

**CAMILA DE ALMEIDA LARA**

**O JOGO METAFÓRICO DO TRANSTORNO BIPOLAR:  
PRESENÇA E AUSÊNCIA NA REVISTA *DEBATES EM  
PSIQUIATRIA***

Dissertação de mestrado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Linguística do Centro de Comunicação e Expressão da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Linguística, sob a orientação do Professor Doutor Fábio Lopes da Silva.

Florianópolis, 2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

De Almeida Lara, Camila  
O jogo metafórico do transtorno bipolar: presença  
e ausência na Revista Debates em Psiquiatria /  
Camila De Almeida Lara ; orientador, Fábio Lopes  
da Silva - SC, 2017.  
158 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de  
Santa Catarina, Centro de Comunicação e Expressão,  
Programa de Pós-Graduação em Linguística,  
Florianópolis, 2017.

Inclui referências.

1. Linguística. 2. Linguística. 3. Teoria da  
Metáfora Conceptual. 4. Análise Crítica da Metáfora.  
I. Lopes da Silva, Fábio . II. Universidade Federal  
de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em  
Linguística. III. Título.

## **CAMILA DE ALMEIDA LARA**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de Mestre em Linguística e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Linguística da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 12 de abril de 2017.

---

Prof. Marco Antonio Martins, Dr.  
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Linguística

Banca Examinadora:

---

Prof. Fábio Lopes da Silva, Dr.  
Orientador e presidente  
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

---

Prof. Atilio Butturi Jr., Dr.  
Membro interno  
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

---

Prof. Heronides Maurilio de Melo Moura, Dr.  
Membro interno  
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

---

Prof. Daniel do Nascimento e Silva, Dr.  
Membro externo  
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

---

Prof. Sandro Braga, Dr.  
Suplente  
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

## AGRADECIMENTOS

A quem se fez presente na realização deste estudo, de perto ou de longe.

Ao meu pai e a minha mãe porque me ensinaram sobre o amor e sobre o cuidado, os maiores aprendizados que alguém pode desejar.

Ao professor Fábio, meu orientador, por respeitar as mudanças de corrente, as quais oscilavam entre esperança e desespero, exaltação, pânico e resignação. Por respeitar tempos de luto e pelas orientações precisas e seguras, que certamente tornaram a tarefa menos árdua.

Aos professores Atilio Butturi Júnior e Heronides de Melo Moura, pelas contribuições e sugestões tecidas na qualificação deste trabalho. Também ao professor Sandro Braga, pela sua cooperação no processo de escrita e revisão do texto.

Mais uma vez ao professor Atilio, um grande entusiasta dos meus “projetos”, por me ajudar a abrir as portas pesadas da academia e por me apresentar o Fábio (Lopes).

Aos membros da Banca Examinadora, pelo tempo dedicado na leitura e apreciação deste texto, bem como pelas contribuições para o seu aprimoramento.

Aos colegas do mestrado, principalmente à Jana, à Amanda, à Luana e à Dani, que me ajudaram a escrever uma nova história.

Às colegas e amigas de Erechim e à Danúbia, que mesmo de longe manteve o mesmo cuidado e amparo.

Aos profissionais da saúde que passaram pela minha jornada e tornaram os dias menos dolorosos e mais leves.

À Capes, pelo financiamento deste estudo.



Case #1. In New Guinea there is a tribe of crocodiles, that is, human beings who say they are crocodiles. These tribesmen are neither blind nor crazy; for example, they do not swim in crocodile-infested rivers (otherwise, they could not survive). They are not so foolish as to believe that they are more like crocodiles, or more similar to crocodiles, than other tribes are, or that they resemble crocodiles more than they resemble fish or sharks. It is not that an etiological story relates them to crocodiles; they say not that they are related to crocodiles but that they are crocodiles. How are we to understand these people? To call a man 'a crocodile', we say, is to use the term 'crocodile' metaphorically. Right: but what is that? If these people are crocodiles metaphorically, they are not merely being crocodile-like or crocodile-related. To "translate" them thus banalizes and impoverishes what these people say. On the other hand to say that they use the term 'crocodile' metaphorically, without explaining what the metaphorical sentence says, is empty. To explain what a metaphor is we must, therefore, explain how a human being can be a crocodile (ZEMACH, 1984, p. 243)



## RESUMO

Este trabalho busca investigar a emergência de metáforas conceptuais em textos publicados na *Revista Debates em Psiquiatria*, entre os anos de 2011 e 2015, cuja temática girava em torno do Transtorno Bipolar. A motivação deste estudo está no fato de o Transtorno Bipolar, tomado ou produzido como doença mental, ser considerado uma afecção mental cuja ampliação das fronteiras diagnósticas aumentou significativamente sua prevalência na população em geral, fato que tem sido tema de recorrentes publicações médico-psiquiátricas. Consideramos a metáfora não como simples figura retórica, mas como uma operação cognitiva fundamental, que a partir dos estudos seminais de Lakoff e Johnson (2002 [1980]) passa a ser percebida como componente essencial da linguagem cotidiana, e também do modo ordinário de conceptualizar o mundo. O objetivo geral da pesquisa era investigar quais metáforas poderiam ser deduzidas a partir das expressões linguísticas utilizadas pela classe médica em matérias acerca do Transtorno Bipolar. Para tanto, tomamos como base a arquitetura teórico-metodológica da Teoria da Metáfora Conceptual (LAKOFF; JOHNSON, 2002 [1980]) e da Análise Crítica da Metáfora (CHARTERIS-BLACK, 2004) a fim de analisar como a expressão da experiência psiquiátrica relacionada a uma suposta doença mental pode dar indícios sobre sua conceptualização. Os resultados apontaram para uma escassez de metáforas na conceptualização do transtorno. Além disso, os domínios fontes requeridos para a conceptualização da suposta doença baseavam-se em um número relativamente pequeno, sendo os domínios guerra e economia os mais prevalentes.

**PALAVRAS-CHAVE:** Teoria da Metáfora Conceptual. Análise Crítica da Metáfora. Transtorno Bipolar.



## ABSTRACT

This work aims at investigating the use of conceptual metaphors in texts published in the periodical *Debates em Psiquiatria*, between 2011 and 2015. The texts' main themes were Bipolar Disorder. The motivation of this study is the fact that Bipolar Disorder, taken or produced as a mental illness, is considered a mental disorder. Furthermore, the expansion of the diagnostic boundaries has significantly increased its prevalence in the general population. So, Bipolar Disorder is a fact that has been the subject of recurrent medical-psychiatric publications. We consider metaphor not as a simple rhetorical figure but as a fundamental cognitive operation. From the seminal studies of Lakoff and Johnson (2002 [1980]) it comes to be perceived as an essential component of everyday language and also in the ordinary way of conceptualizing the world. The general objective of the research was to investigate which metaphors could be deduced from the linguistic expressions used by the medical class in the subjects related to Bipolar Disorder. Thus, we used the theoretical-methodological architecture of Lakoff and Johnson's Conceptual Metaphor Theory (2002 [1980]) and the Critical Analysis of Metaphor (CHARTERIS-BLACK, 2004) in order to analyze how the expressions of the psychiatric experience are related to a supposed mental illness and how these expressions can give indications about their conceptualization. The results pointed to a lack of metaphors in the conceptualization of the disorder. Moreover, the required sources used for the conceptualization of the alleged disease were based on a relatively small number, and the most prevalent domains were war and economic.

**KEYWORDS:** Conceptual Metaphor Theory. Critical Analysis of Metaphor. Bipolar Disorder.



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>CAPÍTULO 01 – SOBRE A METÁFORA CONCEPTUAL</b> .....	21
<b>1.1 Considerações acerca da Teoria da Metáfora Conceptual (TMC)</b> .....	22
<b>1.2 A estruturação metafórica pela TMC</b> .....	27
<b>1.3 A tipologia das metáforas conceptuais</b> .....	33
1.3.1 Metáforas orientacionais .....	34
1.3.2 Metáforas estruturais.....	35
1.3.3 Metáforas ontológicas .....	37
<b>1.4 As metáforas e a estruturação de conceitos</b> .....	38
<b>1.5 A metáfora e a verdade</b> .....	41
<b>1.6 A articulação entre discurso e cognição</b> .....	45
1.6.1 A proposta de Charteris-Black – A Análise Crítica da Metáfora.....	48
<b>CAPÍTULO 02 – SOBRE AS METÁFORAS NA COMPREENSÃO DAS DOENÇAS E CONSIDERAÇÕES ACERCA DO DIAGNÓSTICO DA BIPOLARIDADE</b> .....	55
<b>2.1 A metáfora como recurso na compreensão das doenças – O trabalho de Susan Sontag</b> .....	55
<b>2.2 Metáforas conceptuais na compreensão de doenças</b> .....	60
<b>2.4 Confluências e disjunções: a psicose maníaco-depressiva e o transtorno bipolar – como a história da bipolaridade se inscreve..</b>	68
2.4.1 A bipolaridade em livros de pesquisa de Psiquiatria e artigos médicos .....	69
2.4.2 O diagnóstico da bipolaridade a partir das edições do DSM73	
<b>CAPÍTULO 03 - O JOGO ENTRE A PRESENÇA E A AUSÊNCIA DAS METÁFORAS NA COMPREENSÃO DA BIPOLARIDADE - ESPECULAÇÕES</b> .....	87
<b>3.1 Metodologia e constituição do <i>corpus</i> de análise</b> .....	88
3.1.1 A <i>Revista Debates em Psiquiatria</i> e os artigos médico- psiquiátricos sobre o transtorno bipolar – a constituição do <i>corpus</i> de análise.....	91
<b>3.2 As metáforas usuais na <i>Revista Debates em Psiquiatria</i></b> .....	93
3.2.1 As metáforas militares .....	94
3.2.2 As metáforas do mercado.....	104
3.2.4 A bipolaridade como termo metafórico .....	112

<b>3.3 As metáforas silenciadas – especulações sobre a ausência metafórica no <i>corpus</i> .....</b>	<b>116</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>143</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>147</b>

## INTRODUÇÃO

*“In all aspects of life (...) we define our reality in terms of metaphors and then proceed to action on the basis of these metaphors (...).”*

Lakoff e Johnson, 2008, p.158

A Associação Brasileira de Transtorno Bipolar estima que cerca de 1,8 a 15 milhões de brasileiros sejam portadores do transtorno bipolar<sup>1</sup>, nas suas diferentes formas de apresentação. A afecção seria caracterizada por alterações de humor que se manifestam em episódios depressivos e alternam-se com episódios de euforia, também denominados de mania, em diversos graus de intensidade.

Desse modo, o transtorno bipolar, tomado ou produzido enquanto doença mental, aparece como objeto de discursos e práticas médico-psiquiátricas. Outrora visto como uma reação a fatos cotidianos, e talvez pouco conhecido fora dos divãs, o transtorno tem sido tema de inúmeras publicações científicas e inclusive é mencionado obstinadamente em veículos não científicos e vulgarizações, mesmo com as dificuldades para delimitar uma definição conceitual e um objeto específico que constituam a “personalidade maníaco-depressiva”.

Conforme já retratado por Brzozowski (2013), a ampla divulgação oferecida pelas atuais tecnologias e mídias eletrônicas auxilia a difundir esses tipos de situações que a Psiquiatria considera patológicas e suas terapêuticas, chamando a atenção para possíveis sintomas e mobilizando para a vigilância de comportamentos que poderiam ser indícios patológicos.

---

<sup>1</sup> Essa disparidade entre a quantidade de sujeitos que seriam supostamente atingidos pelo transtorno bipolar por si só pode ser índice da vagueza e da dificuldade em diagnosticar corretamente o transtorno bipolar. Na teoria, a classificação das doenças mentais segundo seus sintomas seria bem organizada em categorias discriminadas, sem muitas ambivalências, mas na prática o que se percebe é que o sinal de doença não é necessariamente claro (LANGDON, 2003). O capítulo três, desse estudo, aborda com mais detalhes essa dificuldade.

O exemplo dessa ocorrência pode ser visualizado no que concerne à psicose maníaco-depressiva, ou, agora, transtorno bipolar<sup>2</sup>. A *Revista Debates em Psiquiatria*, publicação bimestral da Associação Brasileira de Psiquiatria, dirigida exclusivamente a médicos, pesquisadores e estudantes da área da Psiquiatria, pode ser acessada por qualquer cidadão que busque informações médicas acerca da patologia em uma busca rápida na *internet*.

No horizonte das ciências humanas, alguns trabalhos demonstram como o metadiscorso científico tem influência na recepção e nas práticas sociais associadas a determinadas doenças, sejam elas mais ligadas ao corpo ou a mente. Analisar a linguagem que se concretiza verbalmente nesses discursos foi, portanto, o tema central desta pesquisa. A motivação deste estudo e que justifica sua realização é sustentada pelo fato de que a ampliação das fronteiras diagnósticas da bipolaridade ampliou sua prevalência na população em geral e fez com que inúmeras pesquisas se dedicassem a descobrir “a verdade” do transtorno. A partir delas, a produção discursiva da bipolaridade também ganhou ênfase em publicações de cunho mais científico e também em publicações leigas.

Isso posto, percorremos outros projetos os quais observavam que, em discursos científicos específicos da área da saúde, a referência a enfermidades era feita prioritariamente através de metáforas (SIMAN, 2015).

Partindo da assunção de Sontag (1984), para quem o uso da metáfora na referência a doenças pode produzir estereótipos e aumentar o sofrimento daqueles que padecem de determinadas patologias, revelando muito sobre a ideia de morbidez e sobre a evolução das doenças, é mister perscrutar textos científicos que abordem uma suposta doença mental que, antes da ampliação diagnóstica atingiria menos de 1% da população mundial e, após a expansão, poderia acometer até 8% da população (LIMA et al. 2005).

Esse foi o gatilho para a pesquisa que pretendemos desenvolver. Num esforço de deslocamento teórico, nosso objetivo, ao iniciar este estudo, era pensar **como a conceptualização do transtorno bipolar era construída em textos publicados pela Revista Debates em Psiquiatria através de metáforas.**

---

<sup>2</sup> Não encaramos as mudanças em torno do Transtorno bipolar como evoluções da ciência, que chegariam cada vez mais próximas a uma verdade. Assim como Brzozowski (2013), compreendemos a Psiquiatria como um saber cujos conceitos são construídos e mudam ao longo do tempo.

A necessidade investigativa de deslocar um objeto tão incerto quanto o transtorno bipolar e os discursos médicos acerca da patologia para um campo distinto dos estudos discursivos, o território da Semântica Cognitiva, deu-se a partir de duas questões: **sendo o transtorno bipolar uma experiência abstrata, como é a experiência de qualquer situação que ganhe o rótulo de doença, e um objeto tão incerto, quais metáforas conceptuais organizariam um discurso científico sobre ele? De que maneira as metáforas apresentam-se no discurso médico-psiquiátrico e qual é a sua relevância na constituição e na compreensão do conceito de bipolaridade?** Eram, portanto, as metáforas utilizadas pela classe médica nos discursos que tratam da bipolaridade o nosso objeto inicial de estudo.

Embora a referência a enfermidades por meio de termos metafóricos seja recorrente na história da humanidade, a metáfora é estudada por diferentes perspectivas, que, se não contraditórias entre si, não comungam de muitas semelhanças. Assim, a discussão empreendida neste estudo não pretende traçar uma perspectiva cronológica dos estudos acerca da metáfora, tampouco resumir a literatura destinada a essa problemática, já que os primeiros estudos sistemáticos em relação à metáfora surgiram nos trabalhos do grande filósofo estagirita Aristóteles, que, já no séc. IV a.C., definia a metáfora em termos muito gerais.

Ricoeur (2005) defende que foi Aristóteles quem definiu a metáfora para toda a história posterior do pensamento ocidental sobre as bases de uma semântica que toma a palavra como unidade básica. Séculos mais tarde, deslocando a longa tradição Aristotélica, o olhar sobre a metáfora passaria a ser sustentado por outra tese: longe de ser um fenômeno marginal, ela teria importância vital no funcionamento da mente humana, e sem sua atuação contínua, o pensamento seria impossível. Ou seja, o fenômeno metafórico não diria respeito apenas ao domínio da linguagem, mas também a respeito da própria cognição, que não se processa de maneira livre da linguagem nem da nossa maneira de operar sob/no mundo.

A virada paradigmática operada pela tese defendida por Lakoff e Johnson (1999) inaugurou um novo modo de pensar a metáfora, o qual retira o *locus* da metáfora da linguagem para introduzi-la no *locus* do pensamento e aposta no pressuposto de que a metáfora não faz parte apenas na linguagem poética ou retórica, mas está infiltrada na linguagem ordinária. Mais do que um mero recurso linguístico, a metáfora seria parte da linguagem cotidiana e componente essencial do modo ordinário de conceptualizar o mundo.

Lakoff e Johnson (1999), após vasta análise de enunciados da linguagem cotidiana, propõem que ela revelaria um imenso sistema conceptual metafórico, o qual rege também nosso pensamento e ação. Então, a metáfora linguística só seria possível porque existem metáforas no sistema conceptual humano. As metáforas conceptuais seriam geradas a partir de experiências corpóreas em relação ao ambiente físico e cultural e compreendê-las equivaleria a entender o próprio modo de pensar e agir inerente ao homem. Ou seja, se falamos de doença em termos de guerra, por exemplo, é porque a percebemos assim. Não seria uma forma arbitrária ou conscientemente elaborada no momento da elocução, mas, ao contrário, é devido à metáfora conceptual TRATAR UMA DOENÇA É TRAVAR UMA GUERRA que é natural, automática, e, de modo geral, inconsciente.

Ao longo dos estudos sobre as metáforas conceptuais, esse conceito vem sendo aperfeiçoado por diferentes perspectivas, as quais tomam como alicerce a identificação de domínios conceptuais evidenciados por expressões linguísticas, como propuseram Lakoff e Johnson (1999).

Uma dessas perspectivas é a da Análise Crítica da Metáfora, proposta por Charteris-Black (2004). Essa proposta teórica, ao integrar os conhecimentos da análise crítica do discurso ao estudo do fenômeno metafórico, defende o potencial da metáfora na construção de representações do mundo e na compreensão humana de vários aspectos da vida social e política, além de exacerbar seu papel vital na formação de crenças, atitudes e ações e na influência de condutas pessoais e sociais (CHARTERIS-BLACK, 2004, p.28).

Partindo das bases teórico-epistemológicas da Teoria da Metáfora Conceptual e também da Análise Crítica da Metáfora, elencamos, num primeiro momento, os objetivos específicos de nosso estudo, a saber: a) identificar as metáforas que aparecem em artigos médico-psiquiátricos acerca da bipolaridade publicados na *Revista Debates em Psiquiatria*, entre os anos 2011 e 2015; b) a partir de expressões linguísticas, identificar as expressões metafóricas e investigar quais metáforas conceptuais podem-se deduzir a partir das expressões linguísticas utilizadas pela classe médica e quais delas são mais produtivas nesses textos; c) analisar a maneira pela qual as metáforas conceptuais estruturam o conceito de bipolaridade.

No entanto, após a análise do *corpus* que constitui esse estudo e consoante os apontamentos da banca de qualificação, deparamo-nos com uma significativa ausência de metáforas conceptuais, as quais

organizavam e estruturavam o conceito de bipolaridade. Nossa primeira hipótese, que assumia que inúmeras metáforas conceptuais organizariam o conceito do transtorno bipolar, foi refutada. Incluímos, então, mais um objetivo específico à pesquisa: entender o motivo pelo qual as metáforas estavam ausentes na descrição da bipolaridade, no *corpus* que constitui este trabalho. A partir desse objetivo, tornou-se fundamental adensar o caráter discursivo e político das análises, principalmente aquelas empreendidas no âmbito da ausência metafórica.

Embora um número pequeno de metáforas conceptuais organize os sentidos acerca dessa suposta patologia, dois domínios fonte mostram-se mais produtivos nos textos selecionados: o domínio da guerra e o domínio da economia. Nossos esforços analíticos centram-se, além de especular sobre a ausência das metáforas nos discursos psiquiátricos, em dar destaque a esses dois domínios. Não propomos neste trabalho uma “classificação etiológica” das escassas metáforas que encontramos em alguns discursos psiquiátricos, antes, acreditamos mais profícuo propor algumas especulações sobre o porquê a ausência sintomática das metáforas na conceptualização do transtorno bipolar.

Conforme já enunciado, nosso *corpus* é constituído por artigos publicados na *Revista Debates em Psiquiatria*, a qual é destinada exclusivamente ao público médico. Esse material foi selecionado pelo fato de ter amplo e fácil acesso on-line, pela grande quantidade e multiplicidade de textos que versam sobre a bipolaridade e por sua representatividade no meio científico, já que é a revista oficial da Associação Brasileira de Psiquiatria.

Assim, a fim de entendermos de que forma as metáforas conceptuais e sua ausência organizam o conceito de bipolaridade, organizamos este trabalho em três capítulos. O capítulo um situa nosso estudo em termos de bases teórico-epistemológicas, dando destaque à obra seminal de Lakoff e Johnson (1999), cuja importância está em mostrar que mais do que um mecanismo retórico a metáfora é um mecanismo cognitivo; e à proposta de análise das metáforas de Charteris-Black (2004). Embora as duas propostas não divirjam quanto à motivação da emergência da metáfora, a primeira tende a uma abordagem universalista e descontextualizada da metáfora, enquanto a segunda procura demonstrar como a metáfora conceptual é inteiramente contextualizada e discursivamente construída (CHARTERIS-BLACK, 2004).

Para entendermos de que forma as metáforas influenciam a recepção das doenças, no capítulo dois, apresentamos alguns trabalhos

que relacionam as metáforas a doenças. Esses estudos ligados tanto à antropologia, com destaque para os estudos de Sontag (1984), como à Linguística Cognitiva nos auxiliaram na tarefa interpretativa/especulativa que traçamos na análise das metáforas. Neste capítulo dois, também apresentamos uma breve descrição do transtorno bipolar a partir das séries discursivas do campo da Psiquiatria. Para isso, percorremos enunciados que aparecem em textos e artigos científicos, bem como as definições e particularidades apresentadas pelas edições do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* – DSM, já que o manual configura-se como dispositivo ancorado em uma suposta cientificidade. Não pretendemos, nessa descrição, discutir a existência do transtorno bipolar enquanto entidade nosológica, como doença real ou não. Assim como Brzowski (2013), nosso interesse não é desvendar a verdade “ontológica” sobre a bipolaridade, mas sim observar suas explicações e como a configuração de ideias sobre o transtorno se deu.

No último capítulo, discutimos os pressupostos metodológicos que subsidiam as análises e procuramos classificar os domínios fontes mais produtivos na conceptualização metafórica da bipolaridade. Esses domínios – a guerra e a economia – legitimam o aparecimento das metáforas usuais no campo da Psiquiatria e da medicina e mostram como a bipolaridade constitui-se por um processo epistemológico e também por processos cognitivos que as metáforas encarnam, ou seja, elas ocupam um lugar na constituição de uma suposta patologia.

Nesse capítulo, também como possibilidade analítica, decidimos inquirir a ausência metafórica nos discursos psiquiátricos. Para isso, partimos de alguns postulados de Foucault, os quais nos ajudaram na tarefa de entender o motivo da não conceptualização da bipolaridade, bem como a entender o processo pelo qual a medicina mental aplica as mesmas noções da medicina orgânica no entendimento de supostas afecções.

Ressaltamos ainda que esse capítulo não trata de reconstituir a história da Psiquiatria, já realizada e passível de ser reconstruída ainda por diversas angulações, e tem como intuito apenas apontar alguns motivos que poderiam ser responsáveis por fazer com que os discursos analisados, antes de conceptualizarem o transtorno, optam por uma espécie de dessubstancialização da bipolaridade.

## CAPÍTULO 01 – SOBRE A METÁFORA CONCEPTUAL

---

Uma vez instaurado que o arcabouço teórico da presente pesquisa emerge tanto da Linguística Cognitiva, que tem nas metáforas um de seus principais objetos de estudo, como da Análise Crítica da Metáfora, a qual ressalta o aspecto social dos estudos cognitivos, pretendemos, neste capítulo, explorar algumas questões teóricas envolvidas no entendimento das metáforas a partir das abordagens da Teoria da Metáfora Conceptual e da Análise Crítica da Metáfora.

Destacamos que a escolha do termo Linguística Cognitiva, usado para instaurar um novo paradigma teórico no campo da linguística, poderia incidir como postura inadequada à primeira vista (FERRARI, 2014). Isso se deve ao fato de que a guinada cognitivista na área da linguística, em relação aos estudos estruturalistas que a precederam, foi proposta pela Gramática Gerativa, de Noam Chomsky. No entanto, a Linguística Cognitiva instaura um novo paradigma nas ciências da linguagem e, segundo Lakoff e Johnson (1999), é considerada a ciência da mente e do cérebro, a qual tem sido, em sua curta existência, muito produtiva.

Feltes (2007) argumenta que a Linguística Cognitiva, assim como outros campos de investigação, não se configura como um campo homogêneo, uma vez que há diversidade e variação de teorias em diferentes escolas. O movimento, que se transformou na área denominada Linguística Cognitiva no final dos anos 1980, teve seu início ainda em 1970, quando estudiosos insatisfeitos com tendências da Linguística Gerativa, a qual explicava os padrões linguísticos através de apelos às propriedades estruturais internas e específicas da língua, comungavam da preocupação em estabelecer de que maneira a estrutura linguística era representada na estrutura conceptual (JUNIOR E BASSO, 2013).

A Linguística Cognitiva subsume então uma variedade de interesses e abordagens teóricas que comungam da perspectiva de que a linguagem é uma faceta integral da cognição, refletindo a interação de fatores sociais, culturais, psicológicos, funcionais e comunicacionais (FELTES, 2007). Com base em Fauconnier, Feltes (2007) expõe que a Linguística Cognitiva não advoga uma visão autônoma da linguagem, ao contrário, volta-se para a tradição em que a linguagem tem a tarefa de construir e comunicar significados.

Nesse sentido, Lakoff e Johnson (1999) explicam que a Linguística Cognitiva faz uso de descobertas da segunda geração da ciência cognitiva para explicar a linguagem o mais detalhadamente possível. Ao assumir os

resultados da segunda geração dessa ciência, a Linguística Cognitiva não se apropriaria de nenhuma premissa filosófica, mas apenas das premissas derivadas de seus próprios métodos de pesquisa.

Desenvolvida no quadro teórico da Linguística Cognitiva, a Teoria da Metáfora Conceptual demonstra que a metáfora existe fundamentalmente no plano do sistema conceptual humano, o que torna o pensamento metafórico ubíquo e natural.

Outrossim, abordagens recentes acerca da metáfora conceptual (CAMERON e LOW, 1999, CHARTERIS-BLACK, 2004; LAKOFF, 1991) têm demonstrado que, além de uma importante ferramenta de nosso aparato cognitivo, a metáfora também pode carregar valores ideológicos e persuasivos. Na busca pelo entendimento de como a metáfora conceptual organiza os saberes médico-psiquiátricos acerca da bipolaridade, além do arcabouço teórico da Linguística Cognitiva, a presente pesquisa toma como premissa orientadora do trabalho analítico a abordagem proposta por Charteris-Black, a Análise Crítica da Metáfora, que vê as metáforas como ferramentas importantes em áreas nas quais influenciar julgamentos seja o objetivo central de discursos.

Assim, para analisar os processos de construção de sentido acerca da bipolaridade a partir das metáforas conceptuais, este capítulo apresenta a Teoria da Metáfora Conceptual, tal como proposta por Lakoff e Johnson. Para além dessa teoria, que tende a uma abordagem universalista e descontextualizada da metáfora, apresentamos estudos mais recentes que mostram como a metáfora conceptual é inteiramente contextualizada, socioculturalmente situada e discursivamente construída (CHATERIS-BLACK, 2004).

É na interface dessas duas premissas – a proposta da Metáfora Conceptual, com origem na Linguística Cognitiva, e a proposta da Análise Crítica da Metáfora – que desenvolvemos, nos próximos capítulos, o trabalho de análise das metáforas conceptuais que organizam os saberes acerca da bipolaridade.

### **1.1 Considerações acerca da Teoria da Metáfora Conceptual (TMC<sup>3</sup>)**

Oliveira (2012) destaca que, embora seja laborioso definir o objeto de estudos da Semântica, classicamente assevera-se que o intuito do campo seja trabalhar com significado das palavras e das sentenças.

---

<sup>3</sup> Teoria da Metáfora Conceptual

Abordagens mais recentes ressaltam que o objetivo da Semântica é descrever a capacidade do falante em interpretar qualquer sentença de sua língua. Nesse sentido, Thá (2001) defende que

[...] A semântica é o estudo do significado das palavras e sentenças. As teorias semânticas tentam explicar o que é o significado, distinguir as expressões significativas das não significativas e explicitar as relações sistemáticas de significado entre palavras e as sentenças. (THÁ, 2001, p.57)

A definição do conceito de significado parece inerente tanto a perspectivas mais recentes quanto às clássicas, e é nesse ponto em que, segundo Oliveira (2012), a Semântica encontra dificuldade, uma vez que depende de conceito pré-teórico do que seja o significado, o que transborda as próprias fronteiras da Linguística e liga-se à questão do conhecimento.

Como não há acordo sobre o que seja o significado, mas sim várias formas de descrevê-lo, Oliveira (2012) destaca que, em Semântica, existem três abordagens distintas, e cada uma delas elege uma noção particular de significado: a semântica formal, a semântica da enunciação e a semântica cognitiva. Neste estudo, optamos por dar ênfase à abordagem cognitiva, que entende que o significado tem papel central na investigação sobre a linguagem a partir de uma abordagem realista e experiencialista.

Para Oliveira (2012), a abordagem realista/experiencialista da semântica cognitiva, que teve como marco inaugural a publicação, em 1980, de *Metaphors we live by*, afasta-se do relativismo ao assumir a hipótese de que o significado é natural e experiencial. Essa abordagem parte da assunção de que o significado se constrói a partir de nossas interações físicas e corpóreas com o ambiente em que vivemos, e, nessa perspectiva, o significado, enquanto corpóreo, não é exclusivamente e nem prioritariamente linguístico (OLIVEIRA, 2012, p.41). Na perspectiva cognitivista, o que daria sentido às sentenças não seria uma relação de correspondência com o mundo nem uma relação de dialogia entre um e outro enunciado construindo encadeamentos discursivos, mas sim o fato de que, em todas as sentenças da língua, encontram-se esquemas sensório-motores. De acordo com Oliveira (2012), essas organizações sinestésicas e diretamente apreendidas carregam memórias que amparam o nosso falar e o nosso pensar. No entanto, como nem todos os conceitos resultam diretamente de nossas experiências físicas, a

semântica cognitiva postula que existem domínios da experiência, que dependem de mecanismos de abstração, sendo que dois desses são priorizados: a metáfora e a metonímia.

Predominantemente, na tradição retórica, a metáfora era considerada um instrumento para a imaginação poética sem nenhum valor cognitivo e vista apenas como um desvio da linguagem usual. Foi somente a partir do século XX que o papel da metáfora apenas como figura retórica começou a ser questionado. Com a publicação de *Metaphors we live by*, Lakoff e Johnson (2002 [1980]) apresentaram uma ruptura no paradigma objetivista<sup>4</sup> da metáfora, em que a compreensão seria sempre baseada em uma concepção de verdade absoluta e incondicional.

Ao atribuir à metáfora um *status* epistemológico, que recusaria a possibilidade de qualquer acesso verdadeiro à realidade, *Metáforas da vida cotidiana* representa uma consolidação da ruptura paradigmática que vinha ocorrendo desde a década de 1970, colocando em crise o enfoque objetivista da metáfora. Essa virada rompeu com a tradição retórica iniciada com Aristóteles, no séc. IV a.C., e contribuiu para mudar uma história de mais de dois milênios. Em *Metáforas da vida cotidiana*, o nível cognitivo da metáfora é expandido a uma grande quantidade de conceitos cotidianos, como o amor, as discussões, a vida e as ideias, destacando-se como a obra que dá origem à formalização da TMC.

De acordo com Vereza (2013), a publicação de *Metaphors we live by* promoveu o entendimento da metáfora na linguagem e, principalmente, no pensamento, uma vez que, na perspectiva teórica da metáfora conceptual, as metáforas podem ter como base fundante tanto a corporeidade (experiências sensório-motoras, de caráter mais universal) quanto a dimensão cultural da experiência. Estudar a metáfora passou a representar um importante meio para a compreensão do papel do corpo e da cultura, intermediados pela metáfora, na produção de sentidos.

Zanotto (1998) argumenta que, com a virada paradigmática, a metáfora passou a ser reconhecida como um importante instrumento de cognição, o qual desempenharia uma função central em nossos processos

---

<sup>4</sup> Em *Women, fire and other dangerous things*, Lakoff (1987, p.165) argumenta que a visão objetivista da metáfora, proposta pela filosofia, é inadequada para o estudo das línguas naturais. O paradigma objetivista bane a metáfora do reino dos “conceitos verdadeiros” por acreditar que aspectos imaginativos da Psicologia humana como a metáfora, a metonímia e imagens mentais introduzem aspectos não objetivos da realidade, e, assim, não poderíamos ter certeza de ter representações precisas do conhecimento.

perceptuais e cognitivos. Citando Haskell, a autora (1998, p.15) sugere que “[...] o que é chamado metáfora é simplesmente uma manifestação linguística da mais fundamental operação cognitiva”.

Para Vereza (2013), investigar a metáfora conceitual em sua relação de interdependência com a cultura tem se mostrado uma importante ação para compreender os modelos cognitivos que estruturam cenas culturais características de determinadas sociedades ou culturas. A autora (2013) argumenta que os usos metafóricos que se apoiam na linguagem em uso adquirem uma dimensão discursiva e revelam que, estruturados por metáforas conceituais, os modelos cognitivos fazem parte da maneira de pensar e falar sobre o mundo em determinadas culturas e línguas, a partir de marcas linguísticas que surgem em usos reais da linguagem. É importante ressaltar a argumentação de Vereza (2010) para quem a metáfora conceitua-se como uma figura que tem seu *locus* no pensamento, ou seja, não é uma figura que surge apenas no contexto da cognição, antes é uma figura, em si mesma, responsável por parte importante da cognição,

[...] A abordagem da metáfora como figura do pensamento e não de linguagem a retira de sua “insignificância” conceitual: ela não é mais apenas um adorno supérfluo, mas um importante recurso cognitivo usado, não só para se “referir” a algo por meio de outro termo mais indireto, mas, de fato, construir esse algo cognitivamente, a partir da interação com um outro domínio da experiência. Dessa forma, a metáfora não seria apenas “uma maneira de falar”, mas sim de pensar (ou até mesmo de “ver”) o real de uma determinada forma e não de outra. (VEREZA, 2010, p. 204)

Na mesma perspectiva de Vereza, Guedelha (2013) assinala que, em *Metáforas da vida cotidiana*, Lakoff e Johnson (2002 [1980]) rejeitam duas concepções clássicas em relação às metáforas: a primeira considera a metáfora um recurso poético ou um artifício da literatura, o que faz com que sua ligação com a linguagem dita ordinária acabe passando despercebida; e a segunda concepção rejeitada pelos precursores da semântica cognitiva seria a percepção da metáfora como um problema específico da linguagem, que estaria mais conectada às palavras do que ao pensamento e às ações.

Na contramão das concepções clássicas acerca do fenômeno metafórico, Lakoff e Johnson (2002 [1980]) argumentam que a metáfora está infiltrada em nossa vida cotidiana, não somente na linguagem, mas no pensamento e na ação. Para os autores (2002 [1980], p. 45), o “[...] nosso sistema conceptual ordinário, em termos do qual não só pensamos, mas também agimos, é fundamentalmente metafórico por natureza”. A metáfora, na concepção da semântica cognitiva, estende seus efeitos às práticas corriqueiras e estrutura os modos pelos quais nos comportamos no mundo e nos relacionamos com as pessoas. Assim, ela é parte de um “inconsciente cognitivo coletivo” e mantém relação de determinação com a cultura e com a língua. A metáfora, então, deixa de ser “propriedade” de um único indivíduo (VEREZA, 2010, p. 205).

A partir das considerações iniciais a respeito da metáfora, Lakoff e Johnson (2002 [1980]) introduziram a noção de “metáfora conceptual” com a intenção de provar que os conceitos pelos quais somos governados não seriam meras questões de intelecto, mas governariam nossa atividade cotidiana nos detalhes mais triviais. Eles (2002 [1980]) argumentam que os processos do pensamento são, na maioria das vezes, metafóricos e que a metáfora, na verdade, significa um conceito metafórico que se manifesta de diferentes maneiras na linguagem. Nessa perspectiva, a proposta de Lakoff e Johnson (2002 [1980]) é a de que a metáfora permeia a vida cotidiana, sendo uma mera ilusão acreditar que podemos viver sem ela.

A metáfora passa a ser um instrumento primordial para o entendimento de conceitos abstratos, situando-se no campo da cultura e estruturando a maneira como os falantes percebem o mundo e suas posições (GUEDELHA, 2013). De acordo com Guedelha (2013), o germe da Teoria da Metáfora Conceptual é a ideia de que

[...] As expressões metafóricas que utilizamos no dia a dia não são aleatórias, como muitas vezes pode parecer. Elas são apenas expressões que trazem para a superfície uma rede metafórica profunda que não tem a ver com a linguagem, e sim com a cognição e com o sistema conceptual que norteia nossas concepções. (GUEDELHA, 2013, p. 148)

Vereza (2010) chama a atenção para o interesse dos estudiosos cognitivistas da metáfora, que seria:

[...] A identificação por meio das marcas linguísticas, das metáforas conceptuais que as subjazem. Compreender a forma pela qual o homem vê parte de sua experiência (normalmente as mais abstratas) pela lente de outras mais concretas (principalmente aquelas relativas à corporeidade) e a relação dessas conceptualizações metafóricas com a cultura é o objetivo central dos adeptos da TMC. (VEREZA, 2010, p. 206)

Ao pensar no objetivo central da TMC, e levando em consideração o que propõe Guedelha (2013) – o ingresso da metáfora em nosso sistema conceptual é forjado pela necessidade de perceber os conceitos mais abstratos com maior clareza, uma vez que a metáfora permite que um determinado domínio da experiência seja compreendido em termos de outro domínio –, acreditamos que a utilização das metáforas em artigos médico-psiquiátricos, objeto de estudo deste projeto, não serve apenas como adereço à escrita, mas traz à tona, em cada uso metafórico escolhido, uma tentativa de descrever a doença bipolar, ligada à medicina orgânica, como veremos nos próximos capítulos.

Nos capítulos posteriores, pretendemos realizar a leitura<sup>5</sup> dos usos metafóricos na descrição da bipolaridade em textos e artigos publicados na *Revista Debates em Psiquiatria*, mas antes se faz necessário aprofundar alguns conceitos acerca da metáfora conceptual, tais como a estruturação metafórica proposta pela TMC.

## 1.2 A estruturação metafórica pela TMC

Lakoff e Johnson (2002 [1980]) argumentam que, ao contrário do que pensa a maioria das pessoas, a metáfora não é apenas uma questão de linguagem extraordinária, mas sim um caso de linguagem ordinária, que se infiltra nos usos mais corriqueiros e governa nosso pensamento e nossa ação cotidiana. A fim de ilustrar essas posições, Lakoff e Johnson (2002 [1980], p. 48) estabelecem uma diferença entre expressão metafórica e

---

<sup>5</sup> A leitura, método para a identificação das metáforas, tal como aponta Sardinha (2007), é um dos métodos que podem auxiliar o pesquisador na instauração de um *corpus*.

metáfora, em que esta significa um conceito metafórico<sup>6</sup> que existe em nosso sistema conceitual, em nossa mente; e as expressões metafóricas são a verbalização desse conceito.

Baseando-se em evidências linguísticas, Lakoff e Johnson (2002 [1980]) constataram que a maior parte de nosso sistema conceitual ordinário é de natureza metafórica e identificaram, em detalhes, alguns dos conceitos metafóricos segundo os quais nós vivemos sem termos muita consciência, como o célebre conceito DISCUSSÃO É GUERRA<sup>7</sup>. Nota-se que o conceito de discussão é parcialmente estruturado, compreendido e realizado na linguagem em termos de batalha, o que pode ser visualizado em uma grande variedade de expressões metafóricas<sup>8</sup>, como:

- (1) *Seus argumentos são indefensáveis.*
- (2) *Ele atacou os pontos fracos do meu argumento.*
- (3) *Suas críticas foram direto ao alvo.*
- (4) *Destruí sua argumentação.*

Assim, o *locus* da metáfora (conceito metafórico) é o pensamento, enquanto o *locus* das expressões metafóricas é a linguagem. As expressões metafóricas são expressões linguísticas através das quais o conceito metafórico é externado (GUEDELLHA, 2013).

O conceito metafórico DISCUSSÃO É GUERRA ilustra a sistematicidade dos conceitos metafóricos e esclarece a essência da metáfora que é “[...] compreender e experienciar uma coisa em termos de outra”. Uma vez que o conceito metafórico é sistemático, a linguagem utilizada para falar sobre um dos aspectos do conceito, da mesma forma, é sistemática. Para Silva (1992), a transferência do léxico militar para as formulações acerca dos debates não limita a ocorrência desse fenômeno ao domínio da linguagem:

---

<sup>6</sup> Sempre que nos referirmos ao termo metáfora, estaremos pensando em conceitos metafóricos que são externados na linguagem por meio de expressões metafóricas.

<sup>7</sup> Os conceitos metafóricos são transcritos por Lakoff e Johnson (2002 [1980]) com letras maiúsculas, e as expressões metafóricas são transcritas com letras minúsculas. Optamos por continuar com essa metodologia, por acreditar que ela seja a mais adequada para diferenciar os dois conceitos.

<sup>8</sup> Os exemplos de expressões metafóricas utilizados nesse capítulo podem ser encontrados em *Metáforas da vida cotidiana*.

[...] Nós não apenas falamos de discussões em termos bélicos. Uma extensão significativa do campo de atuações, resultados e reações possíveis em debate (ou acerca dele) está condicionada pela metáfora da guerra: nós efetivamente vencemos ou perdemos um debate; vemos os interlocutores como oponentes; atacamos as colocações alheias enquanto defendemos as nossas; ganhamos ou perdemos terreno [...]. (SILVA, 1992, p.70)

Outros conceitos metafóricos que estruturam nossas vidas são os conceitos ligados ao tempo, como TEMPO É DINHEIRO, TEMPO É UM RECURSO LIMITADO, TEMPO É UM RECURSO VALIOSO. Esses conceitos teriam surgido nas sociedades industrializadas e estruturam as atividades cotidianas básicas<sup>9</sup>. Concebemos o tempo como um capital, agimos como se ele fosse um recurso valioso e limitado que, como o dinheiro, pode ou não ser desperdiçado. Para Lakoff e Johnson (2002 [1980]), essas concepções derivam da forma pela qual o conceito de trabalho desenvolveu-se nas sociedades ocidentais modernas, em que o trabalho é associado ao tempo e quantificado com precisão: paga-se e recebe-se pelas horas, semanas ou meses trabalhados, como percebemos nas expressões metafóricas a seguir:

- (1) *Você está desperdiçando meu tempo.*
- (2) *Eu não tenho tempo para você.*
- (3) *Tenho investido muito tempo nela.*

---

<sup>9</sup> Embora o trabalho de Lakoff e Johnson tenha ganhado popularidade entre os estudos da metáfora, críticas a esse modelo de estudo apontam o fato de os exemplos utilizados serem exemplos inventados e baseados na noção de um falante-ouvinte ideal, além da ênfase dada pelos autores aos processos cognitivos em detrimento dos aspectos sociais implicados na utilização de metáforas conceptuais. No entanto, percebemos, em vários pontos da obra *Metáforas da vida Cotidiana* e também em trabalhos posteriores de Lakoff, como o texto *Metaphor and war: The metaphor system used to justify war in the Gulf*, e em *Philosophy in the Flesh*, de Lakoff e Johnson, que os autores apontam para fatores sociais e para as possíveis implicações decorrentes do uso metafórico em discursos cotidianos. Apontamos como exemplo dessa preocupação a explicação acerca da conceptualização do tempo, conforme parágrafo acima. Ou seja, uma abordagem crítica da metáfora também já aparece nos trabalhos dos proponentes da TMC e não é restrita aos trabalhos posteriores, como o de Charteris-Black, que serão apresentados nas seções seguintes.

*(4) Eu não tenho tempo para perder com isso.*

Para Lakoff e Johnson (2002 [1980]), é a sistematicidade dos conceitos metafóricos que nos permite compreender um conceito em termos de outros, e é essa sistematicidade que necessariamente encobrirá outros aspectos de um conceito. Lakoff e Johnson (2002 [1980]) sinalizam que, ao permitir que se focalize um aspecto do conceito, um conceito metafórico pode nos impedir de focalizar outros aspectos que sejam incongruentes com a metáfora. Então, quando pensamos no conceito de discussão em termos bélicos, podemos esquecer, por exemplo, seus aspectos cooperativos.

Um conceito metafórico que mostra como podemos realçar e encobrir aspectos por meio de metáforas, e que teve grande influência na obra de Lakoff e Johnson (2002 [1980]), foi o da metáfora do canal (*conduit metaphor*) proposto por Reddy. Segundo esse conceito, a linguagem constitui-se como um veículo para o pensamento que é expresso univocamente pelas palavras. Vivemos imersos nesse conceito, na ilusão da univocidade e da transparência da linguagem, o que estrutura o nosso sistema de comunicação (ZANOTTO, 1998). Lakoff e Johnson (2002 [1980], p. 54) propõem que Reddy observa que a linguagem sobre a linguagem é estruturada pelas metáforas IDEIAS (OU SIGNIFICADOS) SÃO OBJETOS, EXPRESSÕES LINGUÍSTICAS SÃO RECIPIENTES, COMUNICAÇÃO É ENVIAR. Essas metáforas dariam origem a expressões metafóricas, como:

- (1) É difícil passar aquela ideia para ele.*
- (2) É difícil pôr minhas ideias em palavras.*
- (3) O significado está bem ali, nas palavras.*
- (4) A introdução contém muitas ideias.*

Para os proponentes da TCM, em exemplos como os citados, é mais complicado perceber a existência metafórica, uma vez que essa é maneira convencionalizada de pensar sobre a linguagem. No entanto, ao olhar atentamente para as implicações dessas metáforas, Lakoff e Johnson (2002 [1980]) mostram como ela mascara aspectos do processo comunicativo. Um aspecto implicado nessas metáforas é a de que palavras e sentenças teriam significado em si, independentemente de qualquer falante ou contexto, o que funciona bem quando o contexto enunciativo realmente não é importante para a compreensão da sentença, mas que não se aplica aos casos nos quais o contexto é relevante para

determinar se a frase tem ou não sentido e, caso ela tenha, qual é esse sentido.

Cabe ressaltar que a estruturação metafórica defendida por Lakoff e Johnson (2002 [1980]) é sempre parcial e não total, uma vez que, se fosse total, um conceito seria, de fato, o outro e não apenas entendido em termos de outro. O exemplo dos autores é o do conceito de tempo, que realmente não é dinheiro. Gastamos o tempo, mas não temos como consegui-lo de volta, não existem agiotas ou bancos que podem emprestar ou devolver uma quantidade de tempo. Assim, uma parte do conceito metafórico TEMPO É DINHEIRO não é aplicada na compreensão do conceito.

No entanto, Lakoff e Johnson (2002 [1980]) argumentam que os conceitos metafóricos podem ser entendidos além do domínio das formas literais ordinárias de pensar e falar, quando passamos para o domínio do que os autores chamam de pensamento e linguagem figurados, poéticos. Isso ocorre, por exemplo, no momento em que entendemos que as ideias são objetos e podemos, enfim, pegá-las e ordená-las. Dessa forma, quando os autores dizem que um conceito é estruturado por uma metáfora, na verdade, querem dizer que ele é parcialmente estruturado, podendo expandir-se de algumas maneiras e não de outras.

Sardinha (2007) destaca que, além dos conceitos de metáfora conceptual e expressão metafórica, o domínio também é um conceito caro para a TCM. A Teoria da Metáfora Conceptual movimenta dois conceitos referentes ao domínio: domínio fonte, aquele que envolve aspectos mais concretos de nossa experiência; e domínio alvo, que tem a tendência de ser mais abstrato. O mesmo autor (2007, p.31) afirma que “o domínio fonte é aquele a partir do qual conceitualizamos algo metaforicamente. Além disso, Guedelha (2013, p.149) assume que, “[...] por uma necessidade terminológica, os mapeamentos metafóricos são representados pela estrutura DOMÍNIO ALVO É DOMÍNIO FONTE (sempre em maiúsculas)”.

Sardinha (2007) exemplifica os conceitos de domínio fonte e domínio alvo com a metáfora conceptual O AMOR É UMA VIAGEM, em que o domínio alvo AMOR, de caráter mais abstrato, é estruturado com base no conceito de viagem, geralmente algo concreto. O autor (2007) ainda chama a atenção para o fato de que um mesmo domínio fonte pode servir a vários domínios alvo, como viagem, que é fonte do conceito de amor, bem como servir para o conceito de vida; assim encontramos a metáfora A VIDA É UMA VIAGEM.

No capítulo introdutório de *Power of metaphor: examining its influence on social life*, Landau, Robinson e Meier (2014) elaboram esquemas para a definição do domínio fonte e do domínio alvo a partir do conceito metafórico: O AMOR É UMA JORNADA. Acreditamos que esses esquemas exemplificam, de modo mais consistente, os conceitos de domínio fonte e domínio alvo e, por isso, julgamos pertinente reproduzi-los abaixo:

Figura 1 – Esquemas para definição de domínios fonte e domínios alvo<sup>10</sup>

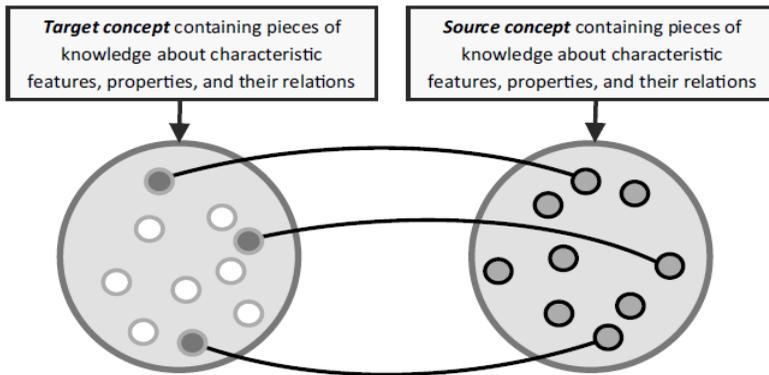


Figure 1.1. Graphical depiction of a conceptual mapping.

Fonte: Landau, Robinson e Meier (2014, p. 6).

<sup>10</sup> Landau, Robinson e Meier, (2014) denominam os domínios-fonte e domínios-alvo de conceitos-fonte e conceitos-alvo. Embora a designação seja distinta, ela representa os mesmos conceitos propostos por Lakoff e Johnson.

Figura 2 – Esquemas para definição de domínios fonte e domínios alvo

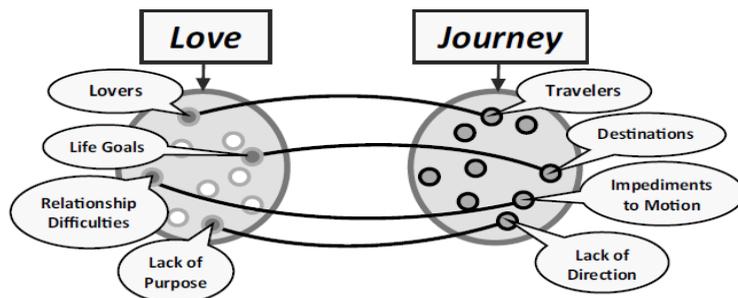


Figure 1.2. Graphical depiction of a portion of the conceptual mapping created by the metaphor *love is a journey*.

Fonte: Landau, Robinson e Meier (2014, p. 6)

Preocupados com o modo como as pessoas compreendem suas experiências e interessados em saber como apreendemos, compreendemos e agimos em função de um conceito, Lakoff e Johnson (2002 [1980]) observam que a língua é a fonte de dados que permite formular princípios gerais acerca dessa compreensão. Esses princípios implicariam sistemas de conceitos em vez de palavras ou conceitos individuais. Os teóricos argumentam que tais princípios são metafóricos por natureza e implicam que a compreensão de um tipo de experiência possa acontecer em termos de outro tipo de experiência.

### 1.3 A tipologia das metáforas conceptuais

Ao proporem a teoria da metáfora conceptual, Lakoff e Johnson (2002 [1980]) subdividiram os conceitos metafóricos em três tipologias principais: as metáforas estruturais, as metáforas orientacionais e as metáforas ontológicas.

Lima et al. (2008) argumentam que as metáforas conceptuais, subdivididas nas tipologias estruturais, orientacionais e ontológicas, são genericamente chamadas de *metáforas literais* por serem utilizadas cotidianamente, sem esforço. As metáforas conceptuais seriam, ao contrário das metáforas literárias ou criativas, que visam a criar efeitos inusitados, inconscientes, automáticas e convencionais. As autoras

também apontam para o fato de que as metáforas conceptuais ainda são chamadas de *metáforas básicas*, referindo-se a qualquer metáfora conceptual cujo uso é convencional, inconsciente, automático e tipicamente despercebido, como mostraram Lakoff e Turner (1989, apud FELTES et al. 2008).

Segundo Lima et al. (2008), a expressão *metáfora literal*, que se refere às metáforas comumente utilizadas na linguagem convencional, revela uma aparente contradição, uma vez que, na semântica e na lógica filosófica clássica, a linguagem convencional é a linguagem literal. No entanto, Lakoff explica que nossos conhecimentos e a definição do que seria literal são fundamentados em um conceito de língua idealizado e simplificado, não propondo uma explicação bem definida do que seria literal (FELTES et al, 2008, p. 97). Assim, define-se que, na visão da metáfora proposta pela TMC, a distinção entre os sentidos literal e o figurado não tem papel epistemológico.

A seguir, destacamos os três tipos de metáforas conceptuais, tal como propõem Lakoff e Johnson (2002 [1980]).

### 1.3.1 Metáforas orientacionais

De acordo com Lakoff e Johnson (2002 [1980], p.59), as metáforas orientacionais organizam todo um sistema de conceitos em relação a um outro, e esses conceitos recebem o nome de metáforas orientacionais, já que, na sua maioria, elas são ligadas à orientação espacial: cima/baixo, dentro/fora, frente/trás. Essas orientações espaciais têm como base a corporeidade, na qual um conceito recebe uma orientação espacial, como em FELIZ É PARA CIMA; TRISTE É PARA BAIXO, SAÚDE E VIDA SÃO PARA CIMA; DOENÇA E MORTE SÃO PARA BAIXO.

Para Lakoff e Johnson (2002 [1980], p. 60), essas metáforas não são arbitrárias, mas possuem base em nossa experiência física, cultural e corporal. A base física das metáforas FELIZ É PARA CIMA e TRISTE É PARA BAIXO seriam a representação da tristeza por uma postura caída, enquanto a postura ereta representa um estado emocional positivo. Já as metáforas SAÚDE E VIDA SÃO PARA CIMA e DOENÇA E MORTE SÃO PARA BAIXO representariam as doenças graves que nos forcem a ficar deitados, bem como nos trazem a noção de que, ao morrer, uma pessoa também fica deitada. As metáforas orientacionais FELIZ É PARA CIMA; TRISTE É PARA BAIXO; SAÚDE E VIDA SÃO PARA CIMA; DOENÇA E MORTE SÃO PARA BAIXO possibilitam a formulação de expressões metafóricas, como:

- (1) *Estou me sentindo para cima.*
- (2) *Eu caí em depressão.*
- (3) *A gripe o derrubou.*
- (4) *A saúde dele está declinando.*

Além de analisar as metáforas orientacionais ligadas à nossa experiência física, os autores analisam metáforas orientacionais que podem ter surgido a partir de nossas experiências culturais, como RACIONAL É PARA CIMA, EMOCIONAL É PARA BAIXO. As bases físicas e culturais dessa metáfora derivam do fato de, em nossa cultura, as pessoas se verem como tendo controle sobre animais, plantas e seu ambiente físico, sendo a capacidade humana de atividade racional que nos coloca acima de outros animais e nos propicia esse controle. Assim, a metáfora CONTROLE É PARA CIMA fornece uma base para SER HUMANO É PARA CIMA, e conseqüentemente RACIONAL É PARA CIMA. São expressões metafóricas que dão coro ao conceito metafórico RACIONAL É PARA CIMA, EMOCIONAL É PARA BAIXO:

- (1) *A discussão desceu para o plano emocional, mas eu a fiz atingir de novo o nível da racionalidade.*
- (2) *Ele não conseguiu ficar acima de suas emoções.*

Lakoff e Johnson (2002 [1980]) concluem seu posicionamento acerca das metáforas orientacionais enfatizando que elas estão enraizadas em nossa experiência física e cultural e que não são construídas ao acaso. Além disso, os autores deixam evidente a existência de várias bases físicas e sociais possíveis para a metáfora. Há, aliás, uma sistematicidade externa geral que liga várias metáforas orientacionais e gera coerência entre elas, como é o caso de BOM É PARA CIMA, em que o advérbio de lugar PARA CIMA gera uma orientação para o bem-estar geral, e essa orientação é coerente com outras metáforas, como SAÚDE É PARA CIMA, VIDA É PARA CIMA. Para Lakoff e Johnson (2002 [1980]), a espacialização é uma parte tão importante de alguns conceitos que temos dificuldade em imaginar outras metáforas que pudessem estruturá-los, como é o caso do conceito de “*status alto*”.

### 1.3.2 Metáforas estruturais

Lakoff e Johnson (2002 [1980]) propõem que as metáforas estruturais ocorrem nos casos em que um conceito é estruturado

metaforicamente em termos de outro e que são as metáforas estruturais que fornecem a base mais rica para não apenas elaborarmos um conceito com detalhamento, mas para encontrarmos meios apropriados de enfatizar ou obscurecer alguns aspectos do conceito.

Para os autores, as metáforas estruturais fundamentam-se em relações sistemáticas que são encontradas em nossa experiência. Para exemplificar esse pressuposto, Lakoff e Johnson (2002 [1980]) examinam a fundamentação da metáfora DISCUSSÃO RACIONAL É GUERRA. A partir dessa metáfora, conceptualizamos uma discussão racional em termos de algo que compreendemos mais diretamente, o conflito físico.

Além dessa metáfora estrutural, Lakoff e Johnson (2002 [1980]) analisam, com detalhes, as metáforas TRABALHO É RECURSO e TEMPO É RECURSO para demonstrar como elas emergem naturalmente em uma cultura como a ocidental e enfatizam de maneira muito próxima à maneira como as experienciamos coletivamente, enquanto escondem apenas de maneira fraca os aspectos que correspondem às nossas experiências.

As metáforas TRABALHO É RECURSO e TEMPO É RECURSO não são metáforas universais, e sim metáforas que emergiram em nossa cultura com base no modo como concebemos o trabalho e o tempo. A partir da metáfora TRABALHO É RECURSO, conseguimos identificar claramente o que é trabalho, e ele passa a ser algo distinto das coisas que não o são. Quando conceptualizamos o trabalho como um tipo de atividade, independentemente da pessoa que o realiza e do modo como cada um o experiencia, escondemos questões relativas ao fato de o trabalho ser algo pessoalmente significativo e fonte de satisfação pessoal.

De acordo com Lakoff e Johnson (2002 [1980]), as metáforas estruturais como as metáforas do RECURSO

[...] Escondem todo tipo de concepções de trabalho e de tempo que existem em nossa cultura e em algumas subculturas de nossa própria sociedade: a ideia de que o trabalho pode ser divertimento, de que a inatividade pode ser produtiva, de que muito do que classificamos como trabalho não tem um objetivo claro ou um objetivo pelo qual valha a pena trabalhar. (LAKOFF; JOHNSON, 2002 [1980], p. 141)

As metáforas estruturais deixam evidente que selecionamos aspectos importantes da realidade para conceptualizar nossas

experiências e que sempre, ao focalizar alguns aspectos, é necessário atenuar ou esconder outros.

### 1.3.3 Metáforas ontológicas

Lakoff e Johnson (2002 [1980]) argumentam que as metáforas ontológicas são formas de conceber eventos, atividades, emoções e ideias como entidades ou substâncias e servem a vários propósitos, como referir-se, quantificar, identificar aspectos ou causas, traçar objetivos, motivar ações. Essas metáforas relacionam-se à experiência humana com objetos e substâncias físicas e nos permitem compreender os conceitos mais abstratos. Para os autores (2002 [1980], p.75-77),

[...] Uma vez que podemos identificar nossas experiências como entidades ou substâncias, podemos referir-nos a elas, categorizá-las, agrupá-las e quantificá-las e, dessa forma, raciocinar sobre elas [...], tentar lidar racionalmente com nossas experiências.

Assim como acontece com as metáforas orientacionais, a maioria dessas expressões linguísticas não é percebida como expressões metafóricas, e o motivo desse “apagamento” metafórico seria o fato de as metáforas ontológicas servirem a diversos fins – referir, quantificar. Do mesmo modo que conceber algo não físico como uma entidade ou substância não nos permite compreendê-la muito bem, as metáforas ontológicas surgem como metáforas mais elaboradas, como é o caso de *MENTE É UMA ENTIDADE*, sendo desenvolvida em nossa cultura como *MENTE É UMA MÁQUINA* e *MENTE É UM OBJETO QUEBRADIÇO*. A partir dessas metáforas, segundo Lakoff e Johnson (2002 [1980], p.79), teríamos expressões metafóricas, como:

- (1) *A minha mente simplesmente não está funcionando hoje.*
- (2) *Estou um pouco enferrujado hoje.*
- (3) *Eu estou em pedaços.*
- (4) *Ela é facilmente esmagada.*

As expressões metafóricas que derivam de metáforas ontológicas, como “ele explodiu sob pressão”, podem ser consideradas diretamente verdadeiras ou falsas, pois explicações desse tipo parecem naturais para a maioria das pessoas. Para Lakoff e Johnson (2002 [1980]), isso decorre

do fato de que a metáfora A MENTE É UM OBJETO QUEBRADIÇO faz parte do modelo integrante de mente que temos em nossa cultura e, por isso, pensamos e agimos como se ela fosse um objeto. Lakoff e Johnson (2002 [1980], p.85) também sugerem que conceptualizamos alguns estados de comportamento por meio de metáforas ontológicas, fazendo com que percebamos esses estados como recipientes. Algumas expressões metafóricas decorrentes dessa conceptualização podem ser encontradas nos exemplos a seguir:

- (1) *Ele caiu em depressão.*
- (2) *Estamos fora de perigo.*
- (3) *Ele está em estado de amor.*
- (4) *Ele está saindo do coma.*

A personificação, quando objetos físicos são percebidos como pessoas, é retratada por Lakoff e Johnson (2002 [1980], p. 88) como a metáfora ontológica mais óbvia e permite a compreensão de uma extensa variedade de experiências não humanas em termos de motivações, características e atividades humanas. Contudo, os autores vão além de uma perspectiva simplória da personificação e alegam que ela não é “[...] um processo geral e único”, mas que cada personificação pode diferir em termos dos aspectos humanos que são selecionados. O exemplo de Lakoff e Johnson (2002 [1980]) mostra que a personificação da inflação, por exemplo, não se restringe à INFLAÇÃO É UMA PESSOA, porém dá detalhes mais específicos desse conceito, como INFLAÇÃO É UM ADVERSÁRIO.

#### **1.4 As metáforas e a estruturação de conceitos**

Lakoff e Johnson (1991) chamam de conceitos estruturas neurais o que nos permitiriam caracterizar mentalmente as categorias e raciocinar acerca delas. Nesse sentido, as categorias seriam, em sua maioria, não um produto consciente da razão, mas sim formadas automática e inconscientemente. Além disso, segundo os autores,

[...] Embora aprendamos novas categorias regularmente, não podemos fazer grandes mudanças em nosso sistema de categorias através de atos conscientes de recategorização (embora, através da experiência de mundo, nossas categorias estejam sujeitas à remodelação inconsciente e

mudança parcial). Nós não temos e não podemos ter controle total e consciente sobre como categorizamos. Mesmo quando pensamos que estamos deliberadamente formando novas categorias, nossas categorias inconscientes entram em nossa escolha de possíveis categorias conscientes (LAKOFF e JOHNSON, 1991, p.18, tradução nossa).<sup>11</sup>

Ao sugerir que o sistema conceptual humano não é apenas o reflexo de uma realidade externa, os autores apontam para o fato de que os conceitos são modelados a partir de nossos corpos e cérebros, especialmente a partir de nosso sistema sensorio-motor. Logo, seria a natureza peculiar de nossos corpos – como nosso sistema visual que propiciaria a habilidade de conceptualizarmos relações espaciais – que teria importância nas possibilidades de formação de nosso sistema conceptual e das categorias que criamos.

Ao proporem que o sistema conceptual humano seria derivado especialmente de nossas experiências corporais, Lakoff e Johnson (2002 [1980]) argumentam que a maior parte de nosso sistema conceptual é metaforicamente estruturado, ou seja, a maior parte dos conceitos são parcialmente compreendidos em termos de outros conceitos. Nossas experiências corporais, por exemplo, propiciam a compreensão dos conceitos espaciais simples, como PARA CIMA, PARA BAIXO, FRENTE, ATRÁS, os quais emergem de nossa constante experiência espacial ou experiência física direta, de nossa interação com o ambiente físico. O que os autores (2002 [1980], p. 128) afirmam ser uma “experiência física direta” não seria apenas a questão de possuir um corpo de determinada forma, mas uma

[...] Questão de toda experiência acontecer dentro de uma vasta bagagem de pressuposições culturais.

---

<sup>11</sup> No original: [...] though we learn new categories regularly, we cannot make massive changes in our category system through conscious acts of recategorization (though, through experience in the world, our categories are subject to unconscious reshaping and partial change). We do not, and cannot, have full conscious control over how we categorize. Even when we think we are deliberately forming new categories, our unconscious categories enter into our choice of possible conscious categories. (LAKOFF e JOHNSON, 1991, p.18)

Daí, pode ser equivocado falarmos em experiência física direta como se houvesse um conjunto de experiências imediatas que nós então “interpretaríamos” em termos de nosso sistema conceptual. Suposições, valores e atitudes não são conceitos que acrescentamos à experiência. Seria mais correto dizer que toda a nossa experiência é totalmente cultural e que experienciamos o “mundo” de tal maneira que nossa cultura já está presente na experiência em si.

A ênfase sobre a fundamentação dos conceitos deve ser dada ao fato de que geralmente conceptualizamos experiências não físicas em termos de experiências físicas, conceptualizamos algo que não é claramente delineado em termos de algo mais claramente delineado. Em lugar de serem rigidamente definidos, os conceitos que brotam de nossa experiência são abertos, e, por isso, são as metáforas os instrumentos sistemáticos para auxiliar na melhor definição de um conceito, além de serem utilizadas para modificar ou ampliar seu âmbito de aplicabilidade.

Ao contrário da perspectiva objetivista, que pressupõe que as experiências e os objetos têm propriedades inerentes e que os seres humanos os compreendem com base nessas propriedades, Lakoff e Johnson (2002 [1980]) argumentam que compreendemos conceitos abstratos, como o amor, apenas parcialmente em termos de propriedades inerentes. A totalidade da compreensão dos conceitos aconteceria de forma metafórica, isto é, compreenderíamos conceitos naturais, porém, mais abstratos em termos de conceitos de outros tipos naturais de experiência e mais concretos.

Uma vez que as metáforas possibilitam que compreendamos um domínio da experiência em termos de outro, os autores sugerem que a compreensão acontece em termos de domínios inteiros da experiência e não em conceitos isolados. Como os conceitos abstratos – o amor, o tempo e a discussão, por exemplo –, não são suficientes e claramente definidos em seus próprios termos para satisfazer propósitos de nosso cotidiano, eles exigem uma definição metafórica, a qual geralmente acontece com base em domínios de nossa experiência mais concreta, como orientação espacial, objetos e substâncias que, por sua vez, nos proporcionam lidar com tipos naturais de experiência menos concretas.

Cabe ressaltar que Lakoff e Johnson (2002 [1980]) trabalham com a perspectiva de que cada metáfora referente a um conceito nos ajuda a criar alguns dos aspectos desse conceito, mas que nenhuma delas

consegue, sozinha, auxiliar-nos no entendimento completo, consistente e abrangente de todos os aspectos de um conceito. No entanto, juntas, as metáforas podem nos ajudar na compreensão coerente de um conceito, como, por exemplo, o conceito de discussão. A metáfora DISCUSSÃO É GUERRA não consegue nos dar uma explicação completa e abrangente do que seja uma discussão, apenas realça um aspecto desse conceito enquanto mascara outros.

De acordo com Lakoff e Johnson (1991), nossos conceitos abstratos mais importantes, como o amor, a moralidade e o tempo, por exemplo, são conceptualizados através de múltiplas metáforas complexas. Essas metáforas seriam parte essencial do conceito, e, sem elas, o conceito seria apenas esquelético, desprovido de toda estrutura conceitual e inferencial.

Pensando em como os conceitos são metaforicamente estruturados, em *Philosophy in the flesh*, os autores (1991) apontam que experiências subjetivas – desejo, afeição, intimidade, sucesso, entre outras – seriam experiências produtivas, que fazem com que as maneiras como as conceptualizamos, raciocinamos sobre elas e as vivenciamos também sejam produtivas e, na maior parte das vezes, advindas de outros domínios de nossa experiência. Um desses domínios seria o domínio sensório-motor, e o mecanismo cognitivo através do qual aconteceriam essas conceptualizações seriam as metáforas conceptuais.

Para encerrar esta seção, destacamos uma passagem de *Philosophy in the flesh*, na qual os autores apontam para a necessária inserção das metáforas na conceptualização de conceitos abstratos e experiências subjetivas:

Podemos pensar sobre a experiência e julgamento subjetivos sem metáfora? Dificilmente. Se conscientemente fizemos um enorme esforço para separar nosso pensamento metafórico do não-metafórico, nós podemos provavelmente fazer algum raciocínio não-metafórico mínimo e não-sofisticado. Mas quase ninguém faz isso e tal raciocínio nunca capturaria toda a capacidade de inferência do pensamento metafórico complexo (LAKOFF e JOHNSON, 1991, p.59, tradução nossa)<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> No original: Can we think about subjective experience and judgment without metaphor? Hardly. If we conscious make the enormous effort to separate our

## 1.5 A metáfora e a verdade

Na filosofia, as metáforas são interpretadas como meras questões de linguagem e os filósofos seguem a tendência de compreendê-las como expressões linguísticas, colocando o foco de suas discussões nas condições de verdade ou falsidade das expressões metafóricas e deixando de lado a contribuição da metáfora na compreensão da realidade cultural. Em *Metáforas da vida cotidiana*, Lakoff e Johnson (2002 [1980]) afirmam que os conceitos são metafóricos por natureza, e as metáforas são nossas principais ferramentas facilitadoras para a compreensão de conceitos abstratos.

A filosofia conclui que as metáforas não podem expressar verdades de forma direta, e se o fazem, isso ocorre apenas indiretamente; já na Teoria da Metáfora Conceptual, ao contrário, a verdade baseia-se na compreensão, sendo negado o pressuposto de que existe apenas uma verdade objetiva, absoluta e incondicional.

Lakoff e Johnson (1991) consideram que a visão tradicional da metáfora é empiricamente falsa, e, portanto, as visões acerca da realidade, da verdade, da linguagem e do conhecimento que estejam ligadas à teoria tradicional da metáfora são igualmente falsas, uma vez que consideram o pensamento ordinário como amplamente metafórico:

[...] Se a teoria do senso comum fosse verdadeira, a metáfora não serviria à função central da linguagem, a qual supostamente consiste em expressar e comunicar verdades literais sobre o mundo. Por causa disso, a metáfora tem sido tradicionalmente relegada à teoria dos tropos, a qual destina-se a lidar com usos da linguagem no discurso e assim por diante. Banir a metáfora do domínio da verdade explica o porquê de a metáfora ter sido tradicionalmente deixada para análises literárias e retóricas, em vez de ser levada a sério pela ciência, pela matemática e filosofia, as quais são vistas como empreendimentos que buscam a

---

metaphorical from nonmetaphorical thought, we probably can do some very minimal and unsophisticated nonmetaphorical reasoning. But almost no one ever does this, and such reasoning would never capture the full inferential capacity of complex metaphorical thought. (LAKOFF e JOHNSON, 1991, p.59)

verdade (LAKOFF e JOHNSON, 1991, p. 120, tradução nossa)<sup>13</sup>.

Os autores de *Metáforas da vida cotidiana* defendem que, na medida em que a verdade é baseada na compreensão, a explicação de como as metáforas podem ser verdadeiras pode revelar como a verdade depende da compreensão cotidiana. O posicionamento dos autores (2002 [1980], p. 287) é o de que apenas compreendemos uma afirmação como verdadeira quando nossa compreensão dessa afirmação corresponde à nossa compreensão da situação em função de nossos objetivos, e essa é a base experiencialista da verdade, que tem raízes em outras teorias filosóficas, como a *teoria da correspondência*, o *realismo clássico* e a *teoria pragmática*<sup>14</sup>.

A primeira explicação experiencialista da verdade teria uma ligação direta com a *teoria da correspondência*<sup>15</sup>, mas Lakoff e Johnson (2002 [1980]) vão além da percepção rudimentar dessa teoria ao proporem que uma teoria da verdade significa compreender uma afirmação como verdadeira ou falsa em determinada situação, em decorrência de nossa interação com a situação em si. Na medida em que compreendemos as

---

<sup>13</sup> No original: [...] If the commonsense theory were true, metaphor would not serve the central function of language, which is supposedly to express and communicate literal truths about the world. Because of this, metaphor has been traditionally relegated to a theory of tropes, which is intended to handle uses of language in discourse and so on. The banishment of metaphor from the realm of truth explains why metaphor has traditionally been left to rhetorical and literary analysis, rather than being taken seriously by science, mathematics, and philosophy, which are seen as truth-seeking enterprise. (Lakoff e Johnson, 1991, p. 120).

<sup>14</sup> Em *Filosofia das Lógicas*, Haack (2002) explica as teorias da verdade. As teorias da correspondência, sustentadas por nomes como Russell e Wittgenstein, entendem que a verdade de uma proposição consiste não em suas relações com outras proposições, mas em sua relação com o mundo, sua correspondência com os fatos. A teoria pragmática da verdade, comunga afinidades com a teoria da coerência e da correspondência e admite “que a verdade de uma crença é manifestada pela sobrevivência da crença ao teste da experiência, sua coerência com outras crenças.

<sup>15</sup> De acordo com Pereira (2011), Aristóteles foi o primeiro a apresentar uma concepção de verdade como correspondência. Já para Russell, a correspondência consistiria em um isomorfismo estrutural entre as partes de uma crença e as partes de um fato; é a correspondência daquilo que se acredita ser verdadeiro ou falso que, junto aos fatos, tornam as crenças verdadeiras ou falsas.

situações e afirmações em termos de nosso sistema conceptual, a verdade será sempre relativa ao nosso sistema conceptual. Assim, jamais teríamos acesso a “toda verdade” ou a uma explicação definitiva da realidade, visto que nossa compreensão é sempre parcial.

A segunda explicação considera a compreensão baseada na experiência, a qual exige que compreendamos algo sempre em um esquema coerente relativo a um sistema conceptual. Por fim, a terceira explicação da verdade com base em uma teoria experiencialista defende que o nosso sistema conceptual emerge de nossas ações em ambientes físicos e sociais, as quais são constantemente testadas por meio de um agir contínuo de todos os membros de nossa cultura. Nesse sentido, a teoria experiencialista também teria ligação com os elementos da teoria pragmática da verdade (LAKOFF E JOHNSON, 2002 [1980], p. 288).

Mesmo com alguns elementos em comum com o realismo clássico, a teoria experiencialista da verdade considera que os conceitos podem ser metafóricos por natureza e podem variar de acordo com cada cultura. A última característica dessa teoria apontada por Lakoff e Johnson (2002 [1980]) é a de que o corpo de verdades varia de acordo com cada cultura, pois pessoas com sistemas conceptuais muito diferentes compreendem o mundo de formas distintas, com critérios variados para estabelecer o que é real e o que é verdadeiro.

Nesse sentido, Lakoff e Johnson (2002 [1980]) acreditam que haja verdades e que a visão de uma verdade absoluta e objetiva não é simplesmente errônea, mas perigosa social e politicamente. Para eles (2002 [1980]),

[...] A verdade é sempre relativa a um sistema conceptual definido, em grande parte, pela metáfora. A maioria de nossas metáforas evoluiu em nossa cultura, durante um longo período, mas muitas nos foram impostas pelas pessoas que detêm o poder – líderes políticos, líderes religiosos, líderes empresarias, publicitários, a mídia, etc. Em uma cultura em que o mito do objetivismo está muito vivo, e a verdade é sempre absoluta, as pessoas que conseguem impor suas metáforas à cultura conseguem definir também o que consideramos verdadeiro – absoluta e objetivamente verdadeiro. (LAKOFF E JOHNSON, 2002 [1980], p. 88-89)

A ideia de que as metáforas conseguem criar realidades e de que essas realidades podem ser definidas por aqueles que detêm o poder é o que nos fez pensar que os discursos médico-psiquiátricos influenciavam na conceptualização da doença bipolar, a partir das metáforas conceptuais inerentes ao processo cognitivo.

Antes de explorar a literatura existente acerca de como as metáforas podem influenciar na recepção de doenças, daremos ênfase à abordagem crítica da metáfora, uma vez que pretendemos traçar um percurso interdisciplinar, que nos auxilie a compreender as evidências que o *corpus* delimitado para este estudo demonstrou.

## 1.6 A articulação entre discurso e cognição

Em *As metáforas nas ciências sociais*, Nunes (2005, p.252) chama a atenção para aplicabilidade da Teoria da Metáfora Conceptual na psicologia e na linguística cognitivista e ressalta que a teoria mostra-se eficaz em estudos recentes que incorporam uma perspectiva da sociologia crítica, absorvendo elementos do chamado giro linguístico. A ênfase das pesquisas atuais sobre a metáfora tem se deslocado

[...] Dos instrumentos clássicos de opressão como o direito para os ‘discursos’ de instituições educacionais, [...] organizações políticas, difundidos por meios de comunicação de massa, que acabam influenciando, de forma inconsciente, em nossas vidas cotidianas. (NUNES, 2005, p.252)

Segundo Nunes (2005), os mapeamentos conceituais aplicados a discursos de penetração ideológica, como o discurso político, o discurso religioso e de instituições como o exército desmontariam uma rede analógica implícita, sugerindo nexos causais e explicações.

Verza (2010) salienta que, devido à circularidade dos procedimentos adotados pela TMC – uma pesquisa que utiliza evidências para reforçar uma hipótese –, *a priori*, e não ao contrário, muitas críticas a esse modelo surgiram. Os estudos da metaforologia (CAMERON; LOW, 1999) são um exemplo de novas propostas para o estudo da metáfora, as quais propõem uma articulação entre o discurso e a cognição, destacando a análise discursiva da metáfora. Essas perspectivas recorrem a exemplos retirados de usos autênticos da língua e não apenas da intuição dos pesquisadores:

[...] Dessa forma, passou-se a investigar a linguagem figurada em determinados gêneros textuais, em corpora gerais ou específicos e, a partir desses dados, identificar as metáforas conceituais subjacentes. Em outras palavras, a linguagem, vista, em um primeiro momento, como secundária por teóricos cognitivistas, recuperou seu estatuto epistemológico. (VEREZA, 2010, p. 207)

A constatação surgida a partir dessas novas metodologias para a análise do processo metafórico reiterou o postulado de que a linguagem em uso, ou o discurso, não era apenas o universo das manifestações linguísticas de metáforas conceituais, mas sim de encadeamentos cognitivos e pragmáticos e mesmo de emergência de novas metáforas conceituais. Consequentemente, a linguagem recuperou, relativamente, seu estatuto de *locus* da metáfora (VEREZA, 2010).

Vereza (2010) ressalta que, apesar de a linguagem ter reassumido, em partes, seu posto de *locus* da metáfora, esse movimento não faz com que voltemos às abordagens clássicas, principalmente àquelas perpetuadas pela Retórica, na qual a metáfora era apenas uma figura de linguagem com função ornamental e sem qualquer efeito cognitivo, sendo que, por não estabelecer uma relação direta com a realidade, não teria papel na produção de sentidos. Em vez disso, o cenário atual dos estudos da metáfora não descarta os aspectos cognitivos inerentes a ela e procura instaurar relações sistemáticas entre a cognição e o discurso, acentuando a inseparabilidade desses dois polos, ou seja, a análise discursiva da metáfora pressupõe a metáfora conceptual:

A metáfora é de natureza tanto linguística quanto (sócio) cognitiva, e o discurso promove e possibilita essa articulação e, ao mesmo tempo, dela depende. Dessa forma, o *locus* da metáfora passa a ser o discurso se entendermos esse conceito como o espaço em que aspectos sociocognitivos e linguísticos (se é que se pode fazer essa separação) se encontram para tecer a figuratividade, entre outras formas de criação de sentidos. (VEREZA, 2010, p. 208)

Para Vereza (2007), no paradigma cognitivista, a metáfora seria abordada como parte de um sistema, tanto na dimensão do pensamento quanto na linguagem. Os estudos mais recentes deslocariam o foco no

sistema para o foco no uso e, por isso, deparar-se-iam com a complexidade e a heterogeneidade do discurso. Essa linha de pesquisa é entendida pela autora como uma hipótese pragmático-cognitiva, que toma a metáfora conceitual como um novo objeto de pesquisa, multidisciplinar, epistemologicamente consistente e bastante promissor em seu potencial analítico. Em virtude dessas características, a metáfora passou a ser o foco de inúmeras pesquisas nas áreas da linguística cognitiva, dos estudos literários, da psicologia cognitiva e recentemente da Linguística Aplicada.

São as pesquisas na área da Linguística Aplicada que têm superado as limitações teórico-metodológicas dos estudos desenvolvidos nas áreas ditas mais puras – a semântica cognitiva, por exemplo, na qual o material linguístico utilizado nos estudos parte de exemplos inventados, uma vez que estes dão ênfase a amostras autênticas da língua em uso –, o que garante sua legitimidade e eficiência, tanto como objeto de estudo como garantindo evidências explicativas (VEREZA, 2007). Para Vereza (2007, p. 490), ainda

Os estudos da metáfora desenvolvidos no âmbito da Linguística Aplicada têm como importante característica, além de sua relevância para as áreas empíricas abordadas, a contextualização de seu objeto de investigação no âmbito do discurso. Mesmo com objetivos e metodologias diversos, essas pesquisas pressupõem que a metáfora, mesmo como figura de pensamento, manifesta-se no âmbito da linguagem em uso, e é a partir do contexto discursivo que ela pode ser mais bem compreendida.

Ainda pensando nas pesquisas realizadas no âmbito da Linguística Aplicada, no prefácio de *Researching and applying metaphor*, Cameron e Low (1999) explicam que a metáfora deveria ser estudada para além da semântica, a partir do envolvimento de abordagens contextuais, uma vez que um fenômeno tão complexo quanto a metáfora pode e precisa ser estudado através de múltiplos métodos de investigação.

Na esteira dos trabalhos que se preocupam com a aplicabilidade da TMC a discursos que tenham penetrações ideológicas<sup>16</sup>, o trabalho de

---

<sup>16</sup> Ao definir ideologia, Charteris-Black parte das proposições de Kress e Hodge (1993, p.15 apud Charteris-Black, 2004). Para eles, "[...] a ideologia envolve uma

Charteris-Black (2004) mostra-se esclarecedor. O autor propõe, em *Corpus Approaches to Critical Metaphor Analysis*, uma explicação dos efeitos da metáfora na linguagem a partir da análise de diferentes corpora. Segundo Vereza (2007), a tendência proposta pela Análise Crítica da Metáfora é a investigação da dimensão política-ideológica da metáfora.

Para Charteris-Black (2004), a seleção linguística, nos discursos, visa a evocar uma resposta emocional e usar essa resposta como a base de uma avaliação, então, o papel da Análise Crítica da Metáfora seria analisar como o despertar de emoções através das metáforas serve para influenciar opiniões, avaliações e julgamentos de valor<sup>17</sup>. A próxima seção descreve a proposta do autor.

### 1.6.1 A proposta de Charteris-Black – A Análise Crítica da Metáfora

Ao sugerir uma proposta para a análise do papel das metáforas nos discursos, Charteris-Black (2004) propõe a interdependência de três domínios do saber – a semântica, a pragmática e a análise crítica do discurso – para que se possa desenvolver um modelo discursivo para a metáfora. Para o autor (2004, p. 02, tradução nossa), essa proposta

[...] É um caminho pelo qual modos persuasivos e emotivos de pensar sobre o mundo moldam a linguagem que nós usamos e através do qual nossos

---

apresentação sistematicamente organizada da realidade". Nessa lógica, Charteris-Black argumenta que: "A metáfora é vital na criação dessa apresentação da realidade. Isso é também o que Foucault se refere como "a ordem do discurso", e Fairclough descreve como a configuração geral das práticas discursivas de uma sociedade ou de suas instituições". (CHARTERIS-BLACK, 2004, p. 28, tradução nossa)

<sup>17</sup> Charteris-Black afirma que a avaliação e os julgamentos de valor são definidos como "[...] o termo amplo que cobre a expressão da atitude ou a posição do orador ou do escritor a frente da postura do ponto de vista sobre os sentimentos, as entidades ou as proposições das quais ele ou ela está falando. A metáfora também se preocupa tanto com a articulação de pontos de vista como com o que sentimos sobre eles. Talvez isso explique a estreita relação que existe entre a avaliação e a metáfora". (CHARTERIS-BLACK, 2004, p.11, tradução nossa). O autor ainda alega que há vantagens em utilizar algumas metáforas, principalmente aquelas que já foram convencionalizadas, uma vez que elas carregam um sistema de valores já aceitos.

pensamentos sobre o mundo são moldados pelo uso da linguagem"<sup>18</sup>.

A característica que alicerça o projeto da Análise Crítica da Metáfora é o fato de a metáfora ter características linguísticas, pragmáticas e cognitivas, sendo a dimensão pragmática importante, mesmo que tenha perdido espaço nas abordagens da semântica cognitiva. O que propõe o professor de linguística da Universidade de Bristol é retomar algumas concepções da metáfora defendidas por Ricoeur (1978 apud CHARTERIS-BLACK, 2004, p. 02, tradução nossa) que demonstram como o aspecto pragmático das metáforas tem papel importante em sua compreensão:

[...] A metáfora mantém juntos, num simples significado, duas diferentes partes faltantes de diferentes contextos de significado. Assim, não estamos mais lidando com uma simples transferência de palavras, mas com uma negociação entre pensamentos, que consiste numa transação entre contextos.<sup>19</sup>

Nesse sentido, a abordagem da Análise Crítica da Metáfora destina-se a fornecer análises das metáforas a partir de seus contextos de produção via investigação de *corpus* advindos de diferentes campos do saber, como a política, a economia e a mídia. Além disso, Charteris-Black (2004) propõe que a dimensão pragmática da metáfora deveria ser analisada em termos de seus componentes ideológicos e retóricos para que houvesse melhor entendimento das relações entre as formas externas da linguagem e as formas internas do pensamento humano. Para o linguista (2004), a Análise Crítica da Metáfora identifica como o recurso metafórico pode ter um poderoso papel persuasivo, uma vez que integra recursos cognitivos e linguísticos com conhecimento histórico e cultural.

---

<sup>18</sup> No original: “[...] It is a gateway through which persuasive and emotive ways of thinking about the world mould the language that we use and through which our thoughts about the world are moulded by language use”.

<sup>19</sup> No original: “[...] Metaphor holds together within one simple meaning two different missing parts of different contexts of meaning. Thus, we are not dealing any longer with a simple transfer of words, but with a commerce between thoughts, that is a transaction between contexts”.

O autor argumenta ainda que a metáfora é um conceito relativo<sup>20</sup>, o qual não pode ser definido por um único critério aplicado a todas as circunstâncias, ou seja, sua definição deve levar em consideração critérios linguísticos, pragmáticos e cognitivos, uma vez que um único critério não poderia definir um encaixe perfeito entre as intenções do “codificador” e as interpretações dos “decodificadores”.

Ao tomar a posição de que a metáfora não pode ser definida por um único critério, seja ele semântico ou pragmático, Charteris-Black (2004) defende que

A metáfora é ativa no desenvolvimento de uma estrutura conceitual tanto para representar novas ideias quanto para fornecer palavras novas para preencher lacunas lexicais (ou catacrese). O papel pode ser semântico, o qual se preocupa em estender os recursos do sistema linguístico para acomodar a mudança no sistema conceitual, mas também pode servir como recurso estilístico para transmitir a avaliação autoral. Este é um papel pragmático porque reflete as escolhas linguísticas que realizam intenções retóricas específicas dentro de um contexto determinado (CHARTERIS- BLACK, 2004, p. 08, tradução nossa)<sup>21</sup>.

---

<sup>20</sup> Sobre essa definição, Charteris-Black (2004, p. 20, tradução nossa) alega que: “[...] a metáfora é um conceito relativo em vez de absoluto. É relativo uma vez que os significados das palavras mudam ao longo do tempo. Então, o que antes era metafórico pode se tornar literal, porque a consciência da metáfora depende em parte dos usuários da linguagem, ou seja, da experiência dos usuários da linguagem. [...] Dado que é improvável que haja conceito total sobre o que é ou não é uma metáfora, ou sobre o quanto o uso de uma determinada palavra ou frase é metafórico. Pode ser que as definições de metáfora precisem incorporar a linguística, uma orientação pragmática e cognitiva. O termo “metáfora” pode se referir a um conjunto de características linguísticas, cognitivas e pragmáticas, todas ou algumas das quais são apresentadas em graus variados. A metáfora não é, portanto, um fenômeno exclusivamente linguístico, pragmático ou cognitivo.

<sup>21</sup> No original: Metaphor is active in both the development of a conceptual framework for representing new ideas and in providing new words to fill lexical gaps (or catachresis). The role can be a semantic one that is concerned with stretching the resources of the linguistic system to accommodate change in the conceptual system but it can also serve as a stylistic resource for conveying authorial evaluation. This is a pragmatic role because it reflects the linguistic choices that realise particular rhetorical intentions within a particular context. (CHARTERIS-BLACK, 2004, p. 08)

Além disso, o autor advoga a favor de uma abordagem de análise que complemente as perspectivas da semântica cognitiva com a análise pragmática, uma vez que as metáforas seriam sempre utilizadas dentro de contextos específicos de comunicação que governariam suas funções. Desse modo, as funções cognitivas das metáforas não poderiam ser tratadas isoladamente de suas funções persuasivas no discurso.

Todavia, o valor da semântica cognitiva não é refutado em *Corpus approaches to critical metaphor analysis*, pois, segundo o autor, a semântica cognitiva oferece um único conjunto unificado de critérios para a classificação das metáforas, o que permitiria comparações precisas de como a metáfora é utilizada em diferentes domínios discursivos (CHARTERIS-BLACK, 2004). Charteris-Black (2004) aponta para o fato de que a compreensão do porquê de uma metáfora conceptual ser preferível em vez de outra deve considerar necessariamente a intenção do falante dentro de contextos específico. Assim, as metáforas não seriam apenas um requerimento da semântica cognitiva, e sim questões de escolha do falante. (CHARTERIS-BLACK, 2004, p.10)

A Análise Crítica da Metáfora identificaria as proposições que sublinham a base cognitiva da metáfora e revelaria as intenções do falante ao utilizar essa ou aquela metáfora conceptual. Para Charteris-Black (2004, p. 13, tradução nossa),

[...] Dada a importância do significado expressivo, não devemos ignorar o seu papel muitas vezes vital para ajudar a formar opiniões – é um ato de discurso fundamentalmente persuasivo – persuasivo porque traz uma percepção compartilhada que transcende a do sistema semântico. É por isso que a análise crítica das metáforas pode fornecer uma compreensão das crenças, atitudes e sentimentos da comunidade do discurso em que ocorrem<sup>22</sup>.

---

<sup>22</sup> No original: [...] Given the importance in expressive meaning, we should not ignore its often vital role in helping to form opinions – it is a fundamentally persuasive discourse act – persuasive because it invites a shared perception that transcends that of the semantic system. This is why critical analysis of metaphors can provide insight into the beliefs, attitudes and feelings of the discourse community in which they occur.

O que Charteris-Black (2004) propõe como Análise Crítica da Metáfora seria uma direção de estudos, em que a semântica cognitiva é integrada à pragmática através da investigação dos contextos nos quais as metáforas ocorrem e das evidências linguísticas que afirmariam como o contexto pode influenciar nas escolhas metafóricas feitas pelo falante. A diferença entre a abordagem da Análise Crítica da Metáfora e a proposta da TMC é que esta não explica como as enunciações podem ser interpretadas como metafóricas, suas condições de uso e as razões pelas quais usamos uma ou outra metáfora. Isso seria explicado apenas por uma abordagem que desse conta dos aspectos pragmáticos da metáfora (CHARTERIS-BLACK, 2004, p.16).

A proposta da Análise Crítica da Metáfora, ao integrar os conhecimentos da análise crítica do discurso<sup>23</sup> ao estudo do fenômeno metafórico, é defender o potencial da metáfora na construção de representações do mundo e na compreensão humana de vários aspectos da vida social e política, além de exacerbar seu papel vital na formação de crenças, atitudes e ações e na influência de condutas pessoais e sociais (CHARTERIS-BLACK, 2004, p.28).

Ao defender a posição de Stubbs (2001, apud CHARTERIS-BLACK, 2004), a de que algumas ideias convencionais são formuladas de modo a parecerem naturais, Charteris-Black (2004) alega que as metáforas convencionalizadas, seja pela mídia ou pelo discurso acadêmico, são potencialmente importantes, pois fornecem exemplos de representações socialmente pungentes através de evidências linguísticas que formam um sistema subjacente de ideias ou ideologias, cujas premissas podem ser ignoradas se não tomarmos consciência delas.

Ao integrar o estudo da metáfora à pragmática, à semântica cognitiva e à análise crítica do discurso, Charteris-Black (2004) advoga em favor da utilização de *corpus* – larga seleção de textos que derivam da língua em uso em um contexto – para realizar análises do processo metafórico, uma vez que comunga da ideia defendida por vários

---

<sup>23</sup> A abordagem da Análise Crítica do discurso proposta por Charteris-Black (2004) deriva fundamentalmente da obra de Fairclough (1989 apud Charteris-Black, 2004). Para o autor (2004, p. 29, tradução nossa): "[...] nas ciências sociais e humanas, o termo "crítico" é frequentemente usado para se referir as perspectivas teóricas e metodologias que visam alterar a ordem social e política existente. Portanto, a Análise Crítica do Discurso [...] preocupa-se em aumentar nossa consciência sobre as relações sociais que são forçadas, mantidas e reforçadas pelo uso da linguagem para mudá-las".

pesquisadores (dentre os quais Deignam, Hunston e Moon) de que estudos da metáfora derivados de *corpus* são efetivos para demonstrar como avaliações e julgamentos são comunicados. No capítulo três, daremos ênfase à metodologia adotada pelo linguista. Por ora, destacamos uma passagem de *Corpus approaches to critical metaphor analysis*, que julgamos evidenciar a importante função dessa abordagem no estudo das metáforas:

[...] As avaliações que são transferidas por metáforas são importantes na formação de certos modos de ver o mundo. A Análise Crítica da Metáfora é uma forma de revelar ideologias, atitudes e crenças subjacentes - e, portanto, constitui um meio vital para maior compreensão acerca das complexas relações entre linguagem, pensamento e contexto social. (CHARTERIS-BLACK, 2004, p. 42, tradução nossa)<sup>24</sup>.

Ao entendermos o fenômeno metafórico para além da ótica cognitiva, priorizando a análise da metáfora como um fenômeno sociocognitivo, que nos possibilita entender a maneira como lidamos com situações ordinárias e possivelmente determinar estratégias para alcançarmos certos objetivos, o que poderia muito bem acontecer em discursos médico-psiquiátricos, pretendemos, no próximo capítulo, observar como a conceptualização das doenças é atingida pelo fenômeno metafórico.

---

<sup>24</sup> No original: [...] the evaluation that are conveyed by metaphors are important in forming certain ways of looking at the world. Critical Metaphor Analysis is a way of revealing underlying ideologies, attitudes and beliefs – and therefore constitutes a vital means of understanding more about complex relationships between language, thought and social context. (CHARTERIS-BLACK, 2004, p. 42).



## **CAPÍTULO 02 – SOBRE AS METÁFORAS NA COMPREENSÃO DAS DOENÇAS E CONSIDERAÇÕES ACERCA DO DIAGNÓSTICO DA BIPOLARIDADE**

---

No âmbito das ciências humanas, alguns trabalhos têm buscado a compreensão da influência das práticas sociais e do metadiscorso científico na recepção de doenças. Esses projetos observam que a referência a enfermidades por meio de termos metafóricos é recorrente na história da humanidade e desperta o interesse de estudiosos no que tange à interpretação e à conceptualização de doenças através de metáforas (SIMAN, 2015).

Percebemos, no entanto, que o processo metafórico comum na compreensão das doenças é um tema caro não apenas à linguística sociocognitiva, mas também a projetos de cunho mais antropológico do que linguístico. Por isso, inicialmente, este capítulo apresenta brevemente o trabalho de Susan Sontag (1984, 2007), já que, embora direcionadas às doenças do corpo, as discussões da autora nos auxiliaram na tarefa interpretativa/especulativa, tema do próximo capítulo deste estudo. Em seguida, apresentamos trabalhos mais relacionados à Linguística Cognitiva, nos quais a metáfora também aparece como um importante instrumento para a compreensão de doenças.

O terceiro momento instaurado neste capítulo tem um caráter descritivo: apresentamos o Transtorno Bipolar a partir das séries discursivas do campo da Psiquiatria. Para isso, percorremos enunciados que aparecem em textos e artigos científicos, bem como as definições e particularidades apresentadas pelas edições do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* – DSM.

### **2.1 A metáfora como recurso na compreensão das doenças – O trabalho de Susan Sontag**

Como destacamos, no contexto antropológico, o trabalho de Susan Sontag acerca da presença de metáforas na referência a doenças merece destaque. Em *A doença como metáfora*, a ensaísta americana aborda o uso da doença como um símbolo ou uma metáfora e as consequentes fantasias punitivas ou sentimentais que podem ser forjadas em torno de afecções, como o câncer e a tuberculose, considerando os estereótipos que as metáforas podem produzir, os preconceitos decorrentes das metáforas que descrevem essas doenças, assim como os mitos e crenças derivados dessas patologias e encontrados tanto na sociedade quanto na literatura.

Sontag (1984) sugere que nada é mais punitivo que atribuir um significado a uma doença quando esse significado é moralista, principalmente em relação a uma que seja de causa ainda obscura ou sem tratamento eficaz, ficando sobrecarregada de significação. “Os sentimentos relacionados ao mal são projetados numa doença, e a doença (assim enriquecida de significados) é projetada no mundo”. (SONTAG, 1984, p. 34)

Para Sontag (1984), a categorização linguística de uma doença pode aumentar o sofrimento daqueles que a apresentam, e as fantasias acerca de determinadas patologias podem florescer à medida que as consideramos disfunções fatais, identificadas como a própria morte. Desse modo, algumas das metáforas que envolvem o câncer e a tuberculose, por exemplo, poderiam revelar muito sobre a ideia do mórbido e sobre a evolução dessas patologias.

Ao serem investigadas essas afecções, a ensaísta mostra como o câncer e a tuberculose estariam sobrecarregadas de ornamentos metafóricos e como eram descritas da mesma maneira sob o ponto de vista biotipológico – ambas eram patologias semelhantes, que consumiam o corpo. Somente após 1882, quando a tuberculose foi identificada como uma infecção bacteriana, a distinção entre as duas doenças foi possível, e ambas ganharam distinções metafóricas contrastantes.

O câncer passou a ser considerado uma doença obscena, de mau presságio e repugnante aos sentidos. As metáforas ligadas a ele implicam processos ativos de natureza particularmente horrível e referem-se quase sempre à topografia (o câncer se espalha, prolifera-se), uma vez que, quando determinada região do corpo é atingida, a doença pode generalizar-se para as demais regiões (SONTAG, 1984, p. 3). Retratada como a patologia daqueles que reprimiam emoções, o portador dessa doença passou a ser considerado como alguém vazio de sentimento, desprovido de personalidade e destituído de toda a capacidade de transcendência, ficando humilhado pela agonia e medo da morte. O câncer seria seguido de uma submissão emocional, que desencadearia a desistência da esperança pelo paciente. Por atacar qualquer parte do corpo do indivíduo, o câncer é considerado uma doença apenas corpórea, que não revela nada do espírito, somente “[...] que o corpo é – angustiosamente demais – apenas o corpo”. (SONTAG, 1984, p. 9)

Sobre as noções punitivas da doença, a ensaísta afirma que elas são particularmente atuantes em relação ao câncer: “[...] existe uma ‘luta’ ou ‘cruzada’ contra o câncer. O câncer é a doença ‘assassina’; as pessoas que têm câncer são ‘vítimas do câncer’. Aparentemente a doença é o réu, mas

ao doente também cabe culpa” (SONTAG, 1984, p. 34). Ao canceroso, cabe a culpa de estar doente, uma vez que a doença é associada à repressão das paixões, à submissão emocional.

Para Sontag (2007), o câncer é encarado com uma repulsa irracional, uma diminuição do eu. Diagnosticada com câncer e relatando que, muitas vezes, as metáforas atribuídas à doença deformam a experiência do paciente com a doença, Sontag (2007) argumenta que as metáforas

[...] Têm consequências bem reais: elas o inibem, impedindo-o de procurar tratamento bem cedo e de se esforçar mais no sentido de receber um tratamento competente. Eu estava convencida de que as metáforas e os mitos podiam matar. (Por exemplo, fazem com que as pessoas tenham um medo irracional de métodos eficientes como a quimioterapia, e estimulam a crença em tratamentos absolutamente inúteis, como as dietas e a psicoterapia. Eu queria oferecer, aos outros doentes e aos seus, um instrumento para dissolver essas metáforas, essas inibições. Tinha esperanças em conseguir convencer as pessoas apavoradas [...] a encarar o câncer [...] apenas como uma doença. Não como uma maldição, um castigo, uma vergonha. (SONTAG, 2007, p. 88)

Ao contrário do câncer, a tuberculose passou a ser mistificada como a doença da alma por atacar “partes mais elevadas e nobres do ser humano” em contraste com as doenças que atacam os “órgãos rudes e ordinários do corpo, que sufocam a poluem a mente dos pacientes” (Goncourt, 1869, apud SONTAG, 1984, p. 9). A tuberculose era considerada uma doença edificante e refinada, que dava sentido à morte. O tuberculoso era retratado como alguém mais bonito e mais nobre, com aspecto atraente, já que a doença havia se tornado um símbolo de distinção e educação. Ao contrário do canceroso, o tuberculoso sofria de paixões excessivas, era um paciente extremamente sensual e descuidado. De acordo com Sontag (1984), no século XVIII, o fato de estar tuberculoso já merecia associação com a ideia de ser romântico.

A autora ainda chama atenção para o fato de que “[...] muitas das atividades literárias e eróticas derivam da tuberculose e de suas transformações através das metáforas. A agonia tornou-se romântica, numa visão estilizada dos sintomas preliminares da doença” (SONTAG,

1984, p. 17). No entanto, a ensaísta afirma que o culto à tuberculose não era simplesmente uma invenção dos poetas românticos, mas também uma atitude generalizada: a pessoa que estava morrendo de tuberculose era vista como uma personalidade romântica.

Uma formulação importante do trabalho de Sontag (1984) e que repercute nesta pesquisa é o paralelo, traçado pelas metáforas, entre a insanidade e a tuberculose – as metáforas utilizadas para descrever a doença do corpo passam a descrever a doença da alma. O processo metafórico relativo à tuberculose, doença repelente e repugnante que se tornou índice de sensibilidade no século XVIII, agora é transplantado à insanidade; a doença mental passa a ser veículo de sentimentos espirituais e descontentamento crítico:

No século XX, a corbelha de metáforas e atitudes se rompeu [...]. Alguns traços vão para a insanidade: a noção de que o paciente é uma criatura febril e negligente, de extremos apaixonados, alguém sensível demais para suportar os horrores do mundo vulgar e cotidiano. [...] Não é a tuberculose, mas a insanidade que é o veículo atual de nosso mito secular da autotranscendência. (SONTAG, 1984, p. 20)

No intuito de depurar do vocabulário médico e leigo da utilização de certas metáforas, principalmente aquelas relativas à guerra e à economia – as quais destacaremos no próximo capítulo –, Sontag (1984), em *Doença como metáfora*, propôs que a doença não é uma metáfora e que a maneira mais honesta de encarar – e a mais saudável de ficar doente – é aquela mais depurada de pensamentos metafóricos ou que sejam mais resistentes a esses pensamentos. Contudo, essa proposta vai de encontro à TMC, perspectiva na qual a exclusão da metáfora é uma impossibilidade estrutural, pois a presença metafórica é essencial no entendimento dos conceitos, como explica Silva (1992, p. 83): o conjunto de nossas percepções, o modo como respondemos às estimulações internas e externas, a nossa relação com outras pessoas, todas essas funções individuais e coletivas estariam submetidas a um repertório de metáfora: as metáforas segundo as quais nós vivemos.

Dez anos depois, no entanto, ao tratar da AIDS e suas metáforas, Sontag (2007) reformula sua ideia e reconhece que é impossível pensar sem metáforas, embora ainda defenda que algumas metáforas deveriam ser evitadas ou retiradas de circulação. A autora também reitera que

algumas das metáforas que envolviam o câncer e os sentimentos forjados por elas evoluíram, e, hoje, sofrer de câncer não geraria uma “identidade deteriorada”, não seria tão estigmatizante, isso porque uma “nova” doença – a AIDS – surgiu com maior capacidade de produzir identidades deterioradas, cuja capacidade de estigmatizar também é muito maior.

A ensaísta americana também afirma que toda sociedade precisa identificar uma doença como o próprio mal, tornando culpadas suas vítimas, mas essa obsessão acontece apenas com uma doença de cada vez – como na sequência tuberculose, câncer, AIDS. Sobre a metaforização da AIDS, ainda que a doença não seja uma afecção única por requerer a presença de outras malignidades oportunistas e infecções, a ensaísta sustenta a ideia de que a maioria das metáforas e das imagens associadas à moléstia fazem com que ela seja considerada uma doença única, em parte porque se acredita que ela tenha uma causa única.

Nesse sentido, Sontag (2007, p. 90) argumenta que a genealogia metafórica da AIDS é dupla: “enquanto microprocesso, ela é encarada como o câncer: como uma invasão. Quando o que está em foco é a transmissão da doença, invoca-se uma metáfora mais antiga, que lembra a sífilis: a da poluição”.

Como se percebe, mais uma vez as metáforas militares são utilizadas para a descrição e caracterização dos processos envolvidos na conceptualização da AIDS. Todavia, para Sontag (2007), as metáforas militares usadas para descrever a AIDS têm uma ênfase distinta das utilizadas na definição do câncer: as metáforas que recobrem a conceptualização do câncer não abordam a questão da causalidade, um aspecto obscuro da doença, e focalizam o momento em que as células entram em mutação e atacam outros órgãos, ou seja, um processo de subversão interna. Já no caso da AIDS, o inimigo é um elemento exterior, o qual ataca o sistema imunológico e faz com que as células do próprio organismo invadido se transformem em células invasoras. As metáforas militares acompanham o curso da doença: “Um exército de doenças oportunistas, normalmente contidas pelo sistema imunológico sadio, ataca o organismo, cuja integridade e cujo vigor foram abalados pela multiplicação de material estranho que ocorre com a queda das defesas imunológicas” (SONTAG, 2007, p. 92).

Sontag (2007) também afirma que as metáforas relativas à AIDS, mais do que aquelas relativas ao câncer, teriam poder de alimentar fantasias sinistras a respeito da moléstia, assinalando vulnerabilidades individuais e sociais e reforçando a sensação de que a AIDS é onipresente:

o vírus invade o organismo, e a doença invade toda a sociedade (o organismo social).

Com isso, reiteramos que, embora seja possível localizar algumas observações pontuais e localizadas acerca da conceptualização de doenças através das metáforas, Costa Jr. (2014) apontou a escassez da literatura que tematiza a relação entre a metáfora conceptual e o campo semântico da doença. Por isso, reforçamos ainda a ausência de trabalhos que tematizem a conceptualização através das metáforas no que tange às doenças mentais. Na próxima seção, tomamos um caminho “mais linguístico” e destacamos alguns trabalhos que abordam os usos da metáfora conceptual na descrição de doenças.

## 2.2 Metáforas conceptuais na compreensão de doenças

Costa Jr (2014), ao trabalhar com a demarcação da ansiedade enquanto emoção patologizada, afirma que, após a caracterização de uma doença como tal, faz-se necessário o empenho de diversos métodos para tratá-la. No nível das doenças mais reconhecidas, uma metáfora comum que subjaz aos discursos leigos e especializados é a metáfora estrutural da guerra, que diz respeito principalmente ao combate de doenças.

Com base em Hillmer (2007, apud COSTA JR, ano 2014), Costa Jr. (2014) aponta que a metáfora TRATAR UMA DOENÇA É TRAVAR UMA GUERRA possui diversas subcategorias como: A DOENÇA É UM INIMIGO, O CORPO É UM CAMPO DE BATALHA, A MEDICINA É UMA ARMA, PROCEDIMENTOS MÉDICOS SÃO ATAQUES, VENCER A GUERRA É SER CURADO DA DOENÇA. Segundo o autor (2014, p.46),

[...] A metáfora “travar uma guerra” é uma metáfora estrutural que organiza um sistema complexo de metáforas da doença. Nem sempre os desdobramentos dessa metáfora produzem resultados justos e positivos. A investigadora Sontag (1984, 1990) percebeu que muitas metáforas das doenças contribuem para o preconceito e estigmatização dos doentes. Em sua visão, a militarização da doença causa diversas injustiças como a que ocorre com os doentes de AIDS, vistos como condenados à morte ou como inimigos sociais.

O autor (2014) demonstra, no que se refere à conceptualização da ansiedade enquanto doença, que o domínio GUERRA não é único domínio fonte acionado. A patologização da ansiedade é regida também pelo domínio fonte da DESORDEM, o qual licencia metáforas tais como A ANSIEDADE É UMA DESORDEM. Nessa metáfora conceptual, o conceito de ordem manifesta sua importância para a caracterização não apenas da ansiedade como doença, mas de outras doenças mentais. A partir do enfoque sociológico com o qual Albuquerque (1978 apud COSTA JR., 2014) aborda os conceitos de ordem e desordem nas relações de poder psiquiátricas, Costa Jr (2014) argumenta que

O significado de “ordem” se refere à relação inteligível entre elementos, à organização metódica e à disposição lógica de objetos. Por isso, várias marcas linguísticas como “distúrbio”, “transtorno”, “desobedecer”, “infringir”, “inadequados” etc. podem evidenciar a estrutura conceptual da desordem. (COSTA JR., 2014, p. 84)

Ao colocar a ansiedade no domínio fonte da desordem, que, no limite, significaria o domínio da doença, uma série de outros licenciamentos podem ser sugeridos: sintomas, diagnósticos, medicamentos, tratamentos, exames, remédios. No entanto, apenas declarar que a ansiedade é, agora, uma doença não esclarece o fato de como ela tornou-se uma patologia.

Além da caracterização linguística da ansiedade patológica como desordem, a linguagem utilizada no *corpus* selecionado por Costa Jr.<sup>25</sup> (2014), indicaria a transição da emoção ansiosa para a doença através de metáforas como EMOÇÃO NÃO COMEDIDA É DOENÇA.

Nesse sentido, o limite ultrapassado da emoção para a doença em que a ansiedade realizar-se-ia é o domínio da desordem, da falta de controle:

O conceito estrutural de desordem fornece o elemento “irracionalidade”, que em conexão como o elemento “forte sentimento”, do domínio da emoção, leva ao elemento “emoção não

---

<sup>25</sup> Ao contrário de nossa pesquisa, que toma como *corpus* artigos médico-psiquiátricos, Costa Jr. (2014) apoiou-se na teoria popular da ansiedade, baseada em modelos culturais, marcados linguisticamente sem compromisso com as teorias médicas. O *corpus* da pesquisa de Costa JR (2014) é formado por textos do domínio jornalístico, mais especificamente reportagens e notícias.

comedida”. O não comedimento (ou exagero, exacerbação) é um dos principais elementos na patologização de uma emoção. (COSTA JUNIOR, 2014, p. 86)

Embora Costa Jr. (2014) não dê destaque aos motivos que levariam à patologização da ansiedade, julgamos necessário apontar que sobre a inserção de emoções, condutas e comportamentos cotidianos no campo das patologias clínicas, Caponi (2014) dedica a obra *Loucos e degenerados: uma genealogia da Psiquiatria ampliada*. Nela, a autora defende a tese de que, nos últimos anos, reforçou-se a tendência de pensar conflitos e dificuldades em termos médicos, mais precisamente psiquiátricos, e que essas supostas patologias teriam explicações biológicas. No prefácio da obra, Castiel (2014, apud CAPONI, 2014) aponta o surgimento de uma determinada ampliação da Psiquiatria que se separa do terreno “psi” e se vincula vigorosamente ao campo “bio”, sustentando a normatização via medicalização e patologização do que antes seria pertencente ao campo da variabilidade humana.

Para Castiel (2014, p. 11, apud CAPONI, 2014), a história da Psiquiatria biológica tem raízes em um tempo mais remoto:

[...] Algo que lhe pretende conferir um aspecto sólido na construção de seu edifício de saber acumulado. E, mais importante ainda, culminaria na recente e vigorosa legitimação carregada pela cientificidade gerada pelo seu ancoramento empiricista que utiliza o dispositivo de testagem de hipóteses provenientes de teorias psicobiológicas.

De acordo com o autor, em 1996, no prefácio de *Biological Psychiatry*, Trimble expressava o progresso dos métodos e instrumentos da pesquisa que culminaram em estudos da base biológica da psicopatologia como um poderoso dispositivo para a produção de verdades. Na próxima seção, retomaremos esse tema para abordar a profusão dos artigos acerca do Transtorno Bipolar. Antes, porém, apresentamos o trabalho de Gwyn (1999), que versa sobre o uso metafórico em discursos de pacientes com doenças crônicas.

No texto *Captain of my own ship*, Richard Gwyn (1999) reitera a dificuldade/ impossibilidade de conceber algumas doenças, principalmente aquelas que também estão estabelecidas em nossa cultura

como metáforas de outras coisas<sup>26</sup> – *o câncer da sociedade*, por exemplo, sem a utilização de metáforas.

Retomando o trabalho de Sontag (1991, apud GWYN, 1999), Richard aponta a dificuldade da sociedade em estar obcecada por mais de uma doença por vez, o que pode ser demonstrado, por exemplo, na realocação das metáforas que perfaziam os discursos sobre o câncer para as metáforas sobre a AIDS. Novamente as metáforas predominantes são aquelas de invasão e guerra, mas que agora adquirem uma dimensão moral – enquanto os doentes acometidos pelo câncer são vítimas da repressão e da frustração, as vítimas da AIDS são os mensageiros da degradação moral, que vem do *Outro*, de *Algum outro lugar* (especialmente da África). A AIDS é a invasora, a consequência da degradação moral.

A representação metafórica da AIDS como a invasora pode, segundo Gwyn (1999), ser similar à representação de uma sociedade que precisa defender-se dos estilos de vida degenerados, da promiscuidade e do abuso de drogas. Além disso, a ressonância metafórica da guerra contra uma doença invasiva é central para a compreensão de uma doença como algo externo ao indivíduo, uma entidade exógena contra a qual se luta, e, nesse aspecto, corresponderia à ideia proposta por Herzlich (1973, apud GWYN, 1999, p. 205, tradução nossa): “O indivíduo intrinsecamente saudável posicionou-se contra uma sociedade que ameaça a saúde”<sup>27</sup>. O poder da metáfora militar residiria em sua habilidade de incitar o medo e a prevenção.

As metáforas militares seriam as mais produtivas no campo da medicina e, para Gwyn (1999, p. 206, tradução nossa),

[...] Tais metáforas eram comuns em discussões formais e informais entre médicos, em conversas entre médicos e pacientes, em seminários e conferências da área médica, em propagandas de remédios e artigo em periódicos médicos, assim

---

<sup>26</sup> Sobre esse assunto, o trabalho de Silva (1992) mostra-se esclarecedor. Nele, o autor mostra como enunciados acerca da corrupção no Brasil eram pontuados por deslocamentos lexicológicos logicamente redutíveis à metáfora da doença.

<sup>27</sup> No original: “[...] the intrinsically healthy individual pitted against a health-threatening society.

como em representações da medicina e da doença na mídia popular<sup>28</sup>.

Assim como Sontag, Richard (1999) acredita que as metáforas militares utilizadas nos discursos médicos poderiam ser perigosas, uma vez que “[...] isso implicitamente justifica a opressão generalizada sob o pretexto de proteger as vidas de civis”<sup>29</sup>. Além disso, defender-se de um inimigo, no sentido expresso pelas metáforas militares, não seria apenas justo, e sim obrigatório.

O estudo de Gwyn (1999) envolvia 28 indivíduos, alguns eram portadores de doenças crônicas – doenças cardíacas e câncer, por exemplo –, outros cuidadores e familiares de pacientes. Através de entrevistas semidirigidas, o autor procurava entender como as pessoas afetadas direta ou indiretamente por doenças crônicas experienciavam discursivamente suas doenças e quais os significados atribuídos a elas.

Após as entrevistas, Gwyn (1999, p. 212, tradução nossa) notou que uma das metáforas conceituais mais produtivas nos discursos dos pacientes portadores de câncer, assim como nos discursos de seus cuidadores, era a metáfora TEMPO É DINHEIRO. Segundo o autor, “[...] a metaforização convencional do tempo como sendo mercadoria comprável pode parecer sem sentido no contexto, no qual o que está sendo ‘adquirido’ é o adiamento temporário da morte precoce”<sup>30</sup>.

Além das metáforas relativas ao tempo, as metáforas militares e o uso metonímico também eram produtivos nas entrevistas. Os pacientes “lutavam” contra o câncer, e a cabeça – pelo fato de estarem carecas devido ao tratamento – representava todo o corpo que sofria com a doença: “O cabelo, no mínimo a cabeça, é o ‘aspecto mais facilmente perceptível’ de qualquer indivíduo, e uma cabeça raspada, portanto, estabelecerá uma clara relação com a doença como algo bastante

---

<sup>28</sup> No original: “[...] Such metaphors were common in informal and formal discussions between doctors, talk between doctors and patients, at medical seminars and conferences, in drug advertisements and article in medical journals and in representations of medicine and disease in the popular media”.

<sup>29</sup> No original: “[...] it implicitly provides the argument for widespread oppression in the guise of protecting civilian lives”.

<sup>30</sup> No original: “[...] the conventional metaphorisation of time as being a buyable commodity might seem to ring hollow in the context, where what is being ‘purchased’ is a temporary reprieve from early death”.

específico e significativo. (GWYN, 1999, p. 214, tradução nossa<sup>31</sup>). Já nos discursos dos pacientes cardíacos, a metáfora A VIDA É UMA JORNADA era recorrente. Expressões como “o caminho para recuperação”, “estar no caminho certo”, “dar um passo de cada vez” eram constantemente adotadas pelos pacientes.

Hauser e Schwarz (2015, p. 5), ao investigarem os efeitos potenciais das metáforas conceituais relativas à guerra no entendimento do câncer e a intenção das pessoas em envolverem-se em uma série de comportamentos de prevenção à doença, afirmam que a metáfora militar é

[...] A metáfora conceitual mais comumente empregada no jornalismo científico sobre câncer. De fato, o conhecimento predominante sugere que o medo evocado ao se retratar o câncer como um inimigo encorajaria as pessoas a “lutarem” contra o câncer em suas vidas pessoais e isso proporcionaria uma mudança comportamental benéfica<sup>32</sup>.

Os autores assinalam ainda que dois verbos são particularmente produtivos na conceptualização do câncer através das metáforas militares: lutar e combater. Essa alta frequência de uso poderia, em última instância, tornar a metáfora inimiga do câncer uma poderosa influência na saúde pública. Permeando tanto os discursos midiáticos e leigos acerca do câncer quanto discursos científicos, Hauser e Schwarz (2015) afirmam ainda que o enquadramento (*framing*) do câncer como um inimigo, ao evocar o medo, poderia aumentar a adesão do público em geral a estilos de vida mais saudáveis.

No que tange a supostas afecções mentais, L. A. Keefer et al. (2014, p. 13) demonstram como a depressão é sobrecarregada de metáforas conceituais:

---

<sup>31</sup> No original: The hair, at least the head, is the most ‘easily perceived aspect’ of any individual, and a shaved head would therefore stand in a clear relation to the illness as something quite specific and meaningful.” (GWYN, 1999, p. 214)

<sup>32</sup> No original: “[...] the most common conceptual metaphor employed in science journalism about cancer. Indeed, the prevailing wisdom suggests that fear evoked by portraying cancer as an enemy would encourage people to “fight” cancer in their own personal lives and promote beneficial behavioral change”.

Como muitas doenças mentais, a depressão é abstrata uma vez que seus principais sintomas não são visíveis de imediato ou facilmente relacionados a uma causa concreta. Não é de surpreender, por isso, que as pessoas se utilizem de várias metáforas para descrever a experiência da depressão. A metáfora mais comum (p. e., em relatos de clientes com depressão) compara a depressão com estar espacialmente pra baixo. Metáfora espaciais relacionadas comparam a depressão com um peso físico que empurraria a pessoa para baixo, e a terapia como “alívio” ou “remoção” desse fardo. Outra metáfora comum compara a depressão com um estado de obscuridade, uma metáfora conhecida usada por William Styron para descrever sua experiência pessoal com a depressão. De fato, ambas as metáforas de espaço e de luz são convencionalmente usadas para falar sobre estados de espírito e outras experiências afetivas em várias culturas e línguas. Isso é provável porque elas se originaram em correlações diretas com o funcionamento corporal humano: tanto estar desanimado (ou seja, “pra baixo”) quanto baixos níveis de luz num ambiente positivamente se correlacionam com os sintomas depressivos<sup>33</sup>.

De acordo com os autores, as metáforas que aparecem nos discursos acerca da depressão ajudam na compreensão da doença, pois estão ligadas à experiência sensório motora (metáforas orientacionais).

---

<sup>33</sup> No original: Like many mental illnesses, depression is abstract in that its defining symptoms are not immediately visible or easily traced to a concrete cause. It is not surprising, then, that people reach for various metaphors to describe depression experience. The most common metaphor (e.g., in depressed clients' reports) compares depression to being spatially down or low. Related spatial metaphors compare depression to a physical weight holding one down, and therapy as “easing” or “removing” that burden. Another common metaphor compares depression to a state of darkness, a metaphor famously employed by William Styron to describe his personal experience with depression. Indeed, both space and light metaphors are conventionally used to talk about moods and other affective experiences in a number of cultures and language. This is likely because they originate in direct experiential correlations in human bodily functioning: both being inactive (i.e., “down”) and lower levels of ambient light positively correlate with depression symptoms

Além da experiência sensorio-motora, as emoções geralmente seriam pensadas através dos conceitos de espaço e luz:

[...] Isso sugere que quando o enquadramento metafórico da depressão, como para baixo ou escuro, está saliente, enquadrar o tratamento da depressão como “animador” ou “luminoso” influenciará sua efetividade perceptível, apesar do fato de estes enquadramentos metafóricos serem, em um sentido estritamente literal, periféricos para o entendimento da natureza da depressão ou meios reais pelos quais um tratamento possível supostamente alivia os sintomas depressivos. (L.A. Keefer et al. 2014, p.14, tradução nossa<sup>34</sup>)

Assim como Sontag (1984) e outros autores citados nesta seção, também nos deparamos com metáforas militares na descrição do transtorno bipolar, no *corpus* selecionado para este estudo. Além das metáforas militares, encontramos outros usos metafóricos, como as metáforas do mercado.

Antes de proceder à análise proposta neste estudo, julgamos importante situar o leitor em relação a algumas descrições acerca do Transtorno Bipolar, a partir do modelo médico-psiquiátrico. Por isso, na próxima seção, além de expor séries discursivas que tratam do transtorno bipolar em livros e artigos da medicina psiquiátrica, também recorreremos às caracterizações da doença no DSM – Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais. Foram selecionadas as seguintes edições DSM-I (1952), DSM-II (1968), DSM-III (1980), DSM-IV (1994), DSM-IV-TR (2000) e DSM V (2013).

---

<sup>34</sup> No original: [...] This suggests that when a down- or dark metaphoric framing of depression is salient, framing a depression treatment as “uplifting” or “illuminating” will influence its perceived effectiveness, despite the fact that these metaphoric framings are, in a strict literal sense, peripheral to understanding depression’s nature or the actual means by which a candidate treatment purportedly alleviates depression symptoms. (L.A. Keefer et al. 2014, p.14).

## 2.4 Confluências e disjunções: a psicose maníaco-depressiva e o transtorno bipolar – como a história da bipolaridade se inscreve

Neste ponto da pesquisa, propomo-nos a apresentar uma síntese das principais descrições e características atribuídas ao transtorno bipolar. Para isso, utilizamos a literatura médica e, num primeiro movimento, propomos um exame geral do que se fala sobre esse transtorno no campo da medicina psiquiátrica, sublinhando o que os discursos médicos pregam como verdade para a definição de sentido a uma suposta patologia. Ressaltamos que, nesta seção, limitamo-nos à apresentação dos discursos hegemônicos e oficiais – os discursos da Psiquiatria, como produção teórica sobre a bipolaridade.

Sublinhamos ainda que a construção de um “verdadeiro discursivo” sobre a loucura só é atingida a partir da ideia que formamos dela por meio de discursos produzidos sobre a doença mental nos dispositivos<sup>35</sup> em que ela se manifesta. Os discursos médicos/psiquiátricos apontam uma nosologia sobre a sintomatologia bipolar e são coordenados para a produção do discurso da medicina acerca do – agora – Transtorno Bipolar.

O segundo movimento instaurado nesta seção será o de apresentar as características desse transtorno a partir das edições do DSM, uma vez que, como afirma Caponi (2012), é impossível desconsiderar a relevância do manual, considerado referência obrigatória para a elaboração de diagnósticos psiquiátricos em todo o mundo.

---

<sup>35</sup> Por dispositivo entendemos o postulado de Foucault (1977, apud AGAMBEN, 2005): “com o termo dispositivo, compreendo uma espécie – por assim dizer – de formação que num certo momento histórico tece como função essencial responder a uma urgência. O dispositivo tem, portanto, uma função iminentemente estratégica [...] o dispositivo tem natureza essencialmente estratégica, que se trata, como consequência, de uma certa manipulação de relações de força, de uma intervenção racional e combinada das relações de força, seja para orientá-las em certa direção, seja para bloqueá-las ou para fixá-las e utilizá-las. O dispositivo está sempre inscrito num jogo de poder e, ao mesmo tempo, sempre ligado aos limites do saber, que derivam deste e, na mesma medida, condicionam-no. Assim, o dispositivo é: um conjunto de estratégias de relações de força que condicionam certos tipos de saber e por ele são condicionados”

### 2.4.1 A bipolaridade em livros de pesquisa de Psiquiatria e artigos médicos

Segundo Wang (2005), a noção atual da doença maniaco-depressiva seria resultado de três pensamentos que direcionaram as formulações acerca do transtorno: o pensamento grego, baseado na teoria dos humores; a noção *kraepeliana*; e a expansão do conceito da doença a partir de 1966 com a publicação de diversos estudos que confirmariam o préstimo da distinção unipolar e bipolar no quadro dos transtornos de humor.

Sabe-se que o que se produz discursivamente como “bipolaridade”, nos discursos oficiais, remonta há vários séculos. De acordo com Del Porto (2004), teria sido Araeteus (médico que viveu em Alexandria no século I d.C.) quem escreveu os principais textos referentes à disfunção do humor. Na obra *A etiologia e a sintomatologia das doenças crônicas*, o médico estabeleceu um vínculo entre a mania e a melancolia, concebendo-as como aspectos diferentes do mesmo problema que, embora mais abrangentes e imprecisos em seus aspectos principais, remetem muito às séries do discurso do que hoje se produz como doença bipolar.

Para Wang (2005), as primeiras formulações acerca da descrição do sofrimento mencionavam uma doença que evoluía com fases alternadas entre mania e melancolia, conceitos que teriam base na teoria dos humores<sup>36</sup> e que permaneceriam dominantes até o Iluminismo europeu, quando passaram a ser descritas como formas alternantes de uma entidade nosológica única.

Na teoria dos humores, a saúde e a enfermidade seriam compreendidas com base no equilíbrio e desequilíbrio dos humores, os quais corresponderiam aos quatro fluidos essenciais (sangue, fleuma, bílis amarela e bílis negra). Os quatro humores estariam diretamente vinculados a diferentes elementos (ar, água, fogo e terra) e a quatro tipos de clima: quente, seco, úmido e frio (CAPONI, 2012). De acordo com Caponi (2012), a prevalência de cada um dos humores no corpo estava associada a certas particularidades físicas e a determinados

---

<sup>36</sup> No tratado *Da Natureza do Homem*, de Hipócrates, encontra-se a doutrina humoral ou teoria dos humores. Segundo Wang (2005, p. 25), Hipócrates opôs-se às explicações mágico-religiosas, impondo a sua concepção de que as doenças mentais seriam fenômenos derivados de um distúrbio humoral subjacente.

comportamentos, que mais tarde seriam chamados de personalidades ou características psíquicas ou morais. O equilíbrio entre os quatro humores, mesmo que um deles predominasse, definia os comportamentos normais, enquanto o excesso de um deles era indicador da existência de uma doença: “[...] o excesso de sangue provoca estados febris, o excesso da bílis negra, estados de profunda melancolia” (CAPONI, 2012, p.70).

Saindo da Idade Média e entrando na modernidade, Del Porto (2004) ressalta que, na França, no século XIX, Falret e Baillarger descreveram, independentemente, formas alternantes de mania e depressão, nomeadas por Falret de *folie circulaire*, e por Baillarger, de *folie à double forme*, que representariam formas de uma única doença. Essas descrições corresponderiam às primeiras concepções explícitas de uma doença maníaco-depressiva como entidade única (ALCANTARA et al., 2003). Para Wang (2005), o século XIX trouxe ainda como modismo dominante o ímpeto classificatório dos transtornos afetivos, movimento impulsionado por várias influências, entre elas a premência taxonômica que atingia a Medicina da época, a necessidade interna de fornecer uma nosologia aceitável em Psiquiatria e a influência da psicologia das funções, que impulsionava a aceitação da afetividade como uma função mental autônoma.

A disciplina de *Psicopatologia* foi desenvolvida a partir da necessidade de registrar as alterações observadas em pacientes psiquiátricos, sob a concepção de uma ciência que visava à descrição dos sintomas e sinais demonstrados pelos pacientes em hospitais psiquiátricos. As longas descrições dos alienistas franceses influenciaram fortemente o estabelecimento da afetividade como uma função mental autônoma, o que encorajou a aceitação da possível existência de um transtorno primário de afeto e favoreceria a ideia de uma loucura parcial. Em decorrência disso, passou-se a reconhecer a existência de transtornos mentais em que apenas a parte afetiva seria comprometida e aceita como uma função psíquica propensa a causar transtornos mentais (WANG, 2005, p.15).

No entanto, segundo Wang (2005, p.15), a falta de exatidão encontrada nas definições fenomenológicas dos sintomas afetivos, aliada ao uso abrangente dos termos *mania* e *melancolia*, protelou “[...] sua unificação como conceito operacional em uma mesma entidade nosológica”. Os conceitos ordinários de depressão e mania surgiram na segunda metade do século XIX, quando a noção pré-novecentista de melancolia foi analogamente reformulada à noção de mania – estreitada e tendo seus resíduos restabelecidos como um transtorno primário de

afeto. Wang (2005) propõe que as mudanças ideológicas – as quais tornaram possíveis essas reformulações – incluem a disponibilidade da Psicologia das funções e o surgimento do paradigma anatomoclínico de doença, “[...] quando as experiências subjetivas puderam finalmente ser incluídas na sintomatologia dos transtornos mentais” (WANG, 2005, p. 15).

A disponibilidade dos conceitos de mania e melancolia como doenças cíclicas ou periódicas abriu caminhos para Kraepelin formular o conceito de doença maníaco-depressiva. Como lembra Caponi (2010), a maior contribuição de Kraepelin à Psiquiatria moderna foi a distinção entre a loucura maníaco-depressiva e a demência precoce – esquizofrenia, nas definições atuais. Além disso, Kraepelin, ao mesmo tempo em que estabeleceu as bases do que hoje chamamos de Psiquiatria moderna, manteve viva a ambição dos higienistas do séc. XIX de pensar os problemas existenciais e sociais como problemas médicos e orgânicos.

Até o fim da década de 1890, Kraepelin dividia a enfermidade maníaco-depressiva em subtipos correlacionados, mas, na sexta edição de seu *Tratado de Psiquiatria*<sup>37</sup>, ele adotou um ponto de vista unitário, considerando que a enfermidade maníaco-depressiva abrangia os estados depressivos, a mania simples e os quadros circulares. Na oitava edição do tratado, Kraepelin incluiu a maioria das formas de melancolia e da mania em seu conceito de insanidade maníaco-depressiva. Em pouco tempo, suas ideias – que se baseavam em um modelo médico fortemente enraizado em observações clínicas, mas que não excluía os fatores psíquicos e sociais – alcançaram grande aceitação na Psiquiatria europeia e foram incorporadas aos modernos critérios para o estabelecimento dos transtornos mentais (DEL PORTO, 2004).

Segundo Del Porto (2004), Kraepelin incluiu, no conceito de enfermidade maníaco-depressiva, as formas leves da doença, que chegam

---

<sup>37</sup> Nas sucessivas edições do *Tratado de Psiquiatria* – considerado indispensável na formação de psiquiatras do mundo todo e transformado no fundamento teórico da Psiquiatria atual – Kraepelin dedicava-se a elaborar uma classificação de patologias psiquiátricas que servisse como referência para a formação de profissionais: Seu objetivo era unificar os diagnósticos psiquiátricos, e para isso era necessário contar com um critério objetivo de classificação. Cada nova edição de *Manual de Psiquiatria* significava um novo ajuste, novos agrupamentos patológicos, novas precisões diagnósticas que tendiam a tornar a classificação mais objetiva e atualizada, integrando as últimas descobertas científicas realizadas no campo da neurologia, da patologia cerebral, da estatística médica ou dos estudos sobre herança (CAPONI, 2012, p. 150).

aos limites dos temperamentos, e assim previu o que, nos últimos anos, vem sendo tratado como *Espectro Bipolar*. A denominação *Espectro Bipolar* é utilizada pela Psiquiatria e amplia a prevalência<sup>38</sup> desse transtorno, de modo a ser aplicado a qualquer alteração do comportamento humano.

Kraepelin e seu discípulo, Weigandt, postularam o conceito de estados mistos maníaco-depressivos, o ponto-chave para o reconhecimento da enfermidade como um conceito unitário. Em sua monografia, Weigandt remonta à tradição platônico-aristotélica ao dividir a atividade psíquica nos domínios do afeto, do pensamento e da atividade (motora):

Nos estados “puros”, maníacos ou depressivos, os três domínios encontram-se alterados na mesma direção. Na mania típica, por exemplo, há fuga de ideias, exaltação do humor e aumento da atividade motora. Na depressão “pura”, há inibição do pensamento, lentificação psicomotora e humor triste. Nos estados mistos, ao contrário, há alterações em diferentes direções, considerando as áreas do afeto, da atividade e do pensamento. (DEL PORTO, 2004, p. 4)

Contudo, alguns autores viram com ceticismo a classificação e divisão dos critérios propostos por Kraepelin ao descrever os estados mistos. De acordo com Del Porto (2004), pareceu a Karl Jaspers, médico e filósofo, inaceitável a tentativa de “quebrar” a enfermidade maníaco-depressiva nas esferas afetiva, intelectual e conativa, uma vez que o procedimento adotado por Kraepelin era ambíguo, e as “[...] conexões dotadas de significado eram abordadas como componentes objetivos da vida psíquica (capazes de serem separados e mecanicamente combinados)” (DEL PORTO, 2004, p. 4). Schneider, psiquiatra alemão, foi até então mais enfático ao afirmar: “Nós não mais acreditamos nos estados mistos. [...] O que pode dar a aparência de estados mistos consiste na mudança de um estado para outro, de tal forma

---

<sup>38</sup> Sobre as fronteiras difusas entre o normal e o patológico, como é o caso da ampliação da prevalência do TB na população, Caponi (2012) lembra que é através dela que a Psiquiatria passa a intervir em todos os assuntos humanos, nos pequenos medos e angústias cotidianas, nos estados de tristeza, ou seja, nos pequenos desequilíbrios do cotidiano.

que podemos chamá-los simplesmente de ciclotimia” (DEL PORTO, 2004, p. 4).

A produção discursiva da bipolaridade, os objetos afetados por ela e os sujeitos então constituídos têm sido deslocados no curso da história da Psiquiatria, desde o século XIX até a contemporaneidade, ao longo dos estudos e dos registros médico/psiquiátricos.

Sobre esse deslocamento, julgamos necessário retomar as descrições e as características da bipolaridade, tal como elas aparecem no *Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos mentais*, DSM, uma vez que é nesse material que se institui o reconhecimento e a validação dos transtornos mentais.

#### 2.4.2 O diagnóstico da bipolaridade a partir das edições do DSM<sup>39</sup>

O DSM, publicado pela *American Psychiatric Association* (APA), desde a sua primeira versão, tem como intuito a unificação e a universalização dos diagnósticos de transtornos mentais<sup>40</sup>. Além disso, as equipes responsáveis pelas edições do manual sugerem que ele seja uma classificação categórica, que divide os transtornos mentais em tipos com base em conjuntos de critérios com características definitórias (APA, 2000).

---

<sup>39</sup> Embora o DSM figure como manual que valida os diagnósticos em Psiquiatria, este trabalho não pretende ser sobre o DSM. Antes, o manual figura como ferramenta para compreender as condições de produção discursiva do transtorno bipolar. Como já apontou De Aguiar (2004, p. 15), o DSM não pode ser compreendido em sua interioridade, nas suas profundezas. Não há mergulho a ser feito. Não existe nada a ser interpretado no DSM, nenhum segredo escondido a ser revelado de suas entranhas – ele funciona justamente abolindo toda a interioridade e profundidade. Ele só se efetua na superfície, deixando de lado a antiga querela da Psiquiatria a respeito da etiologia dos transtornos mentais: psicogênese ou organogênese? O DSM mostra-se uma fabulosa invenção dos psiquiatras americanos para escapar desse dilema hamletiano. Não há nenhuma profundidade, ele é só superfície descritiva e “ateórica”.

<sup>40</sup> Sobre o conceito de transtorno mental, Mitjavila e Mathes (2013) argumentam que nem a medicina em geral, nem a Psiquiatria costumam defini-lo com precisão. No entanto, o conceito vem ganhando espaço como categoria nosológica e descreveria um conjunto de quase uma centena de condições mentais – na Classificação Internacional das Doenças (CID – 10) consideradas como anormais decorrentes de doenças orgânicas, anomalias do desenvolvimento, transtornos psicóticos, neuróticos e outros.

No entanto, segundo Brzozowski (2013), a prática psiquiátrica, até a década de 1950, não delimitava categorias diagnósticas particulares e a primeira versão do DSM refletia a visão da Psiquiatria dinâmica, a qual tinha como representante principal Adolf Meyer. Esse psiquiatra suíço não aceitava construir quadros nosológicos sem a compreensão dos eventos da história de vida dos pacientes e, por essas razões, considera-se que Meyer iniciou a abordagem biopsicossocial dos transtornos mentais, cuja influência marcou profundamente a primeira tentativa de organização de uma classificação das doenças mentais que fosse amplamente aceita pela comunidade científica.

De acordo com Caponi (2013), a primeira edição do manual era baseada em critérios flexíveis, que articulavam as perspectivas biológica, psicanalítica e social dos transtornos mentais a partir do entendimento do contexto social no qual os pacientes estavam inseridos. Assim, a principal marca do DSM I, originária da psicobiologia de Meyer, é a noção de reação, termo que reflete o fato de a Psiquiatria, na época, entender a doença mental como uma resposta a problemas de vida e situações difíceis.

A influência de Adolf Meyer na elaboração do DSM I também incide sobre a caracterização do transtorno bipolar e sua descrição nessa edição. Como reflexo da ingerência do psiquiatra, o DSM I menciona a doença maníaco-depressiva como uma “forma de reação”, que ocupava espaço no grupo dos distúrbios de origem Psicogênica ou sem causas físicas claramente definidas ou mudanças estruturais no cérebro<sup>41</sup>.

De acordo com a primeira versão do manual (APA, 1952), as reações maníaco-depressivas foram reduzidas em número, agrupadas na classe “reações afetivas” e caracterizadas como: “[...] Essas reações psicóticas são caracterizadas por um distúrbio do humor primário e severo, resultando em distúrbios do pensamento e do comportamento em consonância com o afeto” (APA, 1952, p. 24)<sup>42</sup>.

Embora a Psiquiatria dinâmica não aceitasse a construção de quadros diagnósticos, descrições, critérios e sintomas, já aparecem como

---

<sup>41</sup> No original: Disorders of Psychogenic origin or without clearly defined physical cause or structural change in the brain.

<sup>42</sup> No original: These psychotic reactions are characterized by a primary, severe, disorder of mood, with resultant disturbance of thought and behavior, in consonance with the affect” (APA, 1952, p. 24).

marcadores para um possível reconhecimento dos sujeitos afetados pelas reações maníaco-depressivas:

### **Reações maníacas depressivas**

Este grupo compreende as reações psicóticas que são fundamentalmente marcadas por mudanças de humor severas e uma tendência para remissão e recorrência. Vários sintomas como ilusões, delírios e alucinações podem ser adicionados à alteração afetiva fundamental. A reação maníaco-depressiva é sinônimo do termo psicose maníaco-depressiva. A reação será classificada mais apropriadamente nos seguintes tipos: maníaco, deprimido ou outro. (APA, 1952, p. 24)

Na primeira edição do manual, as reações maníaco-depressivas eram subdivididas nos tipos *maníaco*, *deprimido* e *outro*, e os sujeitos afetados por elas apresentavam sintomas como a exaltação, a irritabilidade, o excesso de comunicação e a fuga de ideias, a depressão (APA, 1952, p. 24 – 25)

O DSM I perde seu estatuto de verdade com a publicação da segunda edição do manual em 1968. Algumas das alterações propostas pelo DSM II dizem respeito principalmente às mudanças de nomenclatura dos transtornos mentais.

Fica claro, até o momento, que os nomes, e porque não dizer os conceitos, dos transtornos mentais mudaram ao longo do tempo. Alguns podem afirmar que isso representa avanços e que cada vez mais estamos chegando perto das “verdadeiras” doenças mentais. Porém, se for realmente dessa forma, como explicar condições que diminuíram ou até desapareceram em nossa história, como a histeria? Não deveríamos estar mais perto de descobrir a verdade sobre essa doença? Mas a histeria descrita em outros tempos não existe mais. Muitas vezes afirma-se que a histeria é o que chamamos de depressão atualmente, porém existem diferenças entre os diagnósticos. [...] Mesmo nos DSM-I e DSM-II podemos encontrar implícita a ideia de que os conceitos em Psiquiatria e os diagnósticos mudaram ao longo do tempo,

numa espécie de construção. (BRZOZOWSKI, 2012, p. 90)

A fim de circunscrever a suposta doença bipolar, as alterações na nosologia psiquiátrica – mudança das nomenclaturas e terminologias – iniciadas no DSM II também afetam a construção discursiva da bipolaridade. Na segunda edição do manual, a patologia não é mais concebida como uma forma de reação e passa a ser classificada como doença, descrita no quadro das psicoses não atribuídas a condições físicas previamente listadas.

Embora o termo *psicose* já aparecesse no diagnóstico da bipolaridade no DSM I, é na segunda edição do manual que ele ganha mais ênfase, já que a suposta patologia desloca-se de reações frente aos problemas cotidianos a condições anormais da mente<sup>43</sup>.

Segundo De Aguiar (2004), o DSM II abandona a noção de reações e as concepções biopsicossocial dos transtornos mentais para enfatizar mais os aspectos da personalidade individual na compreensão dos sofrimentos psíquicos. As diferentes formas de disfunções mentais passam a corresponder a diferentes níveis de desorganização psicológica do indivíduo, como podemos perceber quando o manual assegura que a doença maníaco-depressiva, tipo deprimido, é diferente da reação depressiva psicótica, pois essa está mais condicionada por fatores externos e estressores.

No DSM I, as reações maníaco-depressivas eram divididas em três tipos, maníaco, depressivo e outro, sendo que este corresponderia a uma alternância contínua das duas formas anteriores. O DSM II, seguindo na esteira da mudança das nomenclaturas, institui também três tipos da doença maníaco-depressiva, nomeados de tipo maníaco, deprimido e tipo circular:

---

<sup>43</sup> Sobre as noções de normalidade e anormalidade, vale destacar, mesmo que brevemente, a ideia de Canguilhem (2000). Para o filósofo, a norma designa o enquadramento, o que não está à direita ou à esquerda, o que está no meio. Desse modo, é normal aquilo que “está em conformidade”. Mas, há também um sentido usual, comum, que se refere à maioria dos casos em uma determinada espécie. “A norma é aquilo que fixa norma a partir de uma decisão normativa” (CANGUILHEM, 2000, p. 95). Assim, a noção de (a)normalidade é importante, uma vez que a traz consigo, ao mesmo tempo, um princípio de qualificação e um princípio de correção. Como afirma Foucault (2001), a norma não tem por função excluir ou rejeitar, “[...] ao contrário, ela está sempre ligada a uma técnica positiva de intervenção e de transformação, a uma espécie de poder normativo”.

**Doença maníaco-depressiva (psicose maníaco-depressiva)**

Esses distúrbios são marcados por mudanças de humor severas e uma tendência à remissão e recorrência. Os pacientes podem receber esse diagnóstico na ausência de um histórico prévio de psicose afetiva se não houver um evento precipitante óbvio. Este distúrbio é dividido em três subtipos principais: tipo maníaco, tipo deprimido e tipo circular. (APA, 1968, p. 36, tradução nossa)

Apesar de a segunda edição abandonar a ideia de que os transtornos mentais seriam reações a eventos da vida, os sintomas apresentados pelos sujeitos portadores da doença maníaco-depressiva não diferem muito daqueles apresentados na primeira versão do manual, demonstrando um tipo de continuidade entre as duas edições do manual, já que ambas utilizam as propostas da escola psicobiológica de Meyer e da psicanálise como referenciais para a compreensão e o tratamento dos transtornos mentais.

Nesse sentido, os sujeitos afetados pelo tipo maníaco da doença continuariam a ser tomados por episódios caracterizados por exaltação excessiva, irritabilidade, excesso de conversa, fuga de ideias, fala e atividade motora aceleradas. Já aqueles cujos sintomas representariam o tipo deprimido apresentariam humor severamente deprimido, retardo mental e motor. Além desses sintomas, inquietação, apreensão, perplexidade e agitação também poderiam estar presentes nesse quadro. O tipo circular da doença apresentaria tanto os sintomas maníacos quanto os depressivos, e, de acordo com o manual, sendo que esse fenômeno esclarece porque tipos maníaco e depressivo são combinados em uma só categoria<sup>44</sup> (APA, 1968, p. 37).

De acordo com Caponi (2012), em 1980, uma mudança significativa ocorreu no manual, quando foi implantado um novo sistema diagnóstico em Psiquiatria, semelhante ao restante da medicina, com sistemas classificatórios e listas de sintomas para cada condição psiquiátrica. Essa mudança foi realizada por um grupo de psiquiatras americanos – confiantes nos avanços científicos, nos estudos populacionais e bancos de dados quantitativos e nas descobertas da

---

<sup>44</sup> No original: “[...] This phenomenon makes clear why manic and depressed types are combined into a single category” (APA, 1968, p. 37).

neurologia, da anatomopatologia cerebral e da genética – que se definem como neokraepelianos.

Nesse contexto, a terceira edição do manual, publicada em 1980, retoma o paradigma biológico no interior do campo psiquiátrico a partir das teses de Kraepelin<sup>45</sup> e busca um modo objetivo e descritivo de classificar as doenças psiquiátricas, tomando como ponto de partida os procedimentos médicos utilizados para diagnosticar qualquer patologia biológica. O grupo de psiquiatras da Universidade de Washington, que desde a década de 70 procurava recuperar a hegemonia perdida da Psiquiatria biológica, excluindo tudo o que pudesse vinculá-la a discursos menos científicos (como os da sociologia e da psicanálise), inaugura um “novo” modo de entender a Psiquiatria.

Novo em relação aos manuais existentes, mas profundamente clássico na recuperação de velhas ideias que a Psiquiatria biológica tinha defendido por mais de um século e que apareciam abandonadas. No entanto, sabemos que a Psiquiatria biológica continuava ativa e bem-sucedida, não somente nos tratamentos aplicados nos hospitais psiquiátricos, mas também na incipiente procura por novos medicamentos psicotrópicos [...]. (CAPONI, 2012, p. 164)

Assim como Caponi (2012), De Aguiar (2004) reitera que a emergência da terceira edição do manual, como um instrumento diagnóstico, constitui um corte fundamental na Psiquiatria, fazendo-a funcionar de modo totalmente diferente da vertente psicanalítica (a qual foi a base teórica para a elaboração das duas versões anteriores do DSM). Para o autor, um fator importante na reorganização do campo da Psiquiatria a partir desse novo instrumento de classificação de diagnósticos, o DSM III, foi o advento dos medicamentos psicotrópicos.

---

<sup>45</sup> Segundo Caponi (2012, p.123), a metodologia de pesquisa dos transtornos mentais inaugurada por Kraepelin “[...] inclui um novo modo de classificar as patologias psiquiátricas; um interesse em aprofundar os estudos da anatomopatologia cerebral; a multiplicação de dados estatísticos comparativos entre diferentes populações e regiões, que é denominada ‘Psiquiatria comparativa’ [...] e, por fim, estudos dedicados à hereditariedade das mais variadas perturbações de caráter.”

Após a descoberta da clorpromazina, em 1952, logo vieram os antidepressivos tricíclicos, inibidores da monoaminoxidase, os ansiolíticos, além do lítio, que passaram a ser usados nas psicoses maníaco-depressivas. Todos esses medicamentos tinham efeitos síndrome-específicos, ou seja, atuavam apenas em determinados grupos de sintomas; o que impunha a necessidade prática de critérios diagnósticos bem definidos. Os medicamentos tornavam imprescindível a delimitação de fronteiras precisas entre os estados normais e patológicos, com o objetivo de distinguir as pessoas que deveriam tomar medicamentos daquelas em que essa intervenção não se justificaria. (DE AGUIAR, 2004, p. 37)

São, portanto, os medicamentos a condição de possibilidade de uma Psiquiatria baseada em dados empíricos e experimentais, que se adequa às metodologias das ciências biológicas. Assim, o DSM-III, baseado em critérios objetivos e acessíveis à observação e mensuração empíricas, “rompe com a ideia de que os transtornos mentais sejam causados por processos subjacentes, inferidos pelo clínico e, por essa razão, subjetivos. Dessa forma, há certa tentativa em ignorar o indivíduo, em favor de sua doença” (Brzozowski, 2013, p. 91). O DSM III implica então a classificação das doenças e não dos doentes.

Sobre essa classificação, Ferreira (2011, p. 85) argumenta que

[...] O adágio “sujeito em sofrimento psíquico” foi substituído por “paciente portador de transtorno mental”. Em decorrência disso, as doenças mentais passaram a ser concebidas como localizadas “fora dos sujeitos”. Segundo os defensores do DSM-III, este fato colaboraria para o fim do estigma que acompanha os doentes mentais que deixam de *ser* doentes passando a *ter* uma determinada doença. Além disso, aproxima a Psiquiatria da biomedicina, já que *ter* uma doença corresponde mais ao domínio do corpo do que ao domínio da mente.

No DSM III, a bipolaridade continua a ser descrita no quadro nosológico dos transtornos afetivos, mas é novamente renomeada: a psicose maníaco-depressiva passa a ser chamada de Transtorno Bipolar.

A característica essencial do grupo dos transtornos afetivos passa a ser um distúrbio de humor<sup>46</sup>, acompanhado de uma síndrome maníaca ou depressiva, que pode ser total ou parcial e que não envolva nenhum outro transtorno mental ou físico<sup>47</sup>.

Nesse contexto, não são mais os sujeitos que passam a ser diagnosticados, e sim uma suposta patologia passa a ser diagnosticada a partir das séries de sintomas que compõem os episódios da mania e da depressão, descritos separadamente no manual, como é melhor visualizado nas passagens abaixo<sup>48</sup>:

### **Crítérios de diagnósticos para um episódio maníaco**

A. Um ou mais períodos distintos com um humor predominantemente elevado, expansivo ou irritável. O humor elevado ou irritável deve ser uma parte proeminente da doença e relativamente persistente. Embora possa alternar ou se misturar ao humor depressivo.

B. Duração de pelo menos uma semana (ou qualquer duração se for necessária a hospitalização), durante o qual na maioria das vezes, persistem pelo menos três dos sintomas seguintes (quatro se o humor é apenas irritável) e estiveram presentes de forma significativa:

- (1) aumento da atividade (social, no trabalho ou sexualmente) ou inquietação física;
- (2) mais falante do que o normal ou pressão para continuar falando;
- (3) ter ideias alternadas, que pulam de um assunto para outro em um curto espaço de tempo ou

---

<sup>46</sup> No manual (APA), o conceito de humor é descrito da seguinte forma: Mood refers to a prolonged emotion that colors the whole psychic life; it generally involves either depression or elation. The manic and depressive syndromes each consist of characteristic symptoms that tend to occur together.

<sup>47</sup> No original: The essential feature of this group of disorders is a disturbance of mood, accompanied by a full or partial manic or depressive syndrome, that is not due to any other physical or mental disorder. (APA, p. 205)

<sup>48</sup> O intuito dessas passagens é apenas demonstrar como uma lista de sintomas passa a ser o diagnóstico da doença. Por essa razão e em virtude do espaço de realização dessa seção, optamos por suprimir algumas das características presentes nessa e nas edições posteriores do DSM, principalmente aquelas que diferenciam a bipolaridade de outras patologias mentais como a esquizofrenia.

experiência subjetiva que os pensamentos estão acelerados;  
(4) autoestima inflada (grandiosidade, que pode ser delirante);  
(5) diminuição da necessidade de sono; [...] (APA, 1980, p. 206, tradução nossa)

### **Critérios utilizados para o diagnóstico de um episódio depressivo agudo**

A. Humor disfórico ou perda de interesse ou prazer em todos ou quase todas as atividades usuais e passatempos. O humor disfórico é caracterizado pelos seguintes sintomas: deprimido, triste, melancólico, sem esperança, sentindo-se para baixo, desapontado e humor irritável. [...]

B. Pelo menos quatro dos seguintes sintomas estão presentes quase todos os dias durante um período de pelo menos duas semanas (em crianças com menos de seis anos, pelo menos três dos quatro primeiros).

(1) falta de apetite ou perda significativa de peso (quando não está fazendo dieta) ou aumento do apetite ou ganho de peso significativo (em crianças com menos de seis anos, considere não conseguir ganho de peso esperado)

(2) insônia ou excesso de sono

(3) agitação psicomotora ou retardo motor (mas não apenas sentimentos subjetivos de inquietação ou de estar sendo desacelerado) (em crianças menores de seis anos, hipoatividade)

(4) perda de interesse ou prazer em atividades usuais ou diminuição de desejo sexual. As atividades descritas não estão limitadas a um período de delírio ou alucinação (em crianças menores de seis anos, sinais de apatia)

(5) perda de energia; fadiga [...] (APA, 1980, p. 213, tradução nossa)

A partir dos sintomas dos quadros maníacos e depressivos, o transtorno bipolar é especificado nos tipos misto – quando o quadro sintomático envolve episódios maníacos e depressivos agudos, misturados ou alternados em curto espaço de tempo –, maníaco e depressivo.

As edições posteriores ao DSM III (DSM IV, DSM IV – TR e o DSM V) evidenciam a persistência de algumas similitudes dessa edição, como o fato de trabalharem sobre conjuntos de sintomas e comportamentos, sem descrever etiologias e continuar, por assim dizer, a perpetuar a perspectiva “ateórica” da terceira edição.

De acordo com Caponi (2014), o DSM-IV, editado no ano 1994, multiplicou o número de diagnósticos psiquiátricos de acordo com sintomas clínicos bastante ambíguos, possibilitando o surgimento de novas terapêuticas, que podem ser ou não farmacológicas: a primeira versão do manual, em 1952, contava com 106 diagnósticos; o DSM-II apresentava 182 diagnósticos; o DSM-III, publicado em 1980, continha 265 diagnósticos; o DSM-IV foi editado em 1994, com 297 diagnósticos; já a última publicação, de 2013, apresenta 300 categorias.

Sobre a versão revisada da quarta edição do manual (DSM IV-TR), Caponi (2012) ressalta que, ao aceitá-lo, a psiquiatria se reconhece como herdeira da tradição que obcecou as mentes dos psiquiatras, alienistas e higienistas na segunda metade do século XIX. Quando o manual se identifica como neokraepeliano, mantém viva a ambição dos higienistas de pensar os problemas existenciais e sociais como categorias médicas e orgânicas, como apontamos acima.

No DSM IV, o Transtorno Bipolar é incluído na seção relativa aos Transtornos de Humor, os quais estão divididos em Transtornos Depressivos (depressão unipolar), Transtornos Bipolares e dois transtornos baseados na etiologia – Transtorno do humor devido a uma condição médica geral e Transtorno do humor induzido por substância. O transtorno bipolar continua sendo diagnosticado a partir das listas de sintomas referentes aos episódios maníacos e depressivos.

A subseção referente ao Transtorno Bipolar compreende os tipos da patologia: Transtorno Bipolar I (TB I), Transtorno Bipolar II (TB II), a Ciclotimia e o Transtorno Bipolar Sem Outra Especificação, e cada uma dessas especificidades do transtorno seria diagnosticada por séries de sintomas, já especificadas no DSM III.

A característica essencial do TB I seria um curso clínico caracterizado pela ocorrência de um ou mais episódios maníacos, enquanto O TB II teria um curso clínico marcado pela ocorrência de um ou mais episódios depressivos. Já o Transtorno Ciclotímico teria como característica essencial a perturbação crônica e flutuante do humor, envolvendo numerosos períodos de mania e numerosos períodos de sintomas depressivos. O Transtorno Bipolar Sem Outra Especificação compreenderia os transtornos com características bipolares, mas que, no

entanto, não satisfariam os critérios para qualquer Transtorno Bipolar específico.

Na edição revisada (DSM IV –TR), o Transtorno bipolar permanece na seção dos transtornos de humor e continua a compreender TB I, TB II, a Ciclotimia e o Transtorno Bipolar Sem Outra Especificação.

A publicação mais recente do Manual (DSM V), de 2013, segundo Caponi (2014),

[...] Se inscreve na mesma estratégia que caracteriza os Manuais e Estatística e Diagnóstico de Transtornos Mentais desde a ruptura operada no campo da Psiquiatria, no ano 1980, pelo DSM-III. A partir desse momento, começou-se a definir as patologias psiquiátricas por referência a agrupamentos de sintomas, o que acarretou a desconsideração das narrativas dos pacientes, das histórias de vida, das causas sociais e psicológicas específicas que podem ter provocado determinado sofrimento psíquico ou determinado comportamento. (CAPONI, 2014, p. 744)

O DSM V classifica o transtorno bipolar como uma das condições mais comumente diagnosticadas na Psiquiatria e os critérios para o diagnóstico do transtorno bipolar continuam sendo baseados nos sintomas maníacos ou depressivos, sublinhando ainda mais similitudes com a terceira edição do manual. Alguns dos critérios diagnósticos para o TB I<sup>49</sup> – caracterizado por episódios maníacos – são descritos da seguinte forma:

### **Transtorno Bipolar Tipo I**

#### **Crítérios Diagnósticos**

Para diagnosticar transtorno bipolar tipo I, é necessário o preenchimento dos critérios a seguir para um episódio maníaco. O episódio maníaco

---

<sup>49</sup> Como os critérios diagnósticos para os tipos do Transtorno Bipolar são muitos, optamos por apresentar apenas aqueles referentes aos episódios maníacos do TB I, que também envolveria episódios hipomaníacos e episódios depressivos maiores. Uma vez que essa seção pretende apenas apresentar as descrições da patologia nas diferentes edições do DSM, acreditamos que esse recorte dá conta dos propósitos da pesquisa.

pode ter sido antecedido ou seguido por episódios hipomaníacos ou depressivos maiores.

**Episódio Maníaco**

A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento anormal e persistente da atividade dirigida a objetivos ou da energia, com duração mínima de uma semana e presente na maior parte do dia, quase todos os dias (ou qualquer duração, se a hospitalização se fizer necessária).

B. Durante o período de perturbação do humor e aumento da energia ou atividade, três (ou mais) dos seguintes sintomas (quatro se o humor é apenas irritável) estão presentes em grau significativo e representam uma mudança notável do comportamento habitual:

1. Autoestima inflada ou grandiosidade.
2. Redução da necessidade de sono (p. ex., sente-se descansado com apenas três horas de sono).
3. Mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando.
4. Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados.
5. Distratibilidade (i.e., a atenção é desviada muito facilmente por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes), conforme relatado ou observado [...]. (APA, 2013, p. 123, tradução nossa)

Consoante Caponi (2014), as propostas do DSM V induziriam a classificar inadequadamente com o rótulo de "transtorno mental" milhões de pessoas, que antes eram consideradas "normais". Essa não seria uma postura nova nem acidental, muito menos o resultado de uma escolha metodológica equivocada realizada pelo Grupo de Tarefas do DSM-V. Pelo contrário, para a autora, trata-se de uma questão teórica e política que é contemporânea à própria ambição classificatória da Psiquiatria.

Nesta seção, propomo-nos a apresentar um panorama geral sobre o transtorno bipolar, e em nenhum momento adotamos uma postura teleológica ou naturalizante em relação aos discursos de produção da bipolaridade. O que se mostra é, pelo contrário, como os discursos assimilaram diversos conceitos e objetos para forjar o aparecimento de “algo”.

Embora o transtorno bipolar seja uma noção cujas origens remetam desde o pensamento grego até as ideias Kraepelianas e o crescimento do diagnóstico da doença a partir de 1966, percebemos, por meio das descrições e características atribuídas a esta noção, que a expansão dos critérios de reconhecimento e dos tipos da patologia pouco contribuem para um melhor entendimento desse diagnóstico. Antes, amplia-se o número de sujeitos afetados por essa noção e, por isso, submetidos à intervenção e à ingerência da Psiquiatria, e, como afirma Hernáez (2013, p. 19), “[...] uma vez dentro do catálogo dos loucos, o círculo se fechou ante qualquer argumento. Em seu lugar se disporá uma prática de vida tutelada que com dificuldade poderá escapar de uma vigilância normalizadora”.



### CAPÍTULO 03 - O JOGO ENTRE A PRESENÇA E A AUSÊNCIA DAS METÁFORAS NA COMPREENSÃO DA BIPOLARIDADE - ESPECULAÇÕES

---

Neste capítulo, buscamos analisar de que modo as metáforas acerca da bipolaridade se inscrevem no discurso médico-psiquiátrico. Como ressaltamos em outras seções, deparamo-nos com uma ausência significativa de metáforas conceptuais no *corpus* selecionado. Foi a partir dessa ausência que aventamos duas hipóteses: a primeira seria acreditar que, se as metáforas não estavam presentes nesse recorte, elas poderiam estar em outros; a segunda hipótese seria considerar que o motivo (ou os motivos) pelo qual, no periódico *Debates em Psiquiatria*, os autores optavam pela não conceptualização da bipolaridade através da metaforização justificava-se pelo fato de que os discursos psiquiátricos se desenvolvem a partir de dois tipos de discurso, um nosológico, das espécies de doenças, e outro anatomopatológico, dos correlativos orgânicos: “[...] esses discursos funcionariam apenas como espécies de garantia de verdade de uma prática psiquiátrica que queria que a verdade fosse dada de uma vez por todas e não fosse mais questionada” (FOUCAULT, 2006, p. 166).

Após essas considerações, voltamos nossa atenção para a análise, tendo como finalidade a apresentação, de acordo com as teorias expostas, da forma pela qual os sentidos acerca da bipolaridade são organizados e produzidos com base em metáforas militares e em metáforas do mercado. Para isso, organizamos este capítulo da seguinte forma: primeiramente julgamos necessário discorrer sobre a metodologia adotada, para depois apresentarmos o delineamento da pesquisa e o nosso *corpus* de análise.

Selecionamos textos de um periódico psiquiátrico, pois, de acordo com Foucault (2001), o discurso da Psiquiatria é visto como um discurso “de verdade”, que possui estatuto científico, formulado por pessoas qualificadas, no interior de uma instituição científica. Nesse sentido, julgamos que os artigos publicados no periódico *Debates em Psiquiatria* representam a comunidade médico-psiquiátrica, o que justifica a escolha desses materiais.

É, então, no entendimento dos sujeitos bipolares não como realidade plena<sup>50</sup>, mas como figuras produzidas pelo saber

---

<sup>50</sup> Assim como Gorski Severo (2013), também não queremos negar a existência de certos tipos de sofrimentos ou infelicidades, mas antes refletir sobre o motivo

contemporâneo que se propõe a análise das metáforas que a classe médica utiliza para fazer referência às comorbidades da doença bipolar.

### 3.1 Metodologia e constituição do *corpus* de análise

A pesquisa em pauta se trata de um estudo qualitativo, que toma como suporte tanto a TMC quanto alguns postulados da Análise Crítica da Metáfora. Apesar dessas abordagens teóricas apresentarem um arcabouço teórico-metodológico consistente, em nosso trabalho, a presença do caráter interpretativista será imprescindível na discussão apresentada nas próximas seções.

Sobre os procedimentos metodológicos da TMC, Sardinha (2007) aponta que o método introspectivo é o mais tradicional nos estudos da metáfora, com exemplos criados pelos pesquisadores a partir de casos em que supostamente esses exemplos são oriundos de expressões metafóricas que tenham sido lidas ou ouvidas. Os estudos de Lakoff e Johnson (2002 [1980]) são pautados por essa metodologia, uma vez que os autores não fazem uso de exemplos empíricos.

Charteris-Black (2004) propõe-se a ampliar a proposta metodológica apresentada em *Metáforas da vida cotidiana*<sup>51</sup> ao estudar as metáforas a partir de uma variedade de textos derivados da língua em uso. A noção da língua em uso indicaria que os dados da pesquisa não seriam inventados em benefício da teoria, ao contrário, emergiriam a partir de grandes e representativas amostras da língua. Além disso, essa metodologia não restringiria nem a seleção, nem o tamanho do *corpus*. Com base em Stubbs (2001 apud CHARTERIS-BLACK, 2004), o autor entende que o *corpus* para a pesquisa acerca do processo metafórico pode

---

e a maneira pela qual certas coisas são ditas e constituídas como verdade sobre esse “mal-estar”.

<sup>51</sup> A proposta que fazemos menção nesse ponto da pesquisa é a que aparece em *Metáforas da vida cotidiana*, que como lembrou Sardinha (2007) é pautada pelo método da introspecção. Como já ressaltamos no decorrer deste trabalho, tanto Lakoff quanto Johnson apresentaram estudos posteriores, os quais analisam metáforas que aparecem em discursos variados. Lakoff, por exemplo, tem vários textos publicados que analisam as metáforas presentes nos discursos políticos, como *Obama Reframes Syria: Metaphor and War Revisited, When Cognitive Science Enters Politics*, – disponíveis em <<https://georgelakoff.com/writings/>>, acesso em: 19 out. 2016, entre outros. No entanto, como esses textos são posteriores à publicação de *Metaphors we live by*, a proposta metodológica que se filia à TMC é a do método de introspecção.

ser constituído de tipos específicos de textos ou de uma variedade deles – textos orais ou escritos, formais ou informais, de ficção ou não, de diferentes períodos históricos.

O linguista (2004) também argumenta que a análise qualitativa das metáforas na língua em uso poderia responder questões relativas ao tipo de avaliações que os usos metafóricos podem transmitir. Para Charteris-Black (2004, p. 34):

Corpora can provide us with insight into the conventional metaphors that become accepted into particular a reason of intellectual enquiry, there by providing us with insight into the cognitive characteristics of this domain. However a *corpus* provides at tested examples of metaphor in context, interpretations can also be made as to the function of metaphors in a particular discourse domain – for example, as regards the type of evaluation that they convey and how these may relate to the intentions of language users.

A metodologia empregada e proposta por Charteris-Black (2004) na identificação das metáforas é semelhante àquela proposta por Camerow e Low (1999) e composta por três estágios: identificação das metáforas; interpretação das metáforas; e explicação das metáforas.

Quanto à identificação das metáforas, esse estágio corresponde à leitura atenta de textos para encontrar expressões linguísticas que, no estágio seguinte, podem licenciar metáforas conceptuais convencionais através de algumas palavras-chave. A identificação dessas expressões por meio da leitura também é descrita por Sardinha (2007), para o qual existem duas variantes desse método. A primeira seria a leitura do texto sem nenhuma metáfora específica em mente na tentativa de localizar uma variedade de expressões conforme o propósito do trabalho; e a segunda variante do *método de leitura* seria o ato de ler o texto tentando encontrar expressões linguísticas, as quais licenciariam metáforas conceptuais específicas e previamente definidas.

Embora Sardinha (2007) e Charteris-Black (2004) também apresentem outros métodos para a identificação das metáforas – como aqueles que utilizam programas de computador –, acreditamos ser o *método de leitura* o que mais condiz com os objetivos desta pesquisa, uma vez que demanda a atenção do pesquisador na identificação das

expressões linguísticas e permite o posicionamento deste frente à constituição do *corpus*.

Sobre a interpretação das metáforas, Charteris-Black (2004, p. 37, tradução nossa) argumenta que esse estágio envolve o estabelecimento da relação entre as expressões linguísticas previamente encontradas e os fatores cognitivos e pragmáticos que podem determinar seu aparecimento:

Isso envolve a identificação de metáforas conceptuais, e onde possível, chaves conceituais. No estágio da interpretação, é possível considerar a pró-atividade das escolhas metafóricas na construção de uma representação socialmente importante<sup>52</sup>.

A explicação das metáforas, o estágio explicativo da análise das metáforas, envolve a identificação dos aspectos sociais ligados à produção metafórica e também o seu papel social na persuasão. Segundo Charteris-Black (2004, p. 39), “[...] a formação de metáforas conceptuais, chaves conceptuais e ilustrações da avaliação típica de metáforas ajudarão a explicar por que elas podem ser persuasivas”<sup>53</sup>. Nessa perspectiva, a explicação das metáforas é a de que o reconhecimento de suas funções no discurso permite esclarecer suas motivações.

Com base nos três estágios que compõem a metodologia para a análise do processo metafórico, iniciamos o exame do *corpus* selecionado nesta pesquisa. Este estudo tomou como material de análise textos que consideramos essenciais para responder à questão com a qual nos ocupamos. Para isso, tomamos como foco da nossa análise artigos publicados no periódico *Debates em Psiquiatria*, entre os anos de 2012 e 2015, num total de sete artigos, mais duas publicações especiais destinadas exclusivamente ao tema *Transtorno Bipolar*.

Para a análise do fenômeno metafórico em artigos médico-psiquiátricos, optamos por não selecionar previamente as metáforas, mas

---

<sup>52</sup> No original: This involves the identification of conceptual metaphors, and where feasible, conceptual Keys. At the stage of interpretation, it is possible to consider how far metaphor choices are pro-active in constructing a socially important representation.”.

<sup>53</sup> No original: “The formation of conceptual metaphors and conceptual Keys and illustration of typical evaluation of metaphors will assist in explaining why they can be persuasive”.

estabelecemos critérios para sua identificação. Primeiramente, resolvemos trabalhar com textos publicados apenas na *Revista Debates em Psiquiatria*, pois, nesse periódico, as publicações sobre a bipolaridade ganharam cada vez mais espaço, com destaque inclusive em duas edições especiais que abordaram apenas o transtorno. A escolha desse periódico não se deu de forma aleatória; ela foi guiada principalmente pelo motivo de a revista ter amplo acesso e publicações dedicadas “exclusivamente” à classe médica, com artigos escritos por profissionais e especialistas dessa área, o que supunha um discurso mais especializado acerca do Transtorno Bipolar.

Embora a publicação seja destinada à classe médica, os exemplares da revista estão disponíveis *on-line*, o que também possibilita a acessibilidade do público em geral. Na próxima seção apresentamos os artigos que foram selecionados para esse estudo.

### 3.1.1 A *Revista Debates em Psiquiatria* e os artigos médico-psiquiátricos sobre o transtorno bipolar – a constituição do *corpus* de análise

De acordo com o *website* da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), *Debates em Psiquiatria* (ISSN 2236-918X) é uma publicação bimestral da própria associação e tem como finalidade a publicação de artigos com foco principal nos aspectos clínicos da Psiquiatria e nas áreas de epidemiologia clínica, saúde pública, intervenção psiquiátrica em desastres e problemas relevantes de saúde mental. Além disso, no *website*, encontra-se o objetivo da publicação: através dos textos publicados, oferecer aos associados da ABP, residentes, pós-graduandos e especializandos, informações de qualidade que complementem a atualização e educação continuada. No periódico, são aceitos trabalhos originais nos formatos de artigos de pesquisa, de revisão, de atualização, carta aos editores, casos clínicos e resenhas de livro.

Para este estudo, selecionamos artigos de pesquisa, de revisão e de atualização, além de comunicações breves e relatos de casos publicados no periódico entre os anos de 2012 e 2015<sup>54</sup>. Os trabalhos analisados estão assim distribuídos: em 2012, foram publicados dois artigos; em 2013, dois artigos; em 2014, foram quatro artigos; e em 2015, um artigo foi publicado. Além desse material, selecionamos duas edições especiais da revista, publicadas de setembro a dezembro de 2011, que tratam apenas

---

<sup>54</sup> Todas as edições da revista estão disponíveis pública e virtualmente em: <<http://www.abp.org.br/portal/revista-debates/>>.

de temas relacionados ao transtorno bipolar. Abaixo, destacamos o título de cada texto que foi analisado nesta pesquisa:

**2011: Edição Especial sobre o Transtorno Bipolar – parte I – Ano 1, nº5 – Set/out 2011**

- A adesão terapêutica no Transtorno Bipolar (COSTA; SILVA, 2011);
- Tratamento da Depressão Bipolar (LAFER; NERY, 2011);
- Tratamento de manutenção no Transtorno Bipolar (GOMES DE MATOS E SOUZA, 2011)
- Abordagens psicossociais (BIO; GOMES, 2011).

**2011: Edição Especial sobre o Transtorno Bipolar – parte II – Ano 1, nº6 – Nov/dez 2011**

- Tratamento de Episódios Maníacos e Mistos (MORENO; MORENO, 2011);
- O manejo do paciente em crise (NEVES; CORRÊA, 2011);
- Tratamento de prevenção secundária (SERPA et al., 2011);

**2012**

- Ano 2, nº 3 – Mai/Jun 2012: Transtorno Afetivo Bipolar nos idosos (BASTOS LIMA et al. 2012);
- Ano 2, nº 6 – Set/Out 2012: Transtorno bipolar: uma doença heterogênea que requer uma perspectiva mais ampla de abordagem (MORENO et al., 2012)

**2013**

- Ano 3, nº 2 - Mar/Abr 2013: Quando a gestação e a bipolaridade da paciente se tornam realidade (MENDES RIBEIRO et al., 2013)
- Ano 3, nº 4 - Jul/Ago 2013: Considerações sobre o risco-benefício do tratamento do transtorno bipolar (SALTON, 2013)

**2014**

- Ano 4, nº 2 Mar/Abr 2014: Novos alvos terapêuticos para o transtorno bipolar (CARVALHO, 2014);
- Ano 4, nº 2 Mar/Abr 2014: Modelo animal de mania induzido por anfetamina como método de identificação de novos alvos terapêuticos para o transtorno bipolar (VARELA; RESENDE; QUEVEDO, 2014);
- Ano 4, nº 2 Mar/Abr 2014: Relação do transtorno de humor bipolar com o fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF) e alterações moleculares (SANTOS; STREIT, 2014)

- Ano 4, nº 6 Nov/Dez 2014: A interface entre transtorno de estresse pós-traumático e transtorno de humor bipolar (CARVALHO et al., 2014)

## **2015**

- Ano 5, nº 2, Mar/Abr 2015: Neuroimagem no transtorno bipolar (ROCHA et al., 2015)

Destarte, feitas as considerações acerca das publicações eleitas e que constituem nosso corpus de pesquisa, direcionamo-nos para as discussões acerca do fenômeno metafórico presente nos textos analisados.

### **3.2 As metáforas usuais na Revista Debates em Psiquiatria**

Com base no arrazoado teórico acerca das metáforas conceituais, abstraímos, da leitura dos artigos, algumas metáforas que procuramos apresentar no inventário a seguir. Cada uma delas foi exemplificada por expressões linguísticas que as verbalizam. Como já ressaltamos, deparamo-nos com uma ausência significativa de metáforas conceituais para compreender a bipolaridade e, por essa razão, pretendemos, como possibilidade analítica, inquirir acerca dessa ausência, partindo de alguns postulados de Foucault e de outros autores que abordam questões referentes a Psiquiatria contemporânea, como De Aguiar (2004) e Caponi (2012).

Os apontamentos foucauldianos nos ajudaram na tarefa de entender o motivo da não conceptualização da bipolaridade, bem como a entender o processo pelo qual a medicina mental aplica as mesmas noções da medicina orgânica no entendimento de supostas afecções. Já os trabalhos de Caponi (2012) e De Aguiar (2004) sobre a genealogia da Psiquiatria ampliada, possibilitam entender as estratégias discursivas que consolidam a Psiquiatria ampliada que hoje parece ter renascido com força.

### 3.2.1 As metáforas militares<sup>55</sup>

Como observamos no capítulo dois, Sontag (1984) e outros autores, Hauser e Schwarz (2015), Hilmer (2007), Costa Júnior (2004), Gwyin (1999), já demonstravam como as metáforas relativas às ideias de comando e controle militares há muito tempo estão presentes na medicina. Sontag (1984) ressaltou inclusive que elas teriam sido utilizadas, pela primeira vez, na nona década do século XIX, com a identificação das bactérias como agentes patológicos, sobre as quais se diziam “invadem” ou “infiltram”. Ao traçar um importante paralelo entre o câncer e a terminologia militar utilizada para descrevê-lo, a autora (1984) afirma que todo médico e todo paciente estariam familiarizados com esse vocabulário, que, no caso do câncer, seria algo relativo a sítio e à guerra, com um contundente sentido literal e muita autoridade. O desenvolvimento clínico da doença e seu tratamento são descritos com referência a termos militares, e a própria doença é concebida como um inimigo, contra o qual a sociedade trava a guerra:

[...] A partir do tumor original, as células do câncer “colonizam” regiões distantes do corpo, estabelecendo primeiro minúsculos postos avançados (“micrometástases”) cuja presença é admitida, embora não possam ser detectados. Raramente as “defesas” do corpo são suficientemente vigorosas para obliterar um tumor que estabeleceu sua fonte de suprimento de sangue e consiste em bilhões de células destrutivas. Por mais “radical” que seja a intervenção cirúrgica, por maior que seja o número de “explorações” feitas na paisagem do corpo, as remissões, em sua maioria, são temporárias. As perspectivas são de que “a invasão do tumor” prossiga ou de que as células defeituosas eventualmente se reagrupem e preparem um novo assalto ao organismo. (SONTAG, 1984, p. 38)

---

<sup>55</sup> Enfatizamos que algumas expressões metafóricas que destacamos não caracterizam apenas o campo militar e podem ser encontradas em outros domínios, como é o caso do domínio esportivo. No entanto, nesse estudo optamos por descrevê-las no domínio fonte da guerra, como também fizeram outros autores (conferir capítulo 2).

Para inteligir a bipolaridade, percebemos que os discursos da Psiquiatria, no *corpus* que constitui essa pesquisa, também se ajustaram ao sistema militar. Diferentemente do câncer, uma patologia da medicina orgânica, o transtorno bipolar seria uma patologia mental. Essas formulações linguísticas e conceituais poderiam ser sugestivas de uma tentativa de aproximação/assimilação da Psiquiatria à medicina orgânica para legitimar um campo que, ao contrário dessa, se caracteriza pela ausência do corpo anatomopatológico ou mesmo do corpo neurológico<sup>56</sup> e, por essa razão, precisa apoiar-se em métodos e dispositivos mais “científicos” – como os propostos pela medicina orgânica – para validar seus diagnósticos.

A seção três deste capítulo tem com intuito discutir essas e outras questões, mas antes cabe lembrar que, sobre a utilização dos mesmos termos e expressões da medicina orgânica na medicina mental, Foucault (1975) já demonstrava que essa dá o mesmo sentido, aplica maciçamente as mesmas noções de doença, de sintomas e de etiologia que se aplicam naquela. Os apontamentos foucauldianos mostram que a medicina mental tentou inicialmente decifrar a essência da doença mental, agrupando sinais que a indicariam. Constituíram-se então uma *sinomatologia* – na qual são realçadas as correlações constantes, ou somente frequentes entre um tipo de doença e sua manifestação débil – e uma *nosografia*, na qual as formas da doença são analisadas segundo suas fases de evolução, a alternância de sintomas e a sua evolução no decorrer da doença. Para Foucault (1975), essas análises têm a mesma estrutura conceitual que as da patologia orgânica, pois utilizam os mesmos métodos para organizar os sintomas em grupos patológicos. Ou seja, supõe-se que a doença é uma essência apontada pelos sintomas que manifestam. O filósofo francês (1975) ressalta que é somente pelo artifício da linguagem que se pode atribuir o mesmo sentido às doenças do corpo e às doenças do espírito.

Ao empregar as mesmas metáforas da medicina orgânica, podemos inferir que, embora existam práticas diferentes entre os dois campos, principalmente no que tange aos diagnósticos – na medicina orgânica o diagnóstico é diferencial; na Psiquiatria, ele é absoluto<sup>57</sup> –, é através da

---

<sup>56</sup> Com base em *O poder psiquiátrico*, Caponi (2012) distingue os estudos médicos anatômicos e neurológicos: os primeiros pensariam o corpo em termos de tecidos e órgãos, penetrando nos ínfimos detalhes do organismo profundo; os segundos seriam uma continuidade expandida da anatomopatologia, mas que, no século XIX, se limitavam a delinear uma descrição de superfície.

<sup>57</sup> Em *O poder psiquiátrico*, Foucault (1975, p. 346) afirma que embora o diagnóstico psiquiátrico se realize “[...] aparentemente em certo nível como um

medicina que a Psiquiatria encontra sua legitimidade, como apontou Foucault em *O poder psiquiátrico*, quando afirmou que é pela sua relação com a anatomopatologia, com o hospital e com o nascimento da clínica que deve ser compreendido o discurso psiquiátrico (CAPONI, 2012).

Nesse escopo, observamos que as metáforas militares, que se aplicam às patologias orgânicas, também se aplicam à doença bipolar, e uma vez que as metáforas moldam e estruturam o pensamento (Lakoff; Johnson, (2002 [1980]) é possível conceptualizar os sujeitos que seriam afetados pela bipolaridade, e os médicos, como soldados, como demonstramos abaixo, afete e influencie a compreensão das pessoas sobre a patologia. O uso de termos bélicos colocaria a doença no papel de um adversário, o que poderia levar os pacientes a optarem por tratamentos mais agressivos (já que se age agressivamente em direção a inimigos) e justificaria a cruzada contra um oponente em comum, tanto do sujeito afetado quanto do psiquiatra, como apontaram Hauser e Schwarz (2015, p. 7): “[...] O conhecimento prevalecente nas discussões sobre saúde é que o medo provocado pelo enquadramento do inimigo motivará as pessoas a se engajarem em comportamentos preventivos benéficos”<sup>58</sup>.

A partir da metodologia da Análise Crítica da Metáfora, nosso objetivo nesta e nas próximas duas seções foi descrever e classificar as metáforas conceptuais com base no método de leitura, bem como propor algumas abordagens analíticas. A descrição e classificação das metáforas envolveu a identificação de domínios fontes, os quais licenciavam possíveis metáforas conceptuais. Assim, as abordagens teóricas da TMC e da Análise Crítica da Metáfora fornecem evidências para que se possa pensar que o domínio fonte GUERRA licencia algumas metáforas, as quais podem ser percebidas através das expressões linguísticas<sup>59</sup> que as verbalizam, como apontamos a seguir:

---

diagnóstico diferencial de certa doença em relação a outra, a mania ou melancolia, histeria ou esquizofrenia, etc [...] tudo isso, creio eu, não passa de uma atividade superficial e secundária em relação à verdadeira questão que é colocada em todo diagnóstico da loucura; e a verdadeira questão não é saber se é esta ou aquela forma de loucura, mas saber se é loucura ou não.”

<sup>58</sup> No original: “The prevailing wisdom in health communication is that fear raised by enemy framing will motivate people to engage in beneficial preventive behaviors.”

<sup>59</sup> Grifamos as expressões linguísticas que consideramos ser exemplos de expressões metafóricas.

a) O PORTADOR DO TRANSTORNO É UM SOLDADO:

- [...] Em dois grandes estudos com veteranos de guerra bipolares, [...]. (CASTRO COSTA e SILVA, 2011)

b) O MÉDICO É UM SOLDADO:

- [...] trabalhar com evidências médicas atualizadas mune o clínico com um melhor arsenal de conhecimento para aprimorar sua prática. (SILVA et al., 2011, p. 05)

- [...] daí a importância de continuar perseguindo um melhor entendimento da complexidade do transtorno bipolar para assim estarmos aptos a desenvolver tratamentos alvos que não apenas atuem nas crises agudas e tratem suas recorrências, mas com a esperança de tratar sua causa e em última instância obter a cura. (SILVA et al., 2011, p. 05)

- [...] No máximo, a presença desses sintomas pode indicar a necessidade de uma investigação mais criteriosa. (LAFER e NERY, 2011, p.14)

- [...] Propõe-se à volta do raciocínio médico e da somatória de evidências clínicas para estabelecer o diagnóstico multiaxial e as estratégias de intervenção necessárias. (MORENO et al., 2012, p. 26)

- [...] o uso de instrumentos de rastreamento e entrevistas estruturadas pode auxiliar na identificação de pacientes com histórico de bipolaridade. (MORENO et al., 2012, p. 26)

- [...] apesar dessa estratégia mais tradicional ter ampliado o arsenal terapêutico para o TB. (CARVALHO, 2014, p. 27)

- [...] nosso grupo tem se dedicado a descobrir novos alvos bioquímicos. (VARELA; RESENDE; QUEVEDO, 2014, p. 7)

- [...] a presença desses sintomas em outros transtornos mentais dificulta a formulação de instrumentos precisos de rastreio diagnóstico para o TB. (SERPA; NERY-FERNANDES; MIRANDA-SCIPPA, 2011, p. 34)

Nas metáforas conceptuais O PORTADOR DO TRANSTORNO É UM SOLDADO e O MÉDICO É UM SOLDADO, o domínio fonte ativado é o mesmo, a GUERRA, e o domínio alvo é o TRANSTORNO BIPOLAR. O domínio fonte alicerça alguns mapeamentos:

- I. Soldados —> médicos e pacientes;
- II. Armas —> medicamentos, estudos clínicos, manuais diagnósticos;
- III. Conquistas —> medicamentos e novos alvos bioquímicos que atuem na supressão dos sintomas;
- IV. Inimigo —> transtorno bipolar.

A partir das metáforas conceptuais destacadas, percebe-se que o médico e o sujeito, supostamente afetados pela patologia, são conceptualizados como soldados que enfrentam um oponente comum. Assim identificados, os comportamentos posteriores (as conquistas médicas, como quando se descobre um novo fármaco que opere na diminuição dos sintomas; a opção pelo tratamento medicamentoso) relacionados a esses sujeitos vão envolver um tipo de engajamento ativo de ambos, e, por essa razão, são particularmente adequados para a metáfora da guerra. Além disso, como mostrou Charteris-Black (2004), o domínio da guerra destaca os sacrifícios pessoais necessários para atingir um objetivo e apareceria entre o médico e o paciente.

Na formulação estratégias de intervenção necessárias, a ideia difundida pela metáfora é a da prevenção a um inimigo. Por essa razão, acreditamos que as metáforas conceptuais O PORTADOR DO TRANSTORNO É UM SOLDADO SENDO ATACADO e O MÉDICO É UM SOLDADO implicam a presença de uma metáfora ontológica, que deriva da personificação da própria doença, dando origem à metáfora conceptual A BIPOLARIDADE É UMA ENTIDADE.

As metáforas ontológicas permitem que, ao conceptualizarmos nossas experiências em termos de objetos e substâncias, possamos selecionar partes da experiência e tratá-la como entidade discreta de uma espécie uniforme. Identificando essas experiências como entidades, podemos categorizá-las, agrupá-las e quantificá-las e, em virtude disso, raciocinar sobre elas (Lakoff; Johnson 2002 [1980]). Uma extensão das metáforas ontológicas, a personificação, permite dar sentido a fenômenos do mundo em termos humanos.

A partir da conceptualização da bipolaridade como uma entidade, os autores dos textos analisados podem se referir à doença, identificar

seus aspectos particulares, vê-la como causa de problemas, agir em relação a ela e acreditar que a compreendem. A metáfora A BIPOLARIDADE É UMA ENTIDADE, a partir das expressões linguísticas que a verbaliza, sugere que esse conceito seja desenvolvido nos artigos como A BIPOLARIDADE É UM ADVERSÁRIO/INIMIGO, através da personificação da doença. A bipolaridade é compreendida em termos de atividades humanas, como demonstram as expressões linguísticas abaixo:

### c) A BIPOLARIDADE É UM ADVERSÁRIO/INIMIGO

- [...] A doença se manifesta precocemente justamente na fase formativa da vida e o impacta na esfera cognitiva e emocional do desenvolvimento, o que se traduz [...]. (SILVA; BUENO; MORENO, 2011, p. 05)

Conforme Lakoff e Johnson (2002 [1980]), a personificação de entidades pode ser muito mais específica do que simplesmente pensar em conceitos não humanos como humanos. A personificação nos fornece uma maneira singular de pensar sobre esses conceitos e também agir em relação a eles. Nas palavras de Lakoff e Johnson (2002 [1980], p. 88-89),

A personificação é, pois, uma categoria geral que cobre uma enorme gama de metáforas, cada uma selecionando aspectos diferentes de uma pessoa ou modos de considerá-la. O que todas têm em comum é o fato de serem metáforas ontológicas, permitindo-nos dar sentido a fenômenos do mundo em termos humanos, termos esses que podemos entender com base em nossas próprias motivações, objetivos, ações e características.

Conceptualizar a bipolaridade como uma pessoa e mais precisamente como um adversário gera as inferências de que a doença pode atacar o sujeito afetado pelo transtorno, feri-lo, causar prejuízos<sup>60</sup>. A conceptualização do transtorno como inimigo produz e justifica as ações tomadas no “combate” à doença que, como destacamos, são pautadas nas metáforas militares. É pela metáfora do inimigo que se

---

<sup>60</sup> Esse tópico será abordado na próxima seção.

ênfatiza o poder, a força do transtorno e as medidas necessárias em seu combate, ou na tentativa de uma cura, mesmo que essa seja improvável.

São as relações isomórficas entre os domínios da doença e da guerra, que propiciam um roteiro compartilhado para uma série de atividades ritualizadas: inicialmente, há uma ameaça e a identificação de um inimigo; então, há um chamado à ação em que os aliados são convocados para luta, a qual finalmente pode conduzir à vitória, à rendição e a alguma forma de punição. As metáforas de guerra, portanto, evocam um roteiro cognitivo particular (CHARTERIS-BLACK, 2004).

Além dos exemplos para respaldar ainda mais a presença do domínio fonte da guerra ao longo do *corpus*, acreditamos que a metáfora A BIPOLARIDADE É UM INIMIGO também pode se especificar em outra metáfora conceptual: BIPOLARIDADE É ENTIDADE A SER CONTROLADA.

Na primeira formulação destacada – a bipolaridade manifesta-se –, o fato de a afecção manifestar-se gera a inferência de que, muito antes do surgimento dos primeiros sintomas, a bipolaridade já existe como doença, como um inimigo secretamente instalado na mente do sujeito afetado. Nesse sentido, pode ser aventada uma hipótese: se existe de fato algo conceptualizado como um inimigo, é procedente que se criem estratégias que o controlem e combatam. Nos artigos que selecionamos, essa estratégia, que não coincidentemente também é sustentada pelas metáforas militares, é a estratégia medicamentosa.

Identificamos, a seguir, expressões linguísticas que verbalizam o conceito metafórico A MEDICAÇÃO É UMA ENTIDADE, metáfora ontológica que se especifica na personificação da medicação, resultando no conceito A MEDICAÇÃO É UM AGENTE, como nas formulações a seguir:

#### d) A MEDICAÇÃO É UM AGENTE:

- [...] os agentes anticonvulsivos e os antipsicóticos de segunda geração [...]. (COSTA; SILVA, 2011, p. 8)
- [...] No entanto, alguns dos estabilizadores de humor disponíveis apresentam um perfil melhor de eficácia sobre os sintomas depressivos da fase aguda da depressão bipolar, ou na prevenção de novos episódios depressivos. (LAFER; NERY, 2011, p. 16)

- [...] essa boa ação antidepressiva em monoterapia *do lítio* (grifo meu), descrita por diversos autores, não se confirma, porém, na prática clínica [...]. (LAFER; NERY, 2011, p. 16)
- [...] para que o lítio exerça atividade antidepressiva na depressão bipolar [...]. (LAFER; NERY, 2011, p. 16)
- [...] esse agente farmacológico capaz de tratar a depressão de forma rápida e segura. (LAFER; NERY, 2011, p. 19)
- [...] o agente escolhido deve tirar o paciente da depressão, mas não deve levá-lo para o outro polo da doença, isto é, para a mania ou hipomania. (LAFER; NERY, 2011, p. 19)
- [...] O tamoxifeno é o único inibidor da PKC que passa a barreira hemato-encefálica. (MORENO; MORENO, 2011, p. 10)

Nesse cenário, a medicalização – processo pelo qual problemas que não eram considerados de ordem médica passaram a ser vistos e tratados como problemas médicos (BRZOZOWSKI, 2013) – é justificada pelo uso das metáforas militares O TRANSTORNO BIPOLAR É UM INIMIGO e A MEDICAÇÃO É UM AGENTE. A conceptualização dos medicamentos como *agentes* consegue fazer com que eles funcionem eficazmente como símbolos da restauração de uma presumida “sanidade”, uma vez que essas metáforas também evidenciam a idealização de um herói, cujo qual restaura os valores morais da vítima. Além disso, como apontou Martins (2016) em um trabalho acerca das metáforas utilizadas na divulgação científica, o tratamento medicamentoso da bipolaridade pode ser conceptualizado pela metáfora TRATAMENTO DA BIPOLARIDADE É GUERRA, e esse uso estaria atrelado à intenção de conceptualizar a doença negativamente (MARTINS, 2016), por se tratar de um mal incurável que demanda esforços numa tentativa de normalização.

Sobre a estratégia medicamentosa, amplamente difusa na Psiquiatria moderna, Roudinesco (2000, p. 21) argumenta que, a partir de 1950, as substâncias químicas modificaram a paisagem da loucura.

Esvaziaram os manicômios e substituíram a camisa-de-força e os tratamentos de choque pela redoma medicamentosa. Embora não curem nenhuma doença mental ou nervosa, elas

revolucionaram as representações do psiquismo, fabricando um novo homem, polido e sem humor, esgotado pela evitação de suas paixões, envergonhado por não ser conforme ao ideal que lhe é proposto.

Embora reitere que a psicofarmacologia possibilitou a reintegração dos doentes mentais à cidade e fez com que os tratamentos antigos fossem parcialmente abandonados, a psicanalista afirma que os psicotrópicos teriam o efeito de normalizar comportamentos e eliminar os sintomas mais dolorosos do sofrimento psíquico, sem lhes buscar a significação. A psicofarmacologia teria se tornado o estandarte de um tipo de imperialismo que, de fato, permite que médicos abordem da mesma maneira todas as doenças sem que jamais se saiba de quais tratamento elas dependem.

A medicalização<sup>61</sup> do transtorno bipolar é tema recorrente nos artigos selecionados para este estudo – ela aparece em cinco dos dezesseis artigos selecionados –; e, em um dos textos, os autores afirmam: “[...] este transtorno ganhou novo interesse por parte da comunidade médica a partir de publicações que sugeriam tratamentos farmacológicos para o transtorno [...]” (BASTOS LIMA et al. 2012, p.30).

Em outra publicação da *Revista Debates em Psiquiatria*, Carvalho (2014) aponta que o tratamento medicamentoso convencional do transtorno teria eficácia limitada, não atuando na diminuição ou na remissão dos sintomas afetivos e nas disfunções cognitivas/funcionais em uma significativa proporção de pacientes, e que, por essa razão, lamenta a falta de esforços para a descoberta de novos fármacos.

Há um consenso na literatura que diversos esforços para a descoberta de novos fármacos para transtornos mentais têm sido de um modo geral fracassados, o que tem feito que diversas companhias farmacêuticas retirem recursos direcionados à descoberta de novos psicotrópicos. Acredita-se que esse insucesso é devido em parte ao relativo desconhecimento das vias patológicas específicas para cada transtorno e da falta de uma estratégia de desenvolvimento de psicofármacos

---

<sup>61</sup> O conceito de medicalização faz referência à expansão da jurisdição da profissão médica para novos domínios, sobretudo aqueles ligados a problemas considerados de ordem espiritual/moral ou legal/criminal. (DE AGUIAR, 2004).

direcionados a alvos mais precisos. (CARVALHO, 2014, p. 27)

A disponibilidade de novos fármacos no tratamento de sintomas é vista por De Aguiar (2004) como um dos motivos pelo qual os médicos aplicam certos diagnósticos ao reconhecer em seus pacientes determinadas características, sinais e sintomas:

[...] Quando um novo antidepressivo é lançado no mercado trazendo características de ser também um ansiolítico, diferentemente de seus antecessores, o médico prestará muito mais atenção à existência de sintomas ansiosos em seus pacientes. Isso terá efeitos na maneira como ele dirigirá suas perguntas ao paciente, e este, por sua vez, valorizará determinados elementos das experiências vividas em função do interesse médico. (DE AGUIAR, 2004, p. 84)

Então, seria a existência de um medicamento – conceptualizado como um agente, que funcionaria como marcador diagnóstico, já que ainda não existem marcadores biológicos nem uma teoria biológica consistente e unificada sobre os transtornos mentais fixando esses diagnósticos (DE AGUIAR, 2004) – que, de certo modo, passaria a legitimar a existência real de um transtorno mental, tornando relevante o recrutamento de pacientes que respondam ao medicamento.

Assim, as metáforas conceptuais que apareceram nos textos analisados validam e legitimam a presença do psiquiatra e dos medicamentos no tratamento da bipolaridade. É o domínio fonte da guerra – precisamente da guerra justa, conceito que admitiria situações em que as guerras são moralmente justificáveis e toleradas em face de um inimigo que toma, à força, os valores morais da vítima – que justifica intervenções medicamentosas ou não; o tratamento da bipolaridade é moralmente justificado, pois o sujeito afetado precisaria retornar a sua suposta normalidade. A partir do conceito de guerra, as intervenções são inquestionáveis, já que, de fato, a guerra é baseada em ações realizadas por agentes (soldados) que se utilizam de instrumentos para atingir um alvo, identificado como inimigo.

Temos, portanto, a evidência de um encadeamento metafórico em que a coerência entre as metáforas e a própria coerência dos discursos

analisados é explicada pela metáfora conceptual A BIPOLARIDADE É UM INIMIGO/ADVERSÁRIO.

Além de uma estratégia discursiva, reiteramos que as metáforas são uma estratégia cognitiva, que possibilita a constituição do transtorno bipolar enquanto inimigo não apenas por processos epistemológicos, mas também por processos cognitivos que fazem com que objetos incertos, como a bipolaridade, tornem-se alvo de ingerência.

### 3.2.2 As metáforas do mercado<sup>62</sup>

Como demonstramos nos capítulos anteriores, há, evidentemente, um sistema de metáfora extensivo e principalmente inconsciente que usamos de forma automática e não reflexiva para compreender complexidades e abstrações (LAKOFF, 1991). Consoante à perspectiva da TMC, a compreensão metafórica de uma situação funciona em duas partes. Primeiramente, existe um conjunto generalizado e relativamente fixo de metáforas que estruturam como pensamos, e, em segundo lugar, há um conjunto de definições metafóricas que permitem aplicar uma metáfora específica a situações particulares.

Ao tentar estabelecer quais seriam os conjuntos fixos que estruturam nosso pensamento acerca da bipolaridade e posteriormente condicionam nossas ações, deparamo-nos com expressões lexicais compatíveis ao campo da economia, além daquelas já destacadas, compatíveis ao militarismo.

A respeito das metáforas econômicas, Lakoff (1991) propôs o *The Casual Commerce system (Sistema de Comércio Casual)*, uma forma de compreender ações que pretendem obter efeitos positivos, mas que podem, por outro lado, gerar efeitos negativos. Esse sistema seria composto por três conceitos metafóricos, TRANSFERÊNCIA CASUAL, A METÁFORA DA TROCA PELO VALOR e BEM-ESTAR É RIQUEZA. Juntos representariam ações como transações comerciais com ganhos e custos. Para Lakoff (1991), conceptualizar ações como transações comerciais é crucial para aplicar ideias da economia em ações cotidianas.

---

<sup>62</sup> Em *A falsa inocência da linguagem ou a procura da metáfora certa em Saúde – Reflexão sobre a importância da linguagem, dos direitos e da ética no sistema de saúde*, Faria (2007) apresenta o conceito de metáfora do mercado no âmbito da saúde, com referência à obra de George Annas, *In Some Choice — Law, medicine and the Market*.

Nos enunciados em que o conceito de bipolaridade é invocado, o vocabulário econômico circula com frequência. Por essa razão, acreditamos que verbaliza a metáfora do mercado, ou a metáfora econômica, como propõe Sontag<sup>63</sup> (1984). A ensaísta (1984) ressaltou a presença de metáforas que, de algum modo, estariam ligadas à economia, tanto nos discursos relativos à tuberculose como àqueles que fazem referência ao câncer. Na tuberculose, encontraríamos metáforas que fazem alusão à energia limitada e que precisa ser adequadamente despendida. As energias, como as economias, poderiam ser esbanjadas, exauridas, esgotadas, e, como consequência, o corpo começaria a “consumir-se”. Já a linguagem metafórica relativa ao câncer evocaria uma catástrofe econômica diferente, um crescimento desregulado e anormal. As células cancerígenas tendem a crescerem e estenderem-se umas sobre as outras, de modo caótico, destruindo as funções do corpo.

Sontag (1984, p. 37) afirma que

[...] O capitalismo primitivo pressupõe a necessidade de dispêndios regulados, poupança, avaliação, disciplina – uma economia que depende da limitação racional dos desejos. A tuberculose é descrita em imagens que sintetizam o que há de negativo no comportamento do *homo economicus* do século XIX: consumir, desperdiçar, esbanjar vitalidade. O capitalismo avançado exige a expansão, a especulação, a criação de novas necessidades (o problema da satisfação e insatisfação), a compra a crédito, a mobilidade – uma economia que depende da indulgência irracional do desejo. O câncer é descrito em imagens que sintetizam o que há de negativo no comportamento do *homo economicus* do século XX: crescimento anormal, contenção de energia, isto é, recusa a consumir ou gastar.

No que tange à construção, por processos metafóricos, do conceito de transtorno bipolar, é o campo de atuações possíveis diante da bipolaridade que se apresenta agora como a gestão de negócios, em que a relação custo-benefício mostra-se primordial no gerenciamento dos tratamentos e alternativas para tornar o portador do transtorno “o mais

---

<sup>63</sup> Sontag (1984) faz referência às metáforas econômicas, que estariam relacionadas à primitiva acumulação capitalista.

funcional possível”; a bipolaridade passa a ser inteligida como causadora de “prejuízos”:

e) A BIPOLARIDADE É UM NEGÓCIO<sup>64</sup>

- [...] O transtorno bipolar é comum, tem apresentações clínicas complexas, *causa* (grifo meu) prejuízo funcional no paciente e sua família e cursa com elevada morbidade e mortalidade. (SILVA; BUENO; MORENO, 2011, p. 05)

- [...] Devemos tratar *a doença* (grifo meu) e não apenas suas fases ou seus sintomas, considerar a relação custo - benefício das intervenções utilizadas em função de eficácia, tolerabilidade e particularmente da sua eficiência no “mundo real. (SILVA; BUENO; MORENO, 2011, p. 05)

- [...] Portanto, recomendações de tratamento de primeira linha são medicações cujos resultados de eficácia já foram comprovados por pelo menos dois estudos duplo-cegos, placebo-controlados, randomizados (ou seja, o padrão ouro de estudos clínicos), ou resultados de uma meta-análise. (LAFER; NERY, 2011, p.15)

- [...] Este estudo demonstra a importância de ter uma visão em longo prazo do custo versus benefícios da terapia psicológica como adjuvante no tratamento de pacientes bipolares. (BIO; GOMES, 2011, p. 36)

- [...] *o enorme impacto* (grifo meu) na vida funcional dos indivíduos (Magliano et al., 2009) e o próprio custo social atribuível a doença (BIO; GOMES, 2011, p. 38)

- [...] prevenir recaídas e auxiliar o paciente a lidar com os sintomas e prejuízos psicossociais causados pelo transtorno (BIO; GOMES, 2011, p. 43)

---

<sup>64</sup> Embora a maioria das expressões linguísticas destacadas façam menção ao tratamento do Transtorno Bipolar e não propriamente à doença, consideramos que elas licenciam a metáfora A BIPOLARIDADE É UM NEGÓCIO.

- [...] Os componentes de gerenciamento consistiam em: (i) uma análise criteriosa dos sintomas. (ii) uma análise criteriosa dos efeitos colaterais. (iii) gestão médica e comportamental dos efeitos colaterais; (iv) discussão sobre sinais de alerta de episódios iminente; (v) serviço de plantão 24 horas. (BIO; GOMES, 2011, p. 45)

- [...] Estima-se que o TB leva a algum grau de prejuízo psicossocial durante 54 a 59% dos meses. (BIO; GOMES, 2011, p.48)

Assim como Sontag (1984), Lakoff e Johnson mostram como as metáforas destacam relações particulares nos domínios que descrevem e, como resultado, podem encorajar padrões sistemáticos de inferência. O uso da metáfora A BIPOLARIDADE É UM NEGÓCIO também se concentra em um padrão de inferência: a doença conceptualizada como causadora de prejuízos financeiros ou sociais evoca uma catástrofe econômica e, por isso, institui a necessidade de gerenciamento, de controle. A bipolaridade, e por extensão o sujeito afetado pelo transtorno, é algo que não se deve condenar ou tolerar, mas é algo a ser gerido.

Como se vê, uma coleção de palavras e expressões compatíveis com a terminologia econômica são usadas numa tentativa de apreender não a bipolaridade, mas seu tratamento e as figuras envolvidas nesse processo. A metáfora do mercado serviria, nesse contexto, para evocar e impulsionar um conteúdo conceitual relativo ao tratamento e não propriamente à doença. Nesse enquadramento, a saúde mental seria mercadoria, algo que pode ser possuído, adquirido e recuperado através das “*magic bullets*”, as balas mágicas ou medicamentos psicotrópicos (DE AGUIAR, 2004).

A saúde mental vista como mercadoria retoma o conceito BEM-ESTAR É RIQUEZA; e, em virtude desse conceito mais amplo, as metáforas econômicas são justificadas para apreender a bipolaridade. Poderíamos inclusive ir além e propor que as metáforas que se aplicam no contexto instaurado nesse estudo remetem à metáfora BEM-ESTAR É RIQUEZA e se desenvolvem a partir de conceitos mais amplos como SAÚDE MENTAL É RIQUEZA e DOENÇA MENTAL É PREJUÍZO, em que o acréscimo na qualidade da saúde mental seria visto como “ganho”, e o decréscimo, como “custo”. Assim, a metáfora A BIPOLARIDADE É UM NEGÓCIO seria hierarquicamente relacionada a metáforas mais gerais como DOENÇA MENTAL É PREJUÍZO.

O efeito dessas metáforas seria o fato de tornarem efeitos qualitativos em quantitativos, coisas qualitativamente diferentes comparáveis e, além disso, fornecerem um tipo de cálculo aritmético para todo tipo de custos e perdas (LAKOFF, 1991).

Outros autores também demonstram como as metáforas do mercado estão presentes nos discursos da medicina. No capítulo quatro de *Some choice: Law, medicine and the Market*, George Annas (1998, p. 46) dá destaque a elas quando diz que

A metáfora do mercado nos leva a pensar sobre a medicina de maneiras já familiares: a ênfase é colocada na eficiência, na maximização do lucro, na satisfação do cliente, na capacidade de pagamento, no planejamento, no empreendedorismo e nos modelos competitivos.

Conforme ressaltamos a gestão da bipolaridade, precisamente de seu tratamento, é baseada nas metáforas do mercado, e a ênfase da eficiência e da satisfação, como apontou Annas (1998), também aparece nos textos que analisamos:

- [...] no transtorno bipolar, a não adesão terapêutica contribui para o abismo entre a eficácia e efetividade do tratamento desses pacientes. (COSTA; SILVA, 2011, p. 8)
- [...] a satisfação do paciente com a **medicação** é um importante preditor da melhora da adesão [...]. (COSTA; SILVA, 2011, p. 9)
- [...] em níveis de evidência científica a partir de estudos sobre sua eficácia e segurança. (LAFER; NERY, 2011, p.15).

Nesses enunciados, a terapêutica privilegiada na gestão da bipolaridade é farmacológica. Como destacamos na seção que tratava das metáforas militares, o processo de medicalização da bipolaridade, além de ser amparado pela metáfora A BIPOLARIDADE É UM INIMIGO, aparece agora também sustentado por metáforas econômicas.

A respeito do mercado de medicamentos, De Aguiar (2004) ressalta que foi a imposição da prescrição médica para a venda de remédios que afetou o funcionamento do mercado farmacêutico e também gerou efeitos no exercício da clínica psiquiátrica. Consoante o psiquiatra,

a emenda ao ato regulamentar estadunidense de 1938 – o qual criava a agência FDA (*Food and drug administration*) e que tinha como proposta regulamentar o funcionamento do mercado farmacológico – proposta em 1962, limitava o acesso aos medicamentos e, como consequência, instituiu a necessidade de prescrição médica para a venda de vários produtos, forçando o mercado farmacêutico a adotar um modo de funcionamento peculiar e distinto de outros mercados do sistema capitalista.

Esse modelo característico do comércio de medicamentos não se dá pela necessidade de convencer o consumidor final de sua eficácia, mas sim pelo ato de convencer o médico de sua validade, já que esse mercado não funciona com um vínculo direto entre o comprador e a mercadoria, visando à presença de um intermediário: “[...] o médico é absolutamente fundamental na circulação do medicamento; somente ele pode fornecer a receita ao paciente, fazendo com o que o medicamento encontre finalmente o seu consumidor.” (DE AGUIAR, 2004, p. 65)

Além disso, De Aguiar (2004) sugere que, embora participe do mercado capitalista, a socialização dos medicamentos obedece a um funcionamento muito peculiar. Recorrendo a Phillippe Pignare, autor que busca compreender o funcionamento do mercado de medicamentos a partir das teorias do valor, De Aguiar (2004) analisa a articulação entre as noções de “valor de uso e valor de troca” para analisar a economia dos medicamentos.

[...] Normalmente, no mundo capitalista, os objetos devem tornar-se uma mercadoria para serem socializados [...]. No momento em que um objeto se transforma em mercadoria, seu valor pode ser analisado sob a forma de “valor de uso” e de “valor de troca”. O “valor de uso” diz respeito à utilidade que a mercadoria terá para aquele que vai consumi-la. Ele está vinculado ao valor concreto dos objetos para cada indivíduo que venha a usá-los. Os “valores de uso” das diferentes mercadorias são, portanto, incomparáveis entre si. É necessária então uma operação que abstraia dos objetos um valor que permita trocá-los por dinheiro, para que eles possam ser trocados por outras mercadorias. É preciso dotá-los de um “valor de troca”. (DE AGUIAR, 2004, p.63)

Uma vez que a socialização de medicamentos não funciona pela lógica do “valor de troca” – por mais caro que se possa pagar, não é permitido comprar determinados medicamentos sem o aval médico –, sua socialização é estabelecida a partir de seu “valor de uso”. Os medicamentos implicam assim um nível de tecnicidade importante do médico, quem decide as regras de consumo para cada indivíduo particular.

Todavia, a venda de medicamentos funciona antes por uma espécie de poder de convencimento – os representantes das indústrias farmacêuticas devem convencer os médicos da validade da relação diagnóstico-tratamento para que posteriormente o clínico, ao identificar pacientes que exibem determinadas características, prescreva a medicação (DE AGUIAR, 2004).

Nessa perspectiva, o papel do médico é reconhecer pacientes através de seus sintomas e sinais, os quais possam fazer dele representante de um grupo para o qual determinados fármacos mostraram-se eficazes:

Ele busca identificar no cliente as características presentes nos pacientes de estudos controlados, o que o incluiria no grupo daqueles para o qual determinado medicamento estaria indicado [...] no ato de diagnosticar, o médico transforma seu paciente num caso [...]. (DE AGUIAR, 2004, p. 67).

Portanto, o ato diagnóstico seria resultado do ato prescritivo, que conserva algo do estatuto da ordem, uma vez que mesmo que a indicação médica seja a não administração de medicamentos, é o médico quem prescreve esse não uso:

[...] Temos assim o fechamento de um ciclo, onde um impressionante dispositivo jurídico vincula, de um lado o medicamento ao médico, pelo monopólio da prescrição, e, de outro, o paciente ao medicamento, pelo ato diagnóstico e da prescrição. (DE AGUIAR, 2004, p. 69)

Voltando aos usos da metáfora do mercado no âmbito da saúde, Faria (2007) ressalta os perigos de situações de conflitos oriundos do uso dessa metáfora nas unidades de saúde. A autora (2007) evidencia que essas ameaças estão bem patentes nas palavras de Wendy Mariner (apud FARIA, 2007, p. 102, tradução nossa):

[...] Os ideais de qualidade e eficiência são metas desejáveis, embora não descrevam como devem ser alcançadas. Os princípios éticos que promovem competição livre e justa são bem diferentes dos princípios éticos que preservam a integridade da relação entre médico-paciente [...]. MCOs10 foram criados para alcançar os objetivos econômicos que podem ser fundamentalmente incompatíveis com princípios tradicionais da ética médica. Mesmo que seja possível concordar com a noção de que certos princípios éticos devem ser aplicados ao gerenciamento do cuidado, o Mercado pode inviabilizar que se viva inteiramente segundo esses princípios<sup>65</sup>.

Outra inferência possível a partir das formulações que selecionamos neste estudo é que a gestão da bipolaridade flutua ora sobre o indivíduo, ora entre a proteção da sociedade. Esse rebatimento da doença sobre a sociedade transforma tanto a doença como o sujeito em ameaças e, por essa razão, institui estratégias de poder que adotam as formas de regulação, gestão e controle de riscos, como exemplifica o enunciado: “[...] na publicação, os pesquisadores lembram que o transtorno bipolar afeta cerca de 4% da população mundial e deve ser visto **como doença grave, incapacitante e que resulta em prejuízos significativos para a sociedade.**” (SILVA; MORENO; BUENO, 2011, p. 3, grifo meu)

Para finalizar esta seção<sup>66</sup>, ressaltamos, como propõe Lakoff (1991), que o pensamento metafórico não é nem bom, nem ruim, ele é

---

<sup>65</sup> No original: [...] The ideals of quality and efficiency are desirable goals but do not describe how they ought to be achieved. The ethical principles that promote free and fair competition are quite different from the ethical principles that preserve the integrity of the physician-patient relationship (...). MCOs10 were created to achieve economic objectives that may be fundamentally incompatible with traditional principles of medical ethics. Even if it is possible to agree that certain ethical principles ought to apply to managed care, the Market may make it impossible to live fully by those principles.

<sup>66</sup> Como se pode notar, o campo de atuações possíveis acerca da bipolaridade é condicionado tanto pelas metáforas econômicas quanto pelas metáforas militares. Interpretar esse zigue-zague será tarefa das pesquisas que pretendemos desenvolver em nossos próximos estudos, procurando observar como esses domínios diferentes estruturam um mesmo conceito.

simplesmente um lugar comum e sem escapatória. Além disso, abstrações e um elevado número de situações são compreendidas rotineiramente em termos metafóricos. No entanto, é vital compreender o papel do pensamento metafórico na instauração de “realidades”, uma vez que, segundo o autor (1991, p. 1): “[...] O uso de uma metáfora com um conjunto de definições se torna perigoso quando encobre a realidade de maneira prejudicial”<sup>67</sup>.

### 3.2.4 A bipolaridade como termo metafórico

Existem cinco definições de dicionário para *bipolar*: os quatro primeiros referem-se à eletricidade (que tem dois polos) e à geografia (relativo aos dois polos ou às duas regiões polares). A última definição, relativa à Psiquiatria, sugere um indivíduo que tem uma perturbação de humor, caracterizada por alternância entre estados depressivos e estados de excitação eufórica.

De uma perspectiva de conceptualização metafórica, não seria simplesmente uma coincidência o uso da mesma palavra para caracterizar objetos tão distintos. A definição do conceito *bipolar* pela Psiquiatria seria organizada metaforicamente em termos de outros domínios, como a geografia e a eletricidade, mais concretos.

O uso de metáforas nominativas, de acordo com Ciaspuscio (2011, apud MARTINS, 2016), as quais servem para nomear conceitos, já foi descrito também por Foucault (2014), que mostra como outros domínios e imagens se acrescentaram, como o domínio da eletricidade, na descrição da unidade entre a mania e a melancolia, funcionando não pelo seu papel constituinte, mas sim por variações interpretativas do tema que ganhava unidade.

[...] Disso é testemunho, por exemplo, a explicação que Spengler propõe para a alternância entre mania e melancolia, cujo modelo ele retira da pilha elétrica. De início, haveria uma concentração do poder nervoso e de seu fluido nesta ou naquela região do sistema; apenas esse setor é excitado, permanecendo o resto em estado de dormência: é a fase melancólica. Mas quando esta atinge um certo

---

<sup>67</sup> No original: “[...] The use of a metaphor with a set of definitions becomes pernicious when it hides realities in a harmful way”.

grau de intensidade, esta carga local se espalha bruscamente por todo o sistema por ela violentamente agitado durante um certo tempo, até que a descarga seja completada: é o episódio maníaco. Neste nível de elaboração, a imagem é demasiado complexa e demasiado completa, é emprestada de um modelo demasiado distante para servir como organizadora na percepção da unidade patológica. Pelo contrário, ela é convocada pela percepção que repousa por sua vez em imagens unificantes, porém bem mais elementares. (FOUCAULT, 2014, p. 276)

Lakoff e Johnson (2002 [1980]) já demonstraram como as metáforas orientacionais dão orientações espaciais para conceitos abstratos como a felicidade e a tristeza. Para os autores, essas orientações espaciais surgem pelo fato de termos os corpos que temos e pelo fato de eles funcionarem da maneira como funcionam em nosso ambiente físico. Metáforas como FELIZ É PARA CIMA, TRISTE É PARA BAIXO, SAÚDE É PARA CIMA, DOENÇA É PARA BAIXO não seriam arbitrárias e teriam base em nossa experiência física e cultural, como demonstramos no capítulo um.

Nos textos que analisamos, a bipolaridade aparece descrita por fases alternadas de mania e depressão, mas somente as fases depressivas são caracterizadas. Os episódios maníacos não são caracterizados em nenhum texto, e as fases depressivas são compreendidas pela metáfora conceptual TRISTEZA/DEPRESSÃO É PARA BAIXO, como podemos perceber na seguinte formulação linguística:

f) TRISTEZA/DEPRESSÃO É PARA BAIXO

- [...] Para pacientes que recaem em um episódio de depressão bipolar [...] (LAFER; NERY, 2011, p. 16)

Embora as fases maníacas não figurem na descrição da doença, a bipolaridade é compreendida em termos orientacionais, precisamente pela metáfora A BIPOLARIDADE É PARA BAIXO:

- [...] prevenção de recaídas, reabilitação funcional e redução das comorbidades médicas. (LIMA et al., 2012, p. 33).

- [...] não adesão ao tratamento e alto risco de recaídas/recorrência (principalmente na presença de sintomas residuais), assim como a disponibilidade de tratamentos. (MORENO; CAMPOS; MORENO, 2012, p. 29).
- [...] para avaliar a situação no Brasil, em 2000 iniciamos um programa de políticas públicas para a prevenção de recaídas maníacas na cidade de São José do Rio Preto. (MORENO; CAMPOS; MORENO, 2012, p. 29).
- [...] abordam a delicada questão do transtorno bipolar na gravidez, onde a recaída no período puerperal é alta, e o risco de psicose pós-parto é de praticamente 100%. (SILVA; BUENO, 2013, p. 3)
- [...] mas as pacientes que interrompem a medicação têm um alto risco de recaída de um episódio depressivo ou maníaco. (RIBEIRO et al, 2013, p. 6)
- [...] durante o período puerperal, a taxa de recaída é ainda maior, chegando de 50% a 70%, segundo algumas estimativas. (RIBEIRO et al, 2013, p. 6).
- [...] recaída pela retirada ou pelo efeito incerto da troca da medicação, devendo isso ser discutido e consentido com a paciente e seus familiares. (RIBEIRO et al, 2013, p. 8).
- [...] O primeiro episódio de TB em uma paciente tende a ter o maior risco de acontecer no pós-parto, e recaída é comum. (RIBEIRO et al, 2013, p. 8).
- [...] Mas por que recaem? (RIBEIRO et al, 2013, p. 8).

Embora, a princípio, pareça uma incoerência descrever a bipolaridade como algo que teria somente um polo (para baixo), esse não é caso. O conceito BIPOLARIDADE tem um núcleo comum que é minimamente estruturado pela subcategorização A BIPOLARIDADE É UMA DOENÇA e mantém uma relação de implicação com outras metáforas, precisamente aquelas relativas à saúde e à doença, formando um único sistema coerente.

Sobre os princípios de sistematicidade e coerência das metáforas orientacionais, Lakoff e Johnson (2002 [1980]) concluem que cada metáfora espacial apresenta uma sistematicidade interna. Por exemplo:

[...] A metáfora FELIZ É PARA CIMA define um sistema coerente e não um simples conjunto de casos isolados e aleatórios. O sistema seria incoerente se, [...], “Estou me sentindo para cima” significasse “estou me sentindo feliz”, e se “Meu ânimo elevou-se” significasse “Fiquei mais triste”. (LAKOFF E JOHNSON 2002 [1980], p. 65)

Também apresenta uma sistematicidade externa geral que liga as várias metáforas de espacialização, o que gera a coerência entre elas: [...] assim, BOM É PARA CIMA dá uma orientação PARA CIMA para o bem-estar geral, e essa orientação é coerente com casos especiais FELICIDADE É PARA CIMA, SAÚDE É PARA CIMA [...]. Uma vez que a bipolaridade é conceptualizada primeiramente como uma doença, é coerente que apenas a orientação PARA BAIXO apareça na descrição da doença, como a formulação abaixo denuncia:

- [...] o agente escolhido deve tirar o paciente da depressão, mas não deve levá-lo para o outro polo da doença, isto é, para a mania ou hipomania (LAFER; NERY, 2011, p. 19, grifos meus).

Embora não caiba ao escopo deste trabalho discutir os discursos dos sujeitos afetados pela patologia bipolar, percebemos que esses discursos, ao contrário das formulações que fazem parte deste estudo, acionam representações positivas da bipolaridade. A fase maníaca, por exemplo, recebe a orientação PARA CIMA, como podemos observar em algumas passagens da obra *Uma mente inquieta*, na qual Kay Redfield Jamison elabora um testemunho pessoal sobre o transtorno bipolar.

Quando se está para cima, é fantástico. As ideias e os sentimentos são velozes e frequentes como estrelas cadentes, e você os segue até encontrar algum melhor e mais brilhante. A timidez some; as palavras e os gestos certos de repente aparecem; o poder de cativar os outros, uma certeza palpável. Descobrem-se interesses em pessoas desinteressantes. A sensualidade é difusa; e o desejo de seduzir e ser seduzida, irresistível.

Impressões de desenvoltura, energia, poder, **bem-estar**, onipotência financeira e euforia estão impregnadas na medula. (JAMISON, 2009, p. 79)

Essa assimetria poderia ser decorrência de uma subjetivação positiva que não se configura na ordem da anormalidade até certo limite. Os períodos maníacos mais brandos seriam um tipo de compensação, em que o sujeito afetado consegue produzir mais, ter mais disposição intelectual e física.

### **3.3 As metáforas silenciadas – especulações sobre a ausência metafórica no *corpus***

Embora seja sabido que no âmbito da saúde, metáforas específicas parecem ocorrer a todo momento (VANIN, 2016), foi a persistência da ausência metafórica que deu especificidade ao estudo em questão.

A partir da constatação desse fenômeno, múltiplas angulações poderiam ser assumidas: negligenciar esse aspecto constitutivo dos discursos psiquiátricos analisados seria uma delas. No entanto, embora não fosse objetivo inicial da pesquisa, optamos por dedicar espaço a especulações que poderiam se não justificar a ausência das metáforas conceptuais para inteligir a bipolaridade, ajudar na compreensão desses tipos peculiares de discursos.

No intuito de pensar sobre a economia das metáforas na conceptualização da bipolaridade recorreremos primeiramente a Foucault e ao curso *O poder psiquiátrico*, o qual possibilita entender as fragilidades da disciplina psiquiátrica, assim como a constituição de seus discursos amparados em uma suposta cientificidade<sup>68</sup>.

---

<sup>68</sup> Em a *Ordem do discurso*, Foucault (1996) discute a produção dos discursos: para o filósofo, em toda a sociedade, existiriam três grupos de procedimentos de controle e de delimitação do discurso que teriam por função dominar o procedimento discursivo e que caracterizam, entre outros, os discursos científicos. No primeiro grupo situam-se os procedimentos externos, os quais concernem à parte do discurso que põe em jogo o poder. A vontade de verdade, último procedimento externo que constitui o discurso e que parece constituir o discurso científico de forma ainda mais acentuada, está relacionada à oposição entre o verdadeiro e o falso, oposição muito relevante para a constituição (ou não) de uma ciência. Como se sabe, a vontade de verdade é constitutiva do ser social e as formas de atingi-la se diferenciam conforme uma dada época. O discurso verdadeiro, em uma época pertencente às entidades místicas e religiosas,

Nesse curso, Foucault prioriza uma perspectiva diferente daquela adotada em *História da Loucura na época clássica* (1961) e em *O nascimento da Clínica* (1987), ao mesmo tempo em que permite uma aproximação e articulação entre eles. O curso mostra a dificuldade em separar a história da Psiquiatria da história da medicina: mesmo que existam práticas distintas e modos de observar e diagnosticar diferentes, é em referência à medicina que a Psiquiatria encontra sua legitimidade:

Tendemos a pensar que a Psiquiatria aparece, pela primeira vez como uma especialidade no interior do domínio médico [...] Entretanto, entre os fundadores da Psiquiatria, a operação médica que realizam quando tratam de um paciente não tem, em sua morfologia, nem em sua disposição geral, virtualmente nada a ver com aquilo que se está transformando na experiência, a atividade diagnóstica, o processo terapêutico da medicina. Seus procedimentos são absolutamente irredutíveis aos da medicina. (FOUCAULT, 2006, p. 206)

Em *O poder psiquiátrico*, o francês aborda além das representações da loucura, os discursos e as estratégias de poder sobre as quais se edifica a Psiquiatria (CAPONI, 2014). Para o filósofo o poder psiquiátrico é, antes de uma terapia ou uma intervenção terapêutica, uma certa maneira de gerir, de administrar, um regime e, na medida em que é um regime, se espera dele certo número de efeitos terapêuticos – regime de isolamento, de regularidade, emprego do tempo, sistema de carências medidas, obrigação do trabalho.

Segundo Caponi (2009), nesse curso, Foucault não fala apenas de saberes, mas também de poderes. Essa preocupação, própria dos estudos genealógicos, articula saber, verdade e poder e por isso, marca distância

---

contemporaneamente se legitima na ciência e nas formas como o saber é organizado e distribuído em nossa sociedade (FOUCAULT, 1996) Foucault (1996, p. 16) ainda afirma que “[...] as grandes mutações científicas podem talvez ser lidas, às vezes, como consequências de uma descoberta, mas podem também ser lidas como a aparição de novas formas na vontade da verdade. Seria essa vontade de verdade, que “[...] assim apoiada sobre um suporte e uma distribuição institucional, tende a exercer sobre os outros discursos [...] uma espécie de pressão e como que um poder de coerção” (FOUCAULT, 1996, p. 17).

entre o texto e os estudos anteriormente dedicados à loucura e ao saber médico. De acordo com a autora:

[...] a maior diferença existente entre A história da loucura na época clássica e o curso de 1973-1974 está em seus objetos de estudo. No primeiro caso, se tratava de estudar a representação da loucura como fenômeno histórico e social analisada do ponto de vista das representações sociais. Foucault dirá que, então, ele “tentou estudar fundamentalmente as imagens que foram feitas sobre a loucura no século XVII e XVIII”. No segundo caso, se trata de analisar já não a percepção da loucura, mas sim os discursos, as ciências, os jogos de poder e verdade que tomaram por objeto a loucura. [...] Enquanto em 1961 Foucault insistia na problemática do fechamento e violência, em 1974 sua preocupação será outra, será a de analisar o modo como se estabelecem e o modo como se circulam as relações de poder dentro desse espaço médico que é a Psiquiatria. Agora mais que analisar “as imagens construídas em torno da figura da loucura nos séculos XVII e XVIII, os temores que elas suscitaram, os saberes que se formaram a partir de modelos botânicos, naturalistas ou médicos”, estudará os modos como se articulam saber, verdade e poder, por referência a esse fenômeno ambíguo que chamamos “loucura”. (CAPONI, 2009, p. 96)

Embora *O poder psiquiátrico* tenha sido dedicado a dois temas alternadamente - a história da instituição e da arquitetura hospitalares no século XVIII e o estudo da perícia médico-legal em matéria psiquiátrica, desde 1820 (FOUCAULT, 1997) -, renunciamos a uma elaboração detalhada dessas perspectivas, na medida em que entendemos a relevância de situar, nesta pesquisa, os apontamentos de Foucault (2006) acerca dos discursos da Psiquiatria, tema também caro ao curso. Não podemos, entretanto, abdicar de retomar alguns pontos-chave das aulas dadas entre 1973-1974, como a análise de Foucault (2006) sobre a Psiquiatria, entendida como dispositivo de poder, produtor de certa prática discursiva, de certos enunciados e de todas as formas de representação que daí decorrem.

Segundo Foucault (2006), foi a partir do século XIX que a ciência médica passou a produzir a loucura como doença mental ao lançar sobre ela um olhar específico, o olhar disciplinador. Isso foi inicialmente possível a partir da configuração do espaço asilar para o tratamento da doença mental. É dentro do manicômio que a loucura, ao ser produzida como objeto de saber pela ciência médica, recebe o estatuto de doença, precisando, portanto, ser curada (GÖRSKI SEVERO, 2013).

Antes do século XVIII, a loucura não era sistematicamente internada, mas considerada uma forma de erro ou ilusão, que não demandava a separação ou exclusão, salvo em casos extremos. Nessas condições, o lugar no qual a loucura podia e devia manifestar-se em sua verdade não era o espaço artificial do hospital, mas a natureza, local que tinha em si mesmo a forma visível da verdade e o poder de dissipar o erro: “[...] As prescrições dadas habitualmente pelos médicos eram, assim, a viagem, o repouso, o passeio, o retiro, o corte com o mundo artificial e vão da cidade” (FOUCAULT, 1997, p. 47). Outro lugar terapêutico colocado em uso nessa época era o teatro: a farsa apresentada ao louco era a comédia de sua própria loucura, fato que fazia com que sua doença ficasse frente a seus olhos.

A prática do internamento começou a se estabelecer a partir do momento em que a loucura passou a ser menos percebida em relação ao erro e ao julgamento perturbado e ingressou no quadro das perturbações da maneira de agir, de querer, de tomar decisões e ser livre. No início do século XIX, o deslocamento da loucura do nível *verdade-erro-consciência* para o nível *paixão-vontade-liberdade* (FOUCAULT, 1997), institui como processo de cura não mais a dissipação do erro para que a verdade ressurgisse, mas o retorno das afecções morais nos seus justos limites.

Nessa dinâmica de retorno a condutas regulares, o hospício teve o papel de descobrir a verdade da doença mental, afastando tudo que podia mascará-la, e, ainda mais, foi lugar de afrontamento, no qual a loucura, vontade perturbada, deveria encontrar uma vontade reta. A função do hospital psiquiátrico, no século XIX era diagnosticar e classificar as espécies de doenças, além de ser espaço de afrontamento, de luta, de vitória e submissão (FOUCAULT, 1997).

O papel do médico no contexto hospitalar é, portanto, dizer a verdade sobre a doença pelo poder que detém sobre ela, além de produzir a doença em sua verdade pelo poder que exerce sobre o doente. A função de produção de verdade no interior do hospital psiquiátrico se hipertrofia em torno do personagem do médico e todas as técnicas ou procedimentos

praticados nos manicômios do século XIX tem como incumbência fazer do médico o “mestre da loucura”, aquele que faz aparecer a verdade da doença mental, que a domina e a faz desaparecer mesmo depois de tê-la desencadeado. Para Foucault (1997), essa exaltação do poder médico

[...] se produz numa época em que o poder médico encontra suas garantias e suas justificações nos privilégios do conhecimento: o médico é competente, o médico conhece as doenças e os doentes, detém um saber científico, que é do mesmo tipo que o do químico e o do biólogo: eis o que fundamenta, agora, a sua intervenção e a sua decisão. O poder que o hospício dá ao psiquiatra, deverá, portanto, se justificar (e se mascarar, ao mesmo tempo, como sobrepoder primordial), produzindo fenômenos integráveis à ciência médica. (FOUCAULT, 1997, p. 50)

Nesse cenário, a perfeição foi atingida quando os pacientes de Charcot reproduziram a pedido desse poder-saber médico a sintomatologia normatizada pela epilepsia, que tornava a afecção passível de ser decifrada, conhecida e reconhecida nos termos de uma doença orgânica. Além disso, é na figura das histéricas que ressoam os efeitos do poder médico: a doente perfeita, que deixava-se transcrever em termos de sintomatologia e segundo um discurso cientificamente aceitável.

No curso de 1973-1974, Foucault (2006) explica que a condição do olhar médico na instituição asilar, sua neutralidade e a possibilidade de ele ter acesso ao objeto, constitutivas do saber médico e critério de sua validade, tem por condição de possibilidade certa relação de ordem, de distribuição de tempo e espaço, dos indivíduos, dos corpos e dos discursos. A relação de ordem que se estabelece entre o objeto de conhecimento, o conhecimento médico e a terapêutica psiquiátrica são da ordem disciplinar, que funciona antes como poder do que como saber<sup>69</sup>.

---

<sup>69</sup> De acordo com Machado (2007), o tipo específico de poder que Foucault denomina de “disciplina” não é nem um aparelho de estado, nem uma instituição, mas uma técnica, um dispositivo, um mecanismo, um instrumento de poder, que permitiriam o controle minucioso do corpo e assegurariam a sujeição constante de forças, impondo aos sujeitos uma relação de docilidade-utilidade. O poder disciplinar funcionaria como produtor de um tipo de homem necessário ao funcionamento e a manutenção da sociedade capitalista, visto que a dominação política do corpo, de seus comportamentos responde à necessidade de utilização

É a prática disciplinar que vai instaurar os elementos nucleares e as cenas psiquiátricas que se desenrolam e sobre as quais se constroem tanto a teoria quanto a instituição psiquiátrica, portanto, é a partir do funcionamento do poder disciplinar que se deve compreender o mecanismo da Psiquiatria.

O filósofo entende o poder disciplinar como uma forma de certo modo terminal, capilar do poder, uma modalidade na qual os poderes em geral vêm tocar os corpos dos indivíduos, agir sobre eles, levando em conta os gestos e os comportamentos, os hábitos e as palavras; a maneira como todos esses poderes tocam os próprios corpos individuais, trabalham e dirigem as “fibras moles do cérebro” (FOUCAULT, 2006, p. 50-51). No entanto, todos os sistemas disciplinares são isotópicos, ou seja, em todos os sistemas disciplinares (escolar, militar, policial) haveria necessariamente algo como um resíduo, inclassificável, irredutível e inassimilável e é a existência desses resíduos que acarreta o aparecimento de sistemas disciplinares suplementares. O doente mental, consoante Foucault (2006, p. 67) é “[...] o resíduo de todos os resíduos, o resíduo de todas as disciplinas, aquele que é inassimilável a todas as disciplinas escolares, militares, policiais, etc., que podem ser encontradas em uma sociedade”.

Foucault (2006) também ressalta que o poder disciplinar tem uma dupla particularidade: de ser anomizante - de outro modo, sempre colocar de lado certo número de indivíduos, ressaltar a anomia - e de ser sempre normalizador, sempre inventar sistemas recuperadores a fim de estabelecer regras para corrigir posturas. Além disso, os sistemas disciplinares são feitos para funcionarem sozinhos; não são indivíduos

---

intensa e racional em termos econômicos. Entre as características do poder disciplinar estão: a técnica de distribuição dos corpos em um espaço individualizado, classificatório, não necessariamente fechados; o controle do tempo, na medida em que estabelece uma sujeição do corpo ao tempo, com o objetivo de produzir com o máximo de rapidez e eficácia; a vigilância, um de seus principais instrumentos de controle, a qual os indivíduos são expostos de forma contínua, perpétua. Machado (2007, p. 174-175) também ressalta que as relações de poder não são negativas, mas positivas e produtoras de individualidade: “o indivíduo é uma produção do poder e do saber [...] Em suma, o poder disciplinar não destrói o indivíduo, ao contrário, fabrica-o. O indivíduo não é outro do poder, que seria anulado por ele; é um de seus efeitos mais importantes”. Assim, para o autor, das técnicas disciplinares, que são técnicas de individualização nasce um tipo específico de saber, as ciências humanas.

que fazem os sistemas funcionarem, mas funções exercidas por ele e que poderiam ser exercidas por qualquer outro.

No interior do asilo, é na função do médico, entendido mais como uma função do que como um ser individual, que o poder disciplinar é estabelecido. No entanto, deve-se ressaltar que o poder disciplinar não se exerce ou emana de uma só pessoa ou de um grupo, “só há poder porque há dispersão, intermediações, redes, apoios recíprocos [...] é nesse sistema de diferenças que o poder se coloca em funcionamento (FOUCAULT, 2006, p. 7)”. Consoante Foucault (2006), para que o poder se exerça com uma série de intermediações, que o falseiam e o distorcem, é porque existe, no cerne desse espaço um outro poder, ameaçador que se trata de dominar ou vencer – no caso, a loucura e a figura do louco, que aparecem não mais a partir do critério do erro, mas a partir da insurreição da força não dominada e não dominável, uma loucura que terá como prática terapêutica a arte de domar o alienado, colocando-o na estreita dependência de um outro homem, que por suas qualidades físicas e morais pode mudar a corrente viciosa de suas ideias.

Nessa toada, as metáforas militares que destacamos mostram claramente o papel do médico que, conceptualizado como soldado ou assumindo a função-sujeito como diz Foucault (2006), tem como incumbência derrotar o inimigo, essa força não dominada.

Quanto ao objeto da presente dissertação, poderíamos aventar, então, a hipótese de que, face do poder, a bipolaridade é o que demanda que alguém assuma a função-sujeito psiquiatra/soldado e que outro alguém seja incumbido de ser o resíduo, o doente mental, o inimigo – sujeito resultante de um dispositivo médico de normalização. Se, para Foucault (2006), não se pode dizer que o indivíduo preexiste à função sujeito, à uma instância normalizadora, é possível pensar nessa interpretação para as metáforas que ora discutimos, já que para Lakoff e Johnson (1999) nenhum conceito é independente de suas metáforas e elas são significativamente constitutivas dos nossos conceitos. Ou seja, as metáforas conceptuais são fortes indícios de como se assumem diversas funções-sujeito dentro da prática psiquiátrica.

Uma vez que as metáforas apenas refletem o que a trama disciplinar organiza, percebe-se que entre a vontade perturbada do sujeito bipolar e a terapêutica se estabelece um processo de oposição, de luta e de dominação, marcado pela metáfora militar, que está presente desde as formulações de Esquirol: “é necessário aplicar um método perturbador, é necessário subjugar o caráter inteiro de certos doentes, **vencer** suas pretensões, **dominar** seu orgulho” (FOUCAULT, 2006, p. 50)

Vamos adiante. Foucault (1997) alega que o que está implicado nas relações psiquiátricas típicas da Psiquiatria clássica são relações de poder, do direito absoluto da não-loucura sobre a loucura, que se exercia sobre a ignorância e os erros, impondo-se à desordem e ao desvio. Esse poder triplo, dirá Foucault, constituía a loucura como objeto de conhecimento possível para uma ciência médica, que a constituía como doença no momento em que o sujeito atingido pela doença era (des)qualificado como louco:

[...] Sobre teu sofrimento e tua singularidade, sabemos bastante coisas (de que não duvidas) para reconhecer que é uma doença; mas conhecemos bastante essa doença para saber que não podes exercer sobre ela e em relação a ela nenhum direito. Nossa ciência nos permite chamar de doença a tua loucura e, desde então, somos, nós médicos, qualificados para intervir e diagnosticar em ti uma loucura que te impede de ser um doente como os outros: serás, portanto, um doente mental. Esse jogo de uma relação de poder que dá lugar a um conhecimento que funda, em contrapartida, os direitos desse poder, caracteriza a Psiquiatria “clássica”. (FOUCAULT, 1997, p. 56)

O espaço asilar, além de ser fundamentalmente o local onde se instituía uma ciência médica é também o local de formação de um certo tipo de discurso específico, que é o discurso da Psiquiatria. Consoante Foucault (2006), existe uma curiosa relação entre a prática psiquiátrica e os discursos da verdade: embora a Psiquiatria, desde o século XIX manifeste um grande cuidado com em constituir um discurso científico, a prática psiquiátrica dá lugar a duas espécies de discursos:

- a) o discurso clínico, classificatório, nosológico, que trata de descrever a loucura como doença ou como uma série de doenças mentais, cada uma com sua sintomatologia, evolução, diagnóstico e prognóstico. Essa primeira categoria dos discursos psiquiátricos estaria ligada ao discurso médico clínico habitual, “[...] trata-se de constituir uma espécie de *analogon* da verdade médica” (FOUCAULT, 2006, p. 165);
- b) o discurso anatomopatológico, que depois da descoberta de Bayle, coloca a questão do substrato orgânico da loucura

e das suas relações com lesões neurológicas, “[...] e que tampouco constitui um discurso análogo ao discurso médico, mas um discurso anátomo ou fisiopatológico, que deve ser garantia materialista para a prática psiquiátrica (FOUCAULT, 2006, p. 165).

De acordo com Foucault (2006), a prática psiquiátrica que se desenvolveu no século XIX era posta sob a garantia desses dois discursos, o nosológico, das espécies, e o anatomopatológico, dos correlativos orgânicos. No entanto, ela apenas se servia deles por referência, mas nunca empregou efetivamente o saber que se acumulava tanto na nosologia psiquiátrica quanto nas pesquisas anatomopatológicas, uma vez que na distribuição asilar, a maneira como os pacientes eram classificados, repartidos e submetidos a regimes e tarefas, dados como incuráveis ou curáveis, não levava em conta nenhum dos discursos, os quais eram apenas garantias de verdade de uma prática psiquiátrica que desejava que a verdade lhe fosse concedida de uma vez por todas e não fosse mais interrogada:

[...] Atrás dela lá estavam para constituir, antes de toda prática psiquiátrica, a garantia definitiva de uma verdade que nunca seria questionada na prática da terapia. Em linhas gerais, o poder psiquiátrico diz o seguinte: a questão da verdade nunca será posta entre mim e a loucura, pela simples razão de que eu, a Psiquiatria, já sou uma ciência. E se tenho o direito, como ciência, de me interrogar sobre a o que digo, se é verdade que posso cometer erros, como quer que seja, cabe a mim, e somente a mim, como ciência decidir se o que digo é verdade ou corrigir o erro cometido. Sou detentora, senão da verdade em seu conteúdo, pelo menos de todos os critérios de verdade [...] detenho por mim mesma e de maneira definitiva algo que é a verdade em relação à loucura. (FOUCAULT, 2006, p. 166)

Os textos que analisamos nesse estudo também são embasados nessas duas espécies de discursos. Acerca do primeiro tipo, que dá ênfase à loucura como doença mental, destacando seus sintomas, selecionamos alguns trechos que mostram como a bipolaridade, também percebida

como doença mental é retratada com base em um conjunto de sintomas e estados:

- [...] Embora o **estado maníaco** seja a **condição definidora** do diagnóstico de transtorno bipolar, o estado depressivo é a condição sintomática mais frequente na vida do paciente. (LAFER; NERY, 2011, p. 14)

- [...] Este grande crescimento pode ser explicado pela mudança de visão que se tinha em relação ao TB, que passou a considerar a presença de sintomatologia residual fora de episódios de humor. (BIO; GOMES, 2011, p. 38)

- [...] 11. Ensinar habilidades para lidar com problemas, sintomas e dificuldades (BIO; GOMES, 2011, p. 43)

- [...] Os componentes de gerenciamento consistiam em: (i) uma análise criteriosa dos sintomas. (BIO; GOMES, 2011, p. 45)

- [...] **mania** é o episódio que **define** a clássica doença maníaco-depressiva, o transtorno bipolar de tipo I (TB I). (MORENO; MORENO, 2011 p. 6)

- [...] o transtorno bipolar é **uma doença** grave e incapacitante. (NEVES; CORRÊA, 2011, p. 20)

- [...] **a sintomatologia** nessa fase inicial é **inespecífica**. (SERPA; NERY-FERNANDES; MIRANDA-SCIPPA, 2011, p. 35)

Nessas séries discursivas, nenhuma especificação da doença, além dos sintomas maníacos e depressivos, é colocada em questão. Embora até mesmo a sintomatologia da bipolaridade pareça ser inespecífica, o grande problema que se coloca não é um problema de conceito, e talvez por essa razão, metáforas específicas e que conceptualizem a bipolaridade não irrompam. O grande obstáculo apresentado nesses textos e, ampliando nosso horizonte apreciativo, da Psiquiatria contemporânea, porventura parece ser a questão nosográfica da doença bipolar, já que os sintomas flutuam ora sob episódios maníacos, ora sob episódios depressivos. Ou seja, uma doença “inclassificável”, que demanda cada vez mais esforços

e critérios diagnósticos rígidos para que possa figurar dentro de um quadro específico.

Como afirma Foucault (1980, p. 101) em *O Nascimento da clínica*, o sintoma tem lugar de destaque, pois é a forma como se apresenta a doença: “[...] de tudo o que é visível, ele é o que está mais próximo do essencial; e da inacessível natureza da doença, ele é a transcrição primeira [...] alguma coisa no imediato do sintoma, significa o patológico”. Foucault (1980) vai além e expõe que, no discurso clínico, a doença deve ser considerada um todo dizível, do início ao término, um conjunto regular de sintomas característicos a uma sucessão de períodos, como também apontam trechos da *Debates em Psiquiatria*, os quais demonstram a ciclagem de episódios mais marcados por sintomas maníacos e outros característicos de estados mais depressivos. Isto é, a doença bipolar existe nos elementos “mais visíveis” e consequentemente mais enunciáveis, os sintomas maníacos e depressivos.

Uma vez que a bipolaridade não era passível de ser enquadrada em nenhuma classificação já existente na Psiquiatria moderna - como demonstramos na seção que tratava das classificações da bipolaridade no DSM - a doença bipolar não passa a ser questionada, mas, no DSM V, recebe uma caracterização simplificada e não é mais associada aos transtornos de humor, mas recebe uma seção a parte – *Bipolar and related disorders*. O que percebemos nesse ponto é que a cientificidade dos critérios diagnósticos não se adequa a nenhuma verdade exterior, ou como aponta Machado (2007), a ciência. Nesse estudo, a Psiquiatria enquanto ciência pauta-se apenas em seus procedimentos na produção de verdades; a questão da verdade é assim reduzida à questão dos critérios de conhecimento verdadeiro.

No que tange ao segundo tipo de discurso – que faz referência aos correlativos orgânicos das doenças mentais –, as edições da revista *Debates em Psiquiatria* trazem no bojo enunciados sobre a anatomia patológica, ou do corpo neurológico, já que, segundo Foucault (2006), o corpo neurológico é sempre o corpo da localização anatomopatológica; não existe oposição, mas continuidade entre esses corpos, como podemos observar nas séries discursivas abaixo:

- [...] De fato alguns estudos com pacientes bipolares têm mostrado a presença de estresse oxidativo **no sangue e cérebros de humanos** em estudos post-mortem.”. (VARELA; RESENDE; QUEVEDO, 2014, p. 8, grifos meus)

- [...] Estudos de neuroimagem estrutural **sugerem** que pacientes com TB tratados com lítio tem maiores volumes do hipocampo e da amígdala. (CARVALHO, 2014, p. 29, grifos meus)

- [...] O TB está associado a um aumento nos níveis de citocinas inflamatórias, **sugerindo** que pode ser considerado um estado inflamatório crônico de baixo grau. (CARVALHO, 2014, p. 29, grifos meus)

- [...] A fisiopatologia da doença **ainda é muito complexa**, pois envolve múltiplos fatores [...] como genes relacionados com a predisposição e polimorfismos responsáveis por alterações celulares. (SANTOS; STREIT, 2014, p. 17, grifos meus)

- [...] Pesquisas de neuroimagem [...] têm demonstrado anormalidades nos circuitos neuronais **supostamente** envolvidos no processamento e na regulação das emoções. (SANTOS; STREIT, 2014, p. 17, grifos meus)

- [...] Nas últimas décadas, pesquisas de neuroimagem no transtorno bipolar (TB) têm demonstrado **anormalidades nos circuitos neuronais** supostamente envolvidos no processamento e na regulação da emoção, bem como no processamento de recompensas. Entretanto, os resultados relativos a diversas estruturas do sistema nervoso central são escassos e difíceis de serem comparados, devido à grande heterogeneidade do TB e às diferentes metodologias empregadas para a coleta das imagens. (ROCHA et al, 2015, p. 06, grifos meus)

Não parece difícil perceber que, nessas enunciações, o corpo é também o problema da Psiquiatria. Caponi (2009) afirma que, nas últimas décadas do século XIX, o corpo deixou de ser pensado exclusivamente a partir de tecidos e órgãos, e começou a se falar de um corpo com potencialidades, com funções precisas e com comportamentos desejáveis; por volta dos anos 1850-1860, surgia a modalidade de se pensar o corpo a partir do que se denomina “corpo neurológico”. No entanto, consoante Caponi (2009), o corpo neurológico e as estratégias descritivas não permitiram dar novas explicações às doenças mentais, até mesmo porque enquanto a anatomopatologia penetrava nos ínfimos detalhes do organismo profundo sem interrogar a superfície, a neurologia do século

XIX se limitará a delinear uma descrição de superfície, descrevendo condutas, ações e reações, respostas a movimentos concretos através da utilização de baterias de exames estímulos-resposta. Portanto, a ideia de um conhecimento diferencial da loucura fundada sobre a anatomopatologia ou a neurologia, esta tentativa de inscrição da loucura no interior de uma sintomatologia médico geral, terminará por fracassar no século XIX.

Para Foucault (2006), desde o início da Psiquiatria, no século XIX, se procuram correlativos orgânicos das doenças mentais, o domínio da lesão, o tipo de órgão que poderia estar envolvido numa doença do tipo da loucura. Os enunciados acima também demonstram essa preocupação, mas sempre no nível de suspeição, como podemos constatar a partir do uso dos modalizadores como *supostamente* e do verbo “sugerir”. Além disso, a maioria das passagens reitera que os estudos que envolvem os substratos orgânicos e a neuroanatomia na determinação do transtorno bipolar ainda são escassos e controversos.

O filósofo argumenta que o poder psiquiátrico se apresenta como um poder no qual a verdade não é posta em jogo, no qual a anatomia patológica foi a cobertura epistemológica da Psiquiatria: “[...] podemos amarrar você na cadeira [...] não ouvir o que você diz, porque é à anatomia patológica que perguntaremos qual a verdade da sua loucura. (FOUCAULT, 2006. p. 319). No entanto, mesmo a partir da base epistemológica da anatomia e da própria neurologia, Foucault (2006, p. 320) assegura que a busca por determinar uma lesão cerebral que seja a fonte de doenças mentais não é o que preocupa o psiquiatra: sua preocupação não é inicialmente a de saber se tal comportamento “[...] tal categoria de alucinação se refere a esta ou a aquela lesão, o problema é saber se dizer determinada coisa, escutar vozes, conduzir-se de determinado modo, caracteriza ou não a loucura”.

No contexto que Foucault nos apresenta, poderíamos argumentar que a ausência metafórica é característica do discurso psiquiátrico, visto que esse faz uma renúncia à reflexão sobre a bipolaridade e apresenta-se como discurso raquítico do ponto de vista epistemológico<sup>70</sup>, ou como bem resumiu o filósofo francês:

---

<sup>70</sup> Em *A arqueologia do saber*, Foucault (2005) aborda as diferenças entre ciência e saber. Para o filósofo, o saber não é uma exclusividade da ciência, mas é independente dela e pode ser encontrado em outros tipos de discurso. A ciência, no entanto, sempre se localiza no campo do saber. Segundo Butturi Júnior (2008), o trabalho de Foucault, na Arqueologia, era analisar as positivities, afastando-se em definitivo da epistemologia e inaugurando um campo específico de

É que o verdadeiro ponto em que se exerce o saber psiquiátrico não é inicialmente, nem essencialmente o ponto que permite especificar, caracterizar, explicar a doença. Em outras palavras, enquanto um médico tem essencialmente como tarefa ou se encontra, situado no ponto em que está, na obrigação de responder aos sintomas, às queixas do doente com uma atividade de especificação, de caracterização – donde o fato do diagnóstico diferencial foi de fato, a partir do século XIX, a grande atividade médica – o psiquiatra não é requisitado, não é convocado nesse ponto, isto é, no interior do pedido do doente, para dar estatuto, caráter e especificação aos seus sintomas. O psiquiatra é requisitado um grau antes, uma camada abaixo, é requisitado no ponto em que se trata de decidir se há ou não doença. Trata-se, para o psiquiatra, de responder à pergunta: este indivíduo é louco ou não. [...] Enquanto o ponto em que funciona o saber médico [geral] é o ponto da especificação da doença, é o ponto do diagnóstico diferencial, na Psiquiatria, o ponto em que funciona o saber médico é o ponto da decisão entre loucura e não-loucura, é o ponto, se preferirem, da realidade ou da não-realidade, é o ponto da ficção – seja a ficção de parte do doente, que gostaria por uma razão qualquer fingir estrá louco, seja a ficção de seu círculo pessoal, que imagina, deseja, almeja impõe a imagem da loucura. É aí que funciona o saber do psiquiatra, é aí também que funciona seu poder. (FOUCAULT, 2013, p. 321-322)

---

investigação. De acordo com o autor (2008, p. 103): É mesmo Foucault quem, em definitivo, retoma a história das ciências e a epistemologia para negar suas teses. Para tanto, recorre a três limiares: o *limiar de positividade*, no qual, no interior de uma formação discursiva, há uma autonomização de uma prática ou transformação de sua função enunciativa; o *limiar de epistemologização*, que ocorre quando uma positividade começa a estabelecer normas de coerência e de verificação internas; o *limiar de cientificidade*, em que a formalização interna da positividade já não obedece apenas às regras do arquivo para a formação de enunciados; finalmente, quando a autonomização dá-se por completo e o discurso pode definir os axiomas necessários à sua existência, pode-se dizer que foi transposto o *limiar da formalização*.

Além disso, observamos em inúmeras séries discursivas há presença de constantes movimentos no sentido de servir-se de sinônimos para descrever ou mesmo conceituar o transtorno bipolar, sem que de fato o transtorno fosse pensado ou descrito em profundidade, como apontam as passagens abaixo:

- [...] O Transtorno Bipolar (TB), **também conhecido como doença maniaco-depressiva, transtorno do humor bipolar ou transtorno afetivo bipolar.**” (MORENO et al., 2012, p. 26, grifos meus)

- [...] A mania é o episódio que define a clássica **doença maniaco-depressiva, o transtorno bipolar de tipo I (TB I)**” (MORENO; MORENO, 2011, p. 6, grifos meus)

A fim de pensar os discursos psiquiátricos tal como se estabelecem na contemporaneidade, recorreremos também a autores que abordam os discursos psiquiátricos que se constituem numa sociedade governamentalizada pelos dispositivos biomédicos.

De Aguiar (2004) defende que os discursos da Psiquiatria contemporânea não seriam mais aqueles de uma medicina especial, localizada na fronteira entre os domínios médico, social e moral: na tentativa de abranger um campo de atuação mais vasto, que cubriria tanto territórios supostamente mais dominados pela loucura até o aprimoramento das performances cotidianas, os discursos psiquiátricos aparecem fortemente carregados de um vocabulário biológico na tentativa de marcá-la como uma medicina igual a todas as outras.

Embora não haja nenhuma teoria biológica consistente e unificada sobre os transtornos mentais, De Aguiar (2004) aponta que, a partir da década de 1980, houve o predomínio de discursos e práticas do que se costumou chamar de Psiquiatria biológica no campo da Psiquiatria e apesar da pouca sustentação teórica, os discursos da Psiquiatria biológica são hegemônicos na área. Para o autor, esse tipo de discurso parece funcionar bem, mesmo constituído através de hipóteses teóricas fragmentadas. Nas enunciações que destacamos acima, os verbos e os modalizadores são indícios de que hipóteses extremamente vagas são tomadas como se fossem conhecimentos estabilizados, tomados como vitórias parciais anunciadoras de outras que poderiam acontecer, dando coro a grande promessa de demonstrar as causas biológicas das doenças mentais.

Inspirado no método genealógico de Foucault, De Aguiar (2004) afirma que a constituição do campo da Psiquiatria contemporânea se dá como efeito ou atualização de forças heterogêneas que não atuam apenas no campo da Psiquiatria, mas que constituem o *socius* de maneira mais ampla. Assim, não há um ponto de origem ou uma essência da Psiquiatria contemporânea/biológica que precisaria ser denunciada ou consagrada, antes o que se propõe é dar visibilidade às relações de força e fazer emergir essas práticas e saberes. A Psiquiatria contemporânea, nesse sentido, não seria o resultado de um longo processo de evolução científica, cujos avanços superariam concepções “ultrapassadas”.

Na investigação sobre os dispositivos através dos quais a Psiquiatria biológica materializaria um novo funcionamento da clínica, De Aguiar (2004) ressalta que o advento dos medicamentos psicotrópicos e a emergência do DSM III constituíram cortes fundamentais na disciplina, fazendo-a funcionar de modo totalmente distinto da prática anterior, quando a psicanálise dominava o campo psiquiátrico.

A Psiquiatria biológica teria como pressuposto central a ideia de que o cérebro é o órgão da mente e sua característica principal seria a afirmação de métodos e do vocabulário médico como os únicos legítimos da descrição dos transtornos. Isso acarretaria a negação de aspectos vagos e imprecisos, expressos em linguagem psicológica ou psicossocial. Opondo-se fundamentalmente ao modelo psicanalítico, a Psiquiatria biológica, derivada do modelo da clínica geral e embasada no movimento de medicalização, proporciona um deslocamento conceitual: a ênfase no processo de adoecimento e sua relação com a história individual é substituída por uma abordagem “objetiva” das doenças mentais.

No entanto, De Aguiar (2004, p. 23) afirma que a medicalização da Psiquiatria não remete necessariamente à renúncia de abordagens psicoterápicas, mas assegura que essas devem se submeter ao padrão metodológico dominante na medicina:

[...] onde só tem validade o que puder ser descrito e observado de maneira objetiva, para ser testado empiricamente através de métodos estatísticos e quantitativos. Independentemente de qual seja o tipo de abordagem teórica ou terapêutica, a eficácia dos tratamentos psiquiátricos passa a ser validada através de critérios objetivos que favorecem as intervenções que atuam diretamente na redução e controle dos sintomas.

A partir dessas considerações, notamos que os artigos analisados abordam a necessidade de um tratamento global para a bipolaridade, mas as abordagens terapêuticas como a psicoterapia ou a psicoeducação também são interpeladas por padrões metodológicos rígidos. No artigo de Moreno et al. (2012, p. 29, grifos meus), é enfatizada a necessidade de combinações de tratamento, mesmo que elas não funcionem em todos os pacientes. Consoante os autores, a determinação de tratamentos específicos é de difícil determinação em termos de eficácia, tolerabilidade e eficiência e, por essa razão,

- [...] a avaliação de eficácia da terapêutica contemporânea se baseia em estudos aleatórios, controlados com placebo ou com controlador ativo, que traduzem os níveis de evidência de cada medicamento ou **procedimento** (por exemplo, **psicoterapia ou psicoeducação**).

Como se percebe, há aproximação entre procedimentos terapêuticos e a medicalização do transtorno e ambos devem ser pautados pelos mesmos princípios, mesmo que se trate de técnicas irreduzíveis uma a outra. As duas técnicas que não utilizam fármacos, assim como aquelas que podem ser minuciosamente controladas através de testes e pesquisas utilizando placebos, também deveriam estar submetidas a técnicas de pesquisa qualitativa, mesmo que em nenhum momento essas práticas sejam debatidas.

Os autores ainda enfatizam que as diretrizes de pesquisas que envolvam uma abordagem múltipla devem ser pautadas em algoritmos e na relação custo-efetividade, escolhendo aquele com maior evidência de eficácia. Ou seja, embora o título do artigo – *Transtorno bipolar, uma doença heterogênea que requer uma perspectiva mais ampla de abordagem* – pareça, a princípio advogar a favor de terapias múltiplas e não apenas na medicalização da doença, o corpo do texto não trata do uso de outras alternativas de tratamento, mas apenas de terapias medicamentosas, como podemos observar no trecho abaixo:

- [...] **As diretrizes enfatizam a monoterapia** durante o primeiro estágio dos algoritmos para tratamento, o que não costuma refletir a realidade da prática clínica no “mundo real”, onde sabemos que apenas 5 a 10% dos pacientes estão em monoterapia e metade deles recebe pelo menos **três medicações**, e até o momento não contamos com um bom nível de evidência de

tratamentos combinados, como por exemplo a combinação lítio – carbamazepina versus lítio – ácido valpróico ou a otimização com antipsicóticos de nova geração. (MORENO et al., 2012, p. 29, grifos meus)

No entanto, acreditamos que como espécie de justificativa para a adoção de tratamentos que envolvam o uso de fármacos, no final do artigo, os autores tentam uma explicação que se baseia nos discursos da medicina geral e também na antecipação de riscos para a prevenção de uma doença:

- [...] Isto não significa “medicalisar” [sic] pessoas não diagnosticadas e sim usar estratégias para prevenir o aparecimento da doença. **Na cardiologia**, por exemplo, o médico não espera o paciente enfatar [sic] para instituir um tratamento preventivo em populações de risco ou em casos duvidosos. **A Psiquiatria não pode ser diferente das outras especialidades médicas.** (MORENO et al., 2012, p. 30, grifos meus)

Nesse trecho, fica clara a necessidade da Psiquiatria em se estabelecer como igual a outros ramos da medicina, já que, a partir das descobertas da Psiquiatria biológica, também ingressaria no quadro das ciências, uma vez que pode utilizar de métodos científicos modernos para provar uma verdade da doença mental, de origem biológica.

Como apontamos acima, a Psiquiatria biológica não é vista como inovação na história da Psiquiatria, já que desde sua origem ela sempre esteve dividida entre a perspectiva de se tornar uma especialidade médica cujas bases estariam no conhecimento e na descrição das causas biológicas referentes a determinados quadros patológicos, e entre a compreensão das causas psíquicas e sociais das afecções mentais. De acordo com De Aguiar (2004), nesse movimento até mesmo alguns conceitos como o inconsciente e o complexo de Édipo estão sendo redescritos através de um vocabulário biológico. Além disso, no intuito de alcançar a legitimidade de suas teorias como base no discurso biológico, alguns analistas têm inclusive recorrido a estudos para mostrar que a psicoterapia provocaria mudanças no funcionamento cerebral e pode, portanto, afirmar-se como uma modalidade de tratamento biológico.

Voltando a perspectiva foucaultiana, De Aguiar (2004) reflete sobre o problema da medicalização da vida cotidiana e afirma que o corpo

biológico sustentado também pela Psiquiatria contemporânea seria produzido pelos discursos médicos, construídos historicamente, através de relações sociais e políticas. No entanto, não haveria um corpo autêntico, cuja existência se mostre fora desses discursos, uma vez que tanto os indivíduos como seus corpos são constituídos a partir das práticas e dos discursos. Para De Aguiar (2004), os discursos da Psiquiatria induzem os indivíduos a adotarem determinadas formas de viver, pensar e se comportar; são, portanto, criadores de realidades e subjetividades a medida em que se difundem e penetram no tecido social, moldando indivíduos. A medicalização, ou a nova biomedicalização como denomina o autor, seria uma característica da expansão da jurisprudência médica para novos domínios amparada nas inovações tecnológicas. Esse dispositivo se caracterizaria por intervenções que não buscam apenas ajustar ou normalizar o que existe, mas transformar a própria vida. Nesse cenário, a genética seria um dos exemplos mais significativos, já que não operaria apenas no ajuste de desvios, corrigindo anormalidades e curando doenças, mas na posição de criar novas formas de vida novos seres naturais.

Agamben (2010) destaca que na medicina contemporânea haveria uma irredutível indistinção entre *bios* (modos de vida) e *zoé* (vida orgânica). No cenário contemporâneo, *zoé* se tornaria artificial, transformada pelas biotecnologias e a medicina também passaria a fabricar *bios*. Na Psiquiatria contemporânea, essas questões também são enfrentadas pela assimilação do biológico nesse território: “Cada vez mais, as pessoas incorporam o vocabulário neurocientífico ao modo como experimentam a vida, traduzindo seus próprios sentimentos [...] em termos como “baixa de serotonina”. Trata-se da veiculação [...] de um discurso que produz subjetividades medicalizadas.” (DE AGUIAR, 2004, p. 137).

A questão dos marcadores genéticos na identificação da bipolaridade também é tema de inúmeras séries discursivas, como podemos observar a seguir:

- [...] O TB é **possivelmente** ocasionado pela interação complexa entre **diversos genes** de pequeno tamanho de efeito com inúmeros fatores ambientais. (CARVALHO, 2014, p. 28, grifos meus)

- [...] O transtorno bipolar (TB) é uma doença multifatorial grave, decorrente de **influências genéticas** e ambientais. (ROCHA et al, 2015, p. 07, grifos meus)

- [...] De acordo com alguns estudos, **a genética representa um forte componente para o desenvolvimento do transtorno de humor bipolar**. Indivíduos podem possuir uma predisposição ao transtorno através de ações e **interações de múltiplos genes** que em conjunto com fatores ambientais podem propiciar o surgimento da doença. Diversas hipóteses estão sendo utilizadas para **identificar regiões do genoma e dos genes** para que se possa compreender a fisiopatologia da doença. (SANTOS; STREIT, 2014, p. 19, grifos meus)

Essa ideia da predisposição genética carrega certa memória discursiva ligada ao conceito de degeneração proposto por Morel, cujo intuito era substituir uma classificação sintomática por uma classificação etiológica das enfermidades mentais (CAPONI, 2012a).

A causa geral que aparece nos processos de degeneração, para Morel, é a transmissão hereditária, que poderia ser confirmada através da genealogia das famílias afetadas por diversas anormalidades. Caponi (2012a) propõe que as ideias de Morel tem ganhado assombrosa atualidade na ampliação das categorias nosológicas, que incluem cada vez mais indivíduos como doentes mentais e ao mesmo tempo propõem uma psiquiatria preventiva das diversas condutas cotidianas. Para a autora

[...] a aplicação da teoria da degeneração às doenças mentais foi a estratégia discursiva que permitiu que os mais variados fatos e condutas pudessem ingressar no âmbito da psiquiatria. Podemos dizer que, a partir desse momento, começou a ser construído esse solo epistemológico que possibilitou a criação e a posterior consolidação de uma psiquiatria ampliada, que ainda hoje parece obcecada em classificar e patologizar os mais variados comportamentos. (CAPONI, 2012 a, p. 97)

O trabalho Caponi (2012) assinala que a ampliação da Psiquiatria, que se separa do terreno “psi” e vincula-se ao campo “bio”, sustenta a normatização via medicalização e a patologização do que antes pertencia

ao domínio da variabilidade humana. A história da Psiquiatria biológica culminaria na recente e vigorosa legitimação da área, carregada de uma cientificidade ancorada em pesquisas empíricas que utilizam dispositivos experimentais de testagem oriundos de teorias psicobiológicas, cujos resultados se tornam evidências que sustentam essas teorias.

Para a autora, nos últimos trinta anos, reforçou-se a tendência de se pensar todos os conflitos e dificuldades em termos médicos, mais precisamente psiquiátricos e evitar que as patologias se cronifiquem passou a ser o argumento maior para se intervir nos pequenos desvios de conduta, de tal forma que é possível observar a multiplicação da lista de problemas que se tornaram alvo de intervenção psiquiátrica e por isso receberam explicações biológicas.

A limitação de sofrimentos decorrentes de problemas sociais a explicações biológicas contribuiria, de acordo com Caponi (2012), para obscurecer problemas concretos que, em muitos casos, provocam os sofrimentos e, além disso, minimizariam nossa capacidade de reflexão sobre nós mesmos, restringindo as possibilidades de criar estratégias efetivas para responder a problemas desse nível. Situando-se em uma perspectiva histórica para mostrar o momento no qual surge e se consolida a estratégia que delega à Psiquiatria o poder de resolver grande parte dos problemas e conflitos sociais, Caponi (2012) observa, que o campo se transformou numa estratégia biopolítica, que percorre o espaço social perseguindo um objetivo que é menos curativo que preventivo.

O conceito de biopolítica foi enunciado por Foucault pela primeira vez em 1974, na palestra *O nascimento da medicina social*. O texto apontava para um deslocamento significativo nas estratégias de poder que não operavam mais simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas no corpo, com o corpo. O biológico, o somático e o corporal foram alvos de investimentos da sociedade capitalista e o corpo tornou-se uma realidade biopolítica.

Em História da sexualidade I – A vontade de saber, Foucault (1988) mostra que a grande novidade nas técnicas de poder foi, no século XVIII, o surgimento da população como um problema econômico e político. Essa população era vista como população mão-de-obra, capacidade de trabalho e deveria ser gerida pelo Estado.

A partir desse momento, o poder do soberano de causar a morte ou deixar viver reconfigura-se em um poder de gerir a vida,

O princípio: poder matar para poder viver, que sustentava a tática dos combates, tornou-se princípio de estratégia entre Estados; mas a

existência em questão já não é aquela – jurídica – de soberania, é outra, – biológica – de uma população. (FOUCAULT, 1988, p. 129)

Para Foucault (1988, p.131), esse poder sobre a vida desenvolveu-se no século XVII com a criação da medicina social<sup>71</sup>, e teve duas formas principais: a primeira foi o corpo como máquina; adestrava-se o corpo, ampliavam-se suas aptidões, extorquiam-se suas forças, o que era assegurado “por procedimentos de poder que caracterizavam as disciplinas: anátomo-política do corpo humano”.

A segunda forma centrou-se no corpo enquanto espécie,

[...] no corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos: a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade, como todas as condições que podem fazê-lo variar; tais processos são assumidos mediante toda uma série de intervenções e controles reguladores: uma biopolítica da população. (FOUCAULT, 1988, p. 131)

São as disciplinas do corpo e as regulações da população que desenvolvem o poder sobre a vida. Com o desenvolvimento rápido das diversas disciplinas – escola, medicina- e também das práticas políticas e de observação econômica, que objetivavam a sujeição dos corpos e o manejo das populações, funda-se a era do biopoder.

O biopoder foi a base do capitalismo garantido com a incorporação controlada dos corpos nos aparelhos de Estado pela regulação da população aos processos econômicos. Assim, as técnicas de poder anátomo e biopolítica agiram no nível dos processos econômicos e operaram como forças de segregação e hierarquização social. Segundo Foucault (1988, p. 133) “[...] o investimento sobre o corpo vivo, sua

---

<sup>71</sup> Na conferência *O nascimento da medicina social*, Foucault (1979) procura mostrar que a medicina moderna antes de ser uma medicina individualizante é uma medicina social, que opera com uma tecnologia do corpo. A hipótese formulada por ele é a de que o capitalismo não desenvolveu uma medicina privada, mas justamente o contrário. Na segunda metade do século XIX, o capitalismo socializou seu primeiro objeto, o problema do corpo enquanto força de produção, força de trabalho, investindo no biológico e no somático. Assim o corpo seria uma realidade biopolítica e a medicina uma estratégia biopolítica.

valorização e a gestão distributiva de suas forças foram indispensáveis naquele momento”.

Para Caponi (2012), a biopolítica da população, iniciada no século XVIII, foi a estratégia que possibilitou que o biológico ingressasse no registro da política e, a partir desse momento, o corpo e a vida passaram a se transformar em alvos privilegiados de saber e intervenções corretivas. O processo pelo qual a vida passa a ser investida por cálculos explícitos e estratégias de poder seria determinante na construção das sociedades modernas:

[...] a vida, o corpo, a saúde, as necessidades, a reprodução, que antes faziam parte da esfera pré-política, ingressam no domínio da política. Pela medição das estatísticas, surge um novo domínio de saber e intervenção política que se refere exclusivamente ao espaço vital e a seus fenômenos correlatos de natalidade, reprodução e morbimortalidade. Esse domínio de intervenção relaciona-se direta e exclusivamente a um corpo que não é dos indivíduos, mas o das populações. (CAPONI, 2012, p.24)

Caponi (2012) também argumenta que mais do que uma política de vida, a biopolítica refere-se a um modo de gerir e administrar as populações. A vida que estaria em jogo não é a dos cidadãos capazes de diálogo e existência jurídica-política, mas a das populações reduzidas a corpo-espécie. A redução do domínio da ética e da política ao campo do biológico, salienta a autora (2012 b, p.112) faz com que nossos vínculos sociais, medos e desejos também passem “[...] a estar mediados por intervenções terapêuticas ou preventivas, sejam elas médicas ou psiquiátricas”.

Como vimos, quando exploramos os significados das metáforas econômicas no que tange à conceptualização da bipolaridade, a tecnologia política do corpo aparece nos discursos psiquiátricos através das metáforas que fazem parte do campo de saber da economia, ressaltando a ideia de que a disciplina é mais uma tecnologia de controle do corpo do que uma medicina do corpo, que desempenha funções mais morais e sociais do que uma suposta cura da bipolaridade. Não queremos, entretanto, argumentar que as metáforas econômicas “escondem” ou “encobrem” algo, uma vez que nesse estudo elas são estudadas a partir da perspectiva cognitiva. Mas é necessário apontar que nenhum conceito é independente das metáforas e que como demonstram Lakoff e Johnson

(1999), ainda é uma questão “ovo-galinha” compreender se a metáfora se ajusta a uma experiência qualitativa preexistente ou a experiência qualitativa é decorrente do modo como conceptualizamos a vida cotidiana.

Em algumas séries discursivas percebemos que embora o conceito de bipolaridade não seja completamente formulado – ele não passa de um transtorno – as condições de possibilidade da afecção são marcadas pelas estratégias biopolíticas.

Consoante Caponi (2012b), existem três mecanismos essenciais para a construção de uma biopolítica dos sofrimentos psíquicos. O primeiro deles trata de constituir uma estratégia de classificação entorno do eixo normal-patológico e, destaca a autora, as fronteiras difusas entre o normal e o patológico na Psiquiatria possibilitam a expansão e a indefinida integração de novos diagnósticos e novos comportamentos de risco às classificações psiquiátricas.

O segundo mecanismo articulador da gestão dos sofrimentos seria o uso das estatísticas e das médias populacionais como novas estratégias diagnósticas com maior pretensão de objetividade, por incluírem a aplicação de testes, de pontuações de severidade, em substituição a avaliação da significação clínica. Nos textos que analisamos esse mecanismo é fortemente marcado em inúmeras séries discursivas, como podemos observar abaixo:

- [...] O transtorno bipolar é uma doença grave e incapacitante que afeta cerca de **4% da população mundial.**” (NEVES; CORRÊA, 2011, p. 20, grifos meus)

- [...] resultam em taxas elevadas de diagnósticos falso-negativos em **70% dos pacientes bipolares.** (NEVES; CORRÊA, 2011, p. 20, grifos meus)

- [...] Urge destacar que o estudo de validação do MDQ foi realizado em pacientes que estavam recebendo tratamento para depressão, nessa população encontrou-se uma **sensibilidade de 58% e especificidade de 93%.** Os valores preditivos e negativos podem variar segundo a população estudada. (NEVES; CORRÊA, 2011, p. 20, grifos meus)

- [...] Nenhum outro transtorno psiquiátrico é tão importante como fator de risco para o suicídio como o TB, estima-se que sua

incidência é de **390 casos/100 mil/ pacientes/ano, ou seja, 28 vezes maior que na população geral** [...] Cerca de 40% dos pacientes vão fazer uma tentativa de suicídio ao longo da vida e cerca de ¼ vão morrer por suicídio [...] Essas taxas são impressionantes, principalmente se levarmos em consideração que a mortalidade por doenças clínicas e por homicídio é consideravelmente maior que a encontrada na população geral. (NEVES; CORRÊA, 2011, p. 20, grifos meus)

De acordo com Caponi (2012b), a identificação precoce dos riscos e a necessidade de intervir e medicar desvios é essencial para a construção de uma biopolítica dos sofrimentos psíquicos e instaura a estratégia biopolítica identificada como o dispositivo “risco-segurança”. A problemática risco-segurança, terceiro mecanismo articulador da biopolítica dos sofrimentos psíquicos, também emana nos textos que analisamos:

-[...] necessidade de **identificar sujeitos em risco de desenvolvimento** da doença bipolar, a fim de programar medidas terapêuticas preventivas. (Moreno et al., p. 27)

- [...] comportamentos de risco e desafiadores, entre outros, podem ser **indicativos de risco** para a doença bipolar. (Moreno et al., p. 27)

- [...] No que diz respeito ao Transtorno Bipolar (TB), muitos estudos têm buscado aplicar métodos para caracterizar os seus **estágios pré-clínicos**. Nesse sentido, foi demonstrada a existência de sinais prodrômicos [...] em pacientes, geralmente de início na adolescência, indicando um **risco elevado de evoluir para o TB**. Contudo, a presença desses sintomas em outros transtornos mentais dificulta a formulação de instrumentos precisos de rastreio diagnóstico para o TB. (SERPA; NERY-FERNANDES; MIRANDA-SCIPPA, 2011, p. 34)

- [...] **O início precoce do tratamento** farmacológico e psicoterápico apropriados, nos pacientes com TBH, permite que haja prevenção secundária do avanço da doença bipolar para níveis de gravidade maior, promovendo saúde e melhorando a qualidade de vida desses pacientes. Nessas abordagens, **deve-se**

**controlar a adesão ao tratamento medicamentoso**, estimular o desenvolvimento cognitivo [...] (SERPA; NERY-FERNANDES; MIRANDA-SCIPPA, 2011, p. 41)

Como tentamos fazer notar, a biopolítica dos sofrimentos psíquicos aparece nas enunciações como um modo de exercer o governo sobre os outros, valendo-se de métodos supostamente científicos, mas que ainda não apresentam confirmação. Além disso, esse modelo de gestão privilegia a intervenção farmacológica como terapêutica, excluindo as narrativas do sujeito e suas histórias, que ficam subordinadas a explicações biológicas e, segundo Caponi (2012b) essa estratégia própria da biopolítica deixa nas sombras a capacidade de existência pública e política, os diálogos argumentativos, as narrativas pessoais e os vínculos sociais.

Dessa maneira, entendemos que nos textos analisados a preocupação era mais para diagnosticar e menos para compreender a bipolaridade, que aparece como um conceito nem eminentemente biológico nem eminentemente social. O conceito de transtorno bipolar não figura amparado em metáforas conceptuais, a não ser aquelas que mencionamos nas seções anteriores. Mesmo assim é mais a gestão da doença do que ela própria que ganha conceptualização metafórica.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tomar o Transtorno Bipolar, os discursos da Psiquiatria acerca dele, e as metáforas conceptuais que estavam presentes no recorte selecionado para essa pesquisa, parecia, à primeira vista, algo não mais perturbador que o necessário e, por essa razão, este trabalho tratou da metáfora, precisamente da metáfora conceptual nos discursos psiquiátricos acerca do transtorno bipolar.

Tomado como objeto de conhecimento científico, acreditávamos que muitas metáforas seriam utilizadas para inteligir um suposto transtorno que tem sido alvo de ingerência médica e psiquiátrica, principalmente após a ampliação das fronteiras diagnósticas e da viragem biológica da Psiquiatria. No entanto, ao percorrer *o corpus*, a ausência de metáforas conceptuais exigiu que outras posturas fossem adotadas.

Antes, contudo, percorremos as bases teóricas que sustentavam nosso estudo e amparados nelas, localizamos expressões metafóricas que verbalizam metáforas militares e metáforas do mercado na descrição da bipolaridade, dos sujeitos afetados pela doença, assim como a conceptualização de médicos e das medidas terapêuticas adotadas na tentativa de normalização de comportamentos.

Sobre as metáforas militares, observamos que elas não são utilizadas no sentido de “proteger”, mas no sentido de “combate”, descrevendo o papel do médico enquanto profissional, no sentido de apreender, de conquistar a verdade da bipolaridade. Além disso, a doença, associada à metáfora militar, sempre aparece fortemente marcada por subjetivações negativas, fato que ressalta a crítica amplamente discutida acerca dessas metáforas no âmbito da saúde, uma vez que elas colocariam o paciente e doença em posições contrárias, como adversários, e sugeririam que não se recuperar é uma derrota pessoal. (SEMINO et al., 2015). Além disso, as metáforas militares sugerem uma aproximação e um enquadramento da experiência subjetiva de um sofrimento psíquico à experiência de guerra, que geram as inferências de violência e ameaça, lançando o sujeito supostamente afetado a um ambiente agressivo no qual assume o papel de um *veterano de guerra*.

Observamos que o vocabulário econômico circula com frequência nos textos analisados e verbaliza a metáfora do mercado, como já havia sido enunciado por outros autores, além disso a saúde mental é vista como mercadoria, retoma o conceito BEM-ESTAR É RIQUEZA e em virtude desse conceito mais amplo, as metáforas econômicas acerca da bipolaridade são justificadas para apreender um suposto transtorno

mental. Assim, a metáfora A BIPOLARIDADE É UM NEGÓCIO é hierarquicamente relacionada a metáforas mais gerais como DOENÇA MENTAL É PREJUÍZO, reduzindo a identidade e a história subjetiva de cada sujeito a dados quantitativos e estatísticas.

Embora as metáforas militares e as metáforas econômicas permitam pensar questões relativas ao poder, como aquelas evidenciadas por Foucault nos cursos *Em defesa da sociedade e Segurança, território e população*, esse trabalho tomou como questões centrais o entendimento dessas metáforas. Além disso, abrimos espaço para pensar sobre a escassez metafórica na produção discursiva do transtorno bipolar. Por essa razão, adensar territórios e pensar acerca das relações possíveis entre guerra, economia e dispositivos de poder e saber como a Psiquiatria, seria uma tarefa ampla demais para o contexto dessa pesquisa.

Ainda nas considerações acerca das metáforas na compreensão da afecção bipolar, ressaltamos que, embora, o próprio nome indique algo que transite entre duas orientações espaciais, apenas a orientação PARA BAIXO é mencionada nos textos, enquadrando assim o Transtorno Bipolar no campo das doenças.

Sobre ausência metafórica concluímos que a partir da metáfora BIPOLARIDADE É UMA ENTIDADE haveria a possibilidade de metáforas que, no entanto, não se realizam para além das metáforas do inimigo. A partir do silenciamento metafórico e da consequente não conceptualização da bipolaridade, assumimos outras orientações que levavam em conta a constituição do discurso psiquiátrico. Para isso, recorremos a Foucault e autores contemporâneos, os quais abordam as fragilidades da Psiquiatria e de seus discursos supostamente científicos.

Argumentamos que as transformações conceituais que se passaram na Psiquiatria a partir da década de oitenta, com a emergência, na Psiquiatria americana, da hegemonia da Psiquiatria biológica foram determinantes para a instauração de um campo supostamente científico e que procura correlativos orgânicos para doenças mentais, mesmo que nenhuma pesquisa nessa área seja suficientemente comprovada.

A partir de algumas séries discursivas que retratam a ausência metafórica, procuramos fazer notar a diferença entre a vontade de saber e a vontade da verdade colocadas em jogo nos discursos psiquiátricos que analisamos e, como afirma Foucault (2006), acreditamos que essa renúncia a conceptualização da bipolaridade também é perpassada pela “despsiquiatrização”, que não diz respeito a anulação do poder do psiquiatra, mas antes o desloca em nome de um saber mais exato, de lhe

dar outros pontos de aplicação e novas medidas como a psiquiatria farmacológica.



## REFERÊNCIAS

AGAMBEN, Giorgio. O que é um dispositivo?. **Outra travessia**, n. 5, p. 9-16, 2005.

AGAMBEN, Giorgio. **Homo Sacer**: o poder soberano e a vida nua I. 2. ed. Belo Horizonte: UFMG, 2010.

ALCANTARA et al. Avanços no diagnóstico do transtorno do humor bipolar. **Revista de Psiquiatria. RS**, 25' (suplemento 1): p. 22-32, abr. 2003 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25s1/a04v25s1>>. Acesso em: 15 abr. 2014

ANNAS, George J. **Some choice: Law, medicine, and the market**. Oxford University Press, USA, 1998.

APA. **DSM-I**: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 1. ed. Massachusetts/Washington: American Psychiatric Association, 1952.

\_\_\_\_\_. **DSM-II**: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2. ed. Washington, DC: American Psychiatry Association, 1968.

\_\_\_\_\_. **DSM-III**: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3. ed. Washington, DC: American Psychiatry Association, 1980.

\_\_\_\_\_. **DSM-IV**: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.

\_\_\_\_\_. **DSM-IV-TR** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.

\_\_\_\_\_. **DSM – V** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5.ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSTORNO BIPOLAR.

Disponível em: <<http://www.abtb.org.br/transtorno.php>> Acesso em 15 de novembro de 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Disponível em:

<<http://www.abp.org.br/portal/>> Acesso em 15 de novembro de 2015.

BASTOS LIMA, Alexandre et al. Transtorno Afetivo bipolar em idosos. **Revista Debates em Psiquiatria**. Ano 2, nº 3, Mai/Jun 2012, p. 30-33.

Disponível em: <

[http://www.abp.org.br/download/revista\\_debates\\_9\\_mai\\_jun\\_2012.pdf](http://www.abp.org.br/download/revista_debates_9_mai_jun_2012.pdf)>

Acesso em 09 mar. 2015.

BIO, Daniele; GOMES, Bernardo. Abordagens psicossociais. **Revista Debates em Psiquiatria**. v.5, p. 38-50, 2011. Disponível em:

<[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:2vU2LKPXqHAJ:www.abp.org.br/download/revista\\_debates\\_5.pdf+&cd=2&hl=pt-vR&ct=clnk&gl=br](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:2vU2LKPXqHAJ:www.abp.org.br/download/revista_debates_5.pdf+&cd=2&hl=pt-vR&ct=clnk&gl=br)> Acesso em: 10 mar. 2015

BRZOZOWSKI, Fabíola Stolf. **Explicações reducionistas no discurso científico sobre o transtorno de déficit de atenção com hiperatividade desde 1950**. 2013. 283 p. Tese (Doutorado) -

Universidade Federal de Santa Catarina, entro de Ciências da Saúde.

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2013.

BUTTURI JUNIOR, Atílio. **Metafísica e discurso**: Pechêux, Foucault e a pós-modernidade. Florianópolis, 2008. 189 f. Dissertação (Mestrado) -

Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Comunicação e

Expressão. Programa de Pós-Graduação em Linguística. Disponível em:

<<http://www.tede.ufsc.br/teses/PLLG0409-D.pdf>> Acesso em 23 fev.

2017.

CAMERON, Lynne; LOW, Graham (Ed.). **Researching and applying metaphor**. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000. (Campo Teórico).

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

\_\_\_\_\_. Classificar e medicar: a gestão biopolítica dos sofrimentos psíquicos. **Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis**, v. 9, n. 2, p. 101-122, 2012b.

\_\_\_\_\_. O DSM-V como dispositivo de segurança. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, 2014.

\_\_\_\_\_. Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico. **Ciência & saúde coletiva**, v. 14, n. 1, p. 95-103, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a15v14n1>> Acesso em 07 fev. 2017.

CARVALHO, André F. Novos alvos terapêuticos para o transtorno bipolar. **Revista Debates em Psiquiatria**. Ano 4, nº 2. Mar/abr 2014 p. 26-31. Disponível em: <<http://www.abp.org.br/download/2014/RDP2.pdf>> Acesso em 15 mar. 2015.

CARVALHO, Rodrigo et al. A interface entre transtorno de estresse pós-traumático e transtorno do humor bipolar. **Revista Debates em Psiquiatria**. Ano 4, nº 6. Nov/dez 2014 p. 34-36. Disponível em: <[http://www.abp.org.br/download/2014/RDP\\_6.pdf](http://www.abp.org.br/download/2014/RDP_6.pdf)> Acesso em 15 mar. 2015.

CHARTERIS-BLACK, Jonathan. **Corpus approaches to critical metaphor analysis**. Springer, 2004.

COSTA, Érico; SILVA, Antônio G. A adesão terapêutica no transtorno Bipolar. **Revista Debates em Psiquiatria**. Ano 01, nº 05, Set/Out 2011 p. 08-11, 2011. Disponível em: <[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:2vU2LKPXqHAJ:www.abp.org.br/download/revista\\_debates\\_5.pdf+&cd=2&hl=pt-vR&ct=clnk&gl=br](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:2vU2LKPXqHAJ:www.abp.org.br/download/revista_debates_5.pdf+&cd=2&hl=pt-vR&ct=clnk&gl=br)> Acesso em: 10 mar. 2015.

COSTA JR. Daniel Felix da. **O modelo cognitivo idealizado da ansiedade e suas materializações na linguagem**. 2014. 184 f. Dissertação (Mestrado em Estudos de Linguagem) – Instituto de Letras, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2014.

DA SILVA, Augusto Soares. **Metáfora conceptual e ideologia: o caso do discurso das políticas de austeridade na imprensa portuguesa.** *Revista Investigações*, v. 28, n. 2, 2015.

DE AGUIAR, Adriano Amaral. **A Psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência.** Relume Dumará, 2004.

DEL PORTO, José Alberto. Evolução do conceito e controvérsias atuais sobre o transtorno bipolar do humor. **Rev. Bras. Psiquiatr. [online]**. 2004, v.26, p. 3-6. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462004000700002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462004000700002&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 15 fev. 2016.

FARIA, Paula Lobato de. **A falsa inocência da linguagem ou a procura da metáfora certa em Saúde.** 2007. Disponível em: <<https://cms.ensp.unl.pt/www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/08-07.pdf>>. Acesso em 05 abr. 2016.

FELTES, Heloisa Pedroso de Moraes. **Semântica cognitiva: ilhas, pontes e teias.** EDIPUCRS, 2007.

FERRARI, Lilian. **Introdução à Linguística Cognitiva.** São Paulo: Contexto, 2014.

FERREIRA, Silvana. A evolução do conceito de depressão no século XX: uma análise da classificação da depressão nas diferentes edições do manual diagnóstico e estatístico da associação americana de psiquiatria (DSMS) e possíveis repercussões destas mudanças na visão de mundo. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 10, n. 2, 2011. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/8855>> Acesso em 04 Jan. 2017.

FOUCAULT, Michel. **Doença mental e psicologia.** Tradução de Lilian Rose Shalders. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

\_\_\_\_\_. **O poder psiquiátrico**: curso dado no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006. 511p

\_\_\_\_\_. **História da loucura na idade clássica**. 10 ed. São Paulo: Perspectiva, 2014.

\_\_\_\_\_. **Resumo dos cursos do collège de France**: (1970-1982). Zahar, 1997.

\_\_\_\_\_. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense-Universitaria, 1980.

\_\_\_\_\_. **A arqueologia do saber**. Coimbra: Almedina, 2005.

\_\_\_\_\_. **A ordem do discurso**. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. 5.ed. São Paulo: Loyola, 1996.

\_\_\_\_\_. **História da sexualidade I**: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

\_\_\_\_\_. **Os anormais**. Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

GOMES DE MATOS E SOUZA, Fábio. Tratamento de manutenção do transtorno Bipolar. **Revista Debates em Psiquiatria**. v.5, p. 24-32, 2011. Disponível em:

<[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:2vU2LKPXqHAJ:www.abp.org.br/download/revista\\_debates\\_5.pdf+&cd=2&hl=pt-vR&ct=clnk&gl=br](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:2vU2LKPXqHAJ:www.abp.org.br/download/revista_debates_5.pdf+&cd=2&hl=pt-vR&ct=clnk&gl=br)> Acesso em: 10 mar. 2015

GUEDELHA, Carlos Antônio Magalhães. **A metaforização da Amazônia em textos de Euclides da Cunha**. 2013. 317 p. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Comunicação e Expressão, Programa de Pós-Graduação em Linguística, Florianópolis, 2013.

GWYN, Richard. Captain of my own ship?: Metaphor and the discourse of chronic illness. In: CAMERON, Lynne; LOW, Graham (Ed.). **Researching and applying metaphor**. Cambridge: Cambridge University Press, 1999. p. 203-220.

HAACK, Susan. **Filosofia das lógicas**. São Paulo: UNESP, 2002. 359p.

HAUSER, David J.; SCHWARZ, Norbert. The war on prevention: Bellicose cancer metaphors hurt (some) prevention intentions. **Personality and Social Psychology Bulletin**, v. 41, n. 1, p. 66-77, 2015. Disponível em: <<https://www.researchgate.net/publication/267742043>>. Acesso em 12 jan. 2017

HERNÁEZ, Ángel Martínez. Fora de cena: a loucura, o obscuro e o senso comum. In: CAPONI, Sandra et al. **A medicalização da vida como estratégia biopolítica**. São Paulo: LiberArs, 2013.

JAMISON, Kay Redfield. **Uma mente inquieta: memórias de loucura e instabilidade de humor**. São Paulo: Martins Fontes, 2 ed. 2009.

JUNIOR, Celso Ferrarezi; BASSO, Renato. **Semântica, semânticas: uma introdução**. São Paulo: Contexto, 2013.

KEEFER, Lucas A. et al. Embodied metaphor and abstract problem solving: Testing a metaphoric fit hypothesis in the health domain. **Journal of Experimental Social Psychology**, v. 55, p. 12-20, 2014.

LAFER, Beny; NERY, Fabiano G. Tratamento da depressão bipolar. **Revista Debates em Psiquiatria**. v.5, p. 14-20, 2011. Disponível em: <[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:2vU2LKPXqHAJ:www.abp.org.br/download/revista\\_debates\\_5.pdf+&cd=2&hl=pt-vR&ct=clnk&gl=br](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:2vU2LKPXqHAJ:www.abp.org.br/download/revista_debates_5.pdf+&cd=2&hl=pt-vR&ct=clnk&gl=br)> Acesso em: 10 mar. 2015.

LAKOFF, George. **Women, Fire and Dangerous Things: What Categories Reveal about the Mind**. Chicago: The University of Chicago Press. 1987 .

LAKOFF, George. Metaphor and war: The metaphor system used to justify war in the Gulf. **Peace Research**, p. 25-32, 1991.

LAKOFF, George.; JOHNSON, Mark. **Metáforas da vida cotidiana** [Coordenação de tradução Mara Sophia Zanotto]. Campinas, SP: Mercado das Letras; São Paulo: WDUC, 2002 (Coleção As Faces da Linguística Aplicada).

\_\_\_\_\_. **Metaphors we live by**. University of Chicago press, 2008.

\_\_\_\_\_. **Philosophy in the Flesh**. New York: Basic Books.1999.

LANDAU, Mark Ed; ROBINSON, Michael D.; MEIER, Brian P. **The power of metaphor: Examining its influence on social life**. American Psychological Association, 2014.

LANGDON, E. J. 2003. Cultura e os Processos de Saúde e Doença. In: **Anais do Seminário Cultura, Saúde e Doença**. (Leila Sollberger Jeolás e Marlene de Oliveira, orgs.). Londrina, Ministério da Saúde; Universidade Estadual de Londrina, e Secretaria Municipal de Ação Social/Prefeitura Municipal de Londrina.pp. 91-107.

LIMA, Paula Lenz Costa; FELTES, HP de M.; MACEDO, A. C. P. S. Cognição e metáfora: a teoria da metáfora conceitual. In: FELTES, Heloísa, et al. **Cognição e lingüística: Explorando territórios, mapeamentos e percursos**, p. 127-166, 2008.

LIMA, Alexandre B.; LIMA, Daniele P.; CASTRO-COSTA, E. Transtorno afetivo bipolar em idosos. In: **Revista Debates em Psiquiatria**. ano 2, nº 3, p. 30-33, 2012. Disponível em:< [http://www.abp.org.br/download/revista\\_debates\\_9\\_mai\\_jun\\_2012.pdf](http://www.abp.org.br/download/revista_debates_9_mai_jun_2012.pdf)> Acesso em 12 mar. 2015

LIMA, Maurício Silva de et al. Epidemiologia do transtorno bipolar. **Archives of Clinical Psychiatry**, 2005. Disponível em: < <http://www.repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/2365/S0101-60832005000700003.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em 11 fev. 2017

MACHADO, Roberto. **Foucault, a ciência e o saber**. 3 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

MARTINS, Bruno Sena. The reinvention of disability: new metaphors in the nature of bodies. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 27, n. 3, p. 264-271, 2015.

MENDES, Ribeiro et. al. Quando a gestação e a bipolaridade da paciente se tornam realidade. **Revista Debates em Psiquiatria**. ano 3, nº 2, p. 6-8. 2013. Disponível em:<  
[http://www.abp.org.br/download/revista\\_debates\\_14\\_web\\_.pdf](http://www.abp.org.br/download/revista_debates_14_web_.pdf)>  
Acesso em 13 mar. 2015

MORENO, Doris H.; MORENO, Ricardo A. Tratamento de episódios maníacos e mistos. **Revista Debates em Psiquiatria**. v.6. p. 06- 17, 2011. Disponível em: <  
[http://www.abp.org.br/download/revista\\_debates\\_6.pdf](http://www.abp.org.br/download/revista_debates_6.pdf)> Acesso em 10 mar. 2015

MORENO, Ricardo A.; CAMPOS, Rodolfo N.; MORENO, Hupfeld. Transtorno bipolar: uma doença heterogênea que requer uma perspectiva mais ampla de abordagem. **Revista Debates em Psiquiatria**. ano 2, nº 6. p. 26-30, 2012. Disponível em: <  
[http://www.abp.org.br/download/revista\\_debates11\\_set\\_out\\_2012.pdf](http://www.abp.org.br/download/revista_debates11_set_out_2012.pdf)>  
Acesso em 10 mar. 2015.

NEVES, Fernando S.; CORRÊA, Humberto. O manejo do paciente em crise. **Revista Debates em Psiquiatria**. v.6. p. 20-30, 2011. Disponível em: < [http://www.abp.org.br/download/revista\\_debates\\_6.pdf](http://www.abp.org.br/download/revista_debates_6.pdf)> Acesso em 10 mar. 2015

NUNES, Jordão Horta. **As metáforas nas ciências sociais**. São Paulo: Associação Editorial Humanitas, 2005.  
OLIVEIRA, Roberta P. de. Semântica In: MUSSALIM, Fernanda; BENTES, Anna C. (org.). **Introdução à Linguística: domínios e fronteiras**. v. 2. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2012.

PEREIRA, Renato Machado. **A Concepção da Verdade-como-Correspondência**. In: Anais do VII Seminário de Pós-Graduação em Filosofia da UFSCar (2011), Disponível em: <<http://www.ufscar.br/~semppgfil/wp-content/uploads/2012/05/renatopereira.pdf>>. Acesso em 20 mar. 2016.

RICOEUR, Paul. **A metáfora viva**. São Paulo: Edições Loyola, 2005.

RIBEIRO, J. de A. M. et al. Quando a gestação e a bipolaridade da paciente se tornam realidade. **Revista Debates em Psiquiatria**. Ano 3, nº 2. Mar/Abr 2013. p. 6-13. Disponível em: <  
[http://www.abp.org.br/download/revista\\_debates\\_14\\_web\\_.pdf](http://www.abp.org.br/download/revista_debates_14_web_.pdf)> .  
Acesso em 15 mar. 2015

ROCHA, Marlos F. V. et al. Neuroimagem no transtorno bipolar. **Revista Debates em Psiquiatria**. Ano 5, nº3, Mar./ Abr 2015 p. 06-10. Disponível em: <  
[http://www.abp.org.br/portal/rdp\\_ano\\_5\\_n2\\_marabr\\_2015/](http://www.abp.org.br/portal/rdp_ano_5_n2_marabr_2015/)> Acesso em 17 mar. 2015.

ROUDINESCO, Elisabeth. **Por que a psicanálise?** Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

SALTON, Jorge A. Considerações sobre risco-benefício do tratamento do transtorno bipolar. **Revista Debates em Psiquiatria**. Ano 3, nº4, p. 36, 2013. Disponível em: <  
[http://www.abp.org.br/download/revista\\_debates\\_16\\_web.pdf](http://www.abp.org.br/download/revista_debates_16_web.pdf)> Acesso em 12 mar. 2015.

SANTOS, Suyan G.R.; STREIT, Carla. Relação do transtorno de humor bipolar com o fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF) e alterações moleculares. **Revista Debates em Psiquiatria**. Ano 4, nº 2. p. 16-21, 2014. Disponível em:  
<<http://www.abp.org.br/download/2014/RDP2.pdf>> Acesso em 15 mar. 2015.

SARDINHA, Tony Berber. **Metáfora**. São Paulo: Parábola, 2007.

SEMINO, Elena et al. The online use of Violence and Journey metaphors by patients with cancer, as compared with health professionals: a mixed methods study. **International Journal of Corpus Linguistics**. Disponível em: <  
<http://spcare.bmj.com/content/bmjspcare/early/2015/03/05/bmjspcare-2014-000785.full.pdf>> Acesso em 27 fev. 2017

SERPA, Gisele; NERY-FERNANDES, Fabiana; MIRANDA-SCIPPA, Ângela. Tratamento de prevenção secundária. **Revista Debates em Psiquiatria**. v.6. p. 34-45, 2011. Disponível em: <[http://www.abp.org.br/download/revista\\_debates\\_6.pdf](http://www.abp.org.br/download/revista_debates_6.pdf)> Acesso em 10 mar. 2015

SEVERO, Cristine Görski. **Um olhar foucaultiano sobre a loucura e a família**: análise de práticas discursivas que constituem o discurso anti-manicomial. Florianópolis, 2003. 101 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Comunicação e Expressão. Programa de Pós-Graduação em Linguística. Disponível em: <<http://www.tede.ufsc.br/teses/PLLG0301.pdf>> Acesso em 14 dez. 2016.

SILVA, Fabio L.L. **Para uma genealogia da corrupção**. 1992. 166 p. Dissertação (Mestrado em linguística), Instituto de Estudos da Linguagem, Universidade de Campinas,. Disponível em <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:7qIOTsFUvgMJ:https://periodicos.ufsc.br/index.php/workingpapers/article/download/4715/3955+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>> Acesso: 15 mar. 2015

SILVA, Antonio G.; BUENO, João R.; MORENO, Ricardo A. Especial transtorno Bipolar. **Revista Debates em Psiquiatria**. Ano 1, nº 5. p. 5. 2011. Disponível em: <[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:2vU2LKPXqHAJ:www.abp.org.br/download/revista\\_debates\\_5.pdf+&cd=2&hl=pt-vR&ct=clnk&gl=br](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:2vU2LKPXqHAJ:www.abp.org.br/download/revista_debates_5.pdf+&cd=2&hl=pt-vR&ct=clnk&gl=br)> Acesso em: 10 mar. 2015.

SILVA, A. G. da; BUENO, J. R. Psiquiatria em teoria e prática. [Editorial]. **Debates em Psiquiatria**. Ano 3. nº 2. p. 3. Mar/Abr 2013. Disponível em: <[http://www.abp.org.br/download/revista\\_debates\\_14\\_web\\_.pdf](http://www.abp.org.br/download/revista_debates_14_web_.pdf)> . Acesso em 14 mar. 2015.

SIMAN, J. H. **Os Frames de Doença de Alzheimer**. 2015. 156 p. Dissertação (Mestrado em Linguística), Instituto de Estudos da Linguagem, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Disponível em: <

<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000955733>>  
Acesso em 03 abr. 2016.

SONTAG, Susan. **A doença como metáfora**. Tradução Márcio Ramalho. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

SONTAG, Susan. **A doença como metáfora**. Aids e suas metáforas. Tradução Rubens Figueiredo e Paulo Henrique Britto. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

THÁ, Fábio. **Uma semântica para o ato falho**. São Paulo: Annablume, 2001.

VANIN, Aline Aver. A experiência do câncer de mama em palavras: notas sobre as possibilidades emergentes de um corpus temático. **Scripta**, v. 20, n. 40, p. 231-249, 2016.

VARELA, Roger B; RESENDE Wilson R; QUEVEDO, João. Modelo animal induzido por anfetamina como método de identificação de novos alvos terapêuticos para o transtorno bipolar. **Revista Debates em Psiquiatria**. Ano 4, nº 2. 2014 p. 06-11. Disponível em: <<http://www.abp.org.br/download/2014/RDP2.pdf>> Acesso em 15 mar. 2015.

VEREZA, Solange C. O lócus da metáfora: linguagem, pensamento e discurso. **Cadernos de Letras da UFF**, n. 41, p. 199-212, 2010. Disponível em: <<http://www.uff.br/cadernosdeletrasuff/41/artigo10.pdf>> Acesso em 29 Fev. 2016.

\_\_\_\_\_. “Metáfora é que nem...”: cognição e discurso na metáfora situada. **Signo**. Santa Cruz do Sul, v. 38, n. 65, 2013.

WANG, Yuan-Pang. Aspectos históricos da doença maníaco-depressiva. In: MORENO, Ricardo Alberto; MORENO, Doris Hupfeld (Coord.). **Da psicose maníaco-depressiva ao espectro bipolar**. São Paulo: Segmento Farma, 2005.

ZANOTTO, M. S. T. Metáfora e Indeterminação: abrindo a caixa de Pandora. In: PAIVA, V. L. M. O. (org.). **Metáforas do cotidiano**. Belo Horizonte: Ed. do Autor, 1998, pp. 13-38.

ZEMACH, E. M. Metaphors and ways of life. In: HINTIKKA, Jaakko (Ed.). **Aspects of metaphor**. Springer Science & Business Media, 2013.