava o efeito dos psicotrópicos para a depressão e os placebos, a psiquiatra se tornou, na Inglaterra, uma voz crítica para levantar vieses das publicações que propagavam até então as benesses dos psicotrópicos.

Encaminhando os estudos da psiquiatria crítica, em 2006, Moncrieff e Cohen publicam o artigo “Os antidepressivos curam ou criam estados cerebrais anormais?”, no qual defendem que, para o estudo das condições psiquiátricas, o paradigma do “modelo centrado na doença” não é suficiente para a compreensão do que acontece quando uma pessoa com sofrimento mental usa determinado psicofármaco para aliviar seu sofrimento. O “modelo baseado na doença” é aquele que preconiza a crença em que o remédio antidepressivo pode restaurar a normal mental ao doente:

O termo antidepressivo refere-se a uma droga que ajuda a corrigir anormalidades biológicas específicas que dão origem aos sintomas da depressão. Isso exemplifica o que chamamos de modelo “centrado na doença” de ação de drogas psicotrópicas Modelado em situações paradigmáticas da medicina geral – como o uso de insulina no diabetes, antibióticos em doenças infecciosas, quimioterapia no câncer. O modelo centrado na doença sugere que os antidepressivos ajudam a restaurar o funcionamento normal, atuando na neuropatologia da depressão ou dos sintomas depressivos (Moncrieff e Cohen, 2006).

Moncrieff e Cohen tomam como paradigmática a situação na qual os psicotrópicos (aqui os antidepressivos) causam modificação no comportamento e na emoção, e que deveria ser buscado um outro modelo que não o centrado na doença para o seguimento do tratamento da pessoa acometida pelo sofrimento mental. Os autores chamam essa proposta de “modelo centrado em drogas”, assim explicado:

Um modelo alternativo “centrado em drogas” pode explicar melhor os efeitos observados de drogas em condições psiquiátricas. Esse modelo centrado na droga sugere que, em vez de aliviar uma hipotética anormalidade bioquímica, as próprias drogas causam estados anormais, que podem, coincidentemente, aliviar sintomas psiquiátricos (Moncrieff e Cohen, 2006).

Desse modo, as drogas utilizadas como prescrição, conforme os autores, afetariam o paciente, aliviando sintomas, todavia estariam longe de promover uma tranquilidade ao problema psiquiátrico. Os autores exemplificam:

Os efeitos desinibidores do álcool podem aliviar os sintomas da fobia social, mas isso não significa que o álcool corrija um desequilíbrio químico subjacente à fobia social. A sedação pode diminuir a excitação elevada, presente em muitas situações psiquiátricas agudas. Drogas que induzem à indiferença, como neurolépticos ou opiáceos, podem ajudar a reduzir a angústia dos sintomas psicóticos agudos. Estimulantes de baixa dose podem ajudar a melhorar a atenção e a concentração a curto prazo (Moncrieff e Cohen, 2006).

E, citando uma série de estudos realizados desde 1991, com utilização de tecnologia de neuroimagem não disponíveis até a década anterior, finalmente, os pesquisadores conseguem fundamentar as inconsistências da “teoria do desequilíbrio químico nos distúrbios afetivos”. e, por conseguinte, da “psiquiatria biológica”, nascida na década de 1960:

Evidências independentes não confirmaram que há uma anormalidade de monoamina na depressão. Por exemplo, os resultados dos estudos de imagem cerebral da anormalidade da serotonina são contraditórios. Alguns encontraram redução da ligação do receptor de serotonina 1A em pacientes sem drogas que estavam deprimidos, consistente com a hipótese de que os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRSs) melhoram a depressão corrigindo uma deficiência da atividade da serotonina. Outros estudos, no entanto, não encontraram diferença entre pacientes livres de drogas e controles ou

aumento do potencial de ligação em pacientes deprimidos. Achados post-mortem de alterações de receptores no cérebro de pessoas que cometeram suicídio também foram inconsistentes. Em alguns estudos, com pacientes que se recuperaram da depressão, um desafio de depleção de triptofano levou a um aumento transitório dos sintomas depressivos. No entanto, esses resultados não foram confirmados em estudos voluntários, e o efeito parece ser dependente do uso prévio de ISRS. A pesquisa sobre catecolaminas (noradrenalina e adrenalina) é igualmente confusa e inconclusiva.

As evidências científicas trazidas por Moncrieff e pela psiquiatria mostram o quanto o paradigma do “modelo centrado na doença” se estabeleceu com base em inconsistências.

## 6.2 ALAKARE: A ABORDAGEM DO DIÁLOGO ABERTO

Em 2010 o jornalista estadunidense Robert Whitaker, publicou um livro nodal para a compreensão do que de fato representa a indústria dos psicotrópicos: *Anatomia de Uma Epidemia*. Publicado no Brasil pela Editora Fiocruz em 2017 na presença do autor, já seria importante tão somente pelo desnudar as engrenagens que ligam psicotrópicos, interesse comercial e manipulação de informação científica com fins de propaganda. Foi uma publicação que causou e causa interesse ao público leigo, mas também e talvez principalmente os profissionais de Saúde Mental, pela instrumentalização em prol de um pensamento crítico que é capaz de produzir no leitor.

*Anatomia de Uma Epidemia* é, no entanto mais ainda que uma publicação de denúncia. Junto com a explicação de como os psicotrópicos se tornaram uma galinha dos ovos de ouro para a indústria farmacêutica e suas consequências – prescrições por demanda e não por necessidade, causando iatrogenias e graves problemas de saúde pública – Whitaker apresentava iniciativas bem-sucedidas de tratamento da pessoa em sofrimento mental com diagnóstico psiquiátrico estabelecido inclusive, sem internação ou psicotrópicos, dentre elas o Diálogo Aberto.

No início dos anos 1980, a Finlândia tinha a maior prevalência de esquizofrenia de toda a Europa, com piores resultados na região da Lapônia Ocidental (Amarante e Freitas, 2015, p. 118). A grande revolução que esse país observou veio da reestruturação da estrutura assistencial centrada no atendimento a situações de crise, sendo a crise psicótica o paradigma a ser tratado.

Quando se coloca que a “esquizofrenia”, no Diálogo Aberto, seria o paradigma a se

tratado, aqui se aplica o duplo sentido: 1- tratamento da “doença mental” assim nomeada por uma nova perspectiva assistencial e 2-o “tratamento” do próprio conceito, no sentido de oferecer ao menos a possibilidade de questionamento de que a esquizofrenia não seria uma categoria nosológica estanque, indissociável da pessoa que uma vez receba essa nomeação diagnóstica. Então, como compreender que de 1985, ano que o Diálogo Aberto foi implantado, até 2005, a prevalência de esquizofrenia na Lapônia Ocidental foi reduzida de 33 para 2 casos por 100.000 habitantes? E ainda mais: como compreender que a concessão de benefícios por invalidez para os poucos casos diagnosticados com esquizofrenia, pelas equipes do Diálogo Aberto, caiu drasticamente, visto que 84% desses pacientes retornou ao trabalho, sem restrições? (Amarante e Freitas, 2015, p. 124)

Esses resultados foram multiplicados em diversos outros locais da Finlândia e do mundo. Alakare e Seikkula eles próprios passaram a trabalhar no mundo como o fizeram na Lapônia Ocidental, indo aos locais nos quais eram chamados, auxiliando na compreensão inclusive da condução clínica de situações de crise.

Sobre a questão conceitual, é fundamental a compreensão da dimensão terapêutica com a dimensão de pesquisa do Diálogo Aberto. Trata-se de um bem-sucedido exemplo de trabalho terapêutico em estado constante de pesquisa. Por diversas vezes Seikkula esteve na Fundação Oswaldo Cruz e, em 2018 tivemos a oportunidade de compor uma mesa com ele, o Professor Paulo Amarante e o Professor Fernando Freitas.

O Diálogo Aberto começou a ser estruturado por dentro do problema, envolvendo os profissionais de saúde inseridos no sistema público na região da Lapônia Ocidental. Pensar o trabalhador da saúde como um prestador de serviços mais técnico que emocional é um dos possíveis vieses na condução de um tratamento de uma pessoa em sofrimento mental. Conceitualmente no tratamento de pessoas em sofrimento essa pontuação é relativamente nova e está relacionada ao conceito de “prevenção quinquenária”.

No trecho a seguir, Santos inclui o conceito de “prevenção quinquenária”:

Quatro níveis de prevenção descritos na literatura: primária, secundária, terciária e

quaternária são importantes para as decisões clínicas sobre o paciente e sobre a relação médico-paciente. No entanto, essas ações partem do princípio garantido de que o médico é alicerce estável desde que seja possuidor da melhor evidência científica e/ou desde que seja praticante dos princípios éticos que deverão reger o seu exercício profissional. Contudo, a relação médico-paciente e o paciente são mutáveis. [...]Na realidade, a meta final (qualidade de cuidados prestados com repercussão global no estado de saúde do paciente) não é avaliada (Santos, 2014).

E segue, diferenciando a prevenção quaternária de quinquenária:

Diferença entre prevenção quaternária e quinquenária: A quaternária protege o paciente de dano agindo sobre as condutas médicas resultantes de convicções clínicas sem benefícios comprovados, mas que são tidas como boas práticas. A quinquenária atua exclusivamente no campo biopsicossocial do médico, evitando práticas incorretas que possam ocorrer involuntariamente: práticas incorretas que não sejam resultantes de desatualização científica ou do não cumprimento dos princípios éticos. Santos, 2014

A definição de “prevenção quinquenária” pode representar instrumento para fundamentação conceitual de sua consideração no momento de desenhar uma determinada forma de assistência. Sua inovação é buscar não ser iatrogênica inclusive aos membros das equipes terapêuticas, algo que o Diálogo Aberto parece também ter conquistado.

O Diálogo Aberto considera em sua essência um paciente psicótico e sua rede de apoio no momento da crise. O tratamento no Diálogo Aberto está centrado não no hospital ou em decisões monocráticas, mas em redes (Seikkula e Arnkil, 2020, p. 42).

A médica psiquiatra Birgitta Alakare fez parte do grupo trabalhadores que estruturou o Diálogo Aberto. Foi chefe do Hospital Keropudas, que fica na cidade de Tornio, na Lapônia Ocidental. Esse hospital foi o território de encontro do primeiro núcleo de trabalho do Diálogo Aberto, sendo Alakare e Seikkula os pesquisadores terapeutas que realizaram as avaliações que estruturaram as bases do Diálogo Aberto no atendimento da primeira crise psicótica, ainda em seus pródromos. Segundo Alakare e Seikkula,

nas crises psicóticas, a duração do período sem tratamento (DPST) [...] quanto mais longo o período em que o paciente tem experiências psicóticas antes de iniciar o

tratamento, pior é o prognóstico (Seikkula e Arnkil, 2020, p. 196).

Por ocasião do falecimento de Alakare em 2021, uma entrevista foi publicada no sítio MAD in Brasil por Sandra Steingard, membro da equipe da Casa Sotéria:

O Diálogo Aberto é uma forma de trabalho em que todas as vozes são respeitadas. É fundamentalmente transparente e democrático. A humildade é fundamental para a prática. Em ambientes mais tradicionais, os clínicos são os peritos que concluem as suas avaliações a fim de fazer um diagnóstico ou formulação. Nas clínicas de saúde mental, e especialmente nos hospitais, é ao psiquiatra que é concedida a maior autoridade. Um psiquiatra que abraça o DA deve estar disposto a partilhar o poder. Embora os médicos não neguem a sua formação e conhecimentos médicos, reconhecem que existem muitos tipos de competências e que todas são valorizadas. Esta atitude pode ser transformadora e curativa para um jovem que luta com a psicose pela primeira vez e que é tratado como estranho pela maioria de todos<sup>20</sup>.

Essa entrevista de Steingard é importante para a compreensão do papel do poder num sistema psiquiátrico. “O Diálogo Aberto exigia um líder psiquiátrico que estivesse disposto a compartilhar autoridade.” E delinea a importância de incluir a questão do poder, do reconhecer o poder e dele abrir mão no dia a dia da clínica, na formação médica: “espero que os meus colegas psiquiátricos mais jovens, novatos neste tipo de prática, notem o papel que esta corajosa mulher desempenhou no seu desenvolvimento. Enquanto aqueles sem poder [psiquiatras mais jovens inclusive] podem forçar a sua entrada, a transformação é grandemente facilitada quando os que estão no poder estão dispostos a abrir portas” (Steingard, 2021).

O poder, portanto, deve ser reconhecido pelo psiquiatra que eventualmente venha a ter protagonismo na assistência ao doente psiquiátrico. Ser o diagnosticador, ser o prescritor, ser o produtor de textos com implicações legais, como as interdições por exemplo, é ter poder. Todavia o protagonismo do ato do médico no Diálogo Aberto existe na forma de um protagonismo não narcísico. O trabalho do Diálogo Aberto não teria começado sem essa distribuição do poder, bem

---

<sup>20</sup> Vermont Estados Unidos da América [In Memoriam: Birgitta Alakare. Mad in Brasil, 01 de Março de 2010. Disponível em: <https://madinbrasil.org/2021/03/in-memoriam-birgitta-alakare/> Acessado em 14 de Maio de 2022.]

escasso que é, a todos os integrantes das reuniões dialógicas: o paciente e sua rede afetiva e a equipe de saúde. Mas está ainda para além, pois o protagonismo passa a ser a pessoa em crise.

No protagonismo da pessoa em crise, os diálogos produzidos não são entre médico e paciente, mas na e da rede, que ativamente participa das reuniões. As decisões sobre diagnóstico e tratamento ampliam o setting paciente e médico, mostrando as limitações do conceito de “consentimento informado” quando aplicados a decisões monocráticas. A questão do diagnóstico, portanto, deixa de ser um garimpo de sintomas para considerar as narrativas, sob uma perspectiva polifônica (Seikkula e Arnkil, 2020, p. 101-103).

A intervenção em crise é o momento do Diálogo Aberto é o dispositivo singular que foi capaz de modificar o panorama, na Lapônia Ocidental, de lugar com o mais grave índice de prevalência da esquizofrenia na Europa para o de menores índices de prevalência da doença. É importante perceber que o Diálogo Aberto é um processo de constante aprendizado, exercício clínico e pesquisa.

Se as bases teóricas do dialogismo são identificadas pelo próprio movimento com as ideias de Mikhail Bakhtin, aquelas que podem ter no dialogismo como instrumento terapêutico (Seikkula e Arnkil, 2020, p. 43), há também influências encontradas na própria epistemologia da psiquiatria, como a Experiência Sotéria.

De Bakhtin vem a ideia, para a escuta da psicose, de que “língua e comunicação como primordialmente constitutivas da realidade social” (Seikkula e Arnkil, 2020, p. 145). E ao articular corpo e psicose na geração de histórias que os diálogos permitem, temos um processo “coevolutivo de escutar e compreender” (Hoffman apud (Seikkula e Arnkil, 2020, p. 145).

Sotéria foi e é uma muito bem-sucedida no cuidado com o paciente com psicose. Amarante e Freitas (2015, p. 113) citam semelhanças e diferenças de Sotéria com as experiências da reforma italiana de Basaglia. Como semelhanças, temos 1- o deslocamento da assistência prestada para fora dos muros do hospital e 2- a metodologia conceitual: de “colocar a doença mental entre parênteses”. Em Sotéria há uma questão não abarcada prioritariamente pela reforma italiana: o uso de psicotrópicos, que posteriormente será bastante considerada no Diálogo Aberto. E na reforma italiana o tratamento na comunidade era gerido pelos profissionais de saúde,



enquanto em Sotéria eram uma casa na comunidade e os profissionais que auxiliavam na gerência dessas casas não eram profissionais de saúde (Amarante e Freitas, 2015, p. 114-115).

Em 1968 aos 35 anos de idade, o idealizador da experiência Sotéria, Loren Richard Mosher, assumiria a direção do Centro para Estudos da Esquizofrenia no National Institute of Mental Health (NIMH), nos Estados Unidos. Influenciado pelos psiquiatras da Antipsiquiatria, Mosher conseguiu financiamento do NIMH para criar a Casa Sotéria, iniciada em 1971. De base comunitária, Sotéria representava uma alternativa à internação psiquiátrica e não um seguimento à internação, como em outras experiências comunitárias. Os autores Amarante e Freitas indicam que os princípios terapêuticos estruturantes da Casa Sotéria consideravam 1- a porta de entrada dos pacientes apenas para aqueles com indicação de internação por esquizofrenia, ou seja, via de regra os casos considerados graves pelos profissionais de saúde envolvidos no diagnóstico; 2- os medicamentos psicotrópicos padronizados para o tratamento da esquizofrenia seriam preferencialmente não usados; 3- a responsabilidade pelo tratamento era da equipe não-profissional e não de equipes de saúde; 4- diferente das residências terapêuticas existentes, que se ocupavam dos pacientes egressos de internações, a Casa Sotéria seria ela própria a alternativa à internação.

Havia a proposta de pesquisa dos resultados do acompanhamento, a fim de se verificar a comparação dos resultados terapêuticos com os tratamentos convencionais. A Experiência Sotéria teve financiamentos por cerca de dez anos, coincidindo com a gestão de Mosher no NIMH e a mudança ideológica neoliberal inaugurada na década de 1980, com a culminância nos EUA da chegada de Ronald Regan à Presidência do país (1981 a 1989). Apesar de “os resultados terem sido visivelmente positivos, a experiência Sotéria acaba sendo abortada, já que o suporte financeiro é suspenso pelo NIMH.” (Amarante e Freitas, 2015, p. 117). Mas as sementes estavam plantadas e no mundo todo, até hoje, pululam iniciativas inspiradas na experiência Sotéria.

Há duas fases claramente distinguíveis na implantação do Diálogo Aberto. Uma primeira fase, de 1985 a 1989, no qual o tratamento era hospitalocêntrico. Em 1990, um novo sistema psiquiátrico foi iniciado, tendo como uma marca de diferença a delegação da responsabilidade da condução integral do tratamento não ao hospital, mas a uma equipe pré-formada, que contava com um psiquiatra e mais dois membros de outras especialidades e acompanhava todos os passos

do tratamento. Desses estudos, dessas “pesquisas-ação” que surgiram as sete diretrizes hoje estabelecidas como fundamentais no ensino do Diálogo Aberto (Alakare, Aaltonen et al., Haarakangas, Keränen, Seikkula e Aaltonen *apud* Seikkula e Arnkil, 2020, p. 89-90).

As sete diretrizes do Diálogo Aberto são diretrizes fundamentais práticas de condução do acolhimento, compreensão da crise e projeto terapêutico, incluindo o acompanhamento. Síncronas e perenes, são elas:

- 1- resposta imediata ao contato da pessoa em crise ou membros de sua rede;
- 2- identificação e inclusão, desde o primeiro encontro, da rede social da pessoa em crise;
- 3- adaptação flexível da equipe a necessidades específicas da pessoa em crise, mantendo essa capacidade de adaptação às variações que ao longo do tratamento sejam observadas;
- 4- assunção de responsabilidade;
- 5- garantia de continuidade de acompanhamento psicológico;
- 6- tolerância à incerteza pelas equipes de saúde;
- 7- dialogicidade (Seikkula e Arnkil, 2020, p. 91-99).

Na formulação atual do trabalho do médico psiquiatra fora de sistemas dialógicos, via de regra é cobrada uma certeza como conclusão imediata: o diagnóstico. Tal deve ser determinado segundo a classificação do Código Internacional de Doenças, Décima Revisão. Sem o diagnóstico uma série de dispositivos, incluindo alguns prontuários em meio eletrônico, não progridem. Mas nesse sentido, para muitos médicos o diagnóstico psiquiátrico é a base para se iniciar um tratamento. Na segunda edição do Seminário Internacional de Drogas Psiquiátricas, que aconteceu em novembro de 2018 no auditório internacional da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz, Jaakko Seikkula questiona a necessidade do categórico nosológico. Numa mesa coordenada pelo Professor Paulo Amarante, apresentado por Robert Whitaker e de relatoria da Professora Ana Paula Guljor, Seikkula diz “Não acho que a psicose exista. Não há uma categoria que defina a diferença entre psicóticos e não psicóticos. Não

há pesquisas conclusivas.”. Sustentar essa incerteza, de não se ter nem buscar um diagnóstico definitivo é uma mudança epistemológica que talvez represente a maior incerteza para a psiquiatria e a maior insegurança para os psiquiatras.

Um outro ponto importante no trabalho do Diálogo Aberto mas que foi menos explorado nos textos de seus autores é possível baixa incidência de “burnout” nas equipes dialógicas. Considerando o conceito de “prevenção quinquenária” sob a perspectiva do trabalho de Alakare e Seikkula, podemos considerar essa uma questão em aberto que, se confirmando, reforça a importância do Diálogo Aberto na gestão de uma crise psicótica, para pacientes e suas famílias e para as equipes de saúde.

## 7 CARTOGRAFIA DE CLÍNICAS POSSÍVEIS

O Mundo que chamamos de real tem fronteiras intransponível e em que o velho princípio de que dois corpos (sem falar de duas montanhas) não podem ocupar o mesmo espaço ao mesmo tempo é rigorosamente observado. Nosso dicionário, porém, trata de uma geografia mais generosa, na qual há sempre lugar para mais uma cidade, uma ilha ou um reino (MANGUEL, 2005<sup>21</sup>).

Como distinguir cada prática? Cada concepção de “doente mental” e “doença mental”? Cada ação terapêutica e as filiações teóricas e influências que incidiram sobre os médicos inovadores do Pós-Guerra? Canguilhem, médico que estudou a epistemologia da ciência médica, traz a sua contribuição:

O trabalho científico é permeado por ideologias. As concepções, a produção de conhecimentos são dominadas por elementos complexos – teorias, conceitos, métodos e as múltiplas relações internas. Esse “trabalho real da ciência” supõe um conhecimento em que vai além do positivismo, do sim ou do não, do normal e do patológico. Há um conjunto orgânico de “teoria – conceito – métodos e seus resultados. A história das ciências, desse modo é inseparável de toda a epistemologia, sua condição essencial. Cada pesquisador médico descobriu uma história nova de um modelo distinto para lidar com o objeto estudado.” (Canguilhem, 20, p. 245).

Após a segunda guerra, instala-se uma crise na psiquiatria em relação à efetividade terapêutica e à cronicidade dos “transtornos”, das “doenças mentais”, visto que constituíam um risco de legar a incapacidade de uma vida produtiva em sociedade. É nesse contexto que surgem visões de psiquiatrias transformadoras. Compreendemos que a partir desses pensadores da “doença mental” o foco de estudo sobre esse objeto se desloca da “doença mental” e passa a ser a saúde mental. Vejamos um quadro que apresenta uma linha de tempo em relação ao momento histórico de cada psiquiatra e as contribuições que propuseram a partir de seus estudos, experimentos, críticas e ideologias.

---

<sup>21</sup> MANGUEL, Alberto, in: Nota do Autor, no livro “Dicionário de Lugares Imaginários”, referenciado ao final desta dissertação.

# QUADRO DOS PSQUIATRAS DO PÓS-GUERRA

Aspectos	Thomas Szasz 1920-2012	Ronald Laing 1927-1989	David Cooper 1931-1986	Gerald Caplan 1917-2008	Franco Basaglia 1924-1980	François Tosquelles 1912-1994	Frantz Fanon 1925-1961	Maxwell Jones 1907-1990	Allen Frances [em atividade]	Joanna Moncrieff [em atividade]	Alberto Ortiz Lobo [em atividade]	Birgitta Alakare xxxx-2021	Aspectos
Referências	Sartre Foucault Michelet	Sartre Hegel Marx	Foucault Sartre Watts	Lindemann Goffman	Foucault Castel Goffman Sartre Gattari Jones	Sartre Lacan Mira y Lopes Ey Oury	Tosquelles Ey Freud Sartre Beavoir	Laing Cooper/ Mosher	Jaspers Associação Americana de Psiquiatria	Basaglia Kirsh/ Johnstone/ John Read	Szasz Basaglia Illich Castel	Bakhtin Arnkil Basaglia Castel Barnes	Referências
Epistemologia (filosofia da ciência/ teoria do conhecimento)	Crítica à união entre Ciência e Igreja. A pseudociência criou a psiquiatria institucional.	Fenomenologia Existencial.	Antipsiquiatria Existencialista.	Toma contribuições das visões psicanalíticas relativas a desenvolvimento do ego e intervenção na crise.	Psiquiatria Democrática Italiana Psiquiatria Alternativa.	Terapêutica Ativa. Luta Anímanicomial.	Pensamento descolonial epistêmico. "O negro não é um homem". Etnopsiquiatria. Luta Antimanicomial.	É possível praticar uma psiquiatria Preventivista e Comunitária.	Contra a patologização da vida social e a inflação diagnóstica.	Psiquiatria Crítica	Psiquiatria Crítica	Diálogo Aberto	Epistemologia (filosofia da ciência/ teoria do conhecimento)
Ideologia (frase que sintetiza a prática):	Existem certos critérios segundo os quais a saúde e a doença podem ser diagnosticadas.	A experiência é fonte de toda teoria.	A mais chocante forma de violência na psiquiatria é a violência da psiquiatria.	É possível compreender a natureza e as manifestações do comportamento mentalmente perturbado em indivíduos.	O asilo deve ser socializado.	O hospital é aberto, um lugar de passagem.	Desalienar significa descolonizar as mentes do olhar eurocêntrico.	A cronicidade da doença é gerada pelo modelo asilar. Os pacientes psiquiátricos são os únicos que podem ser tratados contra a sua vontade.	É preciso que a sociedade volte à normalidade. Precisamos focar nos que estão doentes e proteger os que acham que estão.	A teoria do desequilíbrio químico nos distúrbios afetivos reduz a dimensão da "doença mental"	Devemos humanizar o atendimento na atenção primária para reduzir as iatrogenias.	A linguagem verbal compartilha experiências.	Ideologia (frase que sintetiza a prática):
"Doença Mental"	É um mito, elemento do qual a sociedade europeia tem que se proteger.	A "doença mental" deve ser compreendida no âmbito existencial.	Toda a área de definição de sanidade mental e loucura é tão confusa que se deve considerar seriamente a renúncia ao projeto.	Distúrbio, desvio, marginalidade.	Produzida como um objeto do médico.	Sofrimento psíquico.	"doença mental" como consequência da sociogenia.	Indivíduo em sofrimento.	É uma manifestação diferente de problemas do cotidiano.	Agravada ou mesmo produzida pelo uso não criterioso de psicotrópicos	Uma manifestação que se confunde com outras ligadas à dimensão psíquica.	Psicose. Situação dimensional e não categorial estanque, passível de intervenção curativa.	"Doença Mental"
"Doente Mental"	Indivíduo que difere de seus semelhantes, que perturba ou escandaliza sua família ou a	Pessoa cuja totalidade da experiência está fragmentada em suas relações com o mundo e consigo mesma.	Pessoas que têm seu quadro de saúde mental definido arbitrariamente por especialistas.	Distúrbio mental passível de ser prevenido, tratado ou reabilitado.	Ser excluído da sociedade.	Ser que precisa de acolhimento em asilo provisório.	Ser apagado da sociedade, cujo sócio-diagnóstico não anula as dimensões neurológicas e psíquicas, mas aponta para a sua	Não deve ser visto como um "caso". Estudá-lo isoladamente é ignorar fatores sociais que contribuíram para seu	Ser que apresenta episódios de psicose.	Vem sendo tratado de forma iatrogênica com os psicotrópicos.	Privado de autonomia, submetido ao poder da instituição. E muitas pessoas são sendo tratadas como doentes.	Evitar a cronificação de uma psicose.	"doença mental"

	sociedade.					reciprocidade.	adocimento.						
Proposta para o papel do Psiquiatra	Abdicar do furor de diagnosticar e buscar lidar com o conflito humano.	Ligar sua experiência do comportamento de outrem (interexperiência).	Compreender a “irracionalidade e institucional” e estranhar o lugar do “doença mental”.	Deve ser um profissional competente, conhecedor de uma vasta gama de questões sociais, econômicas, políticas, administrativas etc.	Permitir-se sair de cena do protagonismo do médico.	Um profissional que estranhe a “doença mental”.	Posicionar-se contra as manifestações de violência e exclusão manicomial e colonial.	Descentramento do protagonismo do médico: enfoque multidisciplinar no trabalho terapêutico.	Posiciona-se atento a diagnósticos frouxos.	Deve efetuar leitura crítica dos artigos científicos e compreender os efeitos, de fato, dos psicotrópicos.	Trabalhar o consentimento informado sabendo de seus limites e não tratar pessoas sãs, evitar a iatrogenia.	Distribuir o poder atribuído ao psiquiatra na rede, promover o diálogo entre pares.	Proposta para o papel do Psiquiatra
Modelo de Assistência	Uma psiquiatria livre de juízos morais	Grupos de Trabalho	Grupos de Trabalho	Preventiva com participação de uma rede multiprofissional.	Desinstitucionalização da loucura.	Através de equipe multidisciplinar, não psiquiatras.	Psiquiatria não racializada, seja no hospital, seja no atendimento terapêutico individual.	Integrada quanto à dimensão do tratamento psicológico (mental) e do físico, com auxílio da dimensão da comunidade	Psicoterapia e medicamentos, se necessário.	Centrado no doente.	Modelos assistenciais sem a primazia dos fármacos psicotrópicos.	Centrada na rede. Trabalho em redes flexíveis. Sistema multiprofissional sem setorização de ultra-especializações.	Modelo de Assistência
Aspectos	Thomas Szasz 1920-2012	Ronald Laing 1927-1989	David Cooper 1931-1986	Gerald Caplan 1917-2008	Franco Basaglia 1924-1980	François Tosquelles 1912-1994	Frantz Fanon 1925-1961	Maxwell Jones 1907-1990	Allen Frances [em atividade]	Joanna Moncrieff [em atividade]	Alberto Ortiz Lobo [em atividade]	Birgitta Alakare xxxx-2021	Aspectos

Fonte: Quadro elaborado pelo autor, a partir da pesquisa empreendida junto aos escritos dos respectivos psiquiatras.

## 7.1 DISCUSSÃO: POSSÍVEIS CONTRIBUIÇÕES PARA A CLÍNICA CONTEMPORÂNEA

Cada pesquisador médico estudado nesta investigação científica contribuiu, a sua maneira, para o desenvolvimento e as reformas que se sucederam no campo da psiquiatria. O mapeamento acima se inicia por Thomas Szasz, que faz uma comparação bastante pertinente entre os inquisidores da Idade Média e a Psiquiatria. Abre as portas para que compreendamos que a psiquiatria tem se tornado uma “pseudociência”, carregada de moralismos e amante do poder institucional. A partir de influências do pensamento de Michelet, Sartre e Foucault, mas fundamentalmente de seu dia a dia no trabalho clínico, ouvindo pacientes, o psiquiatra, desde o final da década de 1950 e em diante, questiona o status lógico da “doença mental”: de que muitos dos novos diagnósticos firmados pela “psiquiatria institucional” não passariam de meras vicissitudes do cotidiano. Esclarece que o mito da “doença mental” se relaciona à crença compartilhada entre pessoas que pensam estar mentalmente doentes e aos médicos, que pensam poder curar. Não se trata, portanto, de dizer que mito seria algo que não existe, mas de usar uma racionalização de forma compartilhada, até que se torne coletiva como o fora o conceito de “doença mental” pela psiquiatria institucional. Szasz observa que, em sua evolução até se tornar o que é atualmente, a psiquiatria nasceu como disciplina médica e que, institucionalmente, substituiu a ideologia religiosa. Foucault o auxilia a compreender as engrenagens de poder que, invisíveis ou visíveis, mantêm o castelo do manicômio de pé. A forma inquisitorial da psiquiatria institucional, a maneira como numa tautologia de seu campo é capaz de encadear provas a partir de determinado resultado buscado, como por exemplo incriminar uma pessoa, é denunciada. A vela ética que Szasz estica para que naveguemos numa sociedade violenta como a nossa ecoa e nos alerta sobre a potência do ato violento quando sutil, suave até, mas reiterado, de alguns modelos de clínica. A reiteração da violência sobre os corpos pode gerar naturalização do ato. Isso posto, a uma pessoa que esteja num manicômio e que não oferece resistência a lá estar, ou a outra que em uso de psicotrópicos pede que se repita uma prescrição e não se dá conta de quão apática está, é por essas pessoas que devemos demonstrar que existem formas adocicadas de violência, da mesma forma que é doce o cheiro do cianureto.

Passamos a Laing e Cooper, que conceitualmente os teóricos buscaram agrupar como os expoentes do movimento que ficou conhecido como Antipsiquiatria, que acaba por nos direcionar o foco para suas semelhanças e não para as complementaridades.

É nesse sentido que, ao falar das singularidades de Laing, nos vem à mente a obra “Laços,” desse autor psiquiatra. O livro faz menção relevante à arte através da palavra. Trata-se de um texto de complexidade de poema e traz, inclusive, poesia concreta e afetada por estéticas modernistas variadas. O título remete a nó, laço, cuja diferença estaria na intensidade, e, fundamentalmente, no tipo de nó ou laçada. Um nó não significa um atamento, mas uma possibilidade de encontro, seja segurança ou estrangulamento. Daí a forma de, na língua portuguesa, a tradução do título de “knot” para “Laços”, por nó, desata possibilidades. Já outra expressão do pensamento desse psiquiatra, “O eu dividido”, sugere “um trabalho subjetivo, que tenta com todas as suas forças ser objetivo”. Laing, em suas questões, prefere abandonar sua prosa normalmente graciosa e deixar o encargo à poesia, à mais pessoal das artes literárias. Desse modo, introduz na terapêutica a possibilidade discursiva para o além do óbvio e da aparência. Essa é sua força dialógica: a sutileza do afeto, que não está no cognitivo e muito menos no comportamental. A ligação com a literatura poética ilustra a vontade de percepção da intelegibilidade da produção linguística da loucura, inteligibilidade essa que se processa no diálogo e se contraporia ao comportamento e, ato contínuo, dos manuais classificatórios nos quais atualmente o diagnóstico formal pela psiquiatria se estabelece. Comportamentos seriam tão somente índices de experiências, sublinhando a importância de se considerar as interexperiências. Alerta Laing que a loucura, dê-se o nome que for, existe enquanto sofrimento e adoecimento. Que a pessoa com “doença mental” não é um ser livre, mas alienado duplamente, tanto pelo flagelo da doença como pelo desamparo social, aqui inscrito o estigma social. Daí os riscos de um cuidado informal que não considera o que há de doença na loucura. Mas a loucura teria a possibilidade de uma transitoriedade; como escreve Cooper, a loucura seria “uma estratégia inventada pelo sujeito para viver uma situação impossível de ser vivida”. David Cooper traduz, nos termos de sua epistemologia, o adoecimento mental como uma crise nas relações microssociais do sujeito, principalmente as do seio familiar. Não se esquivando da psicose, confirma a necessidade de um descolamento do diagnóstico nosológico fazendo referência direta a Thomas Szasz. Sua filosofia de prática, a partir da proposta do método dialético, deriva do trabalho clínico de psiquiatra no qual se inscreveria a tradição dialógica da psiquiatria. O diagnóstico e o tratamento da crise se dariam, assim, a partir de um mapeamento desse campo microssocial da pessoa em suas relações, sendo, portanto, necessária a ampliação do foco da pessoa em crise, psicótica ou outra, para seu



grupo familiar. O diagnóstico da crise resultaria possível por haver ali uma inteligibilidade passível de compreensão dialética. Daí se abre uma questão ontológica para a psiquiatria: seria necessária uma retificação das premissas na própria metodologia diagnóstica e de tratamento, pois a lida com a crise psicótica implica que o instrumental pertinente estaria numa “ciência da interação pessoal” e não nas “ciências naturais”. Dessa forma, conceitos até então estranhos ao campo são propostos à medicina e à psiquiatria, tais quais violência, desistorização e alienação.

A violência surge textualmente nos escritos de Cooper sendo sutil e passível de ser percebida pelos sentidos da pessoa que ocupa o lugar de examinador, diagnosticador e prescritor de um projeto terapêutico. Assim, antecipa uma hipótese contemporânea: de que sofrimento psíquico pode estar relacionado a situações de violência, exigindo, num jargão da medicina, que seja realizado um diagnóstico diferencial entre transtorno e violência. Sobre a desistorização do sujeito incidiria um conceito existencialista que pode ser considerado terapêutico, o *dépasser sartriano*, que em si carrega a possibilidade de mudança do fato e, junto, a tolerância a incerteza da não fixidez das coisas e dos comportamentos. Tal incerteza é tão rejeitada pelo método científico das ciências naturais que poderia tornar seu objeto de pesquisa inclassificável. A análise de Cooper se passa, portanto, no campo discursivo e não no observacional. No campo discursivo, ampliando o foco da pessoa em crise para a micropolítica das famílias, as intenções vinculadas ao ato psicótico por fim levariam a pessoa em crise sofrer uma alienação.

Para que se compreenda o que está subjacente no adoecimento, ao se considerar a hipótese da alienação, buscaria-se escapar do engodo totalizante de respostas fáceis e prontas das totalidades inertes, mecanismos neurofisiológicos por exemplo. E então passar a uma busca de condicionantes socioambientais para compreender 1- o que a pessoa faz, 2- o que é feito a ela e 3- o que ela faz do que a ela é feito. E, ao indicar como caminho que o médico descarte pseudocientificismos dominantes que ferem a essência afetiva da pessoa em sofrimento, coloca em evidência o afeto e não a cognição, o comportamento ou uma questão biológica. É, portanto, uma proposta clínica que considera o afeto, o que podemos marcar enquanto contributo alinhado ao discurso humanizador da Reforma Psiquiátrica e que interessa aos modelos psiquiátricos contemporâneos, sobremaneira.

Gerald Caplan, o criador dos princípios da psiquiatria preventiva, propôs um redirecionamento nos objetivos da psiquiatria: da “doença mental” para a saúde mental e com

enfoque no tratamento na comunidade. Conceitos hoje usuais de epidemiologia aplicada à Saúde Mental foram por ele, inicialmente, utilizados, como por exemplo a redução da incidência, prevalência e reabilitação de pessoas com adoecimento mental. A criação dos centros comunitários de saúde mental são um legado atual dos trabalhos de Caplan que, se não tiveram a pretensão de acabar com os hospitais psiquiátricos, podem ser considerados o elemento nodal para a superação da centralidade dos manicômios. Preventivista aqui deve ser compreendido para além do terapêutico: do ideológico, visto que é trazido à baila por quem é autorizado a falar na e pela psiquiatria: um Psiquiatra que consegue fazer laço com outros psiquiatras. Essa articulação rizomática catalizada pela psiquiatria preventivista chegaria em 1970 ao Brasil, sendo base teórica da “Declaração de Princípios da Saúde Mental”, lançada I Congresso Brasileiro de Psiquiatria.

Mas deveríamos questionar se a medicina preventivista, que por definição se antecipa à eclosão da doença, estaria sujeita a abusos se aplicada a questões emocionais. Se haveria risco de higienismos o sair às ruas para mapear pessoas passíveis de ter patologias da mente e eventuais hábitos subjacentes a esses adoecimentos. Nesse sentido, e ao final, o preventivismo acabou por ser assimilado pela própria instituição psiquiátrica, na criação de cada vez mais diagnósticos psiquiátricos, alguns traços da raiz do problema atual da patologização da vida cotidiana. Mais ainda perene no trabalho de Caplan é a centralidade que percebe a crise, sendo a narrativa da crise a possibilidade que o paciente tem de construir uma nova narrativa sua que o permitiria reestabelecer seu funcionamento psicológico e interpessoal.

Tomando também como fio condutor o diálogo e a liberdade necessária para que aconteça, Maxwell Jones coloca no centro da questão o poder institucional da psiquiatria, em particular da figura do médico psiquiatra, defendendo como antídoto um trabalho terapêutico que considere a multidisciplinaridade e que aconteça na comunidade. Ou seja, que o psiquiatra se permita sair de cena do protagonismo, como pessoa e como instituição. Para além do campo terapêutico – ou antes dele, para sua configuração – as bases epistemológicas da psiquiatria comunitária estão no encontro com as disciplinas sociais: epidemiologia, mas também ecologia, antropologia, sociologia.

Perene no trabalho de Jones e de Caplan é a Comunidade Terapêutica, articulada ou não a instituições hospitalares ou asilares. Malgrado todas as críticas posteriores ao preventivismo,

trata-se de um inquestionável núcleo epistemológico da reforma psiquiátrica que, apropriado pelos protagonistas que buscavam contrapor, talvez seja esse índice de seu valor. Nesse sentido, houve tréplica: trabalhada por Illich com o conceito de iatrogenia, a prevenção quaternária é a resposta ecológica à polaridade dialógica da política do cuidado, pois permite que se pense o dano causado pelo tratamento, que, nos Estados Unidos, está quantificado em certa de um terço das mortes. E um passo além foi dado, quando conceitualmente se passa a pensar também na saúde e bem-estar do profissional que está incumbido de causar saúde em sua comunidade: o conceito de prevenção quinquenária. A prevenção quaternária protege o paciente de dano agindo sobre as condutas médicas resultantes de convicções clínicas sem benefícios comprovados, mas que são tidas como boas práticas. A quinquenária atua exclusivamente no campo biopsicossocial do médico, evitando práticas incorretas que possam ocorrer involuntariamente, as quais não sejam resultantes de desatualização científica ou do não cumprimento dos princípios éticos. O conceito de prevenção quinquenária é tributário dos trabalhos pioneiros de Caplan e Jones, demonstrando sua atualidade e perenidade. Como discordar de que é possível estudar uma comunidade e proceder a instrumentos preventivos dos males psiquiátricos?

Passamos então a Basaglia, considerado o grande revolucionário da Reforma Psiquiátrica, revolucionário no sentido da mudança de paradigma e da coragem pelo enfrentamento inclusive jurídico que deu à causa de criar instâncias de fato terapêuticas à pessoa em sofrimento mental. Não é de se estranhar, portanto, que seja identificado como militante político; nesse sentido o é no sentido atual da ecologia: não basta intervir na pessoa “doença mental”, sendo necessário intervir ativamente no ambiente inclusive ideológico que, por meio de sutis violências, nutrem seu adoecimento. Com Basaglia o manicômio foi definitivamente desnudado, bem como a perversa estrutura de poder da instituição psiquiátrica, em suas relações com as demais instituições nas quais está inserida. O estatuto que Basaglia confere ao termo ideologia é ético, no sentido do respeito à necessidade de vida, de liberdade e de historicidade do sujeito que, por algum motivo, é declarado louco por uma outra pessoa a quem é conferido poder, por meio de um discurso competente hermético a sua função: o médico psiquiatra. Compreendemos que a variável que causa a doença, a doença que subjaz à “doença mental” é o poder institucional, exercido metonimicamente por pessoas que dele não abrem mão. O exercício monocrático do poder seria a imunodeficiência dos afetos. Basaglia se inscreve entre os reformistas que mais

influenciou o movimento de reforma brasileiro, percebe a possibilidade de trabalho na procura dos espaços de liberdade para enfrentar não um adversário, mas as contradições da sociedade, ciente de que essas contradições, materializáveis pelas assimetrias de poder dentro e fora do manicômio, não são elimináveis. Feliz coincidência, portanto, a chegada de Basaglia a Gorizia com o lançamento de “História da Loucura”, de Foucault, em 1961. É assim, ciente de que lidava com uma estrutura de poder tecida e entretecida há séculos e que, portanto, trazia em seu pulsar a estrutura do conflito, que Basaglia é capaz de tecer a metacrítica ao campo do qual também é parte: a psiquiatria. A forma de se dar voz foi distribuindo a possibilidade de eloquência para a os autores do silêncio artificial do manicômio, com o objetivo ético de reconstruir a cidadania daqueles ali confinados. Afirmamos artificial por não ser um silêncio pacífico, mas um silêncio imposto por artifícios de contenção, sutis ou não, da instituição psiquiátrica.

Tributário de trabalhos bem-sucedidos de terapia comunitária, como de Jones, Basaglia se torna um médico do social, reconfigurando o conceito de terapêutica sob a luz da ação social, trabalha o conceito de prevenção quaternária, ao perceber que o “jogo de poder-regressão” é variável necessária para a cronificação da doença. Paradoxalmente para muitos, podemos dizer que Basaglia percebia na possibilidade de conflito o caminho terapêutico para a cura. O silêncio do manicômio é a materialização do estigma social da loucura, pela imposta ausência de diálogo. Houvesse diálogo, haveria conflito. Conflito é a diferença de ideias. O silêncio é violento, não o conflito. Essa é a paradoxal contribuição clínica de Basaglia, visto ser o conflito a possibilidade de se trazer à fala e aos corpos o que faz doer, emocional e fisicamente, em quem está adoecido mentalmente. E não haveria ao manicômio uma possibilidade de salvação que não fosse sua extinção, posto se tornou uma estrutura mais jurídica que médica, ao buscar reconstruir a natureza da reclusão a partir da justificativa da internação. Essa natureza da reclusão seria um estigma social do que fosse loucura, em oposição à também fabricada normalidade, estigmas esses (loucura e normalidade) que precisam ser enfrentados.

Tosquelles, com seu modelo de asilo de passagem nos trouxe a prova cabal de que a internação sem data para finalizar pode não ser a melhor alternativa quando estamos lutando para proteger a vida da pessoa que recebeu um diagnóstico psiquiátrico. Sua contribuição para a psiquiatria laboral também deve ser ressaltada, bem como a ideia de uma forma de terapia ativa, e

que desestruture o lugar de poder do psiquiatra. Fanon, seu aluno, não menos competente, deixou-nos um legado inédito de um olhar psiquiátrico que leve em consideração a racialização do paciente e a violência que as estruturas coloniais impuseram aos colonizados, a ponto de torná-los sujeitos prisioneiros e/ou escravos de uma conduta esperada pelo branco, eurocentrado.

Frances, com sua análise do que ocorrera com o DSM, mostrou a reconfiguração de normalidade e doença erigida pelos manuais e dividiu sua preocupação com a inflação diagnóstica, produzida pelas sucessivas reedições modificadas do DSM, cada qual com categorias novas de “transtornos”/“doenças mentais” e sintomas. Trata-se de uma contribuição e de um alerta para o perigo da prescrição indiscriminada de psicotrópicos, que já vem ocorrendo em países como os Estados Unidos. Sua responsabilidade sobre o problema é claramente exposta em sua publicação, assim como a convocação à sociedade juntamente com a classe médica a retornar a um tempo do antes das listas de doenças.

Assim, podemos perceber que o corpo adoecido mentalmente tem a cronificação da doença enxertada por quem, de fato, deveria ser a variável de cura, uma iatrogenia. Prevenível, portanto. Mas aqui chamamos de cura não a tentativa de localização cerebral e extirpação da “doença mental” por meio de tratamentos específicos. Em 2022, nas Calendas da Pandemia que se questionou no Brasil ter matado mais por desmandos políticos que pela infecção, a coreógrafa Débora Colker releu o conceito de cura de forma passível de ser apreendida pelo campo da Saúde Mental. No espetáculo intitulado “Cura”, Colker demonstra que contornar a doença pela existência, pela forma de viver, é uma maneira capaz de circunscrevê-la. Cura, portanto, seria um conceito centrífugo em Saúde Mental, movimento que, intrinsecamente, pulverizaria o amálgama que o concentraria nos manicômios ou em fármacos.

Numa crise, como o é um estado psicótico agudo, é inexorável que se busque uma coordenação uma equipe de saúde. Daí que, pela historicidade da função, não é de se estranhar que, se realizada num setor de emergência hospitalar, os olhos das testemunhas do evento crise – familiares da pessoa adoecida, equipe terapêutica – busquem um apaziguamento de suas próprias angústias perante a percepção da satisfatória condução terapêutica: imediatismo da atuação, intervenções coerentes no tempo e no espaço com os recursos terapêuticos disponíveis, complementaridade nas funções da equipe terapêutica multidisciplinar e, sobretudo,

interdisciplinar. Mas uma crise psicótica pode e deve ser atendida na comunidade, de forma centrífuga pela equipe de saúde, em articulação com a comunidade.

Joanna Moncrieff, Alberto Ortiz Lobo e Birgitta Alakare são os representantes contemporâneos desses psiquiatras críticos e atuantes. O conceito de prevenção quaternária está evidente na práxis de Ortiz Lobo. Para o Psiquiatra clínico, ter em mente que um tratamento pode provocar dano é fundamental e necessário. Em psiquiatria, muitas vezes é difícil aferir um dano causado por psicotrópicos, pois, assim como o cigarro, carece de muitos anos para que a doença que ele provoca venha à tona. Discinesias, déficit de memória, alterações metabólicas são apenas alguns dos danos visíveis, embora tardios, provocados pelos psicotrópicos. Modificações no comportamento são mais sutis e, sendo subjetivos, dependem do examinador para facilitar o encadeamento de ideias no paciente, a fim de que possa traduzir em palavras o que acontece em suas emoções. Nesse sentido, um dano provocado pelos psicotrópicos é o embotamento afetivo que, por ser subjetivo, passa a subestimado. Tanto Moncrieff quanto Ortiz Lobo reconhecem a utilidade, em alguns casos, dos psicotrópicos. Também em situações limite, mas prontamente fundamentáveis, de medidas coercitivas no tratamento. O mesmo para o Diálogo Aberto de Alakare, conforme o qual a medicação é evitada, mas reconhecida sua utilidade quando indicada em momentos de crise em que é necessário algum grau de sedação, como por exemplo num indivíduo em crise psicótica e privação do sono. Se sabemos que a indução do sono pode contribuir para o encurtamento da crise psicótica, abrindo inclusive possibilidade de que o diálogo possa ser cogitado pela pessoa em crise, via de regra, a indicação da medicação psicotrópica sedativa é ponto pacífico. Estando esses três autores em atividade, com a ressalva para as homenagens a Alakare falecida em 2021, suas visões sobre a clínica psiquiátrica abrem possibilidades para se tornarem referência na forma de tratar a crise psicótica. Suas bem-sucedidas práticas clínicas foram demonstradas epidemiologicamente, pela capacidade de reduzirem a cronicidade de “doenças mentais”, de reduzir suas prevalências e a gravidade de quadros inexoravelmente crônicos. Moncrieff é Psiquiatra pioneira nas meta-análises que foram capazes de provar que os psicotrópicos não entregavam o que se propunham. Ortiz Lobo trabalhou o conceito de iatrogenia, de Ivan Illich, para a psiquiatria. E Alakare e o Diálogo Aberto foram capazes de sistematizar um modelo clínico que, com a publicação de seus resultados em pesquisas naturalísticas, tornaram-se reprodutíveis em diversos lugares do mundo, com resultados

semelhantes aos verificados na Finlândia, seu país piloto.

Há que se pensar, de dentro das instituições médicas, cada uma das propostas acima e a ampla contribuição desses pesquisadores, muitos que já se foram, outros que estão entre nós e que travam uma luta diária a favor de uma clínica psiquiátrica alternativa, menos violenta, que respeite as singularidades do paciente e mais: que não tenha como única escolha a prescrição de fármacos psicotrópicos.

Como prognósticos para desdobramentos desta pesquisa que aqui se encerra, projetamos, quem sabe daqui a uns meses, para uma investigação de doutorado, agregar às contribuições dos mestres pesquisadores psiquiatras às de outros sábios, esses de um outro lugar de saber. A ideia é observar as contribuições para a clínica oriundas de outros mestres, menos respeitados, por não compartilharem conhecimento do lugar da ciência, mas que gozam de saberes ancestrais, os quais interessam ao universo acadêmico e parecem, na nossa visão, ter a capacidade de antever uma cosmologia diferenciada da nossa sobre a “doença mental”. Sequer o termo “loucura” e ou a instituição psiquiátrica existem na outra lógica de culturas de alhures diferentes da nossa, ocidentalizada e cada vez mais vitimada por novos nomes para antigos sofrimentos, categorizados, a partir de determinado momento, como doenças. Cabe a nós, psiquiatras abertos ao novo, trazer a lume modelos variados, a serviço do bem-estar e da Saúde Coletiva.

## 8 CONCLUSÃO

Este trabalho dissertativo pretendeu desenhar o território existencial da psiquiatria, contemplando visões de psiquiatras selecionados e que, a partir da Segunda Guerra, trouxeram movimentaram as práticas e os modelos de assistência no campo médico, mas que são pouco estudados na universidade, na cátedra de psiquiatria. Procuramos cumprir a meta de explicitar e confrontar visões acerca da “doença mental” de cada um, mapeando influências e filiações ideológicas de cada modelo, demarcando territórios epistemológicos, expondo modelos de cuidado propostos e enumerando atores sociais envolvidos em cada modelo como médicos, comunidade, família e outros. Procuramos marcar a singularidade das ideias nascidas no pós-guerra, compondo uma análise crítica das contribuições para a clínica contemporânea.

Em nosso percurso, verificamos o quanto os documentos desses autores importantes estavam dispersos e precisavam de uma organização que os revisitasse e relese suas ideias com a responsabilidade de um par da área. Foi o que tentamos fazer. Adquirimos livros em sebos virtuais, baixamos teses e dissertações, artigos, pdfs, textos em língua estrangeira e uma série de fontes que pudessem nos ajudar a compreender uma parte do espírito crítico de cada um. Foi uma jornada intensa que nos legou uma sabedoria que intuíamos, mas que superou todos os prognósticos.

Considerando a nossa trajetória enquanto médico e pesquisador, demarco aqui a minha revisita a esse grupo de intelectuais que moveram as estruturas para que hoje não tenhamos o hospital como paradigma do tratamento da pessoa com diagnóstico psiquiátrico. Todavia, muito há a ser feito para modificar a patologização da vida, inclusive no cenário das psicoses e dos “transtornos mentais” que tamponam questões sociais graves, como a violência. A doença existe e o psicótico precisa ser acolhido em seu sofrimento pela psiquiatria, pelos grupos terapêuticos e pela família. Há quem precise de medicação, como nos casos em que a paciente atenta quanto à própria vida ou a de seus entes e amigos. Mas mesmo aqueles que preconizaram a categorização das doenças nos manuais médicos já fizeram críticas ao movimento de patologização da sociedade e de inflação diagnóstica.

No conto “The Ones Who Walk Away from Omelas” (Os que se afastam de Omelas) da



estadounidense Ursula Kroeber Le Guin, nascida em 1929, contemporânea portanto da maioria dos autores aqui trabalhados, temos a apresentação da cidade com a população mais feliz do mundo. Seus habitantes são cultos, saudáveis e, como já dito, de uma felicidade tão intensa e compartilhada que nada parece os afetar. Mas há um porém, que todavia não afeta a felicidade de Omelas. Quando as crianças chegam a uma determinada idade na qual conseguem ter uma noção de mundo, pelos oito anos de idade, são apresentadas ao motivo que leva a Omelas ser uma cidade tão feliz. É que no subsolo de algum dos elegantes prédios da cidade, públicos ou privados não se sabe ao certo, vive uma criança como elas, mas mantida no escuro, suja, presa, mal alimentada e sobretudo solitária. Caso essa criança viesse a ser levada para receber a luz do sol, caso tivesse um abraço ou compartilhasse uma refeição trivial com alguém que lhe quisesse, toda felicidade de Omelas desapareceria subitamente. Via de regra, todos eram impactados pelo encontro com aquela criança, mas a grande maioria acabava por concluir que era um mal menor mantê-la naquelas condições em nome de uma felicidade tão ampla e abrangente como era Omelas poucos metros acima dali. Há, de fato, alguns cidadãos que decidem ir embora, crianças, mas também homens e mulheres, já crescidos, portanto, e que há muito sabiam da criança.

Esse conto o li e apresentei pela primeira vez num laudo que teci, após visitar, por determinação Judicial e força do meu ofício, um homem internado em um manicômio. Precisei traduzir ao Juízo e ao Ministério Público a força do odor no qual imergi e das imagens de pessoas esquálidas mantidas sem roupas, sobre catres de cimento e sem colchões, apáticas. Utilizei a metáfora de Omelas para tornar o relato suportável a mim, pois a vontade que tive foi abrir imediatamente as portas daquele lugar, pois as ruas eram menos violentas que aquela instituição financiada por dinheiro do contribuinte.

Vivemos em Omelas. Acabou a ingenuidade. Que essa e outras dissertações possam ajudar a acabar com a ingenuidade, mas que os cidadãos de Omelas não sejam indiferentes ao sofrimento da criança e que, sendo afetados pelo sofrimento da menina, não decidam deixar Omelas, pois, para que resgatemos todas as pessoas mantidas ainda em porões psiquiátricos, precisamos conscientizar a todos de que esses porões existem e estão aqui bem a nosso lado. Precisamos da coragem afetiva de todos, profissionais de saúde e população. Adultos e crianças. Numa conversa com Ernesto Venturini, que trabalhou com Basaglia, lhe perguntamos como havia

sido a participação das crianças na abertura dos portões do hospital psiquiátrico em Gorizia. Então, ele nos disse que havia, de fato, acontecido a participação de crianças, visto haver uma escola que compartilhava o muro com o hospital e crianças e loucos costumavam brincar na rua e num ou noutro lugar.

## REFERÊNCIAS

- ALAKARE, B. **Vermont Estados Unidos da América** [In Memoriam: Birgitta Alakare. Mad in Brasil, 01 de Março de 2010. Disponível em: <https://madinbrasil.org/2021/03/in-memoriam-birgitta-alakare/> Acessado em 14 de Maio de 2022.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida. A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, P. **Teoria e Crítica em Saúde Mental**. 2ª. Edição. São Paulo: Zagodoni, 2017.
- AMARANTE, P; PITTA, A.; OLIVEIRA, W (Orgs). **Patologização da vida: Epistemologia e Política**. São Paulo: Zagodoni, 2018.
- AMARANTE, P; PITTA, A.; OLIVEIRA, W (Orgs). **Direitos Humanos e Saúde Mental**. São Paulo: Editora Hucitech, 2018.
- AROUCA, A. Sergio da Silva. Tese de doutorado. **O dilema preventivista**. Campinas, SP: 1995.
- BASAGLIA, F. **A Psiquiatria Alternativa. Contra o Pessimismo da razão, o otimismo da Prática**. São Paulo: Editora Brasil Debates, 1979.
- BASAGLIA, F. **Escritos Selecionados em Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Garamond. 2005.
- BARROS, V. e KASTRUP, R. B. *Cartografar é acompanhar processos*. In: **Pistas do Método da Cartografia: pesquisa, intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre, RS: Editora Sulina, 2020.
- BARROS, V. e KASTRUP, R. B. **Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia**. In: “Pistas do Método da Cartografia: pesquisa, intervenção e produção de subjetividade” (Orgs. Passos, Kastrup e Escóssia). Porto Alegre, RS: Editora Sulina, 2020.
- BERCHERIE P., **Los Fundamentos de La Clínica: historia y estructura del saber psiquiatrico**. 1ª ed. Buenos Aires: Manantial, 2014.
- BEZERRA JR, B., ZORZANELLI, R. e COSTA, J. **A criação de diagnósticos na Psiquiatria Contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.
- BIRMAN, J. **A Psiquiatria como Discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.
- BIRMAN, J. e COSTA, J. F. **Organizações e instituições para uma psiquiátrica comunitária**. In: AMARANTE, P. (Org.) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica* (pp. 41-72). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994
- BOBBIO, N. [et. al.] **Dicionário de Política**. 5ª Ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília:

São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 2000. 2V.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 7ª Edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2020.

CANGUILHEM, G. **Escritos sobre Medicina**. 7ª Edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2020.

CAPLAN, G. **Princípios da Psiquiatria Preventiva**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.

CAPONI, S. **Loucos e degenerados. Uma Genealogia da Psiquiatria Ampliada**. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2012.

CARDANO, M e KANTORSKI, L. **O diálogo aberto e os desafios para sua implementação: Análise a partir da revisão da literatura**. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2019.v24n1/229-246/> Acesso em: 22 set. 2021.

CARTWRIGHT, Samuel A. **Report on the Diseases and Physical Peculiarities of the Negro Race**, The New Orleans Medical and Surgical Journal 1851:691–715 (May).

CID 10. Disponível em: [https://www.cremesp.org.br/pdfs/cid10\\_ultimaversaodisponivel\\_2012.pdf](https://www.cremesp.org.br/pdfs/cid10_ultimaversaodisponivel_2012.pdf). Acesso em: 18 out. 2021.

COOPER, D. **Psiquiatria e Antipsiquiatria**. Editora Perspectiva S/A. São Paulo, 1967.

COSTA, Jurandir Freire. **História da Psiquiatria no Brasil**. Um corte ideológico. Garamond. 2011.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. Tradução Vera Ribeiro. 2ª. Edição. RJ: Editora Fiocruz, 2015.

DESVIAT, M. **Coabitar a Diferença. Da Reforma Psiquiátrica à Saúde Mental Coletiva**. São Paulo: Zagodoni, 2018.

DIAS, F. S. **Os movimentos sociais na Reforma Psiquiátrica: O “novo” na história da Psiquiatria no Brasil**. Tese de Doutorado, Fiocruz, RJ, 2008.

DSM -5. **Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders**. Fifth Edition. American Psychiatric Association. Washinton, DC, London England: American Psychiatric Publishing, 2013.

ESOPO. **Esopo: Fábulas Completas**. 1ª Edição. São Paulo: Cosac Naify, 2013.

FANON, F. **Alienação e liberdade: Escritos Psiquiátricos**. São Paulo: Ubu Editora, 2020.

- FANON, F. **Pele negra, máscaras brancas**. São Paulo: Ubu Editora, 2020.
- FRANCES, A. **Voltando ao Normal**. Rio de Janeiro: Versal, 2016.
- FREITAS, F. e AMARANTE, P. **Medicalização em Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2015.
- FREYRE, G. **Sociologia da Medicina**. Recife: Fundação Gilberto Freyre, 2009.
- FOUCAULT A **Arqueologia do Saber**. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1987.
- FOUCAULT, M. **O nascimento da Clínica**. 7ª Edição. Rio de Janeiro, Editora Forense, 2020.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 7ª Edição. Rio de Janeiro, Editora Forense, 2020. I597. *Instituto Nacional do Seguro Social. Manual Técnico de Perícia Médica Previdenciária/Instituto Nacional do Seguro Social*. – Brasília, 2018.
- GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.
- HEIDRICH, A. V. Tese de Doutorado: **Reforma Psiquiátrica à Brasileira: Análise sob a perspectiva da desinstitucionalização**. Porto Alegre, Pontifícia Universidade Católica (PUC), 2007.
- KANNEL, BELANGER, Albert J. e D'AGOSTINO, R. B. e W. **The health risks of smoking the Framingham Study: 34 years of follow-up**. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S095468202100070K>. Acessado em: 11 out. 2021.
- JASPERS, K. **Psicopatologia Geral**. Buenos Aires: Editorial Beta, 1970.
- JOHNSTONE, L., BOYLE, M., CROMBY, J., DILLON, J., HARPER, D., KINDERMAN, P., LONGDEN, E., PILGRIM, D., READ, J. **The Power Threat Meaning Framework: Towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behaviour, as an alternative to functional psychiatric diagnosis**. Leicester: British Psychological Society, 2018.
- JONES, M. **A comunidade Terapêutica**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1972.
- JUNIOR, D.; VEIGA-NETO, A. e FILHO, A (Orgs.). **Cartografias de Foucault**. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2011.
- LAING. **A Psiquiatria em Questão**. 2ª Edição, Lisboa: Editorial Presença, 1979.
- LAING. **O eu dividido**. 2ª Edição, Lisboa: Editorial Presença, 1979.

LARA, A. L. **A produção do conhecimento psicológico psiquiátrico em saúde mental: considerações a partir de um texto exemplar.** Psicologia USP. V. 1, n. 17, p. 35-52. 2006.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/pusp/a/M9F7CdL5yDyGXnGVbxmdM9y/?format=pdf&lang=pt>.

Acessado em: 11 out. 2021.

ORTIZ LOBO, A. **Hacia una Psiquiatría Crítica: Excesos y alternativas en Salud Mental.**

Madrid: Editorial Grupo 5, 2013.

MANGUEL, A. GUADALUPI, G. **Dicionário de Lugares Imaginários.** São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

MYNAIO, C; DESLANDES, S; NETO, O. e GOMES, R. **Pesquisa Social, Teoria, Método e Criatividade.** 21ª Edição. Rio de Janeiro, Petrópolis: Vozes, 2002.

MARTINES, MACHADO e COLVEIRO. **A cartografia como inovação metodológica na pesquisa em saúde.** Rev Tempus Actas de Saúde Coletiva. V. 7, n. 2, p. 202-211, 2013.

Disponível em: <https://doi.org/10.18569/tempus.v7i2.1354>. Acessado em: 19 maio 2022.

MONCRIEFF, J. e COHEN, D. **Do Antidepressants Cure or Create Abnormal Brain States?.**

PLoS Med. V.7, n. 3, p. 240. June 6, 2006. Disponível em:

<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030240>. Acessado em: 18 maio 2022.

MONCRIEFF J, WESSELY S. **Active placebos in antidepressant trials.** British Journal of Psychiatry. V. 173. 1988. Publicado online pela Cambridge University Press: 03 de janeiro de 2018. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/active-placebos-in-antidepressant-trials/FC48CCEB16F6A949974381C6CDE1F3FB>.

Acessado em: 15 fev. 2022.

PACHECO, M.V. **Esquirol e o surgimento da Psiquiatria Contemporânea.** Clássicos da Psicopatologia. Ano VI, 2003. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rlpf/a/wdZ8NCsDnBst4Nq3jZjgBMb/?format=pdf&lang=pt> Acesso em:

22 set. 2021.

PAULIN, L. F. e TURATO, E. R.: **Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as**

**contradições dos anos 1970.** História, Ciências, Saúde — Manguinhos, vol. 11, n 2, p. 58- 241, maio-ago. 2004. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/D9pDGYcrYXDJ7ySYkLyRkpt/?lang=pt> Acesso em: 15 set.

2021.

PAULON, S. M. **A análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção.** Revista Psicologia & Sociedade, v 17, n. 3, p. 18-25, set-dez. 2005.

PINEL, P. **Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou La manie (1798)**

[**Document électronique**]. Disponível em:

<http://www.dominipublico.gov.br/download/texto/ga000741.pdf>. Acesso em: 22 set. 2021.

PONTES S., CALAZANS. R. **Sobre alucinação e realidade: a psicose na CID-10, DSM-IV-TR e DSM-V e o contraponto psicanalítico**. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/pusp/a/xGHr6Rd94d8HnDXTMNF8swD/?format=pdf&lang=pt>.

Acessado em: 16 out. 2021.

PLON, M.; ROUDINESCO, E. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

READ, J. **Making Sense of, and Responding Sensibly to, Psychosis**. *Journal of Humanistic Psychology*. 2018. Disponível em: [journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0022167818761918](https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0022167818761918). Acesso em: 22 set. 2021.

ROSEN, G. **Da Polícia Médica à Medicina Social**. Rio de Janeiro: Edições Graal Ltda, 1980.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental. Transformações Contemporâneas do desejo**. Porto Alegre: Sulina, UFRGS, 2016.

RUIZ et all. **François Tosquelles, sua história no campo da Reforma Psiquiátrica / Desinstitucionalização e suas pistas para uma abordagem clínica do trabalho centrada na atividade**. *Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro: Instituto de Psicologia, UERJ, V. 13, n. 3, p. 855-877, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/epp.2013.8596>. Acesso em: 19 maio 2022.

SANTOS. M. **Espaço e Método**. 5ª Edição. São Paulo: Edusp, 2020.

SANTOS, J.A. **Prevenção quinquenária: prevenir o dano para o paciente, actuando no médico**. Editorial. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. V. 30, p. 152-154. 2014. Disponível em: <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/11358/11080>. Acesso em: 19 maio 2022.

SERAPIONI, M. **Basaglia: Biografia de um revolucionário**. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/xyFt7t59w8czHWXY3TSgLVLC/?lang=pt> Acesso em: 22 set. 2021.

SEIKKULA, J. e OLSON, M. **A abordagem do diálogo aberto para a psicose aguda: sua poética e micropolíticas**. 2003. Disponível em: <https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/198/130> Acesso em: 21 set. 2021.

SEIKKULA, J. e ARNKIL, T. E. **Reuniões Dialógicas de Redes Sociais: formas de dialogismo no trabalho psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2020.

SEVALHO, G., DIAS, J. V. dos Santos. **Frantz Fanon, descolonização e o saber em saúde mental: contribuições para a saúde coletiva brasileira**. *Cien. Saúde Colet*. Dez 2020. Disponível

em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/frantz-fanon-descolonizacao-e-o-saber-em-saude-mental-contribuicoes-para-a-saude-coletiva-brasileira/17869?id=17869> . Acesso em: 20 out. 2021.

SZASZ, T. **O Mito da Doença Mental**. São Paulo: Círculo do Livro S.A., 1974.

SZASZ, T. **A fabricação da loucura. Um estudo comparativo entre a inquisição e o Movimento de Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Zahar Editores.1976.

SZASZ, T. **A Escravidão Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

SPOHR, Bianca e SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. **Bases epistemológicas da antipsiquiatria: a influência do Existencialismo de Sartre**. Rev. Abordagem Gestalt. V.15, n.2, Goiânia, dez. 2009. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-68672009000200007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672009000200007). Acesso em: 22 julho 2021.

TEIXEIRA, M. **Pinel e o nascimento do alienismo**. 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/44288/30186> Acesso em: 20 set. 2021.

TESSER, C.D. Prevenção Quaternária para a humanização da Atenção Primária à Saúde. **Revista O Mundo da Saúde**. V. 36, n.3, p. 416-426. 2012.

VENTURINI, Ernesto; DE MATTOS, Virgílio; OLIVEIRA, Rodrigo Tôrres. **Conselho Federal de Psicologia Louco Infrator e o Estigma da Periculosidade/ Conselho Federal de Psicologia**. Brasília: CFP, 356p. 2016.

WHITAKER, R. **Anatomia de Uma Epidemia**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.