SEMINA
Ciências Sociais e Humanas

Artigo

Dispositivos de poder e produção da loucura: do internamento ao comprimido

Renan Costa Valle Scarano[1]

Resumo

O presente texto analisa os modos de operação dos dispositivos de internamento e dispositivo farmacológico na produção da loucura e na produção de transtornos mentais como objetos de saber-poder. O estudo caracteriza-se como um ensaio teórico, de abordagem qualitativa, desenvolvido por meio de revisão bibliográfica narrativa de caráter crítico-interpretativo. Através da revisão bibliográfica narrativa, analisa-se como o poder psiquiátrico, paralelo ao dispositivo do internamento exerce controle sobre o corpo dos internados e se reconfigura no século XX com o surgimento da psicofarmacologia e dos manuais diagnósticos. O estudo organiza-se em torno de três eixos: em primeiro lugar, a constituição histórica do dispositivo do internamento e da produção da loucura como objeto de saber; em segundo lugar, a consolidação da psiquiatria moderna e das classificações diagnósticas como mecanismos de normalização; e por fim, na emergência da psicofarmacologia e do denominado "dispositivo comprimido" como tecnologia contemporânea de gestão do sofrimento psíquico. Além da função de normalização e de controle social que ambos dispositivos realizam, o dispositivo farmacológico atende a necessidade da atual sociedade que exige pessoas produtivas e adaptadas a diferentes situações.

Palavras-chave: Internamento; medicalização; psicofarmacologia; dispositivo.

[1] Mestre em Política Social pela Universidade Católica de Pelotas. E-mail: renancostavalle@gmail.com

Madness production power devices: from hospitalization to table

Abstract

This text examines how inpatient care and pharmacological devices operate in the creation of madness and mental disorders as objects of knowledge and power. The study is a theoretical essay with a qualitative approach, developed through a narrative literature review with a critical-interpretative character. Through this narrative literature review, it looks at how psychiatric power, alongside inpatient care, controls the bodies of patients and evolves in the 20th century with the emergence of psychopharmacology and diagnostic manuals. The study is organized around three main points: first, the historical formation of the institution of hospitalization and the production of madness as a subject of knowledge; second, the consolidation of modern psychiatry and diagnostic classifications as mechanisms of normalization; and finally, the emergence of psychopharmacology and the so-called 'compressed device' as a contemporary technology for managing psychic suffering. Beyond the role of normalization and social control that both devices perform, the pharmacological device meets the needs of today's society, which demands people to be productive and adaptable to different situations.

Keywords: Device; internment; medicalization; psychopharmacology.

Introdução

Este texto surgiu de leituras realizadas sobre o curso O poder psiquiátrico, de Michel Foucault e de reflexões sobre a depressão, a prática psiquiátrica e a medicalização. Parte-se da ideia de que a relação saber-poder é um elemento chave para discutir os vínculos entre poder, ciência e verdade na constituição histórica da psiquiatria até os dias atuais. A questão que direcionou tal pesquisa foi: De que maneira os dispositivos de internamento e farmacológico operam na produção da loucura e dos transtornos mentais enquanto objetos de saber-poder? Partindo da compreensão foucaultiana de que a verdade é produzida e por relações de saber-poder, o presente texto busca analisar os modos de operação dos dispositivos de internamento e dispositivo farmacológico na produção da loucura e na produção de transtornos mentais como objetos de saber-poder.

Este estudo caracteriza-se como um ensaio teórico, de abordagem qualitativa, desenvolvido por meio de revisão bibliográfica narrativa de caráter crítico-interpretativo. A pesquisa fundamenta-se na análise de obras clássicas e contemporâneas das áreas da filosofia, psicologia, psiquiatria, saúde coletiva e história das ciências humanas, tendo como eixo teórico-metodológico o conceito foucaultiano de dispositivo e as relações entre saber, poder e subjetivação.

A pesquisa fundamenta-se na análise de obras clássicas e contemporâneas da filosofia, psicologia, psiquiatria e saúde coletiva, tendo como eixo teórico-metodológico o conceito foucaultiano de dispositivo. O estudo organiza-se em torno de três eixos: em primeiro lugar, a constituição histórica do dispositivo do internamento e da produção da loucura como objeto de saber; em segundo lugar, a consolidação da psiquiatria moderna e das classificações diagnósticas como mecanismos de normalização; e por fim, na emergência da psicofarmacologia e do denominado “dispositivo comprimido” como tecnologia contemporânea de gestão do sofrimento psíquico.

O dispositivo enquanto estratégia de poder

Em sua obra A história da loucura, Foucault (2009), aborda o percurso da loucura no ocidente. O filósofo francês defende que o dispositivo de internamento produziu o contexto para a produção da loucura, tal como é conhecida pela modernidade e pelo tratamento terapêutico. “Antes de ter o sentido médico que lhe atribuímos, ou que pelo menos gostamos de supor que tem, o internamento foi exigido por razões bem diversas da preocupação com a cura” (Foucault, 2009, p. 63-64).

Entre o fim do século XVI e início do século XVII, a loucura não eclodia no hospital. Não havia internamento para o sujeito louco, a loucura era considerada uma forma de erro ou de ilusão (Foucault, 2006). Ao longo desse período, “os locais terapêuticos que eram reconhecidos eram, em primeiro lugar, a natureza, pois ela era a forma visível da

verdade; ela tinha em si o poder de dissipar o erro, de fazer as quimeras se dissipar" (Foucault, 2006, p. 443). O fenômeno do internamento correu ao longo dos séculos XVII e XVIII em muitos países. Para Foucault (2009) o internamento deve ser compreendido como um dispositivo de poder. A noção de dispositivo é uma definição operada pelo filósofo francês para descrever a dinâmica das relações de poder e de saber e como estas, produzem seus efeitos. Por dispositivo, deve-se entender três coisas: "[...] em primeiro lugar, um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, leis, enunciados científicos [...]. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos" (Foucault, 1979, p. 244).

Em segundo lugar, trata-se da natureza da relação entre esses elementos, "[...] entre estes elementos, discursivos ou não, existe um tipo de jogo, ou seja, mudanças de posição, modificações de funções, que também podem ser muito diferentes" (Foucault, 1979, p. 244); por último, entende-se por dispositivo, "[...] um tipo de formação que, em um determinado momento histórico, teve como função principal responder a uma urgência (Foucault, 1979, p. 244).

Portanto, trata-se de uma estratégia de poder que responde a uma urgência e produz um determinado efeito. Deve-se levar em conta que em tal perspectiva teórica, o poder não é abordado em seu aspecto repressor, mas em sua dinâmica produtora. Para Foucault o poder é da ordem da produção, ele possui todo um aspecto de produção.

O dispositivo de internamento

Nessa perspectiva, o dispositivo do internamento foi a resposta que o século XVII deu frente a crise econômica que afetou o mundo ocidental em sua totalidade, "diminuição dos salários, desemprego, escassez de moeda, devendo-se este conjunto de fatos, muito provavelmente, a uma crise na economia espanhola" (Foucault, 2009, p. 66). O internamento, no Hospital geral, foi durante muito tempo uma forma de impedir a mendicância e a ociosidade nas cidades. Diversas pessoas chegavam até o Hospital geral através de diferentes maneiras, umas eram internadas por vontade própria, outras por ordem da autoridade real ou judiciária. Portanto, nesse primeiro momento, o dispositivo do internamento, "

> [...] organiza numa unidade complexa uma nova sensibilidade à miséria e aos deveres da assistência, novas formas de reação diante dos problemas econômicos do desemprego e da ociosidade, uma nova ética do trabalho e também o sonho de uma cidade onde a obrigação moral se uniria à lei civil, sob as formas autoritárias da coação (Foucault, 2009, p.55-56).

Posteriormente, fora dos momentos de crise econômica e social, o hospital geral servirá como um dispositivo de fornecimento de mão-de-obra barata nos tempos de

pleno emprego e altos salários. "Não se trata mais de prender os sem trabalho, mas de dar trabalho aos que foram presos, fazendo-os servir com isso a prosperidade de todos" (Foucault, 2009, p. 67). Já no século XVIII identifica-se uma mudança que é a separação entre os indivíduos internados. O indivíduo alienado[1] é então separado dos outros internos e encontrando seu próprio *habitat*.

> A loucura não rompeu o ciclo de internamento, mas se desloca e começa a tomar suas distâncias [...] A loucura encontrou uma pátria que lhe é própria [...], algo que isola a loucura e começa a torná-la autônoma em relação ao desatino com o qual ela estava confusamente misturada (Foucault, 2009, p.384).

Somente após a separação dos indivíduos alienados que a loucura será descoberta como doença. Antes de momento a loucura é definida como forma de identificar o sujeito que perdeu inteiramente a verdade, que está entregue à ilusão de todos os sentidos. Além disso, o alienado é aquele que não pode ser incluído no pacto social, pois não possui os atributos morais, ele possui um desvio do estado de natureza. Com a separação, o alienado é descoberto enquanto objeto de saber.

> E durante muito tempo, aquilo a que tradicionalmente se chama 'psiquiatria clássica' – aproximadamente, a que vai de Pinel a Bleuler – formará conceitos que no fundo são apenas compromissos, incessantes oscilações entre esses dois domínios da experiência que o século XIX não conseguiu unificar: o campo abstrato de uma natureza teórica na qual é possível isolar os conceitos da teoria médica; e o espaço concreto de um instrumento artificialmente estabelecido, onde a loucura começa a falar por si mesma (Foucault, 2009, p. 392).

Portanto, a moderna noção de loucura foi formada lentamente no interior dos hospitais. É no seu interior que atuam as tecnologias de poder a fim de assujeitar os indivíduos retomando suas interioridades, tornando-os objetos de saber. Sem o dispositivo disciplinar, sem a ordem, sem o esquema prescritivo de regularidades não teria uma observação exata, sem o controle do corpo não haveria saber médico sobre o sujeito louco (Foucault, 2006). Essa é uma ideia chave que Foucault defende em seu curso denominado O poder psiquiátrico[2] . Nele, o filósofo francês defende que a psiquiatria é resultado de um poder exercido sobre o corpo do alienado, antes de ser uma área de conhecimento.

> A condição do olhar médico, sua neutralidade a possibilidade de ele ter acesso ao objeto, em outras palavras, a própria relação de

> objetividade constitutiva do saber médico e critério de sua validade, tem por condição efetiva de possibilidade certa relação de ordem, certa distribuição do tempo, do espaço, dos indivíduos (Foucault, 2006, p. 5).

O surgimento do discurso médico moderno sobre a loucura está ligado às suas relações de poder (Foucault, 1979). Logo, deve-se dizer que além de uma área do saber, a medicina é uma prática social e política, pois ela regula a sociedade através do controle dos corpos. O controle sobre o sujeito internado, sobre o alienado, incide diretamente sobre seu corpo. Assim, o dispositivo de internamento não se reduz a um poder que opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas sobre a materialidade corporal (Foucault, 1979). Com a prática do internamento e a produção da verdade sobre o alienado, a partir do século XVIII, a loucura passa a ser menos percebida em relação ao erro que em relação à conduta regular e normal (Foucault, 2009). A prática do internamento passou a ter valor terapêutico, pois antes disso, a loucura não era internada e os indivíduos não viviam separados da sociedade.

As tecnologias do corpo no hospital psiquiátrico

O poder médico não é o único poder que é exercido no asilo ou no hospital. "O poder não pertence nem a alguém, nem aliás, a um grupo, só há poder porque há dispersão, intermediações, redes recíprocas, diferenças de potencial" (Foucault, 2006, p. 7). Os vigilantes, os serventes, os atendentes ou "cuidadores" dos alienados compõe todo um sistema de poder que é assegurado pela multiplicidade, por uma hierarquia, por uma disposição tática em que diferentes indivíduos cumprem certo número de funções precisas.

> A terapêutica da loucura é a arte de subjugar e de domar, por assim dizer, o alienado, pondo-o na estreita dependência de um homem que por suas qualidades físicas e morais, seja capaz de exercer sobre ele um império irresistível e de mudar a corrente viciosa das suas ideias (foucault, 2006, p. 12).

O poder psiquiátrico é um poder que funciona através do uso de tecnologias do corpo, assim, a terapêutica da loucura dá prosseguimento ao uso de aparelhos corporais como forma de assujeitar o indivíduo. Antes do século XIX havia, ao menos, 3 tipos de aparelhos de poder que atuavam sobre o corpo da pessoa, eram aparelhos de garantia de prova, como por exemplo o cinto de castidade; aparelhos para extrair a verdade, por exemplo o suplício da água[3] e a estrapada[4] ; aparelhos que manifestavam a marca do poder no próprio corpo da pessoa, como por exemplo marcar com uma letra de fogo no ombro, na testa. Foucault (2006, p. 132) identifica um quarto tipo de aparelho que é

próprio o internamento hospitalar que são os instrumentos ortopédicos, cujo objetivo não é marcar o corpo da pessoa, mas garantir a correção, o adestramento do corpo. São aparelhos de ação contínua, com capacidade de serem ajustados ao corpo do internado. São exemplos dessa modalidade a coleira de ferro, a camisa de força, cadeira que dá vertigem, a cama de gaiola ou berço de Utica, os arreios de contenção, entre outros.

Além dos aparelhos de controle que eram usados como tratamento, outros três elementos são essenciais na atuação sobre o corpo do indivíduo que era realizado no século XIX no interior de hospitais. Trata-se do olhar permanente de vigilância sobre os sujeitos; a arquitetura do hospital pavilhonar e o isolamento. No hospital psiquiátrico, em vez de haver a torre de vigilância como na prisão, existe outra forma de vigilância,

> [...] tem-se uma hierarquia constituída por guardas, enfermeiros, vigilantes, médicos, que fazem relatórios uns para os outros segundo a via hierárquica, que culmina no médico-chefe[...]. E é para essa espécie de saber-poder unitário e absoluto constituído pelo médico-chefe que todas essas intermediações de vigilância devem finalmente convergir (Foucault (2006, p. 129).

Assim, o indivíduo internado em hospitais psiquiátricos aparece como efeito do poder, na medida em que o poder é um procedimento de individuação. O poder disciplinar é da ordem da produção, ele fabrica corpos sujeitados e vincula exatamente a função-sujeito ao corpo. Assim, o dispositivo psiquiátrico instaura-se através de dois eixos: o do poder do psiquiatra, poder que exerce sobre o indivíduo e o eixo da verdade, na medida que o sujeito alienado é constituído como um objeto de saber.

> A psiquiatria não elide a questão da verdade, mas, em vez de pôr a questão da verdade da loucura no próprio cerne da cura, o que ainda se dava no caso de Pinel e Mason Cox, no meio das suas relações com o louco, em vez de fazer o problema da verdade irromper no choque entre médico e doente, o poder psiquiátrico coloca a questão da verdade somente no interior dele próprio. Ele a faz sua de saída e de uma vez por todas, constituindo-se como ciência médica e clínica (Foucault, 2006, p. 165).

A psiquiatria, enquanto ciência médica, liga-se à medicina através do discurso clínico ou classificatório, nosológico. Nesse sentido a loucura é descrita como uma doença mental, ou uma série de doenças mentais. Cada doença é descrita com sua sintomatologia e sua evolução própria, com seus elementos diagnósticos e prognósticos; e como discurso anatomopatológico. No século XIX, utilizava-se o termo doença mental, alinhado, portanto ao paradigma da ciência médica, para explicar a loucura. Em tal contexto, médicos,

alienistas, neurologistas, psiquiatras buscavam uma causa orgânica para explicar a doença. Além do entendimento sobre o que é loucura, a produção de saber sobre o indivíduo internado transformou-o em objeto de estudo.

Desse modo, o sofrimento mental pode ser classificado, constituído como objeto de um saber. Esse procedimento é realizado numa perspectiva onde a definição do normal, como configuração valorativa positiva, define o campo da clínica (Safatle, 2011). As decisões clínicas que estabelecem o que é normal e o que é patológico devem ser compreendidas dentro de um setor de decisões da razão que define e estabelece o modo como o outro aparece a ela. Em outras palavras, é a razão que configura o campo de experiências possíveis que produzem o que é doença e o que não é, o que é a patologia, a loucura – que representa o outro da razão (Safatle, 2011).

O centro da discussão científica do século XIX nas áreas da medicina e da biologia é o estabelecimento do que é normal e do que é patológico pelo viés da quantificabilidade, do que pode e é mensurável, aponta Canguilhem (2000). O método de conhecimento patológico utilizado tanto na medicina quanto na biologia, provém da observação e da experimentação (Canguilhem, 2000). O ambiente onde é produzido um saber sobre o sujeito louco é um ambiente onde atuam os dispositivos disciplinares, favorecendo a observação. É nesse cenário que se articulam a loucura, o discurso e toda uma epistemologia desenvolvida em torno da figura do alienado.

Embora "a instancia médica funciona como poder muito antes de funcionar como saber" (Foucault, 2006, p. 5), há toda uma produção de conhecimento sobre doenças, tratamentos e curas que estão ligadas a práticas institucionais. O dispositivo disciplinar foi uma condição que permitiu a observação, o olhar de "neutralidade" do médico, que permitiu também o acesso ao objeto e a distribuição dos indivíduos no tempo e no espaço do hospital.

A transição do asilo ao fármaco

Até meados do século XX o modelo do internamento vigorou como um dos principais recursos utilizados no tratamento de pacientes que apresentavam transtornos mentais. Aos poucos o asilo foi perdendo espaço no tecido social para os hospitais psiquiátricos, no entanto, a lógica da segregação espacial ainda prevalecia. O modelo manicomial produziu a exclusão da loucura da vida social, fundado no princípio do isolamento terapêutico (Amarante; Torre, 2018). No Brasil, Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), foi o órgão que centralizou e financiou a política de construção de hospitais psiquiátricos. Através do decreto-lei 8.555/1946, o Estado expandiu a construção de hospitais psiquiátricos e de hospitais colônias através de convênios com os governos estaduais (Paulin; Turato, 2004).

Com o declínio do asilo, no século XX, a categoria da periculosidade social, motivo que levava a uma internação cega cedeu espaço a uma codificação médica das

patologias em função do encarrego destas por serviços especializados e fragmentados. A desinstitucionalização do asilo, a perspectiva da psiquiatria biológica e de classificação diagnóstica descritiva refletem esse momento do século XX. Na década de 1950, a Organização Mundial de Saúde (OMS), órgão criado a partir da Organização das Nações Unidas (ONU), após o término da Segunda Guerra Mundial, em 1946, em seu documento intitulado Constituição da Organização Mundial de Saúde, definiu saúde como o bem-estar físico, mental e social (WHO, 1946). Nesse contexto, com um agente internacional em cena, o espectro do reformismo ganhou força em diversos países. Tenório (2002) destaca que o novo cenário foi marcado pela utilização do termo saúde mental em vez de doença mental. Somado a iniciativas de prevenção de saúde, as reformas psiquiátricas passam a ser discutidas em diversos países.

Nos Estados Unidos, Whitaker (2017, p. 61), explica que em 1946, o Congresso aprovou uma Lei Nacional de Saúde Mental que colocou o poder econômico do governo federal na base da reforma.

> O governo patrocinaria pesquisas sobre prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças mentais, e concederia verbas a estados e cidades para ajudá-los a criarem clínicas e centros de tratamento. Três anos depois, o Congresso criou o Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH) para supervisionar essa reforma (Whitaker, 2017, p. 61).

A reforma nos Estados Unidos, vinha das "mãos da ciência" e da indústria farmacêutica, que com o rápido crescimento, estava pronta a capitalizar a expectativa (Whitaker, 2017). Assim, a psicofarmacologia, acompanharia os o modelo que a medicina dava com a utilização de fármacos. Primeiro, "identificar a causa ou a natureza do distúrbio. Segundo desenvolver o tratamento que agisse contra ela" (Whitaker, 2017, p. 63). Deste modo, foram desenvolvidos os Neurolépticos ou Antipsicóticos, os tranquilizantes leves e os estimulantes psíquicos. Coser (2010), identifica a era da psicofarmacologia em 1950 quando a clorpromazina é sintetizada e mais tarde administradas em pacientes psicóticos. Ainda na década de 1950 são colocados no mercado os tranquilizantes leves. Frank Berger, testava os tranquilizantes leves em ratos, mais tarde tais drogas foram vendidas como agente atenuador da ansiedade em seres humanos. O mesmo farmacologista, descobriu o meprobamato, que durava mais tempo no corpo do que a mefenesina. Tal fármaco passou a ser vendido em 1955 pela Wallace Laboratories sob o nome de Miltown. Em 1957, a iproniazida, droga rotulada como energizante psíquico, passou a ser o medicamento destinado para pacientes deprimidos (Whitaker, 2017). Em 1959, chegava no mercado a imipramina, primeira droga a ser chamada de antidepressivo.

Com o novo mercado de fármacos, os psicofármacos, a indústria farmacêutica lucrou logo no início, em 1957, uma receita que ultrapassava um bilhão de dólares. Os médicos, ocupavam um lugar privilegiado nessa cadeia, em 1951 o Congresso aprovou a Emenda Durham-Humpherey, que decretava que a maioria dos novos medicamentos só estaria disponível para consumo após apresentação da receita, que eram exigidas na compra. Os médicos controlavam o acesso do público aos antibióticos e a outros medicamentos, "os interesses financeiros da indústria farmacêutica e dos médicos alinharam-se como nunca havia acontecido até então" (Whitaker, 2017, p. 71). Nesse contexto, "[...] critérios de diagnóstico descritivos se impõem, que passam por universais; um método clínico se afirma baseado na evidência; todos os modelos que se proclamam neurociências triunfam, fundados principalmente em estudos bioquímicos, neurobiológicos e instrumentais" (Colucci, 2014, p. 289).

Nesse cenário, a relação médico e paciente tornou-se atravessada pelo medicamento, não apenas como ferramenta terapêutica, mas como dispositivo que reorganiza a própria experiência do sofrimento e da doença.

Reorganizando o poder psi: DSM-III e o dispositivo farmacológico

Nos séculos XX e XXI a psiquiatria não necessita mais da loucura, não necessita mais da demência, não necessita mais do delírio ou da alienação para ela funcionar (Foucault, 2001). Assim como ela não se volta apenas para o indivíduo louco, mas para a sociedade em geral. Toda e qualquer pessoa com sofrimento psíquico pode receber atendimento, tratamento e medicamento. Essa nova psiquiatria, que surge no século XX possui algumas características que lhe são próprias, entre elas: a noção de transtorno mental (*disorders*), diagnósticos descritivos, o sintoma tornado como o critério objetivo, produção de manuais e a psicofarmacologia.

A partir dos anos 1980, concebe-se um novo marcador para a psiquiatria que é o de perturbações do comportamento (Gori, 2014). A partir desse novo marcador são promovidos novos conceitos das patologias flexíveis. Nesse sentido, há uma maior aproximação da psiquiatria do campo biológico e a distanciação das perspectivas psicossociais e psicanalíticas que antecediam a hegemonia da psiquiatria americana (Mayes; Horowitz, 2005; Wilson, 1993). O termo transtorno passou a ser utilizado no primeiro DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) - (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais), por influência da psiquiatria dinâmica para referir-se as condições que causam sofrimento significativo, comprometendo o funcionamento diário da pessoa. O uso do termo *disorder* (transtorno), refere-se aos distúrbios psíquicos, passou a ser adotado com o objetivo de descrever uma variedade de condições médicas e psicológicas que afetam o funcionamento normal de um organismo. "Desordens ou transtornos mentais são síndromes, ou seja,

agrupamentos de signos patológicos inconstantes e sem necessariamente uma cadeia causal operando entre eles" (Dunker, 2021, p. 58).

A escolha do termo transtorno ou síndrome não se deu por uma nova teoria ou descoberta sobre psicopatologia. A criação do DSM-III, respondeu também a pressões econômicas, pois as companhias de seguro exigiam diagnósticos padronizados para receberem reembolso. Desde os anos 1960, as companhias de seguro eram reembolsadas pelo Estado. Mas, as mesmas estavam perdendo o reembolso dos atendimentos médicos porque não conseguiam especificar os diagnósticos psiquiátricos. Conforme explica Wilson (1993), o psiquiatra que liderou a criação do DSM-III, Robert L. Spitzer, escreveu um memorando ao psiquiatra Henry Pinsker, membro da força-tarefa de elaboração do manual advertendo sobre a situação: "[...] o reembolso do seguro seria muito difícil se os agrupamentos de sintomas no manual não fossem chamados de 'síndromes' ou 'transtornos'" (Wilson, 1993, p. 405, tradução nossa).

A terceira edição do DSM, da Associação de Psiquiatria Americana (APA), publicado em 1980, é um marco nesse contexto. Além da padronização e da definição de critérios de diagnóstico do sofrimento psíquico, o manual constituiu-se como um guia de ação. O manual é baseado em sintomas observáveis, o que possibilitou que os psiquiatras desenvolvessem um sistema padronizado de medição. Além disso, ele contribuiu significativamente para uma visão biológica dos transtornos mentais, enfatizando as neurociências, a química cerebral e a psicofarmacologia que estariam presentes nos manuais em sua 4º e 5º edição (Mayer; Horwitz, 2005). Mayes e Horowitz (2005) sustentam que o foco inaugurado pelo DSM-III constituiu uma mudança consistente na forma de abordagem da saúde mental. Essa concepção: "baseada em sintomas decorreu do esforço de psiquiatras orientados para a pesquisa que padronizaram os critérios diagnósticos concentrando a atenção nos sintomas dos transtornos mentais, em vez de preocupar-se com as causas" (Mayes; Horowitz, 2005, p. 265, tradução nossa).

Os manuais de diagnósticos não são simples descrições passivas de transtornos. Eles não apenas descrevem um território, mas o determinam e dão forma ao território da patologia dos transtornos mentais. Esse território que a psiquiatria se ocupa, que não se limita apenas ao âmbito do internamento, mas à vida cotidiana e, é nessa esfera, que ela define os limites da normalidade (Rose, 2019). Por sua vez, a aproximação do campo biológico pode ser vista como uma tentativa de legitimação e de distinção em relação a outras formas de psicoterapias, como por exemplo a psicanálise, a psiquiatria dinâmica ou a abordagem psicossocial rotulando-as de não científicas.

Esse cenário marca uma profunda transformação na forma de atuação do campo psiquiátrico e dos conhecimentos psi[5] , como um todo. Diferentemente do período marcado entre os séculos XVIII e XIX, que marcam o surgimento da psiquiatria e da loucura como doença, onde o dispositivo do internamento era o elemento chave no tratamento,

os séculos XX e XXI inaugura uma mudança na forma de ver o que é loucura, orientada pelo paradigma biológico e na forma de tratamento.

> Para a dominância do paradigma biológico contribuíram antes de tudo dois desenvolvimentos: por um lado os progressos das neurociências moleculares possibilitaram uma visão mais complexa dos processos neurofisiológicos, incluindo aí a regulação do receptor, a interação de neurônios, a neuroplasticidade entre outros. Por outro lado, a produção de imagens do cérebro viabilizou uma localização crescente de correlatos das funções e disfunções mentais (Fuchs, 2025, p. 324).

Paralelo as descobertas científicas mencionadas por Fuchs (2025), o desenvolvimento da psicofarmacologia caracteriza o outro aspecto de transformação do campo psiquiátrico. A efetivação dos fármacos como forma primordial de tratamento diz respeito a um fenômeno mais abrangente que é a medicalização da vida conforme defende Untoiglich (2014, p. 22):

> En las últimas décadas ha sido creciente el traslado hacia el campo médico de problemas inherentes a la vida. Cuestiones de orden colectivo, social y político, se abordan como problemas individuales, atribuyendo su causación, mayoritariamente, a determinaciones biológicas (aunque las mismas no hayan sido comprobadas).

Para Healy (*apud* Whitaker, 2017, p. 91), teoria dos transtornos mentais calcada no desequilíbrio químico, "foi abraçada pelos psiquiatras por ter 'preparado o terreno' para que eles 'se tornassem médicos de verdade' [...]. Na medicina interna, os médicos dispunham de seus antibióticos, e agora os psiquiatras também poderiam ter suas pílulas 'antidoença'".

A questão é que o desequilíbrio químico não é um argumento solidificado no campo científico. Para Glenmullen, autor de o Efeito bumerangue do Prozac, "em todos os casos em que se julgou encontrar esse desequilíbrio, posteriormente ele se revelou falso" (*apud* Whitaker, 2017, p. 91).

A ideia de que os transtornos mentais resultam do desequilíbrio químico surgiu com o trabalho de D. W. Wooley e E. Shaw em 1954. Entre 1955 e 1957, foram publicados diversos artigos documentando a participação da serotonina como mediadora da ação da reserpina no cérebro (Coser, 2010). A hipótese da depressão por baixa serotonina e a hipótese da esquizofrenia por excesso de dopamina ocuparam o lugar de pilares gêmeos da teoria dos transtornos mentais calcada nos desequilíbrios químicos (Whitaker, 2017). Nesse sentido, se algum medicamento era eficaz, deveria estar

consertando algum distúrbio. "Os resultados dos estudos com imipramina e iproniazida, somados à esperança de tornar a PSIQUIATRIA mais científica, deram grande impulso ao desenvolvimento dos antidepressivos" (Diniz, 2025, p. 83). Whitaker (2017), explica que no caso da depressão, de acordo com as pesquisas de neurociência, "o problema estaria em que os neurônios serotoninérgicos liberariam muito pouca serotonina na fenda sináptica e, por isso, as vias serotoninérgicas do cérebro ficariam 'subativas'" (Whitaker, 2017, p. 84). Então, os antidepressivos atuariam elevando e normalizando os níveis de serotonina a fenda sináptica, permitindo que essas vias transmitissem mensagens numa velocidade adequada (Whitaker, 2017).

A fluoxetina (Prozac), lançado em 1988, medicamento característico da terceira geração de antidepressivos, o primeiro inibidor seletivo de recaptação de serotonina (ISRS), Whitaker (2017), explica que o medicamento não conserta um desequilíbrio químico do cérebro, ao contrário, seu uso atrapalha a retirada normal de serotonina da sinapse, desencadeando mudanças na via serotoninérgica. Portanto, as drogas não normalizam a química do cérebro, mas as transformam, podendo criar perturbações nas funções neurotransmissoras.

Com todo o desenvolvimento e a expansão da indústria farmacêutica no tratamento psíquico com o passar do tempo o que se viu não foi uma diminuição de casos de depressão e ansiedade, mas o contrário, seu aumento. Esse fator é acompanhado da expansão do uso de medicamentos antidepressivos. "O uso dos antidepressivos seletivos extrapolou o nicho dos deprimidos graves e alcançou um contingente cada vez maior de pessoas, garantindo uma expansão bastante lucrativa do mercado consumidor" (Diniz, 2025, p. 85).

Em um estudo, realizado por Philippe Pignare (*apud* Gori, 2014, p. 301), é demonstrado que o diagnóstico de depressão havia se multiplicado por sete entre os anos de 1979 e 1996. Evidenciando a proliferação do diagnóstico realizado pela supermedicalização do sofrimento psíquico e social. De acordo com a OMS (WHO, 2026), estima-se que 4% da população mundial sofra de depressão, 5,7% dos adultos (4,6% entre os homens e 6,9% entre as mulheres) e 5,9% dos adultos com 70 anos ou mais. Num total, a OMS estima que haja 332 milhões de pessoas no mundo sofram de depressão (WHO, 2026). No Brasil, a Pesquisa Nacional da Saúde (PNS), iniciativa do Ministério da Saúde em parceria com o IBGE, pesquisa que investiga uma gama de tópicos em saúde. Foram publicadas duas edições da PNS, a resultante da pesquisa feita em 2013 e a segunda publicação resultante da pesquisa feita em 2019. Em 2019, "foi estimado que 10,2% das pessoas de 18 anos ou mais de idade receberam diagnóstico de depressão por profissional de saúde mental (em 2013, 7,6%). Isto representa 16,3 milhões de pessoas, com maior prevalência na área urbana (10,7%) do que rural (7,6%)"(IBGE, 2020, p. 69).

Verificou-se que havia uma maior prevalência desta doença sobre pessoas do sexo feminino, 14,7%, contra 5,1% dos homens. Em 2013, a prevalência em pessoas do sexo

feminino era de 10,9% contra 3,9% dos homens. A faixa etária com maior proporção foi a de 60 a 64 anos de idade (13,2%), em 2013, essa faixa etária representava 11,1%, enquanto que o menor percentual foi obtido na faixa de 18 a 29 anos de idade (5,9%), em 2019 e, em 2013 essa faixa representava 3,9% (IBGE, 2020).

Além da depressão outros diagnósticos não ficam de fora do alcance da farmacologia, Déficit de atenção e hiperatividade, Ansiedade, Transtorno de pânico, Transtorno afetivo bipolar, entre outros, recebem tratamento medicamentoso. Diniz (2025) aponta que, no Brasil, entre 2014 e 2021 houve um aumento relativo de prescrições de Venvanse em 500%. No mesmo período, os concorrentes tradicionais, Ritalina, Concerta e Ritalina LA registraram aumento de 50%. O Brasil é um dos países com maiores índices de depressão, conforme relata o documento da Organização Mundial de Saúde, a estimativa da população com "(...) depressão é de 5,8% e de ansiedade de 9,3%" (WHO, 2017, p.18). A venda de antidepressivos e estabilizadores de humor cresceu 58% entre 2017 e 2021, com aumento de 36% nas unidades, conforme aponta Dall'ara (2023).

Dizer que o comprimido é um dispositivo de poder quer dizer que em torno dele há todo um jogo entre diferentes agentes. O dispositivo comprimido é um ponto de articulação que conecta saber psiquiátrico e produção de conhecimento sobre os transtornos mentais, a indústria farmacêutica, sua produção, marketing e lucro, o estado, as políticas de saúde, a regulação de medicamentos, o paciente: internado ou não, diagnosticado ou não.

Considerações finais

O texto busca demonstrar que a loucura não é um fato natural, mas um objeto que é produzido por relações de poder. A partir da abordagem foucaultiana focada na estratégia saber-poder pode-se dizer que o que é visto como doença mental e suas formas de tratamento, respondem a urgências sociais, econômicas e políticas. Nessa perspectiva a noção de dispositivo direcionou o estudo na tentativa de relacionar internamento e medicamento (comprimido). Nesse largo período histórico percebe-se que em torno da figura do psiquiatra e do doente mental há uma mudança de estratégia, mas não de lógica de poder. O que antes se produzia pelo internamento e pelo controle físico a partir do século XX passou a ser exercido pelo fármaco (comprimido) e pela classificação diagnóstica.

Além da função de normalização e de controle social que ambos dispositivos realizam, o dispositivo farmacológico atende a necessidade da atual sociedade que exige pessoas produtivas e adaptadas a diferentes situações. O dispositivo farmacológico não cura, mas gere a situação tratando dos sintomas. Isso explica a expansão de diagnósticos e não sua diminuição.

Enquanto Foucault afirma que a psiquiatria surge como um poder de controle antes de se constituir enquanto área do saber, pode-se dizer que o poder psiquiátrico articulado ao dispositivo farmacológico atua na produção de subjetividades. Que tipo de

sujeito é produzido na transformação do sofrimento em diagnóstico? A quem serve a produção desse sujeito?

Referências

AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. "*De volta à cidade, sr. cidadão!*" reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 52, n. 6, p. 1090-1107, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rap/a/VxnVVXZN4bD3bqCTVJwzxBQ/abstract/?lang=pt. Acesso em: 3 ago. 2026.

CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

COLUCCI, M. Que psiquiatria depois de Foucault? In: ARTIERES, P.; BERT, J. F.; GROS, F. (org). *Foucault*. Rio de Janeiro: Forense, 2014.

COSER, Orlando. *As metáforas farmacoquímicas com que vivemos*: ensaios de metapsicofarmacologia. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

COSER, Orlando. *Depressão*: clínica, crítica e ética. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

DALL'ARA, J. *Busca por medicamentos para a saúde mental cresce a cada ano no Brasil*. Jornal da USP, São Paulo, 13 jan. 2023. Disponível em: https://jornal.usp.br/atualidades/busca-por-medicamentos-para-a-saude-mental-cresce-a-cada-ano-no-brasil/. Acesso em 15 de out. de 2026.

DINIZ, Juliana Belo. *O que os psiquiatras não te contam*. São Paulo: Fósforo, 2025.

DUNKER, Christian. *Uma biografia da depressão*. São Paulo: Planeta, 2021.

FOUCAULT, Michel. *História da loucura*: na idade clássica: São Paulo: Perspectiva, 2009.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, Michel. *O poder psiquiátrico*: curso dado no Collége de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, Michel. *Os anormais*: curso no Collége de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FUCHS, Thomas. *O cérebro*: um órgão relacional: uma concepção fenomenológica-ecológica. 6. ed. Rio de Janeiro: Via Verita, 2025.

GORI, Roland. O sujeito da saúde mental: da atualidade de Foucault. In: ARTIERES, P.; BERT, J. F.; GROS, F. (org.). *Foucault*. Rio de Janeiro: Forense, 2014

IBGE. *Pesquisa nacional de saúde*: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

LAGRANGE, Jacques. Situação do curso. In: FOUCAULT, Michel. *O poder psiquiátrico*: curso dado no Collége de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006.

MAYES, Rick; HORWITZ, Allan V. DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, New York, v. 41, n. 3, p. 249–267, 2005. Disponível em: https://scispace.com/pdf/dsm-iii-and-the-revolution-in-the-classification-of-mental-4fguz5onj2.pdf. Acesso em: 29 jun. 2026.

PAULIN, Luiz Fernando; TURATO, Egberto Ribeiro. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. *Revista História, Ciências, Saúde*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/j/hcsm/a/D9pDGYcrYXDJ7ySYkLyRkpt/abstract/?lang=pt. Acesso em: 3 ago. 2026.

POLI, Maria Cristina. "Alienação" na psicanálise: a pré-história de um conceito. *Revista Psychê*, São Paulo, v. 9, n. 16, p. 133-152, 2005. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/307/30716909.pdf. Acesso em: 26 jul. 2026.

ROSE, Nikolas. *Inventando nossos selfs*: psicologia, poder e subjetividade. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

ROSE, Nikolas. *Our psychiatric future*: the politics of mental health. Cambridge UK: Polity Press, 2019.

SAFATLE, Vladimir. O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem. *Revista Scientiæ Studia*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 11-27, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ss/a/VfqSSxvQ7WBQyrKKbJwjpWx/?format=html&lang=pt. Acesso em: 11 jun. 2026.

TENÓRIO, Fernando. *A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais:* história e conceitos. Publicado na revista História, Ciências, Saúde. Manguinhos, volume 9, nº 1 (p.25-59). 2002. Disponível em: https://www.scielo.br/j/hcsm/a/xN8J7DSt9tf7KMMP9Mj7XCQ/?format=pdf&lang=pt&ilang=pt_BR. Acesso em 15 de out. de 2026.

UNTOIGLICH, Gisela. Medicalización y patologización de la vida: situación de las infancias en Latinoamérica. *Revista Nuances*, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 20-38, 2014. Disponível em: https://revista.fct.unesp.br/index.php/Nuances/article/view/2743/2515. Acesso em: 26 jul. 2026.

WHITAKER, Robert. *Anatomia de uma epidemia*: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Constitution of the World Health Organization*. New York: WHO, 1946. Disponível em: https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1. Acesso em: 3 ago. 2026.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Depressive disorder (depression)*. Geneva: WHO, 2026. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression. Acesso em: 14 jul. 2026.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Depression and Other Common Mental* Disorders: Global Health Estimates. Genebra: WHO, 2017. Disponível em: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/6bab42bc-df0f-4f68-a86d-28ebedb85e42/content. Acesso em 15 de out. de 2026.

WILSON, Mitchell. DSM-III and the transformation of American Psychiatry: a history. *American Journal of Psychatry*, Washington, v. 150, n. 3, p. 399-410, 1993. Disponível em: https://www.academia.edu/4373056/DSM_III_and_the_Transformation_of_American_Psychiatry_A_History. Acesso em: 1jul. 2026.

WOOLEY, D. W.; SHAW, E. A biochemical and Pharmacological suggestion about certain mental disorders. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, Washington, v. 40, n. 4, p. 228-231, Apr. 1954. DOI: 10.1073/pnas.40.4.228.

Notas

[1] A utilização da palavra alienação para referir-se ao alienado mental é utilizada desde o século XV, conforme explica Ricoeur (*apud* Poli, 2005). Na filosofia, o termo é utilizado por Rousseau, em sua obra O contrato social (1762), nesse caso, alienado mental é o indivíduo que perdeu sua liberdade moral, condição para o estabelecimento do contrato social. No sentido psiquiátrico, a alienação, conforme foi utilizada por Pinel, diz respeito ao indivíduo que não possui responsabilidade sobre seus atos, diz-se da pessoa que está fora de si (Poli, 2005

2 Em 1973 Michel Foucault ministrou um curso no *Collège de France* intitulado O poder psiquiátrico. Nele, Foucault realiza uma análise do dispositivo psiquiátrico na sociedade moderna e como ele se articula em torno de três eixos: o do poder, na medida em que o psiquiatra se institui como sujeito agindo sobre outros; o eixo da verdade, na medida em que o alienado é constituído em objeto de saber; o eixo da subjetivação, já que o sujeito tem de fazer suas as normas que se impõem a ele. (Lagrange, 2006).

3 Foucault menciona de forma genérica o termo "suplício da água". Não se trata de uma forma apenas, mas de vários métodos de tortura física e psicológica que utilizam a água para causar asfixia, pânico e exaustão, levando a vítima a sentir uma sensação iminente de afogamento, como por exemplo, o afogamento simulado ou toca, a ingestão forçada de água e a cadeira do mergulho.

4 A estrapada era uma técnica de tortura que era utilizada como punição na Europa, principalmente entre os séculos XVI e XVIII. Consistia em suspender o condenado no ar por uma corda e deixá-lo cair em queda brusca, interrompendo a queda bruscamente antes de atingir o chão ou a água.

5 Nikolas Rose (2011) em sua obra Inventando nossos selfs, utiliza o termo disciplinas psi, para referir-se as disciplinas que a partir do século XIX formaram-se como um elemento da cultura ocidental, que se designam a si mesmas como as áreas próprias do conhecimento psi – Psicologia, Psiquiatria, Psicoterapia, Psicanálise. Tais disciplinas estão intrincadas entre campos de saber e tipos de normatividade e formas de subjetividade.

Recebido: 10 de agosto de 2026

Aprovado: 07 de outubro de 2026