


O Sofrimento Psíquico na Encruzilhada Entre o Mecanismo e a Norma

Caio Maximino¹ 

Faculdade de Psicologia, Instituto de Estudos em Saúde e Biológicas, Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará – Unifesspa, Marabá/PA, Brasil

Programa de Pós-Graduação em Neurociências e Comportamento, Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará – UFPA, Belém/PA, Brasil

Resumo: Diferentes concepções de “saúde” e “doença” subjazem perspectivas medicalizantes ou críticas no campo da saúde mental. Neste ensaio, analiso concepções naturalistas (Boorse, Szasz) e normativistas (Engelhardt Jr., Fulford, Goosens, Margolis) sobre saúde e transtorno mental, apontando os limites dessas concepções. A partir de uma aproximação crítica com as teorias “híbridas” (que apontam para a materialidade psicobiológica fundamental dos transtornos ao mesmo tempo em que sustentam que juízos avaliativos socialmente construídos subjazem toda afirmação sobre “doença”), argumento que o status de transtorno dado a um conjunto de sintomas está sempre emaranhado em uma dimensão social, cultural, e política, e não é um “fato natural”, ainda que seja metafisicamente dependente de processos psicobiológicos. Assim, sob uma organização político-econômica capitalista, os juízos avaliativos são dependentes da posição do indivíduo em um binômio produtivo-improdutivo, dependentes metafisicamente de fenômenos psicobiológicos, mas irreduzíveis a esses.

Palavras-chave: medicalização, saúde-doença, transtornos mentais, normativismo, teorias híbridas da psicopatologia

Mental Distress at the Crossroads Between the Mechanism and the Norm

Abstract: Different conceptions of “health” and “illness” underlie medicalizing or critical perspectives in the field of mental health. In this essay, I analyze naturalistic (Boorse, Szasz) and normativist (Engelhardt Jr., Fulford, Goosens, Margolis) conceptions of health and mental disorder, pointing out the limits of these conceptions. From a critical approach to the “hybrid” theories (which point to the fundamental psychobiological materiality of disorders while maintaining that socially constructed evaluative judgments underlie every statement about “illness”), I argue that the status of disorder given to a set of symptoms is always entangled in a social, cultural and political dimension, and is not a “natural fact”, even though it is metaphysically dependent on psychobiological processes. Thus, under a capitalist political-economic organization, evaluative judgments are dependent on the individual’s position in a productive-improductive binomial, metaphysically dependent on psychobiological phenomena but irreducible to them.

Keywords: medicalization, health-disease, mental disorders, normativism, hybrid theories of psychopathology

¹ Doutor em Neurociências e Biologia Celular (UFPA). Professor da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (Unifesspa), Marabá/PA, e do Programa de Pós-Graduação em Neurociências e Comportamento, Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém/PA. E-mail: cmaximino@unifesspa.edu.br

Introdução

Um dos problemas comumente apontados em relação ao modelo atual de diagnóstico na saúde mental, estruturado em torno dos Manuais Diagnósticos e Estatísticos de Transtornos Mentais (DSMs) ou das Classificações Internacionais de Doenças (CIDs), é o da *validade diagnóstica* – isso é, o de estabelecer quando um diagnóstico pode ser diferenciado de outro (por exemplo, diagnóstico diferencial de transtorno depressivo maior versus transtorno esquizoafetivo), ao mesmo em que se diferencia transtorno de patologia (por exemplo, diferenciar transtorno de ansiedade social de timidez) (Kendell & Jablensky, 2003; Murphy, 2014; Sabbarton-Leary et al., 2014). Entretanto, qualquer critério de estabelecimento da validade diagnóstica depende de pressupostos sobre o conceito de *transtorno* (Wakefield, 2010). Assim, trata-se ainda de uma questão conceitual, e não empírica:

Isto significa que conceitualmente estes testes não podem ter qualquer autoridade final – embora sejam capazes de distinguir entre construtos, não são capazes de fazer distinções entre transtornos e não-transtornos, em parte porque são satisfeitos por uma série de condições normais e desordenadas. Isto é, os testes de validade não podem traçar os limites do transtorno mental sem, de maneira circular, apelar para uma suposta noção de transtorno de forma independente. Assim, as abordagens empíricas só podem ter sucesso na identificação de perturbações mentais se forem combinadas com um trabalho conceitual sólido (Varga, 2015, p. 105).

O problema da definição de *transtorno*, portanto, é relevante para uma crítica nuançada à medicalização. Apesar das noções de saúde e doença parecerem relativamente intuitivas, parecer ser particularmente difícil criar definições que sejam inclusivas o suficiente para abarcar todas as nossas intuições sobre o tema, e que sejam exclusivas o suficiente para limitar o tipo de intervenção associada a uma dada forma de sofrimento (Kukla, 2015). Esquemáticamente, as críticas da medicalização

costumam compreender os processos de saúde e doença como construções sociais, focando-se em “processos sociais e institucionais de ‘medicalização’, onde aglomerados de sintomas são identificados como doenças unificadas e trazidas para a vigilância e governamentalidade médicas” (Kukla, 2015, p. 515); essa crítica é oferecida em oposição a um modelo “naturalista”, que afirma o sofrimento psíquico como um desvio do “funcionamento normal” do organismo. Entretanto, esses esboços são muitas vezes caricatos, e tanto as teorias “naturalistas” quanto “normativistas” apresentam importantes dificuldades teóricas e ético-políticas (Ereshefsky, 2009). Nesse ensaio, apresento algumas das concepções mais influentes na área, incluindo concepções “naturalistas” (Boorse, Szasz) e “normativistas” (Engelhardt Jr., Fulford, Goosens, Margolis), apontando limitações em ambas. Apresento então algumas soluções “híbridas” para o problema, argumentando que a dependência metafísica do sofrimento sobre uma base psicobiológica não só é condizente com um modelo biopsicossocial, mas tem melhor aderência aos dados de pesquisa, ao mesmo tempo em que permite uma dimensão normativa ou construcionista social que é coerente com projetos emancipatórios.

Definições Naturalistas: O Transtorno Como Disfunção Biológica

De uma perspectiva taxonômica, é possível classificar os conceitos de saúde e doença a partir de três posturas principais: naturalismo, normativismo, e teorias “híbridas” (Ereshefsky, 2009). Tipicamente, as posições “naturalistas” (Boorse, 1976, 1977, 1997; Kendell, 1975; Scadding, 1990) – as mais proeminentes dentre as posturas filosóficas discutidas, e um dos pressupostos ontológicos fundamentais do modelo na psiquiatria (Patil & Giordano, 2010) – produzem definições que refletiriam o que seria “biologicamente natural e normal para os humanos” (Ereshefsky, 2009, p. 221). A concepção naturalista mais influente é aquela de Boorse (1976, 1977). Ereshefsky (2009, p. 222) define essa concepção da seguinte maneira: “Uma *doença* é um tipo de estado interno que é um comprometimento da capacidade funcional normal, ou seja, uma redução

de uma ou mais habilidades funcionais abaixo da eficiência típica, ou uma limitação da capacidade funcional causada pelo ambiente”. O que se define por “capacidade funcional normal” se refere às contribuições estatisticamente típicas (isto é, mais frequentes) de um órgão (ou função psicológica) à adaptabilidade biológica do organismo, tomada a partir da média de uma “classe de referência” específica (por exemplo, grupo etário ou gênero). A concepção naturalista, portanto, assume que a determinação da disfunção biológica é uma questão científica (Aftab, 2016).

Existem variações importantes da postura naturalista. A teoria de Christopher Boorse é a mais influente — talvez devido à sua insistência em diminuir o papel de fatores sociais no diagnóstico em um momento de crise da psiquiatria americana, e pode ser entendida como a teoria naturalista “prototípica”. Boorse (1977) assume que, além de podermos definir “disfunção biológica” puramente a partir de dados científicos — em especial, daqueles provenientes das ciências biomédicas e biológicas —, também podemos determinar objetivamente (isto é, a também a partir das ciências biomédicas e biológicas) se essa disfunção é prejudicial ao bem-estar humano. Para produzir uma teoria bioestatística, portanto, é fundamental que seu objeto seja o das populações, ainda que, em um sentido prático, os conceitos de doença articulados por Boorse se refiram à normalidade funcional no nível individual e, portanto, tenham que se relacionar a uma classe de referência particular (Giroux, 2009). Ainda que essa “teoria bioestatística da normalidade” faça referência a adaptabilidade biológica, e exemplifica a partir de doenças físicas, a intenção inicial de Boorse era produzir uma teoria da psicopatologia (Boorse, 1976).

Uma grande quantidade de críticas e objeções foram dirigidas à teoria bioestatística de Boorse (Aftab, 2016; Ereshefsky, 2009). A objeção mais frequente é a de que o naturalismo não reflete, de maneira adequada, os usos comuns dos termos “saúde” e “doença” (ou, alternativamente, “normal” e “patológico”), dado que “negligencia os papéis que os valores têm na determinação de se alguém está saudável ou doente” (Ereshefsky, 2009, p. 222), e se há algo que poderia ser chamado de “funcionamento

típico” na espécie humana (Aftab, 2016; Bolton, 2008).

A crítica relacionada ao papel da valoração deriva do fato de que a teoria bioestatística de Boorse diferencia entre dois conceitos diferentes de doença, um “teórico” — descrito anteriormente, “objetivo” e “livre de valores” — e um “prático” — subjetivo e normativo (Boorse, 1977); o foco será no primeiro conceito, “*disease*”, derivado da patologia, e não da clínica médica (Méthot, 2009). Assim, Boorse afirma que “[a] tuberculose e a epilepsia são doenças não porque a sociedade as desvaloriza, mas porque elas são casos de disfunção biológica” (Boorse, 1976, p. 89). Por extensão, transtornos mentais como depressão, esquizofrenia e ansiedade seriam doenças porque representam casos de disfunção biológica. Boorse insiste que a sua teoria bioestatística não tem relevância real para a prática clínica e, para que isso ocorra, é preciso incluir os valores de volta no pote. Como afirma Kingma (2014, p. 39), “[p]ara aplicar esse conceito, ele precisa ser incrementado com valores e atitudes sociais [...]: por exemplo, ‘doenças que devem ser tratadas’, ‘doenças que são sérias’, e ‘doenças que te isentam de responsabilidade legal’”. A maioria dos exemplos utilizados para apontar como a valoração é um aspecto fundamental do processo de definir doenças e disfunções vêm da história. Por exemplo, por boa parte do século XX, a *American Psychiatric Association* (APA) considerou a homossexualidade uma doença, mas o termo foi retirado do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais em 1973, após uma série de embates políticos (Drescher, 2015); essa mudança “não foi acompanhada de uma mudança no nosso conhecimento médico sobre a homossexualidade. O que mudou, argumentam alguns, é se a homossexualidade é ou não um estado desvalorizado pela APA” (Ereshefsky, 2009, p. 222). Se o que é considerado doença ou não depende unicamente da distribuição da variável na população e de seu impacto sobre adaptabilidade biológica, então o que determinaria se a homossexualidade deveria ser considerada ou não doença não seriam fatores políticos e sociais, mas a referência aos aspectos estatístico e biológicos — o que demonstradamente não ocorreu.

Um problema fundamental dessa postura é que, mesmo se assumirmos que o naturalismo pode ser “salvo” pela inclusão de uma camada de

valoração, a própria biologia invocada por Boorse como fundamento ontológico é superficial (Aftab, 2016; Ereshefsky, 2009). Por exemplo, no campo da saúde mental, muitas condições consideradas como patológicas, como transtorno depressivo maior ou transtorno de ansiedade generalizada, são altamente prevalentes, de maneira que “a raridade estatística não é necessária nem suficiente” para definir algo como patológico (Aftab, 2016, p. 10). Além disso, as características fisiológicas, comportamentais, e psicológicas que podem representar uma disfunção biológica apresentam, comumente, uma distribuição normal, e, portanto, não há um “ponto de corte” não arbitrário, em termos estatísticos, para diferenciar normalidade e patologia (Aftab, 2016). Essa crítica é fundamental porque aponta como Boorse confunde dois sentidos de “normalidade”, a normalidade estatística e a normalidade teórica:

A normalidade estatística é o estado numérico médio encontrado entre os membros de uma classe de referência. A normalidade teórica refere-se aos caracteres naturais ou normais dos membros de uma classe de referência, na qual esses caracteres são identificados pela teoria científica relevante. Para Boorse, as normalidades teórica e estatística devem se alinhar: caracteres estatisticamente normais são aqueles que são teoricamente normais ou naturais (Ereshefsky, 2009, p. 222).

O conceito boorseano de “normalidade teórica”, conforme enunciado por Ereshefsky, se refere, portanto, a características típicas da espécie, conforme definidos pela taxonomia (isto é, quais são as características naturais dos membros de uma dada espécie?) e pela genética (isto é, quais são as características genótípicas e fenotípicas naturais de uma dada população?). Entretanto, o que determina o pertencimento a uma dada espécie, na taxonomia, não é a similaridade qualitativa, mas a conexão genealógica com outros membros da espécie (Hull, 1978; Sober, 1980). Ademais, muitos teóricos da psiquiatria evolucionista assumem que determinados fenômenos psicopatológicos ou são adaptações, ou são desvios de uma função adaptativa (Dubrovsky, 2002), mas muitas características presentes atualmente na espécie humana são

“exaptações” (isto é, características que não foram elas próprias selecionadas, mas são “efeitos colaterais” da seleção natural) (Grossi et al., 2014). Com isso, torna-se difícil colocar a taxonomia ou a teoria evolutiva como embasamento para definir o que seria “típico” (Ereshefsky, 2009; Nordenfelt, 2003). De maneira semelhante, Elliot Sober (1980) argumenta, a partir da norma de reação da genética, que não há um único fenótipo particular que seja “natural” para uma dada espécie, gênero, ou classe de idade, já que cada fenótipo é o resultado de um genótipo particular desenvolvendo-se em um ambiente particular. Portanto não se podem definir características típicas a partir da evolução ou da genética, e Boorse está ciente disso. Por isso, Boorse sugere que as especificações dos estados naturais de um organismo podem ser encontradas nos livros-texto de fisiologia (Boorse, 1997). Entretanto, esses livros “fornecem descrições idealizadas e simplificadas dos órgãos, e não descrições de suas naturezas inerentes” (Ereshefsky, 2009, p. 223). Ademais, como aponta Canguilhem:

é absolutamente ilegítimo sustentar que o estado patológico é, real e simplesmente, a variação — para mais ou para menos — do estado fisiológico. Pode-se considerar que esse estado fisiológico tenha, para o ser vivo, uma qualidade e um valor, e então seria absurdo prolongar esse valor — idêntico a si mesmo sob suas variações — até um estado dito patológico, cujo valor e cuja qualidade se diferenciam do valor e da qualidade do estado fisiológico com os quais, no fundo, formam contraste. Ou então o que se entende por estado fisiológico é um simples resumo de quantidades, sem valor biológico, simples fato ou sistema de fatos físicos e químicos, mas então esse estado não tem nenhuma qualidade vital e não se pode chamá-lo de são, nem de normal, nem de fisiológico (Canguilhem, 1966/2009, p. 42–43).

Ainda que não seja possível traçar diretamente a influência da teoria bioestatística na formulação das edições do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-III), está claro que, a partir dessa edição, o manual assume

uma postura “naturalista”, ao definir um transtorno a partir de uma visão fisicalista e funcionalista do sofrimento psíquico. Russo e Venâncio (2006) apontam como essa edição do DSM condensa um extenso debate em torno das fronteiras entre o normal e o patológico, representando a consolidação de uma hegemonia naturalista dos campos dos saberes concorrentes, em especial em relação às formulações da psicanálise.

Outra variação da postura naturalista é o “naturalismo anômalo” de Thomas Szasz (1979). Szasz é naturalista acerca das doenças físicas, mas normativista e construtivista em relação aos transtornos mentais. A concepção de Szasz é um objetivismo estrito, que assume que uma doença é totalmente definida por lesões anatômicas ou fisiológicas. O argumento, portanto, é dualista: uma doença requer uma doença física, mas os sintomas mentais se apresentam na ausência de uma lesão física, e, portanto, não existem doenças da mente; o que se chama de “transtorno mental” (ou, no caso em questão, “doença mental”) é composto totalmente de problemas da vida, conflitos humanos e comportamentos socialmente indesejados.

O conceito de doença, seja ela corporal ou mental, implica em um afastamento de alguma norma claramente definida. No caso da doença física, a norma é a integridade funcional e estrutural do corpo humano. Assim, embora a conveniência da saúde física, como tal, seja um valor ético, essa saúde pode ser expressa em termos anatômicos e fisiológicos. Qual é o afastamento da norma que é considerado como doença mental? Esta pergunta não pode ser facilmente respondida. Mas seja qual for esta norma, podemos estar certos de uma coisa apenas: isto é, que ela é uma norma que deve ser apresentada em termos de conceitos *psicossociais, éticos e legais* (Szasz, 1979, p. 59).

A crítica de Szasz acendeu um intenso debate na década de 1970, sendo responsável em certa medida por críticas contemporâneas da medicalização (Zorzaneli et al., 2014) e pela reformulação do Manual Diagnóstico e Estatístico

dos Transtornos Mentais na terceira edição (DSM-III) (Loughlin & Miles, 2014) porque, ao conceber o transtorno mental como algo diferente do campo das doenças físicas, Szasz procurava denunciar a transformação de comportamentos considerados desviantes em doenças. Entretanto, Szasz pode ser considerado um naturalista no sentido de que define a doença como o afastamento de uma norma fisiológica, independentemente do impacto no funcionamento (Aftab, 2016). Muitos críticos normativistas concordam com Szasz de que o transtorno mental não é um conceito naturalista, mas afirmam que não é isso que o torna ilegítimo (Kingma, 2013). Assim, mesmo sendo o cuidado em saúde impossível de ser separado de um valor ético, “pelo menos é possível explicar a ontologia da saúde física em termos livres de valores, porque ‘o que é a saúde’ pode ser colocado em termos da linguagem da anatomia e da fisiologia” (Loughlin & Miles, 2014, p. 149). Haveria, portanto, uma espécie de distinção ontológica entre “doença física” como “entidade publicamente observável” e “doença mental” como “entidade subjetiva” e, portanto, sujeita às construções sociais e reações subjetivas à realidade observada (Loughlin & Miles, 2014). Além disso, formulações mais sofisticadas de “disfunção cerebral” podem apoiar modelos menos reducionistas (por exemplo, Fuchs, 2012; Jefferson, 2024; Maximino, 2023; Papineau, 1994).

As dificuldades do naturalismo em estabelecer um embasamento biológico para o conceito de disfunção se devem, em grande parte, ao fato de que toda afirmação sobre doença é, no final das contas, valorada. Quando um indivíduo recebe um diagnóstico de transtorno mental, esse diagnóstico é sempre carregado de valores, e muitas vezes determina não somente acesso a tratamento e atenção, mas o que se qualifica como “cuidado”, incluindo principalmente um foco nas terapias biológicas. Graham (2013), Fulford (1989), Fulford e van Staden (2013) argumentam que isso é especialmente importante no caso dos transtornos mentais, dado que, diferentemente do caso relativamente simples de doenças “somáticas” como hipertensão ou infecções, os juízos de valor feitos em relação ao sofrimento psíquico são quase sempre contestáveis, e envolvem caráter moral ou político. Fulford e van Staden (2013) fazem uma

distinção entre juízos de fato (“critérios descritivos”) e juízos de valor, exemplificando a partir de afirmações sobre alimento: a afirmação “esse morango é bom” se baseia nos critérios descritivos do morango ser doce, livre de insetos e outros patógenos etc.; nesse caso relativamente simples, o critério descritivo obscurece o uso do termo valorado “bom”. O mesmo se passa em parte da medicina, em especial no caso das doenças “somáticas”, em que juízos de fato são usados para fazer juízos de valor, obscurecendo o fato de que todas as afirmações sobre doença são valoradas. Por outro lado, no caso dos transtornos mentais, o fato de que lidamos com vivências complexas, desejos profundos, motivos, e valores humanos que estruturam a noção de si mesmo faz com que essa diferença seja muito mais explícita, e critérios descritivos não obscureçam automaticamente os juízos de valor (Fulford, 1989; Fulford & van Staden, 2013). Essa diferença entre doenças somáticas e transtornos mentais não deveria ofuscar o fato de que até mesmo juízos sobre doenças somáticas são normativos e, portanto, um naturalismo “puro” é insustentável.

Teorias Normativistas dos Transtorno Mentais

Uma solução para os problemas do naturalismo é assumir uma posição *normativista* em relação ao conceito de doença. O normativismo sustenta que uma análise adequada dos construtos “saúde” e “doença” (ou, alternativamente, “normal” e “patológico”) deve explicar o uso que é feito desses termos. Os autores normativistas sugerem que tanto indivíduos leigos quanto profissionais médicos utilizam esses termos de maneiras que refletem valores – em especial, normas e valores *éticos* (Engelhardt Jr, 1996; Fulford, 1989; Goosens, 1980; Margolis, 1976; Sedgwick, 1982): “aqueles estados fisiológicos ou psicológicos que desejamos são chamados de ‘saudáveis’, e aqueles estados que queremos evitar são rotulados de ‘doentios’” (Ereshefsky, 2009, p. 223). Um exemplo muito citado na literatura normativista é o da homossexualidade, que já foi considerada doença e deixou de o ser. Nesse caso, não é a aproximação do organismo a um estado biologicamente normal ou natural que determinou que a homossexualidade deixasse de ser considerada

doença, mas a mudança nos valores de uma dada cultura (Drescher, 2015). Um argumento similar em favor do normativismo é a ideia de que aquilo que é considerado como doença para uma cultura não o é em outra cultura (Sullivan et al., 2018).

Entretanto, existem problemas também na postura normativista “clássica” (Ereshefsky, 2009; Kingma, 2014; Murphy, 2012, 2014; Wakefield, 1992). Se o normativismo busca descrever de maneira precisa como os termos “saúde” e “doença” são utilizados, existem exemplos importantes no qual esse objetivo não é alcançado. Por exemplo, existem estados que podem ser indesejados, mas em que não há concordância se se trata de uma doença. Ereshefsky exemplifica com o alcoolismo, com a obesidade, e com a tensão pré-menstrual).

Se houver uma concordância geral de que um estado é indesejável, então, de acordo com o normativismo, deve haver uma concordância geral de que o estado em questão é uma doença. [...] Ao vincular o termo “doença” aos estados que consideramos indesejáveis, o normativismo faz um trabalho ruim ao capturar nosso uso desse termo (Ereshefsky, 2009, p. 224).

Essa questão é importante porque o normativismo é motivado essencialmente pela ligação dos conceitos de saúde e doença com as práticas sociais, em especial às práticas relacionadas à promoção de saúde (Kingma, 2014). Nordenfelt (2007), por exemplo, assume uma perspectiva histórica ao afirmar que o que motivou as pessoas a classificar condições e estados em “normalidade” e “anormalidade” não é o quanto esses estados se distanciam de uma condição biológica ideal, mas o fato de que essas condições eram fortemente desvalorizadas. De maneira similar, a maioria dos normativistas enfatiza que os conceitos de saúde e doença motivam intervenções médicas (Engelhardt Jr, 1996; Margolis, 1976). Como aponta Glackin (2019, p. 260), a relação do problema com o campo prático da saúde impõe um “problema retórico” trazido pelo senso comum: “As doenças parecem ser totalmente indiferentes, brutalmente indiferentes às nossas opiniões sobre elas”; os processos patológicos associados ao câncer (ou possivelmente

a condições como autismo e transtorno depressivo maior) não são sensíveis às nossas percepções, juízos, ou atitudes em relação a eles. Goosens (1980) rejeita essa formulação de uma maneira que pode ser útil à crítica da medicalização: é perigoso permitir que as intervenções no campo da saúde dependam *exclusivamente* da atribuição de um *status* de doença, tanto porque uma decisão de tratamento deve depender da avaliação global, quanto pelo fato de que certas condições podem ser consideradas doenças pela maioria das pessoas de uma cultura e ainda assim não ser desejável tratá-las. O modelo social da deficiência, por exemplo, aponta que o modelo médico (compatível tanto com o naturalismo quanto com o normativismo) localiza “o problema” da deficiência nas limitações biológicas, negligenciando o suporte social e sistêmico que contribui para a deficiência (Diniz, 2007; Oliver, 2018).

Um outro problema da concepção mais “pura” do normativismo é a historicidade do diagnóstico. Por exemplo, no século XIX, alguns psiquiatras americanos diagnosticavam pessoas escravizadas que tentavam escapar com “drapetomania” (Willoughby, 2018); de uma perspectiva contemporânea, consideramos que a drapetomania não é uma doença “de verdade” no século XIX, assim como não é uma doença “de verdade” agora. “Entretanto, se você é um normativista, não pode afirmar que aqueles médicos americanos estavam errados em chamar a drapetomania de doença. Você só pode dizer que temos valores diferentes daqueles dos médicos do século XIX” (Ereshefsky, 2009, p. 224). Como vimos anteriormente, a historicidade dos diagnósticos também é um problema para a concepção naturalista. Berrios (2013, p. 19) aponta esse problema, na psicopatologia, como o problema da *episteme*, “os domínios ideológicos autônomos contidos dentro de algumas fronteiras temporais”. Uma interpretação “forte” da visão epistêmica é de que os “acontecimentos só tem significado e valor dentro de um período determinado, e não podem comparar-se com os acontecimentos de outra *episteme*” (Berrios, 2013, p. 20). De maneira semelhante, podemos entender a *episteme* não somente a partir do ponto de vista temporal, mas também espacial e geográfico. Arthur Kleinman (1988; 1977) argumenta que, ao compararmos os transtornos mentais entre

culturas, não comparamos entidades de doença, mas explicações sobre variações comportamentais, e essas explicações são culturalmente determinadas. Assim, ao apontar como variações culturais nas normas e valores engendram mudanças nos conceitos, mas também que há continuidades entre esses processos através dos tempos e das culturas, explicita-se a dificuldade do normativismo em compreender conceitos de doenças como algo mais do que a afirmação de um valor.

Ainda que o normativismo tipicamente assuma uma postura crítica em relação ao naturalismo por sustentar o papel das normas e valores na construção dos transtornos, isso não significa assumir que esse papel é *constitutivo*; na realidade, a maior parte das posições normativistas “clássicas” (por exemplo, Engelhardt Jr, 1996; Fulford, 1989; Goosens, 1980; Margolis, 1976; Sedgwick, 1982) não assume explicitamente que esses fenômenos políticos têm qualquer papel causal no surgimento do sofrimento, mas sim na definição do que deveria ser considerado ou não uma “doença” ou “transtorno”. Por outro lado, existem formulações importantes na crítica da medicalização que apontam o papel causal e/ou constitutivo da cultura. Nesse caso, o sofrimento psíquico seria entendido como:

tecnologias de intervenção na estrutura psíquica a partir de valores. Ou seja, a configuração e o limite de uma categoria clínica não são resultado da identificação de predicados diferenciais naturais acessíveis em um campo independente da estruturação de nossa linguagem. Na verdade, eles resultam das tecnologias que temos para produzir modificações na estrutura psíquica a partir de valores que procuramos implementar. Categorias clínicas não são estruturas descritivas, mas processos performativos (Safatle, 2021, p. 28).

Safatle se refere aqui às concepções de Ian Hacking (1995), que afirma um processo de “performatividade retroativa” chamado de “efeito de *looping*”, no qual o próprio ato de categorizar e diagnosticar “cria performativamente uma nova situação na qual os sujeitos se veem inseridos” (Safatle, 2021, p. 28), reorientando condutas por meio “da

apropriação autorreflexiva e da posterior modificação dos objetos” (Safatle, 2021, p. 29): “um tipo de pessoa vem à existência ao mesmo tempo que a própria categoria clínica foi inventada. Em alguns casos, nossas classes e classificações conspiram para aparecer uma suportada pela outra” (Hacking, 2004, p. 106).

Hacking (1999), por outro lado, também aponta como os processos de classificação interagem não somente com a autorreflexão do indivíduo em sofrimento, mas também com os processos biológicos que estão relacionados às condições diagnosticadas. Ao receber um diagnóstico de, por exemplo, *transtorno depressivo maior*, a pessoa pode adotar certos regimes de condutas, abandonar certas rotinas de risco, evitar o estresse, e assim por diante, de maneira que o substrato neurobiológico de seus sintomas muda. Compreender como esse processo de *biolooping* produz e modifica processos biológicos é uma tarefa que o normativismo “clássico”, bem como sua vertente “constitutiva”, não são capazes ainda de avançar.

Modelos Híbridos E A Origem Dos Juízos Avaliativos

Se tanto o naturalismo quanto o normativismo apresentam dificuldades, alguns autores buscaram definições que se assentassem nos pontos fortes de cada teoria, criando modelos “híbridos”. Como o rótulo diz, abordagens híbridas utilizam elementos tanto naturalistas quanto normativistas em suas definições. Como o objetivo das teorias híbridas é limitar o alcance do normativismo e prover uma base para a qual juízos sobre o funcionamento/disfunção possam ser realizados, a maioria das teorias assume que os prejuízos são de fato considerados a partir de uma perspectiva normativa, mas se focam principalmente em embasar biologicamente esse prejuízo. Assim, o termo “doença” (ou “transtorno”) só deveria ser aplicado a estados *desvalorizados* que tenham *etiologia biológica*.

A teoria híbrida mais conhecida talvez seja a de Wakefield (1992), que a aplicou explicitamente aos transtornos mentais. Essencialmente, Wakefield assume que existem alterações de funções

evolutivamente definidas, mas que essas alterações são julgadas como “transtorno” ou “doença” porque produzem prejuízos que são considerados dessa maneira pela cultura. Assim, sua concepção é o que posteriormente Wakefield (2011) chamou de “análise de disfunção prejudicial baseada na evolução”:

Uma condição é um transtorno se, e somente se (a) a condição causa algum dano ou privação de benefício à pessoa, conforme julgado pelos padrões da cultura da pessoa (o critério do valor), e (b) a condição resulta na inabilidade de algum mecanismo interno de realizar sua função natural, onde essa função natural é um efeito que é parte da explicação evolutiva para a existência e a estrutura do mecanismo (o critério explanatório) (Wakefield, 1992, p. 384).

Na análise de disfunção prejudicial baseada na evolução, a dimensão “naturalista”, que Wakefield chama de “critério explanatório”, assume que um transtorno é uma falha danosa de alguma função psicobiológica evoluída. “Função”, aqui, é entendida como um conceito inerentemente teleológico, ainda que temperado pelo mecanicismo da seleção natural (Wakefield, 2011). Apesar da teoria de Wakefield apresentar importante base naturalista e evolucionista, diferentemente de uma série de teóricos da psicopatologia que podemos chamar de “evolucionistas” (McGuire & Troisi, 1998; Nesse, 1994; Nesse & Ellsworth, 2009), Wakefield distingue entre *disfunção* (isto é, quando algum mecanismo falha em desempenhar sua função evolutivamente selecionada) e *defesa* (isto é, quando algum mecanismo desempenha de maneira adequada sua função evolutivamente selecionada, mesmo quando esse desempenho é desagradável ou mesmo danoso ao organismo). Uma teoria evolutiva implica que respostas defensivas evolutivamente selecionadas não são transtornos ou doenças em si, mesmo se há desconforto. Assim, ainda que Wakefield (1992) assuma que “dano” é um conceito normativo, sua teoria híbrida *exige* que esse dano seja considerado também a partir da história evolutiva.

Como vimos no caso de Boorse (1976, 1977, 1997), nem sempre teorias evolutivas representam um embasamento adequado para a psicopatologia.

De fato, diversos teóricos da psicopatologia buscaram nas formulações da Psicologia Evolucionista uma explicação evolutiva para um sem-número de transtorno (Brüne, 2015; Nesse, 2000; Vasconcellos & Gauer, 2004); entretanto, a Psicologia Evolucionista recebeu uma avalanche de críticas, indo de sua compreensão falha dos mecanismos evolutivos e da criação de “narrativas” sem base empírica que aderem à teoria (Gannon, 2002; Grossi et al., 2014; Panksepp & Panksepp, 2001) até à sua função discursiva de justificar diferenças de gênero e outras formas de poder (McKinnon, 2021). Ao buscar uma definição de “disfunção” na evolução, Wakefield coloca-se na mesma armadilha que Boorse, já que “não existem normas na biologia evolutiva, e as normas da fisiologia não são evolutivas” (Ereshefsky, 2009, p. 225).

Uma forma de evitar essas dificuldades é proposta por Shane Glackin (2019), que assume uma posição explicitamente “construtivista social”, ao afirmar que os valores que fundamentam a dimensão avaliativa das concepções de doença são uma forma particular de atitude social. Como teórico “híbrido”, entretanto, Glackin propõe a articulação da dimensão avaliativa na dimensão biológica. Glackin distingue entre diversos tipos de interrogações que podem ser feitas ao problema da doença: a interrogação do *status*, que questiona que tipos de condições devem estar presentes para que se considere que um indivíduo apresente uma determinada doença ou transtorno (por exemplo, transtorno depressivo maior, ou autismo); a interrogação da *constituição*, que questiona a base material da condição do indivíduo (isto é, quais são os mecanismos biológicos e/ou psicológicos que existem independentemente de nossos juízos, e como esses mecanismos constituem a doença ou transtorno); e a interrogação do *estado geral*: quais características podem ser usadas para embasar a categorização de uma dada condição como doença ou transtorno?

Deve haver alguma característica – possivelmente disjuntiva – em comum com, por exemplo, leucemia, fratura de escafoide e esquizofrenia, mas não com, por exemplo, homossexualidade, altura abaixo da média ou orelhas furadas. E os

construtivistas sociais acreditam que o que conta como resposta plausível para a questão da constituição não pode nos levar a lugar algum para responder à *questão do status geral*; lesões ou desvios da norma estatística de funcionamento em uma classe de referência ou disfunções etiológicas prejudiciais [e.g., a teoria bioestatística de Boorse, ou o naturalismo anômalo de Szasz] não são nem mesmo *o tipo certo de coisa* para se buscar uma resposta. A resposta mais plausível, afirmamos, é um tipo específico de atitude social (Glackin, 2019, p. 260, *italico no original*).

Assim, uma teoria híbrida “*não* deveria negar a questão óbvia de que os estados de doença são fenômenos naturais objetivos” (Glackin, 2019, p. 261). Essa afirmação parece bastante clara para a maioria das doenças somáticas, e Glackin afirma que, se assumir a validade diagnóstica dos transtornos mentais, isso deveria ser verdadeiro também para o campo do sofrimento psíquico. Ainda que esse pressuposto de validade diagnóstica possa não ser verdadeiro para os transtornos do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (Kendell & Jablensky, 2003), a afirmação de Glackin não depende necessariamente de um ou outro modelo nosológico. Independentemente disso, Glackin argumenta que:

o fato de ser uma doença é um fato contingente sobre qualquer um desses estados e não reflete nenhuma característica intrínseca que ele possua; um indivíduo em qualquer um desses estados naturais objetivos pode ou não ser considerado adequadamente como doente, dependendo de outros fatores de fundo (Glackin, 2019, p. 261).

Assim, para ele, uma doença ou transtorno não é *idêntica* ao estado biológico e/ou psicológico que a embasa, mas será “*metafisicamente dependente*” desses estados.

Essa “*dependência metafísica*” é chamada de *fundação* ou *grounding*, uma relação hiperintensional que gera uma ordem de prioridade metafísica (Imaguire, 2022): se o estado biológico ou psicológico dá *fundação* ao transtorno, então

o estado é mais fundamental do que o transtorno. Glackin afirma que “o estado de *estar doente* ou *ter uma doença* é fundado no estado biológico ou comportamental do paciente. E essa relação de fundação [...] por sua vez existe porque os fatos avaliativos de fundo são como são” (Glackin, 2019, p. 262). O autor recorre às teorias de Brian Epstein sobre a fundação dos fatos sociais. Nesse modelo, a fundação é entendida como a relação-padrão entre fatos fundadores (fundamentais) e fatos sociais que são metafisicamente dependentes dos fatos fundadores; a fundação ocorre em um *enquadramento (frame)*, uma espécie de estrutura que contém “um conjunto dos mundos possíveis nos quais as condições de fundação dos fatos sociais são fixadas em uma maneira particular. Cada um desses mundos possíveis pode ter diferentes fatos fundadores” (Epstein, 2015, p. 78). O quadro será definido por um *princípio de enquadramento (Frame Principle)*, que dá a esse enquadramento as condições de fundação não somente ao mundo realmente existente, mas a todas as possibilidades. Esse princípio se relaciona por sua vez, com um *outro* conjunto de fatos por uma relação de *ancoramento*: “para que um dado conjunto de fatos ancore um princípio de enquadramento [é necessário que] esses fatos sejam a razão metafísica para que o princípio de estrutura seja o caso” (Epstein, 2015, p. 82). O fundamental aqui é que o modelo de Epstein *ancora* o princípio de enquadramento em um conjunto de fatos diverso dos fatos usados para a fundação. Assim, Glackin sugere que esses fatos do ancoramento serão algum tipo de juízo avaliativo social. Dito de outra forma, ainda que os estados de doença são objetivamente determinados em função de uma base biológica ou psicológica, o que os define como *doença* não é, como propõe Wakefield, algo objetivamente determinado a partir da genética, da fisiologia, ou da patologia, mas um conjunto de juízos de valor localizado dentro das relações sociais. Em um artigo posterior (Conley & Glackin, 2021), os autores desenvolvem o conceito para afirmar que, para que um determinado estado psicológico e/ou biológico seja considerado doença ou transtorno, deve satisfazer o seguinte conjunto de critérios:

- a) não deve representar um estado de coisas *tolerável*;

- b) mas também não deve representar uma *falha moral* do indivíduo diagnosticado;
- c) *não* deve justificar a reorganização da sociedade de maneira a neutralizar a lesão² relativa causada pelo estado;
- d) mas *como* algo que vale a pena alocar recursos para ‘corrigir’ e/ou melhorar (Conley & Glackin, 2021, p. 10).

Expandindo a concepção de Conley e Glackin (2021), adicionaríamos ainda que, sendo o vivente definido por sua *plasticidade* – a capacidade de produzir uma gama de possibilidades fisiológicas adaptativas (Canguilhem, 1966/2009) –, os critérios para definir doença deveriam também ser ancorados na restrição dessa plasticidade. Essa plasticidade é uma consequência do fato dos ambientes serem sempre dinâmicos: “[o] que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas” (Canguilhem, 1966/2009, p. 77). Também a doença é “uma nova dimensão da vida” (Canguilhem, 1966/2009, p. 73), e não somente uma diferença quantitativa em relação a uma norma; entretanto, essa norma é vivenciada pelo organismo como restrição do mundo e da potência de agir: “o homem normal é o homem normativo, o ser capaz de instituir novas normas, mesmo orgânicas. Uma norma única de vida é sentida privativamente e não positivamente” (Canguilhem, 1966/2009, p. 54). Assim:

saúde é a posição na qual o organismo aparece como produtor de normas na sua relação ao meio ambiente [...]. Um organismo completamente adaptado e fixo é doente por não ter uma margem que lhe permita suportar as mudanças e infidelidades do meio. A doença aparece assim como fidelidade a uma norma única (Safatle, 2011, p. 24, itálico no original).

Além disso, uma norma de vida “doentia” pode também ser a abertura para uma nova situação de aumento da potência de agir e, dessa maneira, uma nova norma nunca é normal ou patológica a

2 O termo “lesão” foi escolhido para traduzir “impairment” para fazer referência explícita à teoria social da deficiência, a qual o critério (c) se refere.

priori; o que define seu *status* depende da capacidade do organismo de organizar o meio interno e externo de acordo com suas necessidades. Apesar do conceito de se referir a uma propriedade intrínseca de todos os seres vivos e, portanto, não ser um mero reflexo da *episteme*, é claro que Canguilhem está ciente de como a definição do que é “normal” será sempre em parte estabelecida pelo contexto social: “É sempre a relação com o indivíduo doente, por intermédio da clínica, que justifica a qualificação de patológico” (Canguilhem, 1966/2009, p. 93). Assim, mesmo quando o fisiologista e o patologista (e não o clínico) identificam uma distinção entre o normal e o patológico, essa identificação “em terceira pessoa” faz com que seja impossível não introduzir uma dimensão avaliativa e subjetiva à distinção (Méthot, 2009).

Esse foco na plasticidade também pode conduzir os modelos híbridos a levar em consideração uma neurobiologia que não é estática, mas marcada precisamente pela variação dinâmica de suas funções. Algumas dessas concepções já estavam presentes, por exemplo, na ideia de organodinamismo de Henri Ey (Ey et al., 1996) e na neuropsicologia luriana (Luria, 1981). A incorporação recente da epigenética nos modelos biológicos do funcionamento cerebral, bem como sua relação com eventos de vida estressantes, eventos adversos da infância, violência, e outras dimensões psicossociais do sofrimento psíquico, vêm apontando um caminho de restaurar o peso do ambiente social à psicopatologia, levando a uma espécie de “virada social” nas ciências biológicas (Faria Jr et al., 2018; Freitas-Silva & Ortega, 2014, 2016; Maximino, 2023; Ortega & Vidal, 2019). Ainda assim, o apelo à epigenética pode reconduzir a um modelo híbrido “biopsicossocial” em que “as formas corpóreas, as capacidades intelectuais e as formas de conduta dos seres humanos se especificam independentemente e são anteriores à sua implicação em contextos práticos da atividade ambiental” (Ingold, 2008, p. 12). Ainda que a epigenética implique em um olhar para o dinamismo, é fundamental que ela seja incorporada, no contexto dos modelos híbridos, a partir de uma perspectiva ecológica e relacional, em que não é mais possível realizar separações estritas entre organismo e pessoa, e entre pessoa e ambiente,

porque essa tríade se constrói em um processo de desenvolvimento de uma totalidade formada (Ingold, 2008). Assim, para que essa dimensão seja incorporada de maneira adequada a um modelo híbrido, é fundamental tratar “o organismo não como uma entidade discreta e pré-programada, mas como um lócus de crescimento e desenvolvimento concreto dentro de um campo contínuo de relações” (Ingold, 2008, p. 31).

Transtornos Como Problemas Sociais

De onde surge, entretanto, a dimensão avaliativa? Se, por um lado, tanto Wakefield quanto Canguilhem apostam na normatividade biológica (Veit, 2023), o problema da *episteme* aponta para fatores histórico-culturais como fonte importante do normativismo (Berrios, 2013). Entretanto, o problema da *episteme* também aponta para uma dificuldade de ordem prática: como definir o campo da intervenção para além de uma mera *afirmação* de normatividade (Ereshefsky, 2009)? Uma resposta bastante citada é a de Graham (2013), que afirma ser possível definir critérios e normas objetivas para definir o que são ou deveriam ser transtornos mentais, dado que esses representam deficiências ou disfunções clinicamente significativas em processos psicológicos básicos (como a racionalidade, a orientação espacial/temporal/de si, a capacidade de compreender o eu e o mundo, e a capacidade de se comunicar), e não meramente estados indesejáveis sob um dado horizonte histórico-cultural particular. Assim, seria possível estabelecer um domínio de disfunções que, ainda que sejam margeadas por valores, o são de maneira culturalmente independente, dado que refletiriam um “universal psicológico” humano. Alterações nesses processos psicológicos básicos a que Graham (2013) se refere resultam em prejuízos ao indivíduo, ainda que esses prejuízos sejam definidos socialmente. O termo “básico” se refere àquelas funções psicológicas fundamentais para viver uma “vida decente” ou pessoalmente satisfatória. Graham se refere ao experimento mental de John Rawls (1977/2019) para sugerir que processos psicológicos básicos “saudáveis” são “bens primários” que qualquer indivíduo iria

escolher possuir, independentemente de qualquer conhecimento sobre os impactos desses processos em *status* social, capacidades, ou quaisquer outros fatores que representem sua concepção pessoal de uma “boa vida”. Por apoiar-se em Rawls – um filósofo que têm sido criticado por produzir uma teoria apologética ao *status quo*, na medida em que exclui a possibilidade de que a injustiça tem raiz nas relações sociais capitalistas (Wolff, 1977) –, não surpreende que a lista de “bens psicológicos primários” de Graham inclua a capacidade de orientação corporal/espacial e histórica/temporal, a capacidade de compreender a si mesmo e ao mundo, a capacidade de se comunicar e se engajar emocionalmente com o outro, a capacidade de assumir responsabilidades, e a capacidade de tomar decisões.

Como aponta Varga (2012, 2015), esse apoio em Rawls como estratégia de produção de universais objetivos abre um flanco para a crítica. Os “bens psicológicos primários” são apoiados em uma visão particular do que seria uma “boa vida” e, portanto, revelam-se normativos, apesar das intenções de Graham em criar um padrão ou norma “culturalmente neutra ou não enviesada socialmente” (Graham, 2013, p. 121). Por exemplo, se tomarmos a capacidade de se comunicar e se engajar emocionalmente com o outro, seguindo Graham, as tomaríamos como um “bem psicológico primário – novamente, algo ao qual qualquer indivíduo, por trás do “véu da ignorância”, escolheria possuir. Entretanto, essa universalidade pode ser contestada olhando-se para as reações de movimentos de autistas e da neurodiversidade, que rejeitam a ideia de que o autismo seja uma doença a ser curada, enquadrando-o como uma diferença humana que deve ser respeitada como as outras (Ortega, 2009). Assim, ser autista não é *a priori* um transtorno, já que o que define o autismo como tal é precisamente uma organização social (com seu próprio conceito de “boa vida”) que dá mais importância para determinadas formas de interação social. Esse exemplo mostra como “os requerimentos sociais com os quais fazemos atribuições de disfunção ou deficiência são *avaliativos* antes de tudo, e concernem o desempenho de tarefas que uma dada sociedade atribui alguma forte importância” (Glackin, 2010, p. 7) – ainda que, obviamente, essas

“sociedades” não sejam nem a-históricas, nem unificadas em suas avaliações.

Assim, parece não ser possível ancorar os juízos sobre doença ou transtorno em um conjunto de valores universais, independentes das relações sociais em que se inserem. Glackin (2019) sugere que a origem dos juízos avaliativos sobre doença é política, no sentido de que tanto indivíduos quanto sociedades os realizam, e que muitas vezes os juízos entram em conflito entre si. Em um cenário em que o controle social em saúde é debatido (Costa & Vieira, 2013; Godfrey & Wistow, 1997; Rose, 2008; Tambuyzer et al., 2014; Valla, 1998), existem múltiplos atores que podem se engajar em um diálogo acerca desses juízos – usuários de serviços de saúde, suas famílias, profissionais de saúde, pesquisadores, financiadores, etc. Como esses atores estão mergulhados na prática social das intervenções em saúde, a divisão boorseana entre um conceito “teórico” e um conceito “prático” de doença é impossível (Glackin, 2019; Kingma, 2014; Saborido & Zamora-Bonilla, 2024). Isso retorna o problema da doença para o domínio do social: a dimensão normativa/avaliativa das doenças não é normativa somente porque envolve a valoração produzida pelos indivíduos, mas principalmente porque “envolvem direitos e deveres, status e papéis institucionais ou culturais” (Saborido & Zamora-Bonilla, 2024, p. 11). Ou, como diria Franco Basaglia:

“[s]e considerarmos a doença mental uma contradição do homem que pode ser verificada em qualquer tipo de sociedade, pode-se também dizer que cada sociedade faz da doença aquilo que mais lhe convém, e é a face social que daí se constrói para a doença que será depois determinante de sua evolução” (Basaglia, 2010, p. 201–202).

Podemos argumentar que a dimensão normativa da doença – em especial do transtorno mental – se insere, em uma sociedade capitalista, sobretudo no âmbito da produtividade: “O capitalismo definiu a ‘saúde’ em si mesma como a capacidade de submeter-se ao trabalho” (Adler-Bolton & Vierkant, 2022, p. 65) – o que Basaglia chama de “ideologia do desvio como problema sociopsiquiátrico” (Basaglia, 2010, p. 171). Não se pode esquecer ainda como

determinadas formas de pensar *diagnóstico* – em especial aquelas ancoradas no naturalismo, como se apresentam no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais e na Classificação Internacional de Doenças – operam:

um conjunto de interesses bastante específicos, que vai das indústrias farmacêuticas [...] aos centros de formação e pesquisa universitária e seus sistemas de financiamento, à padronização global das formas de sofrimento [...], à cultura do desempenho nas empresas [...] e nas escolas, além do barateamento da saúde pública para o Estado, que se desincumbe de estratégias mais dispendiosas ao custo de uma medicalização massiva e crônica dos pacientes (Dunker, 2018, p. 320).

Assim, ao serem colocados fora dos princípios normativos para os quais as políticas públicas e a lógica do trabalho são estruturadas, os indivíduos considerados doentes tornam-se parte, aguda ou cronicamente, de um “exército industrial de reserva” (o que Adler-Bolton e Vierkant chamam de “excedente”) que não pode participar dos mecanismos de produção de valor que são dominantes em sociedades capitalistas (isto é, mais-valia); ao serem excluídos dessa participação, também são excluídos das recompensas que as acompanham (Adler-Bolton & Vierkant, 2022; Basaglia, 2010). A condição de estar doente, claramente, depende metafisicamente de uma base biológica e/ou psicológica (Conley & Glackin, 2021; Glackin, 2010, 2019), mas a categoria de doença é criada socialmente por arranjos socioeconômicos: “Ainda que a população excedente contenha aqueles que são deficientes, incapacitados, doentes, loucos, ou com doenças crônicas, a vulnerabilidade característica do excedente não é inerente à existência – isto é, não é qualquer doença, deficiência, ou característica patologizada que por si só torna o excedente vulnerável. Ao invés disso, sua vulnerabilidade é construída pelas operações do estado capitalista” (Adler-Bolton & Vierkant, 2022, p. 23). Essas operações transformam um dado estado biológico e/ou psicológico em um estado patológico – isso é, emprestam o conjunto de determinações sociais e políticas que definem a dimensão avaliativa da doença em uma sociedade capitalista.

Conclusão

Segundo Glackin (2019), afirmamos que, ainda que o que chamamos de “transtorno mental” seja metafisicamente dependente de uma base biológica e/ou psicológica, a dimensão avaliativa é inescapavelmente social. Assim, não é possível basear um juízo sobre o que é ou não um transtorno na estatística, na neurobiologia, ou na história evolutiva. Esses juízos são sempre já emaranhados na realidade sociocultural e política: “todo juízo de ‘disfunção’ médica ou psiquiátrica reflete nossa vontade ou relutância coletivas em tolerar e/ou acomodar as condições médicas ou psiquiátricas em questão” (Glackin, 2010, p. 7).

Isso não significa que os fatos científicos objetivos acerca dos transtornos – sua base biológica e psicopatológica, sua epidemiologia, seus determinantes sociais – sejam irrelevantes; entretanto, esses fatos não são suficientes para um juízo acerca do que é ou não um transtorno. As prioridades que são dadas por uma comunidade para os juízos avaliativos sempre são, a princípio, abertas a mudanças reflexivas, o que aponta para a importância da dimensão ético-política.

[D]oença, deficiência e loucura são categoricamente construções sociais que não se encaixam nos corpos aos quais esses rótulos são usados para demarcar como fardo. Mas não é que essas categorias não existam. A rejeição categórica desses rótulos, como praticada especialmente por alguns críticos da saúde e do capital em meados do século XX, também pode produzir uma rejeição categórica dos corpos que foram marcados dessa forma. Vimos movimentos sociais, ao refutar os estigmas que o capital impõe a essas biocertificações, de fato abandonarem as necessidades materiais do excedente em um ataque de zelo utópico, como se, pelo fato de o capital tê-las moldado, a simples afirmação de que elas não existem fosse, por si só, desfazer a violência do capital (Adler-Bolton & Vierkant, 2022, p. 208).

Isso não significa que a atribuição do que

seja um transtorno seja arbitrária ou relativa; de fato, o campo da saúde mental só tem a ganhar em pluralidade ao considerar as diferentes visões sobre o que é ou não seu objeto (Beresford, 2016; Glackin, 2010) – visões essas que, muitas vezes, são contraditórias entre si. A atuação em saúde mental deveria, sobretudo, esforçar-se por expandir a plasticidade dos indivíduos quando esses assim o desejam, e avançar o “jogo de contradições” basagliano. Parafraseando Franco Basaglia, a produção dos debates em torno da medicalização, da patologia, e do transtorno mental implica em “viver dialeticamente as contradições do real”:

Se essas contradições – ao invés de serem ignoradas ou descartadas programaticamente na tentativa de criar um mundo ideal [em que o *status* de doença é definido *a priori* por valores universais ou por referência à biologia] – são enfrentadas dialeticamente, [...] de modo a permitir compreender sua dinâmica interna, então [podemos avançar em uma concepção emancipadora de transtorno e de medicalização]. Mas a dialética só existe quando há mais de uma possibilidade, ou seja, uma alternativa (Basaglia, 2022, p. 307).

Para evitar a “armadilha Szasziana” de negar a materialidade dos processos psicopatológicos (Adler-Bolton & Vierkant, 2022; Aftab, 2016; Chapman, 2023), é preciso dialetizar propriamente esses processos, tomando sua dependência metafísica da psicobiologia como dada, mas, sobretudo, como parte de um processo que têm em sua dimensão normativa um importante fundamento de compromisso ético-político. Aprofundar esse debate, disputar espaços, e avançar o “jogo de contradições” parecer ser tarefa fundamental no momento.

Referências

- Adler-Bolton, B., & Vierkant, A. (2022). *Health Communism: A Surplus Manifesto*. Verso.
- Aftab, A. (2016). Mental Disorders and Naturalism. *American Journal of Psychiatry Residents' Journal*, 11, 10–12. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp-rj.2016.110304>
- Basaglia, F. (2010). *Escritos selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica* (P. Amarante, Org.; J. A. D. Melo, Trad.). Garamond.
- Basaglia, F. (2022). A liberdade comunitária como alternativa ao retrocesso institucional. *Libertas*, 22, 302–315. <https://doi.org/10.34019/1980-8518.2021.v21.38182>
- Beresford, P. (2016). The role of survivor knowledge in creating alternatives to psychiatry. Em J. Russo & A. Sweeney (Orgs.), *Searching for a rose garden: Challenging psychiatry, fostering Mad Studies* (p. 25–34). PCCS Books.
- Berrios, G. E. (2013). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*. Fondo de Cultura Económica.
- Bolton, D. (2008). *What is Mental Disorder?: An Essay in Philosophy, Science, and Values*. OUP Oxford.
- Boorse, C. (1976). What a Theory of Mental Health should be. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 6, 61–84. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5914.1976.tb00359.x>
- Boorse, C. (1977). Health as a Theoretical Concept. *Philosophy of Science*, 44, 542–573.
- Boorse, C. (1997). A Rebuttal on Health. Em J. M. Humber & R. F. Almeder (Orgs.), *What Is Disease?* (p. 1–134). Humana Press. https://doi.org/10.1007/978-1-59259-451-1_1
- Brüne, M. (2015). *Textbook of Evolutionary Psychiatry and Psychosomatic Medicine: The Origins of Psychopathology*. Oxford University Press.
- Canguilhem, G. (2009). *O Normal e o Patológico* (M. T. R. de C. Barrocas, Trad.; 6ª ed.). Forense Universitária. (Trabalho original publicado 1966)
- Chapman, R. (2023). *Empire of Normality: Neurodiversity and Capitalism* (1ª edição). Pluto Press.

- Conley, B. A., & Glackin, S. N. (2021). How to Be a Naturalist and a Social Constructivist about Diseases. *Philosophy of Medicine*, 2, 1–21. <https://doi.org/10.5195/pom.2021.18>
- Costa, A. M., & Vieira, N. A. (2013). Participação e controle social em saúde. In Fundação Oswaldo Cruz (Org.), *A saúde no Brasil em 2030: organização e gestão do sistema de saúde* (Vol. 3, p. 237–271). Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. <https://doi.org/10.7476/9788581100173>
- Diniz, D. (2007). *O que é deficiência*. Brasiliense.
- Drescher, J. (2015). Out of DSM: Depathologizing Homosexuality. *Behavioral Sciences*, 5, Artigo 4. <https://doi.org/10.3390/bs5040565>
- Dubrovsky, B. (2002). Evolutionary psychiatry. Adaptationist and nonadaptationist conceptualizations. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 26, 1–19. [https://doi.org/10.1016/S0278-5846\(01\)00243-3](https://doi.org/10.1016/S0278-5846(01)00243-3)
- Dunker, C. (2018). Crítica da razão diagnóstica: Por uma psicopatologia não-toda. Em V. Safatle & N. Silva Jr (Orgs.), *Patologias do social: Arqueologias do sofrimento psíquico* (pp. 317–351). Autêntica.
- Engelhardt Jr, H. T. (1996). *The Foundations of Bioethics*. Oxford University Press.
- Epstein, B. (2015). *The Ant Trap: Rebuilding the Foundations of the Social Sciences*. Oxford University Press.
- Ereshefsky, M. (2009). Defining ‘health’ and ‘disease’. *Studies in History and Philosophy of Science Part C*, 40, 221–227. <https://doi.org/10.1016/j.shpsc.2009.06.005>
- Ey, H., Bernard, P., & Brisset, C. H. (1996). *Tratado de psiquiatria* (8ª ed.). Masson. (Trabalho original publicado 1965)
- Faria Jr., A. J. P., Neris, A. R. M. de T., & Oliveira, I. P. de. (2018). Epigenética e Psicologia: Uma Possibilidade de Encontro entre o Social e o Biológico. *Revista Internacional em Língua Portuguesa*, 34, 15–36. <https://doi.org/10.31492/2184-2043.RILP2018.34/pp.15-36>
- Freitas-Silva, L. R., & Ortega, F. (2016). A determinação biológica dos transtornos mentais: Uma discussão a partir de teses neurocientíficas recentes. *Cadernos de Saúde Pública*, 32, e00168115. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00168115>
- Freitas-Silva, L. R., & Ortega, F. J. G. (2014). A epigenética como nova hipótese etiológica no campo psiquiátrico contemporâneo. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24, 765–786. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000300006>
- Fuchs, T. (2012). Are mental illnesses diseases of the brain? Em S. Choudhury & J. Slaby (Eds.), *Critical neuroscience: A handbook of the social and cultural contexts of neuroscience* (pp. 331–344). Blackwell Publishing Ltd.
- Fulford, K. W. M. (1989). *Moral Theory and Medical Practice*. Cambridge University Press.
- Fulford, K. W. M., & van Staden, C. W. (2013). Values-based practice: Topsy-turvy take-home messages from ordinary language philosophy. In K. W. M. Fulford, M. Davies, R. G. T. Gipps, G. Graham, J. Sadler, G. Stanghellini, & T. Thornton (Orgs.), *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry* (pp. 385–410). Oxford University Press.
- Gannon, L. (2002). A critique of evolutionary psychology. *Psychology, Evolution & Gender*, 4, 173–218. <https://doi.org/10.1080/1461666031000063665>
- Giroux, É. (2009). Définir objectivement la santé: Une évaluation du concept bio statistique de Boorse a partir de l'épidémiologie moderne. *Revue philosophique de la France et de l'étranger*, 134, 35–58. <https://doi.org/10.3917/rphi.091.0035>
- Glackin, S. N. (2010). Tolerance and Illness: The Politics of Medical and Psychiatric Classification. *Journal of Medicine and Philosophy*, 35, 449–465. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhq035>
- Glackin, S. N. (2019). Grounded Disease: Constructing the Social from the Biological in Medicine. *The Philosophical Quarterly*, 69(275), 258–276. <https://doi.org/10.1093/pq/pqy063>

- Godfrey, M., & Wistow, G. (1997). The user perspective on managing for health outcomes: The case of mental health. *Health & Social Care in the Community*, 5, 325–332. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.1997.tb00129.x>
- Goosens, W. K. (1980). Values, Health, and Medicine. *Philosophy of Science*, 47, 100–115. <https://doi.org/10.1086/288912>
- Graham, G. (2013). *The disorderd mind: An introduction of philosophy of mind and mental illness* (2^a ed.). Routledge.
- Grossi, G., Kelly, S., Nash, A., & Parameswaran, G. (2014). Challenging dangerous ideas: A multidisciplinary critique of evolutionary psychology. *Dialectical Anthropology*, 38, 281–285. <https://doi.org/10.1007/s10624-014-9358-x>
- Hacking, I. (1995). The looping effects of human kinds. Em D. Sperber, D. Premack, & A. J. Premack (Orgs.), *Causal cognition: A multidisciplinary debate* (pp. 351–394). Clarendon Press/Oxford University Press.
- Hacking, I. (1999). *The Social Construction of What?* Harvard University Press.
- Hacking, I. (2004). *Historical Ontology*. Harvard University Press.
- Hull, D. L. (1978). A Matter of Individuality. *Philosophy of Science*, 45, 335–360. <https://doi.org/10.1086/288811>
- Imaguire, G. (2022). Prioridade Metafísica. In R. Santos & P. Galvão (Orgs.), *Compêndio em Linha de Problemas de Filosofia Analítica* (pp. 1–25). Centro de Filosofia da Universidade de Lisboa. <https://doi.org/10.51427/cfi.2021.0096>
- Ingold, T. (2008). Tres en uno: Cómo disolver las distinciones entre cuerpo, mente y cultura. In T. Sánchez Criado (Org.), *Tecnogénesis: La construcción de las ecologías humanas* (Vol. 2, pp. 1–33). AIBR.
- Jefferson, A. (2024). *Are Mental Disorders Brain Disorders?* Routledge.
- Kendell, R. E. (1975). The concept of disease and its implications for psychiatry. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 127, 305–315. <https://doi.org/10.1192/bjp.127.4.305>
- Kendell, R. E., & Jablensky, A. (2003). Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, 160, 4–12. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.1.4>
- Kingma, E. (2013). Naturalist accounts of mental disorder. In K. W. M. Fulford, M. Davies, R. Gipps, G. Graham, J. Sadler, G. Stanghellini, & T. Thornton (Orgs.), *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry* (pp. 363–384). Oxford University Press.
- Kingma, E. (2014). Health and disease: Social constructivism as a combination of naturalism and normativism. In H. Carel & R. Cooper (Orgs.), *Health, illness & disease: Philosophical essays* (p. 268). Routledge.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. Basic Books.
- Kleinman, A. M. (1977). Depression, somatization and the “new cross-cultural psychiatry”. *Social Science & Medicine*, 11, 3–10. [https://doi.org/10.1016/0037-7856\(77\)90138-x](https://doi.org/10.1016/0037-7856(77)90138-x)
- Kukla, R. (2015). Medicalization, “Normal Function,” and the Definition of Health. In J. D. Arras, E. Fenton, & R. Kukla (Orgs.), *The Routledge Companion to Bioethics* (pp. 515–530). Routledge.
- Loughlin, M., & Miles, A. (2014). Psychiatry, objectivity, and realism about value. Em P. Zachar, D. St. Stoyanov, M. Aragona, & A. Jablensky (Orgs.), *Alternative perspectives on psychiatric validation: DSM, IDC, RDoC, and Beyond* (pp. 146–163). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199680733.003.0009>
- Luria, A. R. (1981). *Fundamentos de neuropsicologia* (R. J. Aranha, Trad.). Livros Técnicos e Científicos / EDUSP.
- Margolis, J. (1976). The Concept of Disease. *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*, 1, 238–255. <https://doi.org/10.1093/jmp/1.3.238>
- Maximino, C. (2023). Biocultural psychopathology as a new epistemology for mental disorders. *History of Psychiatry*, 0957154X231168080. <https://doi.org/10.1177/0957154X231168080>

- McGuire, M., & Troisi, A. (1998). *Darwinian Psychiatry*. Oxford University Press.
- McKinnon, S. (2021). *Genética neoliberal: Uma crítica antropológica da psicologia evolucionista* (H. do Amaral, Trad.). Ubu Editora.
- Méthot, P.-O. (2009). French epistemology overseas: Analyzing the influence of Georges Canguilhem in Québec. *Humana.Mente*, 9, 39–58.
- Murphy, D. (2012). *Psychiatry in the Scientific Image*. MIT Press.
- Murphy, D. (2014). Validity, realism, and normativity. Em P. Zachar, D. St. Stoyanov, M. Aragona, & A. Jablensky (Eds.), *Alternative Perspectives on Psychiatric Validation: DSM, IDC, RDoC, and Beyond* (pp. 60–75). Oxford University Press.
- Nesse, R. M. (1994). *Why We Get Sick: The New Science of Darwinian Medicine*. Times Books.
- Nesse, R. M. (2000). Is Depression an Adaptation? *Archives of General Psychiatry*, 57, 14–20. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.1.14>
- Nesse, R. M. (2023). Evolutionary psychiatry: Foundations, progress and challenges. *World Psychiatry*, 22(2), 177–202. <https://doi.org/10.1002/wps.21072>
- Nesse, R. M., & Ellsworth, P. C. (2009). Evolution, emotions, and emotional disorders. *American Psychologist*, 64, 129-139. <https://doi.org/10.1037/a0013503>
- Nordenfelt, L. (2003). On the evolutionary concept of health: Health as natural function. Em L. Nordenfelt & P.-E. Liss (Orgs.), *Dimensions of health and health promotion* (pp. 37–53). Rodopi.
- Nordenfelt, L. (2007). The concepts of health and illness revisited. *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 10, 5–10. <https://doi.org/10.1007/s11019-006-9017-3>
- Oliver, M. (2018). *Understanding Disability: From Theory to Practice*. Bloomsbury Publishing.
- Ortega, F. (2009). Deficiência, autismo e neurodiversidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14, 67–77. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100012>
- Ortega, F., & Vidal, F. (2019). *Somos nosso cérebro?: Neurociências, subjetividade, cultura* (A. Martins, Trad.; 1ª edição). N-1 Edições.
- Panksepp, J., & Panksepp, J. B. (2001). A continuing critique of evolutionary psychology: Sevens sins for seven sinners, plus or minus two. *Evolution and Cognition*, 7, 1–25.
- Papineau, D. (1994). Mental Disorder, Illness and Biological Disfunction. *Royal Institute of Philosophy Supplements*, 37, 73–82. <https://doi.org/10.1017/S135824610000998X>
- Patil, T., & Giordano, J. (2010). On the ontological assumptions of the medical model of psychiatry: Philosophical considerations and pragmatic tasks. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 5, 3. <https://doi.org/10.1186/1747-5341-5-3>
- Rawls, J. (2019). *Uma teoria da justiça*. Martins Fontes. (Trabalho original publicado 1977)
- Rose, D. (2008). Madness strikes back. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 18, 638–644. <https://doi.org/10.1002/casp.981>
- Russo, J., & Venâncio, A. T. A. (2006). Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, IX, 460-483.
- Sabbarton-Leary, N., Bortolotti, L., & Broome, M. R. (2014). Natural and para-natural kinds in psychiatry. In P. Zachar, D. St. Stoyanov, M. Aragona, & A. Jablensky (Eds.), *Alternative Perspectives on Psychiatric Validation: DSM, IDC, RDoC, and Beyond* (pp. 76–93). Oxford University Press.
- Saborido, C., & Zamora-Bonilla, J. (2024). Diseases as social problems. *Synthese*, 203, 56. <https://doi.org/10.1007/s11229-023-04468-w>
- Safatle, V. (2011). O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem. *Scientiae Studia*, 9, 11–27.
- Safatle, V. (2021). A economia é a continuação da psicologia por outros meios: Sofrimento psíquico e o neoliberalismo como economia moral. Em V. Safatle, N. Silva Jr, & C. Dunker (Eds.), *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico* (pp. 11–38). Autêntica.

- Scadding, J. G. (1990). The semantic problems of psychiatry. *Psychological Medicine*, 20, 243–248. <https://doi.org/10.1017/S0033291700017566>
- Sedgwick, P. (1982). *Psycho Politics: Laing, Foucault, Goffman, Szasz, and the Future of Mass Psychiatry*. Harper & Row.
- Sober, E. (1980). Evolution, Population Thinking, and Essentialism. *Philosophy of Science*, 47, 350–383. <https://doi.org/10.1086/288942>
- Sullivan, D., Palitsky, R., & Young, I. F. (2018). The role of cultural beliefs and existential motivation in suffering perceptions. In B. Rutjens & M. Brandt (Eds.), *Belief Systems and the Perception of Reality* (pp. 97–114). Routledge.
- Szasz, T. S. (1979). *O Mito da Doença Mental*. Zahar.
- Tambuyzer, E., Pieters, G., & Van Audenhove, C. (2014). Patient involvement in mental health care: One size does not fit all. *Health Expectations*, 17, 138–150. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2011.00743.x>
- Valla, V. V. (1998). Sobre a participação popular: Uma questão de perspectiva. *Cadernos de Saúde Pública*, 14, 7–18.
- Varga, S. (2012). Book review: The Disordered Mind: An Introduction to Philosophy of Mind and Mental Illness, by George Graham. *Mind*, 121, 1064–1068.
- Varga, S. (2015). *Naturalism, interpretation, and mental disorder*. Oxford University Press.
- Vasconcellos, S. J. L., & Gauer, G. J. C. (2004). A abordagem evolucionista do transtorno de personalidade anti-social. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 26, 78–85. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082004000100011>
- Veit, W. (2023). Two Kinds of Biological Normativity. *Teorema*, 42, 77–100.
- Wakefield, J. C. (1992). The concept of mental disorder. On the boundary between biological facts and social values. *The American Psychologist*, 47, 373–388. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.47.3.373>
- Wakefield, J. C. (2010). Misdiagnosing normality: Psychiatry's failure to address the problem of false positive diagnoses of mental disorder in a changing professional environment. *Journal of Mental Health*, 19, 337–351. <https://doi.org/10.3109/09638237.2010.492418>
- Wakefield, J. C. (2011). Darwin, functional explanation, and the philosophy of psychiatry. In P. R. Adriaens & A. De Block (Eds.), *Maladapting Minds: Philosophy, Psychiatry, and Evolutionary Theory* (p. 143–172). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199558667.003.0006>
- Willoughby, C. D. E. (2018). Running Away from Drapetomania: Samuel A. Cartwright, Medicine, and Race in the Antebellum South. *Journal of Southern History*, 84, 579–614.
- Wolff, R. P. (1977). *Understanding Rawls: A reconstruction and critique of A Theory of Justice*. Princeton University Press.
- Zorzaneli, R. T., Ortega, F., & Bezerra Júnior, B. (2014). Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19, 1859–1868. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.03612013>