
É POSSÍVEL UMA PSIQUIATRIA PÓS-MODERNA? O DISCURSO PÓS-PSIQUIÁTRICO DIANTE DA HEGEMONIA BIOMÉDICA

IS A POSTMODERN PSYCHIATRY POSSIBLE? THE POSTPSYCHIATRIC DISCOURSE IN THE FACE OF BIOMEDICAL HEGEMONY

¿ES POSIBLE UNA PSIQUIATRÍA POSMODERNA? EL DISCURSO POSTPSIQUIÁTRICO FRENTE A LA HEGEMONÍA BIOMÉDICA

Artur Junior Santos Cardoso¹

Matheus de Matos Maldonado²

Eduarda Caroline Cerioli Martinello³

Silvio Gabriel Linhares Guimarães⁴

<https://doi.org/10.5935/2358-3541.2024148322-pt>

Resumo

Este artigo discute a emergência do discurso pós-psiquiátrico como crítica à hegemonia da psiquiatria biomédica, situando tal debate no contexto das transformações epistemológicas da pós-modernidade. A partir de referenciais sociológicos e filosóficos — sobretudo os de Lyotard, Vattimo e Foucault —, analisa-se como a psiquiatria moderna se construiu como uma metanarrativa iluminista, racionalista e biologizante, reduzindo o sofrimento humano a categorias diagnósticas descontextualizadas. O objetivo principal é apresentar a pós-psiquiatria, conforme formulada por Bracken e Thomas, como uma proposta que dialoga com a crítica sociológica contemporânea, valorizando a subjetividade, o contexto social e a narrativa dos sujeitos em sofrimento. Adota-se uma metodologia teórico-conceitual, baseada em revisão crítica da literatura e análise discursiva, com ênfase em autores das ciências sociais e da saúde mental. A investigação evidencia que a pós-psiquiatria propõe uma ruptura com práticas autoritárias e normativas da psiquiatria tradicional, ao mesmo tempo em que busca evitar uma negação total do campo clínico, o que a distancia da antipsiquiatria clássica. Contudo, o artigo também aponta os limites dessa abordagem, sobretudo, sua possível cooptação pelo mesmo sistema que pretende criticar. Por fim, argumenta-se que o pensamento pós-psiquiátrico, ao incorporar epistemologias feministas e críticas descoloniais, pode oferecer caminhos potentes

¹ Universidade Federal da Paraíba. E-mail: artur.cardoso@academico.ufpb.br.

² Instituto de Medicina Social. E-mail: matheus_maldonado95@hotmail.com.

³ Universidade Comunitária da Região de Chapecó. E-mail: duda_eduardacerioli@outlook.com

⁴ Universidade Federal de Sergipe. E-mail: silvioglguimaraes@gmail.com

para a construção de práticas mais éticas, plurais e emancipatórias no campo da saúde mental.

Palavras-Chave: Pós-psiquiatria; Pós-modernidade; Psiquiatria biomédica.

Abstract

This article discusses the emergence of postpsychiatric discourse as a critique of the hegemonic biomedical psychiatry, framing the debate within the epistemological shifts of postmodernity. Drawing on sociological and philosophical references—especially Lyotard, Vattimo, and Foucault—it analyzes how modern psychiatry was built as an Enlightenment-rooted, rationalist, and biologizing metanarrative that reduces human suffering to decontextualized diagnostic categories. The main objective is to present postpsychiatry, as formulated by Bracken and Thomas, as a theoretical-practical alternative aligned with contemporary sociological critique, emphasizing subjectivity, social context, and patient narratives. A theoretical-conceptual methodology is employed, based on critical literature review and discourse analysis, especially from social sciences and mental health fields. The study shows that postpsychiatry aims to break with authoritarian and normative practices of traditional psychiatry, while avoiding a total rejection of clinical interventions—thus distinguishing itself from classical antipsychiatry. However, the article also highlights its limitations, particularly the risk of cooptation by the same system it seeks to challenge. Finally, it argues that postpsychiatric thought, by incorporating feminist epistemologies and decolonial critiques, may offer powerful paths toward more ethical, plural, and emancipatory practices in mental health care.

Keywords: Postpsychiatry; Postmodernity; Biomedical psychiatry.

Resumen

Este artículo discute el surgimiento del discurso postpsiquiátrico como una crítica a la hegemonía de la psiquiatría biomédica, situando el debate en el contexto de los giros epistemológicos de la posmodernidad. A partir de referencias sociológicas y filosóficas—especialmente Lyotard, Vattimo y Foucault—, se analiza cómo la psiquiatría moderna se configuró como una metanarrativa racionalista, biologicista y de raíz ilustrada, que reduce el sufrimiento humano a categorías diagnósticas descontextualizadas. El objetivo principal es presentar la postpsiquiatría, según la propuesta de Bracken y Thomas, como una alternativa teórico-práctica alineada con las críticas sociológicas contemporáneas, que valoriza la subjetividad, el contexto social y las narrativas de los sujetos en sufrimiento. Se adopta una metodología teórico-conceptual, basada en revisión crítica de la literatura y análisis discursivo, con énfasis en autores de las ciencias sociales y de la salud mental. La investigación demuestra que la postpsiquiatría propone una ruptura con las prácticas autoritarias y normativas de la psiquiatría tradicional, sin caer en una negación total del campo clínico, lo que la diferencia de la antipsiquiatría clásica. No obstante, también se señalan sus límites, especialmente el riesgo de ser cooptada por el mismo sistema que pretende cuestionar. Finalmente, se argumenta que el pensamiento postpsiquiátrico, al incorporar epistemologías feministas y críticas decoloniales, puede

abrir caminhos potentes hacia prácticas más éticas, plurales y emancipadoras en el campo de la salud mental.

Palabras Clave: Postpsiquiatria; Posmodernidad; Psiquiatria biomédica.

INTRODUÇÃO

Vivemos em uma pós-modernidade, e esta época é caracterizada pelo pluralismo de perspectivas e pela desconstrução de verdades absolutas, pelo menos de acordo com Jean-François Lyotard (1984). Momentos de crise estão sempre disputando espaço com momentos de surgimento de novas possibilidades epistemológicas. Lyotard (1984) aborda a "condição pós-moderna" como um contexto em que as metanarrativas tradicionais - histórias totalizantes e unificadoras que prometiam dar sentido pleno à existência e às relações sociais - são fragmentadas. A ciência, a religião, a política e a própria ideia de progresso passam a ser vistas com ceticismo, e surge uma multiplicidade de vozes e narrativas que contestam as explicações universais e hegemônicas. Lyotard (1984) entende que, em lugar das antigas certezas, a pós-modernidade propõe uma valorização da diferença e da diversidade de pontos de vista, colocando o foco na complexidade e nas singularidades dos discursos locais e situados. Nesse contexto, o saber deixa de ser um reflexo único e normativo da realidade e torna-se um campo de debate e construção compartilhada.

Outro importante pensador, Gianni Vattimo (2019), enxerga que a pós-modernidade representa uma condição de fragmentação e pluralidade, onde as verdades universais são substituídas por perspectivas múltiplas e relativizadas. Ele acredita que, nesse contexto, a comunicação e o diálogo ganham centralidade, uma vez que a realidade passa a ser entendida de forma menos rígida e mais interpretativa. A verdade, portanto, não é vista como um único caminho a ser seguido, mas como algo plural e em constante transformação. Nesse sentido, Vattimo (2009) aponta que o pensamento pós-moderno acolhe a fragilidade e a finitude das ideias, o que possibilita uma abertura para a tolerância e a convivência de diferentes formas de saber e viver.

A psiquiatria surge como um produto de um tempo anterior ao que Lyotard (1984) e Vattimo (2009) acreditam que vivemos atualmente. É um produto da mentalidade moderna, profundamente influenciada pela busca por objetividade, controle e categorização, própria do iluminismo e da ciência positivista (Bracken & Thomas, 2001). Em um contexto em que a racionalidade e o progresso científico eram

considerados os pilares do conhecimento e da ordem social, a psiquiatria moderna desenvolveu-se a partir de uma visão essencialista e reducionista do sofrimento humano. Esse saber médico aspirava à universalização de seus diagnósticos e tratamentos, interpretando o sofrimento humano como um desvio biológico e cerebral que deveria ser contido e corrigido dentro de moldes rigorosos e controlados (Munõz, 2018). Diferente do contexto pós-moderno atual que, segundo Lyotard (1984) e Vattimo (2019), valoriza a pluralidade de perspectivas e questiona as grandes narrativas, a psiquiatria moderna se construiu como um campo homogêneo e normativo, desconsiderando as influências culturais e subjetivas do sofrimento humano. Com a chegada da pós-modernidade, onde o saber é entendido como construído e contextual, a psiquiatria biomédica começa a ser cobrada a rever seu enfoque universalista e normativo, pelo menos de acordo com Bracken e Thomas (2001), que entendem como problemática a resistência psiquiátrica em adaptar-se às demandas de uma sociedade que valoriza cada vez mais a diversidade de experiências e a complexidade das realidades subjetivas.

Portanto, se estamos em uma pós-modernidade, não deveríamos ter também uma "pós-psiquiatria"? Esse é o questionamento que Bracken e Thomas (2001) fazem na tentativa de uma reflexão sobre a necessidade e o impacto de uma prática psiquiátrica que transcenda suas próprias raízes modernas.

É a partir deste questionamento que se inaugura, no contexto europeu, o movimento e o pensamento pós-psiquiátrico. Com o objetivo de distanciar do modelo psiquiátrico tradicional, a pós-psiquiatria enfatiza a importância dos contextos sociais, culturais e subjetivos, com uma abordagem menos pautada no diagnóstico e mais voltada à compreensão pluralista do sofrimento humano. A epistemologia pós-psiquiátrica que se constrói a partir de Bracken e Thomas (2001) propõe alternativas para uma prática que reconheça e valorize o relato dos próprios pacientes, abrindo espaço para uma terapêutica que ultrapassa as respostas biológicas e farmacológicas tradicionais.

Dessa forma, o objetivo deste artigo é apresentar um pouco mais do que é a perspectiva pós-psiquiátrica, explorando seus principais pontos de distanciamento da psiquiatria biomédica hegemônica. Espera-se, com este debate, que as ideias pós-psiquiátricas venham a somar com as discussões críticas brasileiras, já que o Brasil é um palco histórico de disputas, marcado por uma luta antimanicomial de décadas e

por uma lei de Reforma Psiquiátrica que ataca de frente a política manicomial (BRASIL, 2001).

E para que este objetivo seja alcançado, este artigo se divide em três partes. No início, há uma discussão sobre a psiquiatria biomédica hegemônica a partir dos pontos que são mais problematizados pela pós-psiquiatria. Logo em seguida, as possibilidades, ideias e conceitos pós-psiquiátricos são abordados, não só através da perspectiva de Bracken e Thomas (2001), mas também pela de alguns outros autores e autoras que se dedicam à pesquisa e à prática pós-psiquiátrica. Por último, concluímos não com as típicas considerações, mas sim com alertas finais: além dos principais pontos do artigo serem retomados, esses alertas servem para se pensar o tipo e a direção da interação entre a experiência antimanicomial e reformista brasileira, e a pós-psiquiatria; por fim, o artigo abre espaço para a reflexão acerca do posicionamento epistemológico da pós-psiquiatria e de suas limitações também.

PARA UMA CRÍTICA À HEGEMONIA PSIQUIÁTRICA

Um ponto essencial a ser destacado para a adequada compreensão desta discussão é que os estudos sobre a hegemonia do modelo biomédico na saúde mental, especialmente na psiquiatria, vão além de uma mera análise epistemológica de um campo de estudo focado em objetos, em grande parte, abstratos, como a loucura ou a esquizofrenia. O que está em jogo, sobretudo, é a dinâmica de forças desiguais que determinam como um certo conhecimento - e suas práticas correspondentes - é instituído em uma realidade específica. Em última instância, trata-se de uma análise político-epistemológica do entrelaçamento entre saber e poder no que concerne à vida, à saúde e à doença.

Um segundo ponto, e que não pode ser perdido de vista, é o fato de que o debate perpassa por intervenções em saúde, ou seja, é um processo contínuo de (re)construção da ética do cuidado pautada no reconhecimento dos sujeitos e de suas necessidades, e que irá direcionar as ações dos atores que envolvem o campo da saúde mental. Por essa razão, a todo momento é preciso considerar os ganhos éticos e clínicos de se pensar uma concepção de doença, de sua etiologia e de seu respectivo tratamento, uma vez que a história nos mostra como sucessivas práticas de violência institucional foram praticadas “em nome da ciência”.

O ato de diagnosticar na psiquiatria apresenta desafios desde seu início como um campo médico, contando com esforços consideráveis e malogrados, direcionados

para a identificação da base biológica dos transtornos mentais (Muñoz, 2018). Com efeito, o esforço em traçar paralelos entre a categorização psiquiátrica e o diagnóstico biomédico trouxe consigo a prerrogativa de que todas as condições psiquiátricas decorrem de anormalidades cerebrais. No entanto, devido à incapacidade de diversas escolas ou movimentos psiquiátricos no final do século XIX e início do século XX em comprovar a conexão entre o diagnóstico clínico e os achados anatomopatológicos, as classificações psiquiátricas passaram a se basear em critérios puramente descritivos (Saldombide & Serrano, 2016), contudo, sem perder de vista seu ideal biologicista e cerebralista.

A adoção de critérios puramente descritivos termina por revelar uma limitação na sua capacidade explicativa das categorias diagnósticas psiquiátricas. Lima (2016) chama a atenção para o perigo do diagnóstico descritivo e o problema da tautológica, isto é, das explicações que nada explicam. O autor exemplifica com o seguinte questionamento: “por que uma criança tem comportamentos desafiadores e opositivos? Porque ela tem TOD. E por que ela tem TOD? Porque tem comportamentos desafiadores e opositivos” (p. 71). Essa é a armadilha tautológica que leva a uma circularidade infinita e à impossibilidade de fazer uma clínica da alteridade. Há, ainda, a armadilha nosológica, na qual se forma a percepção de que todo e qualquer desvio da norma justifica um diagnóstico psiquiátrico.

De todo modo, cem anos depois, à luz do amplo avanço na pesquisa nas ciências biológicas, particularmente nos domínios da genética e das neurociências, continua a haver uma persistente ausência de consenso sobre a etiologia física (marcador biológico) dos ditos transtornos mentais. Apesar da escassez de resultados afirmativos no campo da pesquisa, isso não impediu uma progressão do modelo biomédico no campo da psiquiatria. Pelo contrário, o surgimento, em 1980, da terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o DSM-III, elucida essa mudança em direção a um ponto de vista biológico e a incorporação da psiquiatria à estimada estrutura biomédica (Saldombide & Serrano, 2016).

Além disso, foi enfatizado que estudos abrangentes com foco na progressão da doença e sua herança familiar deveriam ser conduzidos (Caponi, 2012). Os defensores dessa metodologia argumentavam que ela representava o curso de ação mais adequado para restaurar a credibilidade da psiquiatria.

Por conta do direcionamento descritivo, divulgou-se que o DSM-III seria ateuórico em relação à etiologia e igualmente aplicável aos modelos biológicos,

psicológicos e sociais de tratamento. Frances (2016), todavia, entende que, na prática, isso não seria verdade. Para o psiquiatra e diretor da força tarefa do DSM-IV, embora os critérios sejam um conjunto de sintomas superficiais que não explicam nada sobre as causas e os tratamentos, tal método convinha muito bem com o modelo biológico dos transtornos mentais.

Caponi (2019), por sua vez, interpreta que, por mais que os diagnósticos propostos a partir da terceira edição do DSM não façam referência a argumentos etiológicos, a terapêutica farmacológica hegemonicamente indicada pressupõe a existência de uma etiologia neuroquímica dos transtornos mentais. Decerto que um maior consenso diagnóstico entre os profissionais se tornava necessário. Porém, ao adotar-se uma visão simplista e reducionista dos transtornos mentais, os modelos que consideravam constructos psicológicos e contextos sociais acabaram sendo relegados a segundo plano.

Outrossim, o modelo biológico explicativo centrado na doença é pouco embasado, uma vez que seu método de construção se deu através praticamente de um raciocínio dedutivo em torno das substâncias e de suas respectivas reações. Na ausência de um marcador biológico, a rede causal se voltaria para a terapêutica, ou seja, partir-se-ia dos efeitos da droga para supor, inversamente, o que poderia ter causado os sintomas da doença. Haveria, portanto, uma espécie de inversão causal explicativa. Para ilustrar, vide a hipótese dopaminérgica da esquizofrenia.

Em vez de se saber o que causa a doença e agir sobre o agente patogênico, como ocorre, por exemplo, com a tuberculose, o que se tem no modelo biológico da esquizofrenia é a construção da ideia de que, mesmo na ausência de um biomarcador, seria pela reação do esquizofrênico aos neurolépticos - que interferem no sistema dopaminérgico - que se poderia edificar uma teoria de hiperprodução de dopamina no sistema nervoso (Freitas & Amarante, 2017).

Não obstante, Malcolm Bowers, pesquisador e diretor do programa de residência em psiquiatria de Yale, trouxe descobertas um tanto controversas para a crença preponderante do meio acadêmico sobre a hipótese dopaminérgica da esquizofrenia. Bowers mostrou que, após medir o nível de metabólitos de dopamina em pacientes esquizofrênicos não medicados, a quantidade de dopamina presente no líquido cefalorraquidiano dessas pessoas era normal (Whitaker, 2017).

Por conta dessas revelações, Philip Seeman, pesquisador da Universidade de Toronto, propôs uma nova hipótese: a de que os esquizofrênicos teriam, na verdade,

quantidades excessivas de receptores dopaminérgicos e que, por essa razão, os seus neurônios seriam muito mais sensíveis à dopamina. Após realizar autópsias em pacientes esquizofrênicos, o pesquisador comprovou sua hipótese. O cérebro dos pacientes que foram diagnosticados com esquizofrenia apresentava 70% a mais de receptores D2. No entanto, havia uma ressalva: todos esses pacientes, antes de morrer, haviam sido tratados com antipsicóticos. Dessa forma, não tardou para que ficasse comprovado aquilo que Seeman afirmara em sua conclusão: provavelmente o aumento de receptores dopaminérgicos era resultado da própria “administração de neurolépticos por longo prazo”. (Lee *apud* Whitaker, 2017, p. 89)

A medicina passou por uma transformação biológica significativa, com as biociências desempenhando um papel crucial na compreensão das doenças. No campo da psiquiatria, a integração dessa nova estrutura biomédica é conhecida como bio-psiquiatria, psiquiatria biológica ou biomédica. São movimentos que representam esforços consecutivos com o objetivo de legitimar as abordagens diagnósticas psiquiátricas contemporâneas e as intervenções terapêuticas dentro do paradigma biomédico. A psiquiatria biomédica se esforça para formular interpretações causais para os ditos transtornos mentais, empregando métodos das ciências naturais para elucidar as complexidades da experiência humana. A epistemologia positivista que sustenta essa abordagem se baseia em dois princípios fundamentais: a capacidade de conduzir observações objetivas e a aplicação do determinismo causal na construção de teorias dentro da psiquiatria (Saldombide & Serrano, 2016).

Vale ressaltar que o fundamento que embasou a investigação das doenças da medicina do século XVIII era a classificação botânica de Lineu. Nesse caminho, assim como se realizava com as plantas, o que se tinha como característica fundamental de apuração das disfunções dos indivíduos era a observação do curso e do desenvolvimento das enfermidades, uma vez que se considerava que as doenças faziam parte da natureza (Amarante, 2013).

O Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA (NIMH) reconhece que os transtornos mentais manifestos são prováveis indicadores de alterações nos circuitos cerebrais e interrupções no comportamento e na cognição que se originaram anos antes. Portanto, prevê-se que, ao longo de uma década, os avanços na neurociência e na genética produzirão resultados significativos, como a detecção de um biomarcador para esquizofrenia. Além disso, apresentações clínicas específicas anteriormente categorizadas como manifestações atípicas do autismo foram

reconceituadas como síndromes genéticas. Como resultado, os estudiosos agora afirmam que várias dessas síndromes genéticas podem estar ligadas ao autismo (Saldombide & Serrano, 2016).

Isso implica a abertura de oportunidades para identificar indivíduos com maior suscetibilidade no início da trajetória da doença, permitindo assim uma intervenção precoce. Essa estratégia tem o potencial de evitar o início da doença e reduzir a carga geral. Postula-se que melhorias marginais no diagnóstico e na terapia oportunos podem gerar benefícios significativos em termos de gastos com saúde e bem-estar dos pacientes e de suas famílias. Portanto, o objetivo subjacente do Plano de Pesquisa Estratégica do NIMH é mapear as trajetórias das doenças mentais para determinar o momento, a localização e os métodos ideais de intervenção (Saldombide & Serrano, 2016).

A promessa de que haverá novas tecnologias que permitirão o rastreamento de marcadores biológicos dos transtornos mentais não é recente e pressupõe uma história natural das doenças mentais, assim como na medicina biológica (Muñoz, 2018). Traçar a trajetória das doenças mentais é considerar implicitamente que elas teriam uma natureza própria e universal. Em outras palavras, parece que os transtornos mentais existem de forma latente na população, e o principal desafio reside na ausência de uma tecnologia avançada capaz de identificá-las de modo precoce, antes que se manifestem clinicamente.

Outrossim, é pertinente considerar uma espécie de movimento de atualização da psiquiatria preventiva com o objetivo de alinhar-se mais estreitamente com os princípios da medicina preventiva. Contudo, é crucial reconhecer os riscos potenciais associados a essa abordagem, uma vez que existe um histórico de tentativas de prevenção de doenças mentais que foram realizadas sob a ótica eugênica e higiênica e que resultaram em consequências problemáticas para milhares de pessoas (Muñoz, 2018).

É possível reconhecer, por exemplo, as iniciativas preventivas associadas a Emil Kraepelin, que, em sua proposta higiênica de intervenção sobre a sociedade, tomava como base a noção de “herança degenerativa” dos doentes mentais. O psiquiatra, cujos conceitos influenciaram o desenvolvimento do DSM-III, defendia uma forma de psiquiatria preventiva que poderia prever transtornos patológicos graves iminentes, como a esquizofrenia, por meio do exame de “famílias degeneradas”. Caponi (2012) ressalta que Kraepelin e o psiquiatra francês Valentin Magnan

identificaram duas características peculiares das doenças mentais: o caráter hereditário de certas patologias e o caráter evolutivo dos sofrimentos psíquicos. Nesse caminho, a teoria da degeneração poderia servir como base para que pequenos desvios de conduta, estados de humor alterados, sofrimentos psíquicos leves, pudessem ser diagnosticados e tratados precocemente, antes de se tornarem síndromes ou transtornos mentais. Seria nessa dinâmica que os campos da anatomopatologia, neurologia e estudos de localização cerebral convergem com estudos estatísticos comparativos e estudos genéticos para determinar a herança das patologias.

Da mesma maneira, é possível mencionar a experiência de psiquiatria preventiva realizada nos EUA. Seu referencial teórico, liderado por Gerald Caplan no governo J. F. Kennedy, baseou-se no modelo de Leavell e Clark da História Natural das Doenças, o qual postula uma progressão linear no continuum saúde-doença e uma noção de doenças evoluindo sem contexto histórico. Com efeito, a teoria sugere que a detecção precoce pode levar à prevenção de todos os transtornos mentais.

Nesse contexto, a “busca de suspeitos”, expressão utilizada pelo próprio Caplan, desempenhou um papel crucial na identificação de indivíduos em risco de desenvolver uma doença mental para intervenção imediata. O autor enfatizou a importância de encaminhar suspeitos de transtornos mentais a um psiquiatra para uma avaliação diagnóstica completa. Esse encaminhamento poderia ser iniciado pelo indivíduo, sua família, amigos, um agente de apoio comunitário, uma autoridade legal ou um superior no local de trabalho. “Criou-se uma verdadeira caça a todo tipo de suspeitos de desordens mentais” (Amarante, 2013, p. 49). Não tardou para que os serviços comunitários, criados em prol da desospitalização e prevenção das doenças, tornassem-se grandes captadores e encaminhadores de novas clientelas para os hospitais psiquiátricos.

Sobre a associação entre circuitos cerebrais, comportamentos e doença, quem garante que esses elementos teriam uma relação direta de causa e efeito? Por exemplo, a alteração nos circuitos cerebrais seria a causa dos transtornos mentais ou seria justamente um dos efeitos de uma perturbação que já se avizinhava?

Para além, ainda que pudesse ser feita uma associação, é possível questionar qual seria o peso que uma alteração cerebral ou genética poderia ter no desenvolvimento ou curso de um transtorno, visto que há pessoas com tais alterações e que não necessariamente desenvolvem o transtorno por contarem com um ambiente

facilitador em seu desenvolvimento psíquico emocional e cognitivo, bem como pessoas que não teriam a priori alterações cerebrais/genéticas, mas que ainda assim se enquadram dentro daquilo que é considerado um transtorno mental. De todo modo, observa-se, por exemplo, com o Projeto Cérebro Humano, um otimismo persistente há décadas em relação à possível categorização de classificações psiquiátricas com base em fatores etiológicos biológicos (Saldombide & Serrano, 2016).

Não se pode perder de vista que esta é uma problemática de cunho político-epistemológico, pois, ao longo do tempo, diversas foram as tentativas de aproximação com as ciências da natureza para se chegar ao fato de que não há como localizar os transtornos mentais em deficiências/lesões de cunho biológico. Em outras palavras, não seria uma questão somente de encontrar a etiologia biológica dos transtornos mentais, mas que se parte do pressuposto implícito de que essa etiologia necessariamente precisaria estar vinculada ao campo biológico para ser legítima. Dessa maneira, o que justifica a persistência na defesa de interpretações exclusivamente biológicas das doenças mentais, ainda que sejam em dimensões genéticas?

Em primeiro lugar, o paradigma biomédico ainda é hegemônico, em que quanto mais mensurável, mais objetivo e, portanto, mais científico, ou, como diria Bichat: “Abram alguns cadáveres: logo verão desaparecer a obscuridade que apenas a observação não pudera dissipar” (Foucault, 1977, p. 168). Isso quer dizer que a “cientificidade” adquirida pela medicina ao longo dos séculos advém da sua apropriação de conhecimentos das ciências naturais. O próprio hospital não era médico, tornou-se médico ao implantar mecanismos disciplinares de observação, registro e classificação de doenças e de pessoas (Amarante, 2013; Foucault, 1984).

A medicalização biológica de determinadas condições ajuda a pensar a questão da legitimação. Há, por exemplo, movimentos que buscam legitimar condições psicossomáticas - síndrome de fadiga crônica, fibromialgia, síndrome crônica de lyme - como uma condição médica. Nesse sentido, recorre-se à medicalização como uma forma de legitimação, apesar de a busca não ser por qualquer medicalização, seria a medicalização biológica, e não a psiquiátrica (Conrad, 2007). Os doentes resistem à ideia de uma psicossomática por conta do estigma da doença mental e da suspeita de fingimento.

Em segundo lugar, observa-se a influência duradoura da filosofia cartesiana e do iluminismo, que delineou definitivamente dois reinos separados: o interno e o

externo. A mente, com sua sede situada em uma área específica do cérebro, constituía o domínio no qual pensamentos, sentimentos, convicções e volições residiam. Atualmente, a psiquiatria adere a essa estrutura, atribuindo os supostos distúrbios mentais às vias neuronais do cérebro, embora isso permaneça no reino das conjecturas. (Saldombide & Serrano, 2016).

O iluminismo, junto do projeto filosófico cartesiano, estabeleceu a razão como norma e introduziu a percepção de que tudo o que não se enquadrava nesse critério racional desafiava e ameaçava a ordem social e o progresso. Foi essa lógica que levou à criação de instituições e asilos destinados a confinar aqueles que eram considerados irracionais, refletindo uma necessidade social de controle e exclusão. Portanto, a origem dos asilos não deve ser vista como um avanço científico na medicina, mas sim como uma resposta da sociedade iluminista ao desejo de eliminar aquilo que poderia perturbar a harmonia social (Bracken & Thomas, 2001).

A crença iluminista na superioridade das explicações médicas também desempenhou um papel crucial no tratamento da loucura. A transição do entendimento da loucura como um fenômeno social para um problema médico culminou no surgimento do alienismo, precursor dessa psiquiatria contemporânea já apontada aqui. É neste contexto histórico onde a psiquiatria se estabelece como uma disciplina que busca categorizar e transformar experiências de sofrimento e desrazão em objetos de intervenção médica. Este processo de medicalização terminou não apenas por marginalizar outras formas de compreensão sobre a loucura, mas também impõe uma narrativa unificada que privilegia essa ideia de racionalidade como um ideal.

Adicionalmente, a psiquiatria também se aproveitou da noção iluminista do sujeito individual; com isso, não só a loucura, como toda manifestação de subjetividade, passa por uma reinterpretação que desconecta os sujeitos de seus contextos sociais, históricos e culturais mais amplos. Essa abordagem reflete uma tendência de redução do sofrimento a questões meramente individuais e endógenas, ignorando as interações dinâmicas entre o indivíduo e seu ambiente (Bracken & Thomas, 2001).

À medida que a psiquiatria evolui, a marginalização de fatores sociais e culturais se torna ainda mais pronunciada. Questões como classe social, gênero e etnicidade, que historicamente influenciam as experiências de sofrimento, são

frequentemente relegadas a segundo plano na prática psiquiátrica. Essa exclusão resulta em uma compreensão empobrecida da complexidade do sujeito humano.

A contemporaneidade testemunha um apogeu da individualização nas explicações psiquiátricas, que culmina na tendência mencionada de redução do sujeito a meras manifestações de atividade cerebral. Um movimento alinhado ao discurso neurocientífico, que equipara o indivíduo ao cérebro - "não à cabeça, nem à 'mente' ou à 'alma', mas ao órgão físico em si" (Azize, 2010, p. 564). Essa tendência é interpretada por Azize (2010) como uma forma de "cerebralismo".

Com o avanço das neurociências no século XX, o cérebro ganhou hegemonia sobre outros órgãos e passou a ser entendido como o centro onde tudo ocorre e de onde partem todos os comandos. Nessa narrativa, o cérebro emerge como a parte que define o todo do indivíduo, responsável por sua individualidade. Azize (2010) observa que essa concepção cerebralista não se restringe à produção científica especializada, mas também é amplamente disseminada por materiais voltados ao público leigo, o que amplifica sua difusão. Essa ideia, hoje amplamente divulgada nos meios de comunicação, é alimentada tanto por representações científicas quanto leigas, consolidando-se com a autoridade da neurociência. Em alguns casos, ela assume um tom normativo, aproximando-se de discursos de autoajuda (Azize, 2010).

Esse enfoque cerebralista é fundamental para a construção de um campo psiquiátrico que se concentra predominantemente na psicopatologia, onde o sofrimento humano é frequentemente interpretado e abordado através de uma lente biológica. O DSM-III, particularmente, representa essa transformação, consolidando a hegemonia da psiquiatria ao estabelecer critérios diagnósticos que priorizam a categorização de transtornos mentais. Essa abordagem não apenas legitima uma visão reducionista do sujeito, mas também cria um modelo normativo que, em última análise, molda a prática clínica e a percepção social do sofrimento. E através dessa abordagem nosológica, a psiquiatria encontra um precedente, dito científico, que permite desconsiderar as complexas interações entre fatores sociais, culturais e históricos que afetam a experiência do indivíduo no mundo.

Esse enfoque no sujeito individual faz a psiquiatria moderna atender muito bem aos interesses do neoliberalismo, ao mesmo tempo em que se afasta das necessidades e contextos das pessoas. Tampouco o saber psiquiátrico contribui efetivamente para algum tipo de cuidado ou avanços sociais que possam romper com o status quo e com as iniquidades sociais (Cardoso, 2024).

Além disso, é fundamental reconhecer a existência de outras culturas, como as dos povos originários, que valorizam a noção de coletividade em oposição à concepção individualista e racional de matriz iluminista e eurocêntrica. Nessas culturas, as explicações sobre saúde e doença, assim como os tratamentos, são ancoradas em compreensões espirituais e religiosas que se afastam dos modelos racionais, positivistas e psiquiátricos. Diante disso, cabe questionar como a psiquiatria moderna e hegemônica, com seus saberes medicalizantes, patologizantes e cerebralistas, poderia efetivamente contribuir para esses grupos. A resposta é que ela não pode, uma vez que sua abordagem se concentra na colonização das concepções de sofrimento, saúde e doença desses povos, desqualificando seus conhecimentos e relegando-os à categoria de não-científicos.

É pensando em todas essas questões que Bracken e Thomas (2001) propõem a necessidade de ir além, de superar esse modelo e pensarmos em algo como uma pós-psiquiatria.

A PERSPECTIVA PÓS-PSIQUIÁTRICA

O termo "pós-psiquiatria" surge como uma resposta às limitações do modelo psiquiátrico moderno e suas raízes na racionalidade e individualismo promovidos pelo Iluminismo. Esse conceito, desenvolvido por Bracken e Thomas (2001), emerge em um contexto de críticas crescentes à psiquiatria hegemônica que, como mostrado anteriormente, é sustentada por pilares biomédicos e farmacêuticos que pouco se importam com o sofrimento humano.

Já a pós-psiquiatria, coloca-se em uma direção que diz priorizar o contexto social, cultural e ético, ao invés de estimular uma dependência de intervenções coercitivas, diagnósticas ou farmacológicas. O foco é criar ou encontrar espaços onde os usuários dos serviços de saúde mental possam falar, incentivando a compreensão dos sintomas de forma mais ampla e significativa e, assim, desprivilegiando uma visão puramente técnica e médica das experiências de sofrimento humano (Bracken & Thomas, 2001).

Um aspecto essencial da abordagem pós-psiquiátrica, pelo menos de acordo com Bracken e Thomas (2001) e Astola et al (2017), é a centralidade das vozes dos usuários dos serviços de saúde mental no processo de construção de novas compreensões e práticas. A pós-psiquiatria, em essência, busca um cuidado mais inclusivo, que respeite a autonomia e a diversidade dos indivíduos, questionando as

práticas coercitivas e a hierarquia de poder presente na psiquiatria biomédica. Exemplos de diálogos promissores incluem iniciativas como a Rede de Ouvidores de Vozes, que oferece um espaço não médico para que os indivíduos compartilhem suas experiências, promovendo a construção de significados pessoais sobre suas vivências.

Entre as inspirações epistemológicas da pós-psiquiatria, Astola et al (2017) apontam para a análise foucaultiana do panóptico e o construcionismo social, enquanto uma vertente de pensamento das ciências sociais. De acordo com as autoras, a análise foucaultiana do panóptico, centralizada na vigilância e no controle de corpos, é aplicada na pós-psiquiatria como uma crítica ao poder institucionalizado dentro dos sistemas psiquiátricos. O panóptico, conforme descrito por Foucault (2014), permite que os indivíduos sejam monitorados constantemente, levando-os a internalizar a vigilância, o que se reflete no ambiente psiquiátrico moderno através de práticas que forçam os pacientes a aderirem a normas de comportamento e diagnósticos. Na pós-psiquiatria, essa crítica é essencial para repensar a relação entre saber e poder nas instituições psiquiátricas, com a proposta de romper com essa vigilância invisível, criando espaços livres do controle autoritário, onde o paciente é visto além de seus diagnósticos e patologias.

O construcionismo social, por outro lado, é fundamental para a pós-psiquiatria, pois enfatiza que as realidades e identidades são construídas socialmente e através do uso da linguagem. A partir dessa perspectiva, a pós-psiquiatria rejeita a ideia de verdades absolutas sobre a "doença mental" e reconhece que os significados atribuídos à experiência de cada indivíduo são moldados pelas interações e narrativas dominantes. Assim, ao invés de tratar os ditos transtornos mentais como entidades objetivas e fixas, a perspectiva social-construcionista permite que a pós-psiquiatria explore múltiplas possibilidades de interpretação e intervenção, favorecendo o diálogo e a construção conjunta de novas narrativas que consideram a pessoa em sua totalidade e contexto (Astola et al., 2017).

É bem verdade que os/as profissionais de saúde mental são treinados e treinadas para identificar patologias e aplicar tratamentos, e por isso, acabam exercendo uma forma de poder que desconsidera a singularidade e a autonomia do sujeito. Como Astola et al. (2017) apontam, esse processo pode ser altamente traumático, sobretudo para aquelas pessoas que foram submetidas a hospitalizações

involuntárias em ambientes que, longe de promoverem a cura, reforçam sensações de isolamento e impotência.

E para além dessa discussão que remete ao aspecto autoritário da relação entre profissionais de saúde mental e pacientes, é importante mencionar que a psiquiatria moderna, especialmente por meio do uso do DSM, alinha-se a interesses econômicos e institucionais, particularmente à indústria farmacêutica (Whitaker, 2014). A inclusão ou exclusão de determinadas condições no DSM não se baseia em evidências científicas, mas em negociações que envolvem persuasão, popularidade e interesses comerciais. Esse modelo de paradigma revela uma estratégia de poder que determina arbitrariamente quais condições serão medicalizadas e quais “tratamentos” serão aplicados (Cardoso, 2024).

É a percepção acerca da corrupção e da violência que marcam a psiquiatria biomédica, que leva a pós-psiquiatria em direção a uma prática que valoriza o diálogo com os pacientes e o reconhecimento de suas histórias de vida. Para Astola et al. (2017), a episteme pós-psiquiátrica, de forma deliberada, afasta-se da abordagem centrada no diagnóstico e no controle para se tornar um processo colaborativo, que respeite a subjetividade e a dignidade das pessoas.

De acordo com Astola et al (2017), os profissionais pós-psiquiátricos de saúde mental devem adotar uma posição de “não-saber”, uma atitude de abertura e curiosidade em relação às explicações e vivências dos pacientes, em vez de presumirem que já possuem as respostas. É importante construir, de forma conjunta, uma rede de significados e de validação das experiências subjetivas, oferecendo às pessoas em sofrimento um espaço de dignidade e respeito, onde possam encontrar novas formas de viver suas vidas com autonomia.

Com isso, é possível perceber de que maneira a pós-psiquiatria compreende e aborda o sofrimento humano. Em contraste com a psiquiatria biomédica, que se apoia em diagnósticos e tratamentos padronizados, a abordagem pós-psiquiátrica questiona a legitimidade de tais categorias e sugere que o conhecimento “universal” da psiquiatria tradicional frequentemente desconsidera as nuances culturais e sociais das experiências humanas. Esse posicionamento coloca o conceito de metanarrativa como parte essencial dessa crítica pós-psiquiátrica, de acordo com Marín (2018).

O conceito de metanarrativa, dentro da teoria pós-moderna, diz respeito a uma narrativa abrangente e hegemônica que busca fornecer uma explicação única e atemporal para questões complexas da existência humana (Lyotard, 1984). No

contexto psiquiátrico, toda sua narrativa funciona como metanarrativa, já que institui uma visão do sofrimento humano que prioriza verdades objetivas e reducionistas, excluindo outras possibilidades interpretativas. Essas metanarrativas são mantidas por meio do uso de diagnósticos, que legitimam práticas que negligenciam aspectos subjetivos e culturais. Perceber o discurso psiquiátrico como uma metanarrativa revela a dimensão neocolonial da psiquiatria biomédica, que fala de saúde mental global enquanto marginaliza vozes e saberes locais (Marín, 2018).

Vale ressaltar que, embora critique a hegemonia biomédica, a pós-psiquiatria não deve ser confundida com a antipsiquiatria. Diferentemente da antipsiquiatria, que historicamente se opôs à psiquiatria como instituição e buscou uma ruptura mais completa com suas práticas e discursos (Soto, 2012), a pós-psiquiatria não nega a utilidade dos tratamentos farmacológicos e das intervenções biomédicas. Ela reconhece que tais abordagens podem ser benéficas e que, para muitos pacientes, a farmacologia e as intervenções clínicas são fundamentais. No entanto, a pós-psiquiatria advoga para que essas intervenções não dominem a prática, propondo um uso mais cuidadoso e contextualizado (Marín, 2018; Bracken & Thomas, 2001).

Ao rejeitar essa hierarquia e o paternalismo terapêutico que ela gera, a pós-psiquiatria estabelece como padrão uma relação terapêutica horizontal que rompe com o autoritarismo inerente à psiquiatria. Através dessa horizontalidade, a pós-psiquiatria transforma a prática clínica em uma oportunidade de escuta e validação, valorizando as experiências subjetivas de cada paciente e combatendo os efeitos alienantes da psiquiatria biomédica.

E para além do que a pós-psiquiatria já se propõe a fazer, Osorio (2017) parte da ideia de que o saber pós-psiquiátrico pode ser enriquecido a partir de leituras feministas. Para a autora, o feminismo oferece contribuições substanciais para a pós-psiquiatria, especialmente por seu caráter questionador, tendo em vista que, seja como movimento social ou campo teórico, as epistemes e as práxis feministas, por essência, enfrentam as dinâmicas de poder e conhecimento estabelecidas, tal como a pós-psiquiatria tenta fazer com a prática psiquiátrica biomédica.

Para Osorio (2017), as epistemologias feministas têm potencial para iluminar a importância de uma prática que reconheça e confronte as hierarquias que deslegitimam as experiências dos pacientes enquanto priorizam um saber institucionalizado e autoritário. É nesse sentido que o feminismo fornece ferramentas

críticas que podem ajudar a pós-psiquiatria a se afastar de estruturas opressivas, propondo uma abordagem mais igualitária e inclusiva.

Um dos conceitos feministas apontados por Osorio (2017), para a práxis e para a episteme pós-psiquiátrica, é o de “injustiça epistêmica”, elaborado por Miranda Fricker (2007). A injustiça epistêmica ocorre quando certos grupos são impedidos de compartilhar e validar suas experiências e conhecimentos devido a preconceitos ou desigualdades estruturais e/ou hierárquicas. No contexto psiquiátrico, isso é frequente: pacientes que recebem diagnósticos psiquiátricos, por exemplo, frequentemente perdem a legitimidade de suas narrativas, e seus testemunhos são considerados “não confiáveis” ou “desordenados”; as narrativas de pacientes só são legitimadas se apresentarem concordância com o diagnóstico e com a terapêutica medicamentosa sugerida. Tal marginalização silencia as experiências dos pacientes, privando-os de uma posição de fala autêntica e restringindo o entendimento de seu sofrimento a termos definidos pela psiquiatria biomédica hegemônica. A pós-psiquiatria, então, ao adotar o conceito de injustiça epistêmica, pode propor um reposicionamento ético e epistemológico que reconheça as vozes dos pacientes como legítimas e centrais na construção do conhecimento sobre suas próprias formas de sofrer.

Outro conceito sugerido à pós-psiquiatria por Osorio (2017) é o de “aculturação feminista”, formulado por Marcela Lagarde (1990). A ideia de aculturação feminista refere-se ao processo pelo qual saberes e práticas feministas, ao coexistirem com uma cultura hegemônica - no caso, patriarcal - passam a adaptá-la e transformá-la, ao mesmo tempo em que absorvem e transmitem valores que resistem à dominação. Se aplicada à pós-psiquiatria, a aculturação feminista pode ajudar a construir uma prática psiquiátrica que não seja apenas uma extensão das normas biomédicas tradicionais, mas que também incorpore valores e práticas de empoderamento, escuta ativa e reconhecimento de experiências diversas - logo, um processo de aculturação pós-psiquiátrica. Isso estaria alinhado com uma das diretrizes básicas da pós-psiquiatria, que é desenvolver práticas clínicas que valorizem a narrativa pessoal dos pacientes e que integrem perspectivas de cuidado contextualizadas, ao invés de respostas meramente baseadas em diagnósticos preestabelecidos.

Muito relevante para Osorio (2017) e que não pode ser desconsiderado pela crítica pós-psiquiátrica é o fato de que essa psiquiatria biomédica moderna foi construída quase que exclusivamente pelas mãos e mentes de homens brancos

ocidentais, provenientes de classes sociais privilegiadas e arraigados numa heteronormatividade rígida. Esse corpus teórico tem sido, historicamente, responsável por deliberar a respeito dos comportamentos, emoções e sofrimentos de pessoas de raças, sexualidades e geografias completamente diferentes, das quais ele pouco tem a dizer.

O DSM é um exemplo clássico dessa tendência patriarcal, mas também colonial, de universalizar um conhecimento a partir de experiências, que são, muitas vezes, imaginadas e construídas por um grupo de homens brancos e privilegiados (Frances, 2016). Mas muito antes do DSM, essa tendência já se apresentava no campo da psiquiatria. Vide o exemplo de Kraepelin, considerado pai da psiquiatria moderna e “científica”.

Emil Kraepelin elaborou a ideia de "Demência Precoce" e de "Psicose Maníaco-Depressiva", em um manicômio na Estônia, sem sequer falar a língua dos pacientes. Imagine a arbitrariedade de classificar e rotular vidas inteiras a partir de observações limitadas, descontextualizadas, em condições que jamais poderiam captar a complexidade da experiência humana. E, ainda assim, essas categorias, formuladas praticamente no isolamento e distantes da realidade dos pacientes, foram elevadas ao status de "verdades científicas" e incorporadas como pilares do diagnóstico psiquiátrico, inspirando, inclusive, o DSM a partir de sua terceira edição (Astola et al., 2017).

Kraepelin transformou percepções momentâneas em rótulos psiquiátricos, que a psiquiatria abraçou como se fossem descrições naturais e incontestáveis da mente humana. É questionável, até mesmo absurdo, que suas observações sejam consideradas o alicerce das práticas psiquiátricas atuais. O que realmente está em jogo é a transformação de uma metodologia subjetiva, fundamentada em um ambiente de poder e controle, em uma suposta ciência objetiva - uma "verdade" que marca e marginaliza aqueles que recebem tais diagnósticos. E para Osorio (2017), se há, de fato, uma contribuição que as epistemologias feministas podem oferecer à pós-psiquiatria, é a urgência de se levar em consideração o caráter patriarcal, colonial e universalista das categorias diagnósticas psiquiátricas.

Essa característica das categorias diagnósticas psiquiátricas de universalizar e, ao mesmo tempo, reduzir, também é problematizada por Lobo (2017). Para evitar o enfoque terapêutico nos ditos transtornos mentais, que a psiquiatria biomédica considera como universais e objetivos, o autor aponta a formulação narrativa como a

terapêutica central da pós-psiquiatria, já que através dela é possível construir um entendimento mais profundo e, também, personalizado do sofrimento humano. Partindo das reflexões de Lobo (2017), é possível compreender a prática da formulação narrativa através de 4 características: co-construção do significado, enfoque contextual e singular, flexibilidade e provisão de significados, e integração de vulnerabilidades e potenciais.

Co-construção do significado. A formulação narrativa se baseia no diálogo e na colaboração entre quem atende e quem é atendido ou atendida. O processo é caracterizado pela construção conjunta e colaborativa de uma interpretação das vivências da pessoa atendida, onde seu relato é central para o entendimento de sua própria condição. Ou seja, não é sofrimento que define a narrativa, mas sim o contrário.

Enfoque Contextual e Singular. O princípio do qual a formulação narrativa parte é que cada experiência de sofrimento é única e profundamente enraizada em contextos culturais, sociais, históricos e biográficos. Lobo (2017) argumenta que, para entender o sofrimento de forma significativa, é fundamental considerar essas nuances contextuais. Assim, a formulação narrativa não reduz o paciente a um conjunto de sintomas, mas leva em conta aspectos como sua história de vida, cultura, ambiente social e relações interpessoais. Isso exige não só uma psicologia, mas também uma sociologia, antropologia e geografia do sujeito.

Flexibilidade e Provisão de Significados. Diferente das classificações diagnósticas psiquiátricas, a formulação narrativa é flexível e provisória, evoluindo conforme novas compreensões emergem no processo terapêutico. Essa abordagem permite que as pessoas envolvidas no atendimento revisitem e revisem a narrativa continuamente, ajustando-a para que ela continue a ter relevância e utilidade para quem está sendo atendido. A finalidade não é estabelecer uma verdade absoluta, mas sim fornecer uma narrativa que auxilie o paciente a encontrar significado e alívio em sua experiência.

Integração de Vulnerabilidades e Potenciais. A formulação narrativa também se diferencia ao incluir tanto as vulnerabilidades quanto as forças e habilidades do paciente. Enquanto um diagnóstico tradicional pode se focar nas disfunções ou deficiências, a formulação narrativa busca uma compreensão mais equilibrada, que reconheça tanto as áreas de dificuldade quanto às capacidades e recursos internos que o paciente possui. Esse aspecto integrativo é fundamental para o empoderamento

do paciente, pois evita que ele seja reduzido a uma patologia e promove um senso de agência em seu processo de cura.

De acordo com Lobo (2017), através da formulação narrativa o paciente participa ativamente da construção de um entendimento que faça sentido para ele, mas, para além disso, há uma ampliação das perspectivas terapêuticas. Por ser um processo dialógico, a formulação narrativa permite que a pós-psiquiatria integre diferentes abordagens e teorias, adaptando-as conforme a necessidade da ocasião e da narrativa. Isso permite uma prática terapêutica mais inclusiva e personalizada, onde o/a profissional pode utilizar elementos da psicologia, sociologia, filosofia e até da espiritualidade, se for adequado ao contexto do paciente.

A ideia é que o trabalho em pós-psiquiatria vá além do técnico e assuma uma posição de facilitação e interlocução. Para Lobo (2017), é preciso estar preparado e preparada para lidar com a ambiguidade e a incerteza, e estar disposto a dialogar e a adaptar-se às necessidades do paciente sem imposições autoritárias. A pós-psiquiatria exige, assim, uma nova formação, que abrange não apenas conhecimentos médicos, mas também habilidades interpessoais e um conhecimento profundo das realidades culturais, sociais e políticas dos pacientes.

ALERTAS FINAIS

Conforme evidenciado em todo o texto, este artigo procurou fazer uma análise crítica da psiquiatria hegemônica e biomédica, além de explorar e apresentar as alternativas oferecidas pela perspectiva pós-psiquiátrica. Nesse sentido, é possível dizer que alcançamos o objetivo proposto na introdução.

Em primeiro lugar, é evidente o comprometimento histórico da psiquiatria com o modelo biomédico que interpreta o sofrimento humano por meio de categorias diagnósticas rígidas, frequentemente reduzindo o indivíduo a aspectos biológicos e cerebralistas, além de ignorar contextos sociais, culturais e históricos. Os diagnósticos psiquiátricos partem de uma metanarrativa que limita as experiências e impõe uma visão normatizada e universalizada sobre como o indivíduo pensa, sente e se comporta.

Como discutido, este aparato psiquiátrico contemporâneo é uma herança do projeto iluminista que, ao fundamentar a razão como norma, transforma cada vez mais manifestações humanas da vida comum em patologias. Tal abordagem resultou, em um primeiro momento, nas práticas históricas que perpetuaram a exclusão e a

marginalização, principalmente em populações historicamente subjugadas, refletindo o caráter disciplinar e autoritário da psiquiatria; e, em segundo, em práticas que, ancoradas no discurso biomédico e nas tendências cerebralistas da sociedade, serviram para reduzir, de forma mentirosa, toda uma geração de pessoas a meros processos neuroquímicos, criando uma racionalidade universal de que as pessoas sofrem porque são doentes mentais e que, por isso, precisam de medicação para o resto da vida.

É na contramão deste discurso que se localiza a pós-psiquiatria. A perspectiva pós-psiquiátrica surge como uma proposta pós-moderna que busca reverter essa visão reducionista, priorizando uma abordagem centrada no sujeito e no contexto econômico, político, geográfico, histórico, social e cultural. Inspirada por epistemologias críticas, que englobam as análises foucaultianas e o construcionismo social, além da abertura para ideias feministas, a pós-psiquiatria enfatiza a importância de um diálogo horizontal entre profissional e paciente, no qual a voz e a experiência do usuário de serviços de saúde mental são valorizadas. A prática pós-psiquiátrica, ao invés de se apoiar exclusivamente em diagnósticos e tratamentos farmacológicos, procura entender o sofrimento humano em sua complexidade, explorando narrativas que revelam aspectos de vida, cultura e valores do indivíduo. Ao descentralizar o foco da etiologia neurobiológica e dos critérios diagnósticos padronizados, a pós-psiquiatria propõe uma clínica colaborativa que resgata a autonomia dos sujeitos.

Mencionamos neste artigo que a ideia de uma pós-psiquiatria surge com Bracken e Thomas (2001), em um contexto europeu, no período de transição do século XX para o XXI. Entretanto, é importante mencionar que, no contexto brasileiro, a novidade pós-psiquiátrica não tem nada de nova. Muito embora não se fale em uma pós-psiquiatria no Brasil, há décadas que os movimentos antimanicomiais defendem uma abordagem que valorize a singularidade dos indivíduos em sofrimento psíquico e rejeite práticas coercitivas e autoritárias (Amarante, 2022; 2013; Luchmann & Rodrigues, 2007). A luta antimanicomial brasileira - cuja história se entrelaça com os direitos humanos e com o reconhecimento da diversidade cultural - há muito já incorpora os elementos, discutidos aqui como pós-psiquiátricos, propondo uma prática que acolhe o sofrimento humano e oferece alternativas para além do controle institucional.

As demandas do movimento antimanicomial culminaram na promulgação da Lei nº 10.216/2001, que estabeleceu a Reforma Psiquiátrica no Brasil. Essa legislação representa um marco na luta antimanicomial, promovendo o respeito aos direitos das pessoas em sofrimento, o incentivo a serviços de base comunitária, a desinstitucionalização e a internação como último recurso (Brasil, 2001). A luta antimanicomial segue transformando o campo da saúde mental no país e consolidando novas formas de cidadania, orientadas por uma lógica de integração social e respeito aos direitos humanos (Amarante, 2022; 2013; Luchmann & Rodrigues, 2007).

É interessante notar, a partir destas considerações, que as principais ideias desta versão pós-moderna da psiquiatria já eram discutidas no Brasil, pelo menos uns 30 anos antes da novidade pós-psiquiátrica. Ter esse tipo de contato com a pós-psiquiatria acaba reforçando a importância e o pioneirismo do Brasil no cenário de luta contra a psiquiatria, inclusive através de avanços políticos. Não se trata de descredibilizar a pós-psiquiatria, pelo contrário, toda abordagem que tem como diretriz o protagonismo do sujeito em sofrimento merece visibilidade. Contudo, a experiência brasileira precisa ser destacada, já que ela pode servir de inspiração para outros movimentos mundo afora, inclusive à própria pós-psiquiatria.

Apesar das boas intenções da pós-psiquiatria, nos incomoda sua falta de coragem e/ou disposição para romper definitivamente com a psiquiatria que ela própria problematiza. Ao evitar uma postura anti psiquiátrica, a pós-psiquiatria corre o risco de ser cooptada e se tornar apenas mais uma das muitas versões reformadas do aparato psiquiátrico que, apesar do tom leve, dissimulam sua função de controle sob o manto de uma prática mais acolhedora e suave. Tal preocupação é bastante coerente se levarmos em conta como a psiquiatria tem se aproximado de discursos reformistas nos últimos 40 anos, a fim de encontrar brechas para continuar exercendo seu poder e influência.

Rose (2019) é um sociólogo que mostra como movimentos de base e perspectivas reformistas estão sendo cooptados pela psiquiatria, que vem diluindo suas reivindicações em conceitos como empoderamento e resiliência. Essas ideias, embora pareçam libertadoras, são transformadas em estratégias para manter os pacientes dentro dos limites do sistema psiquiátrico. A ideia de empoderamento, por exemplo, que deveria representar uma emancipação genuína dos sujeitos diagnosticados, é redirecionada para significar a “autonomia” dentro de um conjunto

de práticas e normas já preestabelecidas pela própria psiquiatria. Em vez de permitir que indivíduos em sofrimento psíquico questionem os saberes e práticas que lhes são impostos, o empoderamento é instrumentalizado para incentivá-los a "participar ativamente" do sistema que os oprime, transformando o radicalismo inicial em uma forma de submissão camuflada.

A noção de resiliência, por sua vez, serve como ferramenta para normalizar o sofrimento e reforçar o discurso de adaptação individual, deslocando as questões estruturais e sociais que estão na raiz de muitas experiências de sofrimento mental. Ao adotar o conceito de resiliência, a psiquiatria efetivamente responsabiliza o indivíduo, promovendo a ideia de que ele precisa "se adaptar" e "ser forte" frente às adversidades, enquanto desconsideram as condições de exclusão, precarização e violência que o próprio sistema psiquiátrico e social ajuda a perpetuar. Esse discurso invisibiliza a opressão vivida por pessoas em sofrimento, deslegitima críticas ao próprio sistema e desvia o foco da luta coletiva e política. A resiliência, assim, é transformada em uma capa para mascarar a impotência real de um sistema que falha em oferecer alternativas de suporte ético e comunitário para aqueles que enfrentam dificuldades profundas (Rose, 2019)

O uso de termos como "empoderamento" e "resiliência" torna-se ainda mais pernicioso quando leva à transformação de grupos de sobreviventes em grupos de consumidores. Chamberlin (2000) foi uma das primeiras a perceber que renomear sobreviventes da psiquiatria como "usuários" ou "consumidores" de serviços doméstica e priva os movimentos de base de seu potencial revolucionário e crítico. Em vez de confrontarem e denunciarem as práticas violentas e controladoras da psiquiatria, esses grupos são incentivados a colaborar com o sistema para aprimorar seus serviços, como se fossem clientes insatisfeitos, não sujeitos marcados pela experiência de opressão e violência. Com isso, a psiquiatria escapa da crítica radical e reforça a lógica mercantilista do sofrimento humano, ao mesmo tempo em que reduz as demandas de pessoas em sofrimento a questões de "satisfação do consumidor" (Rose, 2019; Chamberlin, 2000).

Esse processo de cooptação reforça o poder psiquiátrico e neutraliza movimentos e perspectivas que poderiam transformar, de modo substancial, a forma como a sociedade enxerga e aborda o sofrimento. Esse é o risco que a pós-psiquiatria corre: tornar-se um paliativo, uma "nova psiquiatria" que, embora menos invasiva, ainda legitimaria o aparato psiquiátrico, não através das torturas físicas manicomiais

ou do discurso biológico, diagnóstico e cerebralista, mas através da própria narrativa da pessoa em sofrimento, subvertida a favor da manutenção do sistema de opressão.

Estamos alinhados e alinhadas com perspectivas que sejam antimanicomiais, desmedicalizantes, despatologizantes e desfarmacologizantes. Mas, mais do que percepção, é preciso coragem para admitir que sem os pilares do manicômio, da medicalização, da patologia e da medicamentação, não resta nada à psiquiatria. Não dá para negociar com o saber psiquiátrico enquanto se ataca esses pilares, pois a escolha por um, automaticamente, anula o outro. Dessa forma, a partir de tudo que foi discutido neste artigo, cabe questionar: a quem realmente serve uma psiquiatria que seja “pós”, mas sem coragem para ser “anti”?

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Loucura e Transformação Social**: autobiografia da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2022.

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013.

ASTOLA, Amaia Vipe et al. Viaje con nosotras... (destino postpsiquiatria, billete sólo de ida). **Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria**, v. 37, n. 132, p. 575-592, 2017.

AZIZE, Rogerio Lopes. O Cérebro Como Órgão Pessoal: uma antropologia de discursos neurocientíficos. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 563-574, 2010.

BRACKEN, Pat.; THOMAS, Phillip. Postpsychiatry: a new direction for mental health. **BMJ**, Londres, v. 322, n. 7288, p. 724-727, 2001.

BRASIL. **Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 2, 9 abr. 2001.

CAPONI, Sandra. **Loucos e Degenerados**: uma genealogia da psiquiatria ampliada. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

_____. **Uma Sala Tranquila**: neurolépticos para uma biopolítica da indiferença. São Paulo: Editora LiberArs, 2019.

CARDOSO, Artur Junior Santos. **Dos Manicômios ao Mercado de Saúde Mental**: uma crítica à psiquiatria a partir de conceitos sociológicos. João Pessoa: Ed. do Autor, 2024.

CHAMBERLIN, Judi. **On Our Own: patient-controlled alternatives to the mental health System**. 2 ed. New York: McGraw-Hill, 2000.

CONRAD, Peter. **The Medicalization of Society**: on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1984.

_____. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

_____. **Vigiar e Punir**: nascimento da prisão. 42 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2014.

FRANCES, Allen. **Voltando ao Normal**: como o excesso de diagnósticos e a medicalização da vida estão acabando com a nossa sanidade e o que pode ser feito para retomarmos o controle. Rio de Janeiro: Versal, 2016.

FREITAS, Fernando; AMARANTE, Paulo. **Medicalização em Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2017.

FRICKER Miranda. **Epistemic Injustice**. Oxford Scholarship Online; 2007.

LAGARDE, Marcela. Aculturación Feminista. In: LARGO, Eliana. (Org.). **Género en el Estado. Estado en el Género**. Ediciones de la mujer, 27. 1990. p. 1-23.

LIMA, Rossano Cabral. Psiquiatria Infantil, Medicalização e a Síndrome da Criança Normal. In: COMISSÃO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO. (Org.). **Conversações em Psicologia e Educação**. Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia 5a Região, 2016. p. 61–72.

LOBO, Alberto Ortiz. Relación Terapéutica y Tratamientos en Postpsiquiatria. **Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.**, Madrid , v. 37, n. 132, p. 553-573, 2017.

LÜCHMANN, Lúgia Helena Hahn; RODRIGUES, Jefferson. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 399–407, mar. 2007.

LYOTARD, Jean-François. **A Condição Pós-Moderna**: relato sobre a sociedade contemporânea. São Paulo: Editora Futura, 1984.

MARÍN., Carlos Cruz. Psiquiatria y Teoría Posmoderna: Postpsiquiatria. Revisión. **Revista de Psiquiatria Clínica**, [S. l.], v. 56, n. 1-2, p. 7–13, 2021.

MUÑOZ, Pedro. **Clínica, Laboratório e Eugenia**: uma história transnacional das relações Brasil-Alemanha. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Editora PUC-Rio, 2018.

OSORIO, Marta Carmona. Paradigmas en estallido: epistemologías para una ¿post?psiquiatría. **Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.**, Madrid , v. 37, n. 132, p. 509-528, 2017.

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

SALDOMBIDE, Carolina Geneyro; SERRANO, Francisco Tirado. Biopsiquiatría vs Postpsiquiatría: debates entre la explicación neurobiológica y la comprensión hermenéutica. **Index de Enfermería**, v. 25, p. 98–102, 2016.

SOTO, Carlos Perez. **Uma Nueva Antipsiquiatria**: crítica y conocimiento de las técnicas de control psiquiátrico. Santiago: LOM Ediciones, 2012.

VATTIMO, Gianni. **O Fim da Modernidade**: niilismo e hermenêutica na cultura pós-moderna. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

WHITAKER, Robert. **Anatomia de Uma Epidemia**: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2017.

Artigo recebido 22 de julho de 2025.

Aprovado em 12 de dezembro de 2025.