

DA MELANCOLIA AO BURNOUT: UMA ANÁLISE SOBRE A CONSTRUÇÃO SOCIAL DO SOFRIMENTO PSÍQUICO

FROM MELANCHOLY TO BURNOUT: AN ANALYSIS OF THE SOCIAL CONSTRUCTION OF PSYCHOLOGICAL SUFFERING

DE LA MELANCOLÍA AL BURNOUT: UN ANÁLISIS SOBRE LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL SUFRIMIENTO PSÍQUICO

Heittor Luís Alves de Oliveira¹
Allyne Evellyn Freitas Gomes²

RESUMO: Este artigo analisa a construção social das categorias diagnósticas do sofrimento psíquico, traçando a trajetória da melancolia ao burnout. Objetiva-se demonstrar que tais categorias não são neutras, mas construções sócio-históricas moldadas por relações de poder e contextos culturais. Mediante pesquisa documental qualitativa e abordagem genealógica foucaultiana, analisam-se manuais diagnósticos (DSM e CID) e críticas à medicalização. Os resultados evidenciam um processo de individualização do sofrimento, no qual mal-estares coletivos são transformados em patologias individuais, como na redefinição do burnout como falha de gestão. Conclui-se pela necessidade de uma prática psicológica reflexiva, que reconheça o caráter construído dos diagnósticos e promova uma escuta contextualizada e política da dor.

Palavras-chave: Sofrimento Psíquico. Medicalização. Genealogia.

ABSTRACT: This article analyzes the social construction of diagnostic categories of psychological suffering, tracing the trajectory from melancholy to burnout. It aims to demonstrate that such categories are not neutral, but socio-historical constructions shaped by power relations and cultural contexts. Through qualitative documentary research and a Foucauldian genealogical approach, diagnostic manuals (DSM and ICD) and critiques of medicalization are analyzed. The results reveal a process of individualization of suffering, in which collective malaise is transformed into individual pathologies, as in the redefinition of burnout as a management failure. It concludes by advocating for a reflexive psychological practice that recognizes the constructed nature of diagnoses and promotes a contextualized and political listening to pain.

Keywords: Psychological Suffering. Medicalization. Genealogy.

RESUMEN: Este artículo analiza la construcción social de las categorías diagnósticas del sufrimiento psíquico, trazando la trayectoria de la melancolía al burnout. Se pretende demostrar que dichas categorías no son neutras, sino construcciones sociohistóricas moldeadas por relaciones de poder y contextos culturales. Mediante investigación documental cualitativa y un enfoque genealógico foucaultiano, se analizan manuales diagnósticos (DSM y CIE) y críticas a la medicalización. Los resultados evidencian un proceso de individualización del sufrimiento, en el cual malestares colectivos se transforman en patologías individuales, como en la redefinición del burnout como fallo de gestión. Se concluye abogando por una práctica psicológica reflexiva que reconozca el carácter construido de los diagnósticos y promueva una escucha contextualizada y política del dolor.

Palabras clave: Sufrimiento Psíquico. Medicalización. Genealogía.

¹ Mestrando em Psicologia no Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGP) da Christian Business School – CBS.

² Psicóloga e Docente do Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGP) da Christian Business School – CBS.

INTRODUÇÃO

Talvez vivemos um paradoxo característico de nosso tempo, isso por que, enquanto avanços tecnológicos prometiam uma vida menos árdua, testemunhamos uma epidemia declarada de sofrimento psíquico. Termos como *burnout*³, ansiedade generalizada e depressão saíram dos manuais especializados e invadiram o vocabulário cotidiano, se tornando lentes principais pelas quais interpretamos nosso cansaço, nossa inquietação e nosso desencanto. Este fenômeno, porém, não se esgota em sua dimensão epidemiológica, mas nos coloca diante de uma questão profunda e perturbadora, a qual guia esta investigação: até que ponto essas categorias que nomeiam nosso mal-estar (como *burnout*, ansiedade, depressão) são espelhos neutros de uma realidade biológica, e até que ponto são molduras históricas que dão forma específica à nossa experiência de sofrer?

Esta indagação não é nova, mas ganha urgência radical no contexto atual, visto que, ao observar a rápida ascensão do *burnout* à condição de diagnóstico oficial na Classificação Internacional de Doenças (CID-11) ou a expansão constante dos critérios para transtornos de ansiedade no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), somos forçados a ir além da aceitação passiva. É necessário investigar, afinal, o que está em jogo quando um esgotamento profundamente ligado à organização do trabalho é convertido em uma síndrome classificável? Que visão de ser humano e de sociedade está implícito a um sistema que fragmenta o mal-estar em centenas de diagnósticos específicos, focados predominantemente no indivíduo?

É nesse contexto instável e fascinante que esta investigação se insere. Nosso objetivo central é empreender uma análise documental crítica para argumentar que as principais categorias de sofrimento psíquico na contemporaneidade são, antes de tudo, conceitos sócio-históricos. Isso significa que essas categorias não foram simplesmente “descobertas” pela ciência, mas foram lentamente constituídas, definidas e legitimadas em união com valores culturais, necessidades econômicas e relações de poder específicas de cada época. Não se trata, evidentemente, de negar a realidade da dor psicológica, que é profunda e verdadeira para quem a vive, mas trata-se de compreender como a linguagem diagnóstica disponível para descrevê-la traz consigo uma carga de pressupostos que organizam e limitam nossa compreensão do problema.

³ O *burnout* pode ser compreendido como um esgotamento profissional, uma exaustão física, mental e emocional em decorrência de estresse na profissão. O termo foi cunhado pelo psicanalista alemão Herbert Freudenberger na década de 1970.

2

Para trilhar esse caminho, nos valem de uma metodologia genealógica e crítica, inspirada no trabalho de teóricos como Foucault (1979). O material de análise será puramente documental, composto por três pilares: (1) os próprios manuais diagnósticos (DSM e CID), em suas edições atuais e em comparação com textos históricos sobre a “melancolia” ou o “esgotamento”; (2) trabalhos científicos que estabeleceram conceitos-chave, como por exemplo, que trate sobre o “estresse”; e (3) documentos de conselhos profissionais e manifestos de entidades que criticam o processo de medicalização. Por meio da análise atenta e contextualizada desses documentos, buscaremos desconstruir conceitos que parecem óbvios, expondo suas possibilidades e implicações.

A relevância desta investigação para o campo da psicologia, e para as ciências humanas de modo mais amplo, é direta e crucial, pois toca no cerne de como as sociedades produzem conhecimento sobre si mesmas e sobre o sofrimento que as atravessa, e ao desvendar os fios históricos e sociais que tecem as categorias diagnósticas, este estudo busca contribuir para uma postura mais reflexiva no manuseio desses conceitos. A análise aponta para a necessidade de que o uso de tais categorias, tanto na pesquisa quanto nas práticas institucionais, seja acompanhado de uma consciência crítica sobre seu caráter construído. Em última instância, esta é uma discussão sobre como o saber científico pode, ao tentar isolar e tratar a dor individual, inadvertidamente ofuscar as suas raízes coletivas e estruturais, deslocando a responsabilidade do social para o individual.

6960

A GENEALOGIA COMO MÉTODO

Para empreender a desnaturalização das categorias que nomeiam o sofrimento psíquico na contemporaneidade, nos apoiamos em uma abordagem teórico-metodológica precisa e poderosa: a genealogia, tal como concebida e praticada pelo filósofo e historiador francês Foucault. Se afastando de uma história tradicional que buscava uma origem pura e linear dos conceitos, a genealogia foucaultiana propõe um deslocamento radical do olhar, até por que seu objetivo não é encontrar um ponto de nascimento glorioso ou uma essência imutável, mas sim rastrear a “proveniência” e a “emergência” dos fenômenos.

Em sua obra, “Nietzsche, a genealogia e a história” (1979), Foucault esclarece essa distinção crucial em que, a proveniência se refere aos “antecedentes imediatos”, aos acúmulos, às marcas quase imperceptíveis que se inscrevem em um corpo, em uma instituição ou em um conceito ao longo do tempo. É a pesquisa minuciosa das “inúmeras marcas ínfimas” que compõem uma coisa, revelando-a não como uma unidade, mas como um manuscrito de forças

heterogêneas. Já a emergência designa o momento de “erupção das forças”, o ponto de conjunção em que uma luta de forças se estabiliza temporariamente em uma forma, em uma regra, em um conceito que se impõe e, a emergência é, portanto, o instante da tomada de posse por uma força que consegue, momentaneamente, dominar outras e cristalizar-se em um poder.

Aplicar essa lente ao objeto deste estudo que é a transição histórica de noções como a “melancolia” para entidades nosográficas⁴ como o “*burnout*” ou o “transtorno de ansiedade”, implica abandonar a narrativa de um progresso científico contínuo que teria simplesmente descoberto a verdade objetiva desses estados. Em vez disso, a genealogia nos convida a investigar em que condições específicas, em meio a quais disputas de saber e de poder, certas experiências humanas passaram a ser descritas, classificadas e geridas de uma maneira particular. Foucault, em sua obra inaugural “História da Loucura na Idade Clássica” (1961/2013), já demonstrava como a própria noção de loucura não é uma constante transcultural, mas uma experiência cujo significado e estatuto social se transformam radicalmente de uma época para outra. Ele argumenta que o “grande internamento” do século XVII não foi um ato médico, mas um gesto sociomoral que criou uma nova categoria de exclusão. Da mesma forma, podemos perguntar, que “grande reclassificação” ocorreu nos séculos XIX e XX para que a tristeza profunda, a apatia ou o esgotamento deixassem de ser vistos predominantemente como questões morais, espirituais ou de caráter, para se tornarem objetos privilegiados da medicina e, posteriormente, da psicologia?

6961

A noção de “regime de verdade”, central no pensamento de Foucault, é fundamental aqui, pois, uma vez ele afirmou que, “cada sociedade tem seu regime de verdade, sua “política geral” da verdade: isto é, os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir enunciados verdadeiros e falsos” (Foucault, 1979, p. 8). Os manuais diagnósticos, como o DSM (da *American Psychiatric Association*) e a CID (da Organização Mundial da Saúde), são, neste sentido, poderosas instâncias produtoras de verdade no regime contemporâneo, não se limitam a refletir uma realidade pré-existente, eles a constituem ao delimitar fronteiras, ao estabelecer critérios operacionais e ao conferir autoridade a um determinado tipo de discurso, o discurso psiquiátrico e psicológico positivista. A genealogia, então, busca desmontar essa pretensa objetividade, mostrando que os diagnósticos são “eventos discursivos”, e emergem em um campo de forças

⁴ Classificação e descrição metódica das doenças.

onde saberes (da medicina, da psicologia, da economia) e poderes (de normalização, de controle social, de gestão da força de trabalho) se cruzam.

Tomemos o caso emblemático da “melancolia” que até o século XIX, e mesmo antes, ela era entendida dentro de um quadro referencial completamente distinto do atual. Na tradição hipocrático-galênica⁵, que perdurou por séculos, a melancolia era um desequilíbrio dos humores, especificamente um excesso de “bílis negra”, este desregramento físico estava, no entanto, intrinsecamente ligado a um temperamento e, por extensão, a uma condição quase ontológica do indivíduo.

O melancólico era aquele de gênio sombrio, propenso à introspecção, à genialidade, mas também à inação e ao tédio. Na famosa análise de Robert Burton em “A Anatomia da Melancolia” (1621/2011), o tema é tratado como uma condição universal da humanidade, com ramificações religiosas, amorosas e políticas, era um estado do ser, uma coloração da alma, e não um “transtorno” no sentido médico contemporâneo. Ainda no século XIX, mesmo com o advento da psiquiatria asilar, a melancolia mantinha fortes conotações morais. O psiquiatra francês Jean-Étienne Esquirol, em suas “Memórias sobre a Loucura” (1838/2016), já a descrevia com mais rigor clínico, mas a associava a causas como “paixões tristes”, “remorsos” e “meditações profundas”, havia, portanto, uma imbricação entre o físico, o moral e o social na compreensão desse sofrimento, que não era visto como uma disfunção isolada em um sistema neuroquímico ou cognitivo.

6962

A emergência do conceito de “neurastenia”⁶ no final do século XIX, popularizado pelo médico norte-americano George Miller Beard, marca um ponto de viagem crucial nessa genealogia. Beard (1881) atribuiu a condição ao esgotamento do “sistema nervoso” devido às exigências da vida moderna civilizada, e pela primeira vez, vemos uma conexão explícita e causal sendo estabelecida entre um mal-estar psíquico e o ritmo e as tecnologias da sociedade industrial. A neurastenia funcionou como uma espécie de conceito-ponte, ainda carregava resquícios da noção de um temperamento nervoso hereditário (a proveniência), mas já apontava para fatores ambientais e sociais externos como desencadeadores (a emergência de um novo tipo de explicação), era uma doença da civilização, um preço a pagar pelo progresso. Essa externalização da causa, porém, não foi completa, o foco permanecia no “sistema nervoso” do

⁵ Trad. médica antiga baseada na teoria dos quatro humores (sangue, fleuma, bílis amarela, bílis negra).

⁶ Transtorno psicológico caracterizado por exaustão física e mental, fraqueza, nervosismo, sensibilidade aumentada, entre outros sintomas.

indivíduo, considerado mais frágil ou predisposto, mantendo a patologia no corpo do doente, ainda que sua sociedade fosse a gatilho (Beard, 1881).

O século XX assistiu a um processo duplo: a lenta decomposição da neurastenia como diagnóstico e a ascensão de duas poderosas linhas de força que remodelariam completamente o campo. A primeira foi a psicanálise freudiana, que internalizou ainda mais o conflito, deslocando-o para um teatro intrapsíquico de pulsões e recalques. A segunda, e decisiva para o modelo atual, foi a biologização⁷ e a operacionalização do sofrimento psíquico, que encontraram seu instrumento máximo no DSM. Haja visto que, a publicação do DSM-III em 1980 é frequentemente apontada como um evento de emergência paradigmática, sob a liderança de Robert Spitzer, ele rompeu deliberadamente com as teorias etiológicas (como as psicanalíticas) e adotou um modelo “ateórico” baseado em sintomas observáveis e critérios operacionais, pois, o objetivo era garantir uma confiabilidade diagnóstica, uma linguagem comum para pesquisadores e clínicos (Dalgalarondo, 2019).

No entanto, como demonstram Horwitz e Wakefield (2010), essa operacionalização trouxe uma consequência não intencional, a descontextualização radical do sofrimento. Ao listar conjuntos de sintomas como: humor deprimido, perda de interesse, alterações no sono e no apetite, e exigir que um número mínimo deles esteja presente por um período específico, o manual criou uma fronteira arbitrária entre a “tristeza normal” e a “depressão maior”, o contexto vital que dá sentido à tristeza, um luto, uma perda de emprego, uma desilusão amorosa, é sistematicamente colocado entre parênteses no ato do diagnóstico.

É neste solo preparado pela revolução do DSM-III que conceitos como o “*burnout*” finalmente encontram seu lugar de emergência. Apesar de suas raízes populares e trabalhistas, a trajetória do *burnout* segue um caminho familiar de medicalização, as pesquisas da psicóloga social Christina Maslach na década de 1970, focadas em profissionais de serviços humanos, identificaram uma síndrome com três dimensões: exaustão emocional, despersonalização (cinismo) e redução da realização pessoal. Maslach e Leiter (1997, p. 44) sempre enfatizaram a dimensão contextual, definindo o *burnout* como um “descompasso crônico entre o trabalhador e o seu trabalho”. No entanto, ao ser capturado pelo discurso médico-psicológico oficial, o risco é que essa dimensão relacional e estrutural se perca, já que, a inclusão do *burnout* na CID-11, no capítulo “Fatores que influenciam o estado de saúde”, e não como doença mental propriamente dita, é um reflexo dessa tensão. A descrição oficial o define como “[...] uma síndrome

⁷ Ato de tratar ou explicar fenômenos de forma estritamente biológica, desconsiderando fatores sociais, culturais, históricos ou psicológicos.

conceituada como resultante do estresse crônico no local de trabalho que não foi gerido com sucesso” (OMS, 2022, n.p).

A linguagem é reveladora, o problema final é a “gestão” malsucedida do estresse. O foco, mais uma vez, recai sobre uma falha no nível do indivíduo (ou, no máximo, da gestão local), e não sobre a organização patogênica do trabalho em si, a precarização, a intensificação, a demanda por disponibilidade constante, a erosão dos direitos. A genealogia nos mostra, assim, como um conceito nascido para criticar as condições de trabalho pode ser reformatado pelo regime de verdade médico-psicológico para se adequar ao seu modelo individualizante.

Nesse sentido, o que a genealogia foucaultiana, portanto, oferece para esta investigação é um antídoto contra a ingenuidade. Ela ensina a ler os diagnósticos não como etiquetas neutras, mas como estratégias discursivas que produzem efeitos reais, as quais produzem subjetividades; ao se identificar como “portador de burnout” ou de “transtorno de ansiedade”, o sujeito incorpora uma narrativa específica sobre sua experiência, uma narrativa que orienta suas ações e expectativas (procurar terapia, tomar medicação, se ausentar do trabalho). Elas também produzem campos de intervenção, como: delimitar onde e como psicólogos, médicos e gestores devem atuar, e, sobretudo, elas operam uma função política de normalização. Ao transformar o sofrimento gerado por contradições sociais (a demanda contraditória por ser produtivo e realizar-se, por exemplo) em patologias individuais, o discurso diagnóstico desarma a crítica política.

6964

Assim, a solução deixa de ser a transformação das estruturas e passa a ser o fortalecimento da resiliência, a terapia cognitivo-comportamental para modificar pensamentos disfuncionais, ou a medicação para regular neurotransmissores. A dor coletiva é fragmentada em milhões de casos individuais a serem tratados. Foucault, em “O Nascimento da Clínica” (1963/2011), já havia descrito como a medicina moderna, ao centrar-se no corpo individual doente, fez “desaparecer” o sujeito coletivo da epidemia, um processo análogo parece ocorrer hoje com a psicopatologia.

Deste modo, adotar o método genealógico não é um exercício de puro academicismo, talvez seja uma ferramenta de revelação. Pois, ao seguir a proveniência e a emergência dos conceitos que nomeiam nossa dor, conseguimos vislumbrar as forças que nos constituem. Conseguimos perguntar, como Foucault nos instiga a fazer, que jogo de poder está em ação quando determinamos que um certo comportamento ou experiência é um “sintoma”? Que regime de verdade estamos sustentando ao aceitar sem crítica os critérios diagnósticos hegemônicos? A genealogia não fornece respostas fáceis, mas abre um espaço indispensável de

interrogação. Ela nos permite voltar ao nosso ponto de partida, a explosão contemporânea de diagnósticos como *burnout* e ansiedade, e vê-lo não como um destino inevitável, mas como o resultado provisório de uma longa e complexa história de lutas pela definição da verdade sobre o sofrimento humano. É a partir desse solo desestabilizado e crítico que podemos então avançar para uma análise concreta dos documentos que materializam esse regime de verdade em nossa época.

A CRÍTICA DA MEDICALIZAÇÃO E DA PSICOLOGIZAÇÃO

O processo de medicalização emerge na sociologia da saúde como um conceito-chave para decifrar uma das transformações mais silenciosas e abrangentes do mundo contemporâneo: a lenta, mas inexorável, transformação de experiências humanas fundamentais, como o nascimento, o envelhecimento, a tristeza, a timidez ou a inquietação, em “coisas médicas”, tuteladas pelo saber e pelo poder da medicina (Azevedo, 2022).

Este fenômeno, de natureza eminentemente sociocultural, não se limita a um deslocamento semântico. Ele opera uma verdadeira “expropriação da saúde”, para usar a expressão cunhada pelo austríaco Ivan Illich, na qual as pessoas são progressivamente afastadas das informações e decisões sobre o próprio corpo e a própria existência, delegando a uma instância técnica externa a autoridade sobre o que é normal, patológico e tratável (Azevedo, 2022; Illich, 1975).

No entanto, a análise não pode parar nos limites da clínica médica, é necessário estender o olhar para um desdobramento igualmente poderoso e sutil: a psicologização. Este é o processo pelo qual a linguagem, a lógica explicativa e as ferramentas de intervenção da psicologia expandem-se para domínios tradicionalmente alheios a ela (a vida social, o mundo do trabalho, a esfera íntima e os dilemas existenciais). O efeito dessa expansão é a conversão sistemática de desafios coletivos, contradições políticas e sofrimentos com significado filosófico em défices individuais de habilidades, problemas de “gestão do estresse”, falta de “resiliência” ou baixa “inteligência emocional”. Analisar criticamente a medicalização e a psicologização significa, portanto, empreender uma arqueologia do poder sobre a vida, questionando os mecanismos que transformam o mal-estar com o mundo em patologia localizada no indivíduo, esvaziando-o de sua potência política e coletiva.

A genealogia do conceito de medicalização nos remete a um conjunto seminal de pensadores da segunda metade do século XX, tais como: Irving Zola, Ivan Illich, Peter Conrad e Michel Foucault, os quais são pilares fundamentais para a compreensão desse fenômeno como

uma tecnologia de poder e normalização, e não como um simples avanço benigno da ciência (Azevedo, 2022). Illich (1975), foi um dos primeiros a lançar um alerta profético e radical. Para ele, a medicalização representava uma forma de “iatrogênese⁸ social”, um dano produzido pelo próprio sistema que prometia cura. Assim, a medicina, ao se expandir além de seus limites legítimos, não apenas tratava doenças, mas criava uma nova dependência, roubando das pessoas a autonomia para lidar com a dor, o envelhecimento e a morte.

Ele ainda argumenta que, esse processo atinge um ápice perverso na “cultural iatrogênese”, onde a própria capacidade de enfrentar a vulnerabilidade humana é medicalizada e, portanto, aniquilada. Sua análise é um marco por demonstrar como um sistema aparentemente dedicado ao bem-estar pode se tornar estruturalmente patogênico, e de forma de forma lapidar, declara: “O estabelecimento médico tornou-se uma grande ameaça à saúde” (Illich, 1975).

Sem dúvidas esta afirmação, que soou como uma heresia em seu tempo, estabeleceu o tom crítico necessário para desnaturalizar a autoridade médica absoluta.

A iatrogênese clínica é o ferimento feito aos pacientes por tratamentos ineficazes, tóxicos e inseguros. A iatrogênese social resulta da medicalização da vida. Mais e mais problemas são vistos como passíveis de intervenção médica. As empresas farmacêuticas desenvolvem tratamentos caros para não-doenças. A iatrogênese cultural é a destruição das maneiras tradicionais de lidar e dar sentido à morte, à dor e à doença. [...] A imagem da morte de uma sociedade, revela o nível de independência de seu povo, seu relacionamento pessoal, autoconfiança e vitalidade (Illich, 1975, p. 11-12, tradução nossa).

6966

Se Illich focou na crítica filosófica e civilizatória à medicina, Peter Conrad trouxe a análise para o terreno empírico e sociológico, mapeando meticulosamente os “motores” da medicalização ao longo de mais de três décadas de pesquisa. Conrad (2007) demonstra como, nas últimas décadas, o que era considerado “normal”, como a baixa estatura, a inquietação infantil (transformada em TDAH adulto), a disfunção erétil ou a ansiedade social, foi sistematicamente redefinido como “transtorno tratável”. Os estudos de Conrad (2007) são cruciais por identificar uma mudança de paradigma nos agentes promotores da medicalização, pois, enquanto no passado os médicos eram os principais “porta-vozes” desse processo, Conrad observa que, no cenário contemporâneo, a indústria farmacêutica e biotecnológica, as companhias de seguros e, de forma intrigante, os próprios pacientes na posição de consumidores, tornaram-se as forças dominantes.

⁸ Dano causado ao paciente pela própria medicina, transformando o agente de cura em “adoecedor”.

Para Birrer e Tokuda (2017) esta observação é fundamental para entender a dinâmica atual, a medicalização não é mais imposta de cima para baixo por uma autoridade médica incontestável, mas é frequentemente demandada de baixo para cima, alimentada por uma cultura obcecada pelo bem-estar, pela perfeição e pela anulação de qualquer desconforto. A mídia e a internet, como apontam análises mais recentes, atuam como amplificadores poderosos deste processo, criando um ciclo em que a divulgação de informações (e desinformações) sobre “transtornos” gera demanda por diagnóstico e tratamento, que por sua vez alimenta mais divulgação.

É neste ponto que a crítica à medicalização precisa ser estendida e aprofundada para abarcar o fenômeno da psicologização. Visto que, se a medicalização transforma questões da vida em “coisas médicas”, a psicologização as transforma em “coisas psicológicas”. Se trata de uma expansão imperialista de um vocabulário e de uma lógica particular, frequentemente de base cognitivo-comportamental e orientada para a performance, para esferas da existência que são, em sua essência, morais, políticas, econômicas e filosóficas.

A sociologia da saúde e a psicologia crítica nos ajudam a enxergar como a linguagem psicológica tornou-se a nova língua franca para falar do mal-estar na civilização. No entanto, essa tradução quase sempre implica em uma redução e em um deslocamento, e, o esgotamento profundo gerado por condições precárias de trabalho, pela intensificação das demandas e pela erosão dos laços sociais deixa de ser um sintoma de uma patologia social para se tornar “*burnout*”, uma síndrome a ser gerenciada individualmente por meio de terapia e, por vezes, medicação. Além disso, a angústia política diante de um mundo em colapso ecológico e em crescente desigualdade é reconvertida em “ansiedade generalizada”, um desregulamento neuroquímico a ser corrigido. A tristeza profunda e legítima diante de perdas e do vazio de sentido na pós-modernidade é diagnosticada como “depressão maior”, esvaziando-a de seu conteúdo existencial.

Martínez (2023), considera que, este movimento possui consequências éticas e políticas profundas, considerando que ao psicologizar um conflito, retira-se dele sua dimensão coletiva e sua potência transformadora. O sofrimento deixa de ser um sinal de que algo está fundamentalmente errado no mundo ao redor para se tornar uma evidência de que algo está errado dentro do indivíduo, e a solução, portanto, não é a mudança social, a ação política ou a reflexão filosófica, mas o ajuste interno, a adaptação e o aumento da resiliência. Como observado em análises contemporâneas, vivemos em uma “cultura das drogas” (psicofármacos) e das “respostas-remédio”, onde a busca é por uma redução drástica e imediata de qualquer mal-

estar, em detrimento de perspectivas que levem em conta a historicidade existencial, o sentido do sintoma e seus atravessamentos sociais, culturais e econômicos.

A psicanálise, em seu contraponto a essa cultura, insiste justamente na importância do sintoma como uma formação de compromisso, uma mensagem cifrada do inconsciente que merece ser interpretada, e não simplesmente erradicada. A psicologização, ao contrário, promove o que podemos chamar de “higienização da experiência humana”, onde tudo que é negativo, doloroso, conflituoso ou improdutivo deve ser rapidamente identificado, categorizado e tratado (Azevedo, 2022).

O caso do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um exemplo paradigmático da interseção entre medicalização e psicologização, analisado por Conrad (2007, p. 29), o qual destaca que, em outras épocas o que poderia ser entendido como “energia infantil, inquietação ou simplesmente um temperamento mais vivo”, e que em um contexto social diferente (com outras demandas escolares e familiares) poderia não ser problemático, foi progressivamente transformado em um transtorno neurológico. Essa transformação não é neutra, ela desloca a questão do plano pedagógico, social e familiar (que tipo de criança nossas escolas e nossa sociedade estão produzindo?) para o plano médico-individual (que desequilíbrio químico esta criança possui?). A solução, conseqüentemente, também se desloca: em vez de se repensar modelos educacionais ou ritmos de vida, medica-se a criança. Conrad (2007) demonstra como esse diagnóstico, inicialmente restrito à infância, expandiu-se para a vida adulta, criando um novo mercado e uma nova identidade patologizada para a dispersão e a procrastinação, processos semelhantes podem ser observados na transformação da timidez em “fobia social”, do luto prolongado em “transtorno depressivo persistente”, ou da insatisfação com padrões estéticos irreais em “dismorfia corporal”.

Segundo Birrer e Tokuda (2017),

A indústria farmacêutica tem a ganhar com o movimento de medicalização e, portanto, tem sido uma das principais forças motrizes por trás dele. As empresas farmacêuticas apoiam pesquisas para provar que seus medicamentos funcionam no “tratamento” dessas “condições” e no alívio do sofrimento que elas causam. [...] Um olhar em qualquer revista médica prova esse ponto. Nas divulgações dos autores, frequentemente se encontram contribuições das mesmas empresas cujos produtos constituem o objeto da pesquisa. A esse respeito, estudos positivos são altamente desejáveis, mas mesmo os negativos são bem-vindos, desde que o distúrbio estudado mantenha a designação de condição médica, pois isso estimulará mais pesquisas e levará a novas publicações. Os anúncios comerciais são pagos pelos fabricantes de medicamentos e frequentemente estrelam celebridades conhecidas ou médicos reais que podem ou não ter estado envolvidos na pesquisa e cuja presença aumenta a credibilidade (Birrer; Tokuda, 2017, p. 2-3, tradução nossa).

A psicologização, portanto, atua como um poderoso mecanismo de governamentalidade neoliberal, termo foucaultiano que designa as técnicas pelas quais os indivíduos são conduzidos a governar a si mesmos em alinhamento com os objetivos do Estado e do mercado. Em uma sociedade que valoriza acima de tudo a produtividade, a flexibilidade, a positividade e a autogestão emocional, a psicologia (em certas de suas vertentes mais instrumentalizadas) oferece o kit de ferramentas para que o sujeito se torne o empresário de si mesmo. O imperativo não é mais apenas “conhece-te a ti mesmo”, mas “otimize-se a si mesmo”, “gerencie seus recursos emocionais”, “maximize sua resiliência”, mas, qualquer falha neste projeto de auto-otimização contínua é passível de ser lida como uma deficiência psicológica.

Dessa forma, a crítica social é neutralizada antes mesmo de nascer, a raiva contra injustiças torna-se um problema de “regulação emocional”, a exaustão por trabalhar em três empregos precários, por exemplo, torna-se uma questão de “falta de habilidades cognitivas e comportamentais”, e a apatia política é tratada como “desânimo” ou “fadiga por compaixão”. A psicologização, nesse sentido, cumpre uma função ideológica crucial, ela naturaliza a ordem social existente ao colocar a responsabilidade pelo bem-estar e pelo sucesso (ou pelo mal-estar e pelo fracasso) inteiramente nos ombros do indivíduo.

Para Azevedo (2022), é preciso, contudo, evitar uma leitura simplista que demonize a psicologia ou a medicalização em bloco. A medicalização de certas condições trouxe alívio real e legitimidade para sofrimentos antes estigmatizados ou ignorados, o perigo está na lógica expansiva e totalizante que essas perspectivas podem adquirir, quando desacompanhadas de uma reflexão crítica sobre seus limites e seus efeitos colaterais sociais. O desafio, então, é discernir quando o discurso psicológico ou médico é emancipatório, ao oferecer linguagem e recursos para lidar com um sofrimento genuíno, e quando é opressivo, ao patologizar a experiência humana normal e ao dessolidarizar os indivíduos, convertendo problemas comuns em patologias privadas. 6969

A psicanálise, por exemplo, se apresenta como um contraponto dentro do próprio campo, ao se recusar a reduzir o sujeito a um conjunto de sintomas ou a um cérebro desregulado, insistindo na singularidade da história de cada um e na dimensão desestabilizadora do inconsciente, da mesma forma, abordagens como a psicologia comunitária ou a saúde coletiva buscam reinscrever o sofrimento no contexto das relações sociais e do território, promovendo uma leitura política da clínica.

Vemos, assim, a “memeficação” da psiquiatria e a “trendificação” de transtornos mentais, cujas raízes se alicerçam na tríade patologização, medicalização e mercantilização da existência. [...] O contraponto clínico oferecido a esse fenômeno, especialmente o contraponto psicanalítico, inscreve-se, sobretudo, na esfera do cuidado, a escuta do sujeito em sua singularidade, sem prescindir jamais do coletivo que o atravessa, constitui e integra, nas estruturas inconscientes cujos alicerces são arraigados profundamente na trama social (Azevedo, 2022, p. 1-3).

Em última análise, a crítica da medicalização e da psicologização é um convite a uma restauração da complexidade, é um apelo para que não abandonemos as linguagens da filosofia, da sociologia, da arte e da política em favor de um reducionismo biopsicológico, é um lembrete de que a vida humana é intrinsecamente marcada por conflitos, perdas, tédios, angústias e buscas de sentido que não são, em si, doenças, eles são a matéria-prima da condição humana. A medicalização e a psicologização, quando tornadas hegemônicas, nos roubam a capacidade de habitar essa complexidade de forma plena e autônoma, oferecendo em troca a promessa enganosa de uma vida sem atritos, perfeitamente ajustada e farmacologicamente otimizada.

Recuperar a saúde, no sentido mais amplo que Illich preconizava, talvez signifique justamente recuperar o direito de ser frágil, de não estar sempre bem, de sofrer sem precisar de um diagnóstico, e de transformar o sofrimento coletivo em ação política, e não apenas em demanda por terapia. Como conclui Martínez (2023) em seu estudo, “a filosofia e a psicologia possuem ferramentas de desenvolvimento pessoal que podem ajudar pessoas sem problemas psiquiátricos” significativos a enfrentar os problemas da existência com autogoverno, sem necessariamente recorrer à medicalização de suas emoções. O caminho para o bem-estar genuíno pode não passar pela eliminação do sofrimento, mas pelo cultivo da coragem para vivê-lo e transcendê-lo, individual e coletivamente, em sua dimensão integralmente humana.

6970

A PSICOLOGIA CRÍTICA E A CONTEXTUALIZAÇÃO DO SOFRIMENTO

Para compreender o sofrimento humano, é preciso refletir para além do indivíduo. Em uma época dominada por uma lógica que localiza a causa dos problemas exclusivamente no interior do sujeito, seja em seus neurotransmissores, em seus pensamentos “disfuncionais” ou em suas supostas falhas de caráter, a psicologia crítica e a psicologia social comunitária emergem como contrapontos essenciais. Para tanto, essas vertentes teóricas não se propõem a adicionar mais um conjunto de técnicas ao repertório clínico, mas sim a promover uma inflexão radical na forma de pensar a própria psicologia e seu papel na sociedade, elas recusam a internalização exclusiva da patologia e defendem, em vez disso, que uma parte substancial do sofrimento psíquico não é produzida dentro do indivíduo, mas sobre ele, por meio de instituições, relações de poder e estruturas sociais desiguais.

Apoiar-se neste campo significa, portanto, assumir um compromisso ético-político com a desnaturalização do sofrimento, buscando compreender como a escola, o sistema de saúde, o mercado de trabalho e as dinâmicas familiares não são meros cenários neutros onde a patologia se manifesta, mas, muitas vezes, são agentes ativos de sua produção. O ponto de aplicação prática dessa crítica é justamente o questionamento sobre como a clínica psicológica pode, a partir dessa nova perspectiva, evitar se tornar um mero reproduzidor de lógicas socialmente questionáveis, que culpabilizam a vítima e anestesiam a crítica social.

Um dos exemplos mais paradigmáticos e potentes dessa abordagem no Brasil é o trabalho de Maria Helena Souza Patto, “A Produção do Fracasso Escolar”, que foi publicado no final da década de 1980, e mantém uma atualidade perturbadora justamente porque desmonta a explicação individualista e psicológica para o insucesso de milhões de crianças na escola. Patto não investiga “alunos com problemas”, mas sim “uma escola problemática”, e em suas análises, ela recusa “o jargão e os procedimentos cientificistas que apagam a concretude do real em favor de uma linguagem matematizada e padronizadora”, apresentando, ao contrário, um quadro complexo do cotidiano escolar onde emerge a singularidade dos agentes, tantas vezes obscurecida por rótulos abstratos (Carvalho, 2011, p. 571).

A grande contribuição de Patto (1999) é demonstrar como a escola, ao invés de ser um espaço de democratização e emancipação, pode funcionar como uma máquina de exclusão que, por meio de seu funcionamento burocrático, de suas expectativas enviesadas sobre alunos de classes populares, de seu currículo descontextualizado e de suas práticas pedagógicas excludentes, produz ativamente o fracasso. O aluno que não aprende, que é indisciplinado ou que abandona a escola, longe de ser portador de um déficit intelectual ou emocional inato, é antes a consequência visível desse processo.

Nesse sentido, o sofrimento, então, é deslocado; não é mais uma patologia interna da criança (um “déficit de atenção”, uma “falta de motivação”), mas o resultado do encontro entre uma estrutura institucional violenta e uma história de vida marcada por desigualdades. Este é o cerne da psicologia crítica, revelar que aquilo que é tratado como dado natural (o fracasso, a doença mental, a delinquência) é, na verdade, um produto histórico e social.

Como bem aponta Carvalho (2011), a força da obra de Patto reside em sua capacidade de articular o singular e o estrutural, e “não se desliga dos condicionantes históricos de natureza política e social que têm marcado as concepções e práticas educativas em nossa sociedade”. A escola alienada de seu papel político, divorciada de sua vocação cultural e inacessível aos que mais dela necessitam, é a que encontramos em suas páginas, dessa forma, o “fracasso” deixa de

ser um atributo do aluno para se tornar um diagnóstico da instituição e, por extensão, da sociedade que a mantém. O sofrimento escolar passa a ser lido como um sintoma social, e não mais como uma disfunção individual (Carvalho, 2011, p. 569).

Esse movimento de contextualização radical do sofrimento encontra eco na psicologia social comunitária, especialmente na sua vertente latino-americana que emergiu com força nas décadas de 1970 e 1980, em um contexto de ditaduras militares e extrema desigualdade. Essa corrente realizou uma crítica contundente ao modelo dominante de psicologia social, importado acriticamente dos EUA, que se baseava no experimentalismo, na busca de leis universais e na análise de processos intra e interindividuais de adaptação social (Costa; Prado, 2016).

Contra essa visão, os psicólogos sociais críticos defenderam um posicionamento político explícito da ciência, direcionado à transformação social, eles passaram a conceber o indivíduo como um sujeito social e histórico e desafiaram a distinção artificial entre teoria e prática. O grande compromisso que caracterizou a psicologia social crítica naquele período foi a busca pela indissociabilidade entre o conhecimento produzido e a ação transformadora junto às populações desfavorecidas. Não se tratava de aplicar uma “tecnologia social” predefinida, o que, segundo críticos da época como Wanderley Codo, constituía uma mera “receita” para promover ajustamento, tratava-se, sim, de construir o conhecimento a partir da prática comprometida, visando à conscientização e à mobilização política (Costa; Prado, 2016).

6972

Essa perspectiva tem implicações profundas e concretas para a atuação do psicólogo em políticas públicas, um campo de tensão e possibilidade. A inserção do psicólogo na saúde pública, por exemplo, conforme relatado por Gama e Koda (2008), colocou o profissional diante de uma realidade radicalmente diferente da clínica privada tradicional. A clientela, de baixo poder aquisitivo, apresentava demandas profundamente ligadas às suas condições materiais de existência, fome, desemprego, violência, falta de moradia, que não podiam ser traduzidas em “conflitos intrapsíquicos” a serem resolvidos no contexto terapêutico individual. O modelo de atuação centrado no consultório, no psicodiagnóstico e na psicoterapia de base intraindividual revelou-se insuficiente e, muitas vezes, iatrogênico, pois patologizava a pobreza (Gama; Koda, 2008, p. 420).

A formação do psicólogo, na perspectiva de Spink (2003 *apud* Gama; Koda, 2008), criticada nesse contexto, muitas vezes falhava em incorporar temas macrossociais, reduzindo o social a categorias estanques como “classe social” para manipulação estatística, sem contribuir para uma compreensão do social como processo dinâmico e determinante.

Nas palavras do autor

É pouco frequente, no treinamento do psicólogo, a introdução de temas macrosociais que possibilitem uma discussão das determinações econômico sociais dos fenômenos psicológicos. A incorporação do social se dá, portanto, de forma reducionista, atendendo-se muitas vezes a categorias estanques como classe social, o que, embora permitindo a manipulação estatística das variáveis, não contribuem para a compreensão do social como processo (Spink, 2003, p. 34 *apud* Gama; Koda, 2008, p. 421).

O desafio, então, passou a ser construir uma prática que não fosse mera adaptação do indivíduo a uma realidade social opressora, mas que pudesse, a partir do acolhimento de seu sofrimento, ajudá-lo a identificar as raízes sociais de seu mal-estar e a se engajar em formas coletivas de enfrentamento.

É nesse ponto que a clínica psicológica, quando informada pela crítica, pode se reinventar para não ser um “mero reproduzidor” de lógicas perversas, em vez de um espaço de ajustamento, ela pode se tornar um espaço de desrecalque social. Isso significa criar um contexto onde não apenas os desejos e traumas individuais são falados, mas também as opressões, as humilhações e as injustiças sofridas podem ganhar voz e ser reconhecidas como causas legítimas de sofrimento. Logo, o psicólogo deixa de ser o especialista que diagnostica uma patologia no cliente para se tornar um parceiro na elaboração de uma narrativa que reinscreve a experiência individual em um contexto coletivo.

6973

Veja, um jovem deprimido por não conseguir emprego não está apenas com “baixa autoestima”; ele está enfrentando um mercado de trabalho precarizado e uma sociedade que o desvaloriza; uma mãe esgotada não está apenas com “*burnout* parental”; ela está sobrecarregada pela tripla jornada, pela falta de políticas públicas de apoio e por um ideal inatingível de maternidade. Nomear essas dimensões não é “fugir do psicológico”; é, ao contrário, aprofundá-lo, dando espessura histórica e social ao sofrimento que, de outra forma, aparece como vazio e sem sentido.

Essa prática clínica contextualizada encontra um aliado poderoso no Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) no Brasil. O MLA, conforme descrito por Gama e Koda (2008, p. 421), parte do princípio de que o termo “manicomial” não se refere apenas ao hospital psiquiátrico, mas a todo um funcionamento social de exclusão e estigma. A luta pela desinstitucionalização e pela criação de uma rede de cuidados psicossociais territoriais, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), representou uma revolução não apenas na assistência, mas na própria concepção de sofrimento mental.

Nesse modelo, a cura não está na segregação e na supressão farmacológica dos sintomas, mas na reinserção social, no fortalecimento de vínculos comunitários e no reconhecimento da cidadania da pessoa em sofrimento. A clínica deixa os muros do consultório e se expande para a vida do território, envolvendo-se com a família, o trabalho, o lazer e os direitos do sujeito, e o psicólogo que atua nessa perspectiva é forçado a abandonar a neutralidade técnica e a se engajar em uma prática intrinsecamente política, pois cuidar da saúde mental passa a significar, também, lutar por moradia, por renda, por cultura e por dignidade (Gama; Koda, 2008).

Essa visão integrada encontra respaldo em abordagens contemporâneas que enfatizam a importância de intervenções comunitárias e multissetoriais para a promoção da saúde mental. Como observado em uma revisão de literatura internacional, intervenções bem-sucedidas partem do pressuposto de que forças em todos os níveis, individual, interpessoal, institucional, comunitário e político, facilitam ou obstruem a saúde mental (Castillo *et al.*, 2019). Investir na participação da comunidade e priorizar resultados sociais mais amplos, e não apenas a remissão sintomática, são elementos-chave. Isso reforça a ideia de que uma clínica verdadeiramente efetiva e ética não pode se contentar em tratar o indivíduo isolado de seu ecossistema social. Assim, deve, necessariamente, considerar e, quando possível, intervir nos determinantes sociais que produzem e perpetuam o sofrimento.

6974

Portanto, a psicologia crítica e a contextualização do sofrimento não oferecem um manual de técnicas, mas um guia de posicionamento. Elas convidam o psicólogo a uma autocrítica permanente sobre o lugar que ocupa, as teorias que utiliza e os efeitos sociais de sua prática. Questionar-se constantemente, ao diagnosticar este transtorno, estou naturalizando uma norma social opressiva? Ao focar no treino de habilidades sociais para este adolescente, estou invisibilizando o *bullying* institucional que ele sofre na escola? Ao tratar a ansiedade desta mulher como um desequilíbrio químico, estou silenciando a violência de gênero que ela enfrenta? A clínica que emerge dessas perguntas, necessariamente, incomoda, é inconformada e criativa.

Ela não promete cura rápida ou ajuste harmonioso, mas se propõe a ser um espaço de acolhimento, de elaboração e, sobretudo, de restauração do político na experiência subjetiva. Nesse espaço, o sofrimento deixa de ser um caso clínico para se tornar, potencialmente, um mote para a ação e para a transformação, tanto do indivíduo quanto do mundo ao seu redor, afinal, este é o legado mais vital da psicologia crítica, a coragem de entender que, muitas vezes, para cuidar da mente, é preciso ter a ousadia de mudar a realidade.

METODOLOGIA DA PESQUISA

O presente estudo estrutura-se como uma pesquisa bibliográfica e documental, de abordagem qualitativa, justificada pelo objeto de estudo, que é: a construção social e histórica de categorias diagnósticas como a melancolia e o burnout. Conforme aponta Minayo (2014, p. 16), “a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado”. Esse nível de realidade se refere justamente ao universo de significados, valores e disputas discursivas que permeiam a definição do sofrimento psíquico ao longo do tempo, o que escapa a uma apreensão meramente quantitativa.

Para sustentar esta investigação, recorreremos à classificação das pesquisas proposta por Gil (2008), para quem a pesquisa pode ser classificada de várias formas, sendo a mais simples e didática aquela que a “divide em pesquisa bibliográfica e pesquisa de campo” (p. 27). Esta investigação, portanto, enquadra-se na modalidade bibliográfica, pois se constitui a partir de fontes documentais já publicadas.

Para Gil (2008),

A principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente. Esta vantagem se torna particularmente importante quando o problema de pesquisa requer dados muito dispersos pelo espaço. [...] A pesquisa bibliográfica também é indispensável nos estudos históricos. Em muitas situações, não há outra maneira de conhecer os fatos passados senão com base em dados secundários (Gil, 2008, p. 50).

6975

Esta característica é essencial para uma análise que pretende percorrer um arco histórico extenso, da melancolia clássica ao *burnout* contemporâneo. Ademais, a pesquisa documental complementa essa abordagem, tratando de fontes que não receberam tratamento analítico prévio, mas que são primordiais para a investigação.

Para tornar mais transparente a organização do corpus e os procedimentos de análise, é necessário explicitar o recorte temporal e os critérios de seleção dos documentos. O estudo delimitou seu corpus no período entre 1952 e 2023, abarcando desde a publicação do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-I) até as revisões mais recentes disponíveis. O corpus principal foi composto por 28 documentos, incluindo edições completas do DSM e da Classificação Internacional de Doenças (CID), documentos institucionais oficiais das associações psiquiátricas (APA, OMS) e obras teóricas que tratam criticamente da emergência e transformação das categorias diagnósticas relacionadas ao sofrimento psíquico.

Os critérios de inclusão adotados foram: (a) publicação por fontes institucionais reconhecidas ou circulação comprovada na literatura especializada; (b) discussão explícita de categorias diagnósticas ou de sua constituição histórica; (c) relevância epistêmica para o objeto de estudo. Foram excluídos documentos opinativos sem respaldo teórico-metodológico robusto, materiais jornalísticos e fontes de divulgação não submetidas a revisão por pares. Ademais, o estudo concentrou-se em materiais nos idiomas português, inglês e espanhol, o que constitui uma limitação metodológica quanto à abrangência dos usos sociais do discurso diagnóstico em outras línguas e contextos comunicacionais.

A escolha específica pela genealogia como ferramenta analítica deriva de sua potência heurística para desnaturalizar conceitos tidos como evidentes. Logo, a genealogia foucaultiana não busca a origem pura de uma ideia, mas investiga sua “proveniência” e sua “emergência”, ou seja, as condições históricas, materiais e políticas que possibilitaram o surgimento de uma determinada categoria e sua cristalização como verdade. No entanto, é importante explicitar que, no contexto deste estudo, a genealogia não foi operacionalizada como um método formalizado passo a passo, mas assumiu a função de referencial teórico-interpretativo que orienta as leituras e a articulação histórica dos documentos.

Essa posição epistemológica, legítima e coerente com abordagens qualitativas em ciências humanas, constitui uma limitação metodológica no sentido de que não se traduz em um conjunto de procedimentos codificados isoláveis que garantam a replicabilidade estrita, como em métodos positivistas. A análise, portanto, apoiou-se na triangulação entre o corpus documental, as categorias analíticas e os princípios heurísticos da genealogia, buscando aprofundar a interpretação sem pretender universalizar um método rígido. 6976

Cabe ressaltar que as categorias analíticas construídas neste estudo não devem ser compreendidas como entidades fixas ou universais, mas como instrumentos interpretativos situados, produzidos no interior de um horizonte teórico e histórico específico. A utilização de quadros e categorias temáticas visa à transparência do percurso analítico, não à generalização ou replicação positivista dos resultados. Trata-se, portanto, de uma análise de caráter interpretativo, na qual as categorias operam como dispositivos heurísticos para a compreensão dos regimes discursivos e das condições históricas de emergência das categorias diagnósticas.

Para operacionalizar essa análise sobre o corpus documental, foi empregada a técnica da análise de conteúdo temática, conforme delineada por Minayo (2014), a qual consiste em um conjunto de procedimentos sistemáticos que visa “descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação e cuja presença ou frequência signifiquem algo para o objeto analítico visado”

(Minayo, 2014, p. 229). Essa técnica foi articulada à genealogia como lente interpretativa para identificar unidades de significado e agrupá-las em categorias analíticas.

Para tornar mais transparente o processo de análise, apresentamos a seguir um quadro síntese que organiza as categorias analíticas identificadas, suas descrições, exemplos de unidades de significado extraídas dos documentos e as respectivas fontes citadas. Este quadro reflete a articulação entre os dados textuais e o referencial teórico adotado.

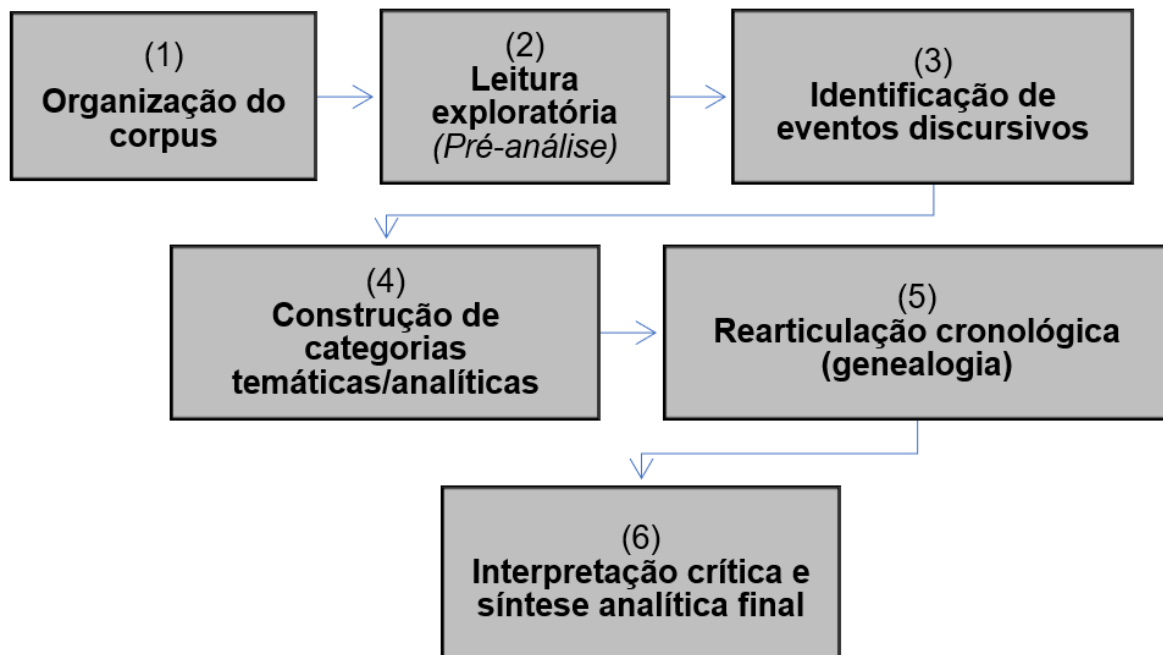
Quadro 1 - Categorias analíticas e unidades de significado

CATEGORIA ANALÍTICA	DESCRIÇÃO DA CATEGORIA	EXEMPLOS DE UNIDADES DE SIGNIFICADO EXTRAÍDAS DOS DOCUMENTOS	FONTES
Medicalização	Transformação de experiências humanas em objetos de intervenção médica.	"expropriação da saúde" (Illich); "transformação da tristeza em transtorno"; "TDAH como medicalização da inquietação"; "dismorfia corporal como patologização da insatisfação estética".	Illich (1975); Conrad (2007); Birrer & Tokuda (2017); Azevedo (2025)
Psicologização	Expansão da lógica psicológica para domínios existenciais, políticos e sociais.	"burnout como síndrome a ser gerenciada individualmente"; "ansiedade generalizada como desregulamento neuroquímico"; "imperativo da auto-otimização"; "psicologização da raiva social".	Martínez (2023); Conrad (2007); DSM-III (1980); CID-11 (2022)
Biologização	Redução do sofrimento a desequilíbrios neuroquímicos ou disfunções cerebrais.	"modelo atóxico do DSM-III"; "depressão como desregulação de neurotransmissores"; "TDAH como transtorno neurobiológico".	Dalgalarondo (2019); Horwitz & Wakefield (2010); DSM-III
Individualização do sofrimento	Foco no indivíduo como <i>locus</i> patológico, desvinculando-o do contexto social.	"fracasso escolar como déficit do aluno"; "burnout como falha na gestão do estresse"; "solução centrada em resiliência e terapia individual".	Patto (1999); Maslach & Leiter (1997); CID-11; Gama e Koda (2008)
Crítica Social e Contextualização	Leitura do sofrimento como produto de estruturas sociais, econômicas e políticas.	"escola como máquina de exclusão" (Patto); "sofrimento como sintoma social"; "prática clínica como espaço de desrecale social"; "determinantes sociais da saúde mental".	Patto (1999); Carvalho (2011); MLA; CAPS; Castillo et al. (2019)
Genealogia e Desnaturalização	Abordagem histórica que questiona a origem "natural" dos conceitos diagnósticos.	"melancolia como desequilíbrio de humores"; "neurastenia como doença da civilização"; "burnout como conceito reformatado pelo regime médico".	Foucault (1979); Burton (1621); Beard (1881); Maslach (1970)
Regime de Verdade	Sistemas discursivos que legitimam o que é considerado "verdadeiro" sobre o sofrimento.	"DSM e CID como produtores de verdade"; "diagnósticos como eventos discursivos"; "psiquiatria positivista como instância de normalização".	Foucault (1979); DSM; CID; Spitzer (1980)
Governamentalidade Neoliberal	Técnicas de autogestão que alinham o sujeito aos objetivos do mercado.	"empresário de si mesmo"; "gestão emocional como tecnologia do eu"; "psicologização como ferramenta de ajustamento social".	Foucault; Birrer & Tokuda (2017); Martínez (2023)

Fonte: Autores (2025).

Com o objetivo de tornar ainda mais explícito o percurso analítico desenvolvido neste estudo, apresentamos a seguir um fluxograma que sintetiza as principais etapas do processo de análise documental. A figura (1) permite visualizar a articulação entre a leitura dos documentos, a identificação e organização das unidades de significado, a construção das categorias analíticas e a interpretação crítica orientada pela genealogia foucaultiana.

Figura 1 - Fluxograma dos procedimentos de análise documental.



Fonte: Autores (2025).

O processo seguiu as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Na prática, os documentos foram minuciosamente lidos e codificados para identificar unidades de significado recorrentes, como os termos utilizados para nomear o sofrimento, os critérios diagnósticos estabelecidos, os agentes considerados legítimos para falar sobre o tema e as causas atribuídas ao mal-estar. Estas unidades foram então agrupadas em categorias analíticas mais amplas como: “medicalização”, “biologização”, “individualização do sofrimento” e “crítica social”, que permitiram organizar e interpretar o material à luz do referencial teórico.

A interpretação, etapa final e mais complexa, consistiu em articular as categorias identificadas com o quadro teórico da genealogia e da crítica social, de modo que o objetivo foi, portanto, demonstrar como as transformações no vocabulário do sofrimento, da melancolia ao *burnout*, não refletem um mero progresso científico, mas são sintomas de mudanças mais profundas nos regimes de verdade e nas tecnologias de poder das sociedades ocidentais.

Por fim, todo esse percurso está imbuído de uma reflexividade crítica e dialógica em uma constante construção de ideias e análises em uma investigação para argumentar que as principais categorias de sofrimento psíquico na contemporaneidade são conceitos sócio-

históricos, cuja análise crítica é fundamental para uma práxis psicológica reflexiva e socialmente engajada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise documental empreendida neste estudo permitiu identificar, através das lentes da genealogia foucaultiana, padrões claros na transformação histórica das categorias que nomeiam o sofrimento psíquico. Os resultados não apontam para uma linha evolutiva de progresso científico, mas sim para uma série de deslocamentos discursivos, onde as formas de descrever e gerir o mal-estar estão intrinsecamente ligadas a contextos socioculturais e relações de poder específicas.

O estudo demonstra que as categorias diagnósticas, como melancolia, neurastenia e burnout, não são descobertas científicas puras, mas produções sócio-históricas que refletem as relações de poder e os discursos hegemônicos de suas épocas. A análise revela um movimento contínuo de individualização do sofrimento. Enquanto a melancolia e a neurastenia ainda vinculavam o mal-estar a condições existenciais ou ao ritmo da sociedade industrial, a publicação do DSM-III (1980) promoveu uma virada operacional: o sofrimento foi transformado em listas de sintomas, esvaziando-se do contexto social. A tristeza deixou de ser uma resposta a um luto, a uma perda ou a condições precárias de trabalho, para se tornar um conjunto de critérios que delimitam um transtorno.

6979

Essa lógica permitiu que experiências coletivas fossem capturadas pela linguagem diagnóstica individual. O *burnout*, conceito originalmente crítico às condições de trabalho, quando incluído na CID-11 é definido como “estresse crônico não gerido com sucesso”. A ênfase se desloca da estrutura patogênica do trabalho para a falha na gestão, seja do indivíduo, seja da organização imediata.

Esse processo integra uma dinâmica mais ampla de medicalização e psicologização da vida, na qual mal-estares políticos, existenciais e sociais são traduzidos como patologias individuais, ansiedade, depressão, TDAH, e tratados como problemas de regulação emocional ou déficit de resiliência. Trata-se, assim, de uma tecnologia de governamentalidade neoliberal: o sujeito é convocado a se autogerenciar, ajustar-se e otimizar-se, enquanto a crítica às estruturas sociais é neutralizada.

A pesquisa, porém, também identificou movimentos de resistência a essa hegemonia. A psicologia crítica, como exemplificado pelo trabalho de Patto (1999) sobre o fracasso escolar, e práticas como as do Movimento da Luta Antimanicomial insistem na contextualização radical

do sofrimento, reinscrevendo-o nas tramas sociais e políticas, assim, cuidar da saúde mental requer intervir nos determinantes sociais do adoecimento.

Conclui-se, portanto, que as categorias diagnósticas não são neutras, elas dão forma ao sofrimento, orientam intervenções e produzem subjetividades. Reconhecer seu caráter construído é essencial para uma prática psicológica que não reproduza a patologização da vida, mas que se abra para uma escuta mais complexa, política e coletiva da dor humana.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo evidenciou que as categorias que nomeiam o sofrimento psíquico, do termo melancolia ao contemporâneo burnout, são construções sócio-históricas. Elas não refletem simples descobertas da ciência, mas resultam de disputas discursivas e de poder, que em cada época organizam a forma como a dor é compreendida e gerenciada.

Nossa análise mostrou um movimento acentuado de individualização e descontextualização do sofrimento. A partir do DSM-III, o modelo diagnóstico operacional transformou experiências sociais e existenciais em síndromes centradas no indivíduo, conceitos críticos, como o *burnout*, foram assimilados por essa lógica, perdendo sua dimensão estrutural e política no processo.

Esse fenômeno integra um processo mais amplo de medicalização e psicologização da vida, que converte questões coletivas em patologias individuais, reforçando uma governamentalidade baseada na auto-otimização e na responsabilização pessoal pelo bem-estar. Ao mesmo tempo, a pesquisa também destacou perspectivas de resistência, como a psicologia crítica e a luta antimanicomial, que reinscrevem o sofrimento em seu contexto social, apontando para a necessidade de uma clínica engajada e contextualizada.

Contudo, este estudo não esgota a complexidade da temática. Pelo contrário, sua conclusão aponta para a necessidade de novas pesquisas que aprofundem, por exemplo: análises empíricas sobre os efeitos subjetivos da psicologização; estudos comparativos entre diferentes contextos culturais; investigações sobre formas de cuidado que integrem clínica e política; e reflexões sobre o papel das novas tecnologias e mídias digitais na patologização da experiência.

Por fim, ressaltamos que, reconhecer o caráter construído dos diagnósticos não é apenas um exercício teórico, mas um compromisso ético. Cabe à psicologia e às ciências humanas promoverem uma práxis reflexiva que questione as verdades instituídas e abra espaço para escutas mais plurais e transformadoras. A tarefa de cuidar da mente exige, continuamente, que também se pense e se aja sobre o mundo que a constitui.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 3. ed. Washington, DC: APA, 1980.

AZEVEDO, Luciana Jaramillo Caruso de. As bases teóricas da medicalização e seus efeitos na clínica contemporânea: patologização e sofrimento. **Revista Psicologia USP**, v. 33, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psusp/a/8N7KLF5w96G6nHTmksTDhcB/>. Acesso em: 8 ago. 2025.

BEARD, George Miller. **Nervosismo Americano, suas causas e conseqüências: um suplemento a Exaustão Nervosa (Neurastenia)**. New York: G.P. Putnam's Sons, 1881.

BIRRER, Richard B; TOKUDA, Yasuharu. Medicalization: A historical perspective. **Journal of General and Family Medicine**, v. 18, n. 2, p. 48-51, 2017. doi: 10.1002/jgf2.22. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5689393/>. Acesso em: 3 set. 2025.

BURTON, Robert. **A anatomia da melancolia**. Tradução e organização de Guilherme Gontijo Flores. Curitiba: Editora UFPR, 2011.

CARVALHO, José Sérgio F. de. A produção do fracasso escolar: a trajetória de um clássico. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 1, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psusp/a/CGNjzvDkKNcTxbKn86fTX3x/>. Acesso em: 7 ago. 2025.

CASTILLO, Enrico G. *et al.* Community Interventions to Promote Mental Health and Social Equity. **Current Psychiatry Reports**, v. 21, n. 5, p. 35, 29 mar. 2019. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6440941/>. Acesso em: 12 set. 2025. 6981

CONRAD, Peter. **The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders**. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007.

COSTA, Frederico Alves; PRADO, Marco Aurélio Máximo. Crítica, política e psicologia social: A mudança social e o lugar da ação intelectual na luta política. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 21, p. 216-227, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/MdgvBVwKVXPqrLmk5Cq3YVh/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 9 set. 2025.

DALGALARRONDO, Paulo. **A transformação da psicopatologia em psiquiatria biológica**. In: _____. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

ESQUIROL, Jean-Étienne Dominique. **Memórias sobre a loucura**. in SERPA JÚNIOR, Octavio Domont; DIAS, Maria Cristina (Org.). **A loucura na história: contribuições à história da psiquiatria**. Rio de Janeiro: Garamond, 2016.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. Tradução de José Teixeira Coelho Neto. São Paulo: Perspectiva, 2013.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica: uma arqueologia do olhar médico**. Tradução de Roberto Machado. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

FOUCAULT, Michel. **Nietzsche, a genealogia e a história**. Tradução de Antônio Carlos Viana. In: FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FOUCAULT, Michel. **Verdade e poder**. In: FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

GAMA, Carlos Alberto Pegolo da; KODA, Mirna Yamazato. Psicologia comunitária e programa de saúde da família: relato de uma experiência de estágio. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 28, n. 2, p. 430-445, jun. 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000200015. Acesso em: 3 set. 2025

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HORWITZ, Allan Victor; WAKEFIELD, Jerome Carl. **A perda da tristeza: como a psiquiatria transformou a depressão em moda**. Tradução de Cássia Silveira. Rio de Janeiro: Difel, 2010.

ILLICH, Ivan. **Nêmesis Médica: a expropriação da saúde**. Tradução de Paulo Neves. São Paulo: Nova Fronteira, 1975.

ILLICH, Ivan. **Medical nemesis: the expropriation of health**. Nova York: Pantheon Books, 1975. Disponível em: <https://archive.org/details/medicalnemesisexooilli>. Acesso em: 11 set. 2025.

MASLACH, Christina; LEITER, Michael P. **The truth about burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it**. San Francisco: Jossey-Bass, 1997. 6982

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 34. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - 11ª Edição (CID-11)**. Genebra: OMS, 2022. Disponível em: <https://icd.who.int/>. Acesso em: 8 set. 2025.

MARTÍNEZ, Maria de la Luz Casas. A medicalização da vida: uma abordagem interdisciplinar.. **Heliyon**, v. 9, n. 6, e16637, 2023. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405844023038446>. Acesso em: 14 ago. 2025.

PATTO, Maria Helena Souza. **A Produção do Fracasso Escolar: Histórias de Submissão e Rebeldia**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.