

LABORATÓRIO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM TÉCNICAS LABORATORIAIS
EM SAÚDE
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

DESIREE DOS SANTOS NUNES

A SAÚDE MENTAL E A SOCIEDADE DE DIAGNÓSTICOS

Rio de Janeiro

2013

Desiree dos Santos Nunes

A SAÚDE MENTAL E A SOCIEDADE DE DIAGNÓSTICOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para aprovação no curso técnico de nível médio em saúde com habilitação em Análises Clínicas.

Orientador: Camila Furlanetti Borges

Rio de Janeiro

2013

Desiree dos Santos Nunes

A SAÚDE MENTAL E A SOCIEDADE DE DIAGNÓSTICOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para aprovação no curso técnico de nível médio em saúde com habilitação em Análises Clínicas.

Aprovado em __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Camila Furlanetti Borges – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Danielle Ribeiro de Moraes – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Daniel Groisman – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

*Dedico este trabalho
aos meus pais, Angela e Gilberto.*

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Angela, dona de uma força descomunal e de uma generosidade sem limites, que sempre se dedicou inteiramente por mim e me ensinou que acima de tudo, é necessário respeito e educação. Ao meu pai, Gilberto, meu maior exemplo de caráter e honestidade.

Ao meu tio, Manoel, meu professor pardal e à minhas tias, Isabel e Virginia, por todo o zelo e amor que depositam em mim. À minha prima, Lara, cinéfila e dona de um bom gosto musical inigualável.

Aos meus amigos André, Guilherme, Larissa, Ana Luísa, Nathália e Felipe que não estudaram na Politécnica, mas que não deixaram de me amar mesmo depois de ter recusado inúmeros convites pra sair devido aos seminários, relatórios, provas, estágio e monografia que me prendiam em casa.

À minha querida amiga e irmã, Lívia, porque sem o seu incentivo, não estaria onde estou.

Aos meus amigos maravilhosos com quem compartilho 9 horas diárias há 3 anos e mesmo assim conseguem me aturar. Em especial à Ludimila, Manuela, Fernanda, Tayna, Rogerio, Raphael, Marcus Vinicius e Caio. Eu amo vocês e como eu não digo muito isso, é melhor vocês receberem uma cópia.

Aos meus professores do Ensino Médio e do Ensino Técnico que apesar de arruinarem minha vida social, me tornaram um ser humano melhor, mais responsável e mais consciente. Espero pelo dia em que todos tenham acesso a educação de qualidade que eu tive nessa escola.

À Mariana e à Danielle, participantes da banca de qualificação do meu projeto, pela gentileza e pelo apoio. Serei eternamente grata pelos elogios.

À Camila, minha orientadora, que me guiou e me auxiliou nas decisões ao longo da elaboração desta monografia. Minhas sinceras desculpas pelos sumiços quando não soube administrar bem o tempo. E muito obrigada por me ensinar que é possível fazer milagre com o tempo que nós tínhamos.

*“O que conseguem os pacientes psiquiátricos?
Uma conta. Creio que o problema entre um
psiquiatra e seu paciente é que o psiquiatra
atua de acordo com o livro, ainda que o
paciente chegue pelo que a vida lhe fez. E
mesmo que o livro possa ter certa astúcia, as
páginas sempre são as mesmas e cada
paciente é diferente. Existem muito mais
problemas individuais que páginas.”
(Charles Bukowski)*

RESUMO

Este trabalho analisa, em artigos científicos, estudos sobre o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) que extrapolam a reflexão exclusiva sobre sua aplicabilidade e resultados imediatos, determinando os efeitos deste modelo diagnóstico utilizado atualmente na Psiquiatria a luz de questões levantadas pelo movimento histórico de Reforma Psiquiátrica Brasileira. Para cumprir tal objetivo, o primeiro capítulo busca compreender as práticas da assistência psiquiátrica através do percurso histórico do processo de construção do louco, da loucura e suas instituições; o segundo capítulo estuda as problematizações e valores defendidos pela reforma psiquiátrica brasileira; o terceiro capítulo se apresenta sob a forma descritiva dos artigos, enfatizando a formação acadêmica dos autores (contribuiu significativamente para o entendimento da perspectiva adotada ao longo do artigo) e os principais pontos abordados nestes que corroboram para a elaboração deste trabalho, discutindo os limites e a importância levantados por esses autores. Por fim, conclui-se, por meio da análise apresentada no quarto e último capítulo, a importância desses manuais classificatórios têm como fonte de saber teórico aliados a práticas diagnósticas que levem em consideração a subjetividade do sujeito, já que os casos são únicos e eles não cabem nos limites de um livro.

Palavras-Chave: DSM. Desinstitucionalização. Psiquiatria. Psicanálise.

LISTA DE SIGLAS

AFDM – Associação dos Familiares de Doentes Mentais

APSS – Síndrome dos Sintomas Psicóticos Atenuados

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CPI – Comissão Parlamentar de Inquérito

DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

EUA – Estados Unidos da América

IMS-UERJ – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MS – Ministério da Saúde

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

PRS – Síndrome de Risco para a Psicose

SciELO – Scientific Electronic Library Online

TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA	16
3 ARTIGOS	27
3.1 RACIONALIDADE DA MEDICINA	29
3.2 PRODUÇÃO DE DOENÇA	33
3.3 MEDICALIZAÇÃO.....	35
3.4 PSICANÁLISE	36
3.5 CONSIDERAÇÕES.....	37
4 ANÁLISE E CONCLUSÃO.....	38
REFERÊNCIAS	44

1. INTRODUÇÃO

No momento em que se coloca em discussão o que é a psiquiatria e qual o seu campo de investigação, um desconforto logo surge: “Os diagnósticos psiquiátricos adquiriram um valor de categoria, no sentido que correspondem a um etiquetamento” (BASAGLIA, 2005, p. 62).

Para melhor compreender as raízes da assistência psiquiátrica seria desejável retroceder no tempo e recapitular a trajetória do louco, da loucura e suas instituições através da história.

Em Elogio da Loucura, escrito em 1509, Erasmo de Rotterdam sugere que “existiram um dia, um tempo e uma sociedade na qual, pela própria relação que os homens mantinham entre si e com a natureza, a loucura aparecia diluída imprecisamente em todos os homens, era, por assim dizer, natural” (ROTTERDAM apud RESENDE, 2001, p. 19).

As modificações daquelas relações, sobretudo econômicas, vieram por restringir os limites do normal e alargar os horizontes do patológico. Embora haja certa escassez na literatura quanto à magnitude da doença mental nos tempos mais primórdios supõe-se que o número de pessoas injuriadas não era grande. “As populações eram reduzidas e a curta duração média de vida não permitia que determinados transtornos, hoje sabidamente mais incidentes na idade madura e na velhice, aparecessem em proporção significativa” (RESENDE, 2001, p. 21-22).

As estruturas de organização do trabalho nas sociedades pré-capitalistas eram pouco discriminativas para as singularidades desses indivíduos. Em outras palavras, o trabalho artesanal era a expressão direta destas diferenças e era esse fator que contribuía na sua valorização. Até hoje, os trabalhos artísticos e artesanais são utilizados como técnicas de tratamento para transtornos mentais.

Na Europa, no século XVII, as medidas legislativas de repressão buscavam pôr fim à desordem, ociosidade, perturbação da paz social e a qualquer obstáculo ao crescimento econômico. Para tal, são criados grandes espaços de internamento, denominados Hospitais Gerais, que se destinavam a limpar as cidades dos mendigos, delinquentes e dentre eles, os loucos. Tinham como finalidade prover trabalho para os desocupados, punir a ociosidade e reeducar mediante instrução religiosa e moral.

É nesse contexto que a loucura será varrida da cena social. Confinados nos porões das Santas Casas e Hospitais Gerais, os loucos partilhavam com os demais marginalizados diversas formas de punição e tortura: das mais grotescas –em sua maioria- até as mais sofisticadas.

O final do século XVIII, com as ideias do Iluminismo, os princípios da Revolução Francesa, a declaração dos direitos do homem nos Estados Unidos, viu crescer o movimento de denúncias contra as internações arbitrárias dos doentes mentais, seu confinamento em promiscuidade com toda espécie de marginalizados sociais e as torturas, disfarçadas ou não sob a forma de tratamentos médicos, de que eram vítimas (RESENDE, 2001, p. 25).

Pinel na França, Tuke na Inglaterra, Chiaruggi na Itália, Todd nos Estados Unidos, entre outros, serão os principais protagonistas de um movimento de reforma através do qual, pela primeira vez, os loucos seriam reunidos num mesmo espaço e suas loucuras seriam tratadas, permitindo o nascimento da psiquiatria. “A consequência prática dessa orientação na medicina mental é de dirigir a atenção para os sinais ou sintomas da loucura em detrimento da procura de sua sede no organismo” (CASTEL apud AMARANTE, 1996, p. 41).

Desta forma, a loucura é considerada um rompimento da racionalidade e para conhecê-la é necessária a observação, a descrição e a classificação dos sinais, precisos e constantes que fogem ao padrão moral. De acordo com Amarante (1996, p. 41),

Os hábitos bizarros, as atitudes estranhas, os gestos e olhares são registrados e comparados com o que está perto, com o que é semelhante ou diferente. Colocando num lugar da ciência que, acredita-se, não é contaminado pelas influências da cultura, da economia e da sociedade, o alienista, a partir de sua percepção social, determina o que é normal e o que é patológico. Este é o método do conhecimento, é o que opera a passagem da loucura para a alienação mental.

Pinel propõe que os loucos sejam submetidos a um tratamento asilar sob um regime de completo isolamento e que por fim, o homem teria restituída a sua liberdade subtraída da alienação.

A loucura, que era até então objeto da filosofia que, em resumo, tratava das questões da alma, das paixões e da moral, passa com Pinel a ser objeto também da medicina. Em outras palavras, um determinado aspecto da ética e da moral deixa ser objeto exclusivo da filosofia (ou do senso comum, por sua evidente desqualificação), para pertencer também ao campo da medicina. Esta é a operação básica instruída por Pinel, que possibilita a inscrição da loucura, dos desvios da paixão e da moral no conceito de doença (AMARANTE, 1996, p. 42).

Abre-se então um campo de possibilidades terapêuticas, pois até o momento a loucura era considerada uma natureza externa ao homem, estranha à razão. Pinel levanta a possibilidade de cura da loucura, por meio do tratamento moral, insistindo que a alienação mental não tivesse causas físicas.

Com o mandato social e o prestígio que Pinel adquire pelo conjunto de sua obra médico-filosófica e pelos resultados terapêuticos objetivos, a medicina mental vai-se constituindo e consolidando o seu lugar na ciência médica. É o mesmo mandato social que possibilita a transformação de Bicêtre em um hospital especial, o primeiro da história da medicina, e onde começam a formar-se os primeiros médicos especiais: os alienistas (AMARANTE, 1996, p. 44).

Com a loucura sendo entendida como alienação, ou seja, como o estado de antagonismo da razão, faz com que o alienado perca sua liberdade e, por conseguinte, seu livre-arbítrio. “Há impulsos instintivos que privam algumas vezes o homem de sua liberdade, ou ainda que, como resultado de uma doença mental, o homem perde o livre-arbítrio” (BIRMAN apud AMARANTE, 1996, p. 44).

Ao contrário da opinião dominante, Hegel inspirado por Pinel, considera que não haja uma perda abstrata da razão, somente uma contradição na razão que ainda existe. Para ele,

o verdadeiro tratamento psíquico apega-se à concepção de que a loucura não é a perda abstrata da razão, nem do lado da inteligência, nem do lado da vontade e de sua responsabilidade, mas um simples desarranjo do espírito, uma contradição na razão que ainda existe, assim como a doença física não é uma perda abstrata, isto é, completa, da saúde (de fato, isso seria a morte), mas uma contradição dentro desta. Esse tratamento humano, isto é, tão benevolente quanto razoável da loucura... pressupõe que o doente é razoável e encontra aí um sólido ponto para abordá-lo desse lado (HEGEL apud AMARANTE, 1996, p. 45).

Se as causas da alienação mental estão presentes no meio social, o tratamento moral adota como princípio e estratégia terapêutica o isolamento do mundo exterior. Há privação da liberdade durante o tratamento, para então depois de curado, ela lhe ser entregue por completa. O asilo além de um espaço físico torna-se o próprio tratamento moral, o que possibilita o nascimento da clínica psiquiátrica com a observação sistemática da loucura.

“Apesar de um determinado contingente de curas registradas, ocorre que os asilos têm grande número de internados e, com uma relação de 400 a 500 alienados por médico, o tratamento moral perde sua eficácia” (DESVIAT apud AMARANTE, 1996, p. 52).

Na segunda metade do século XIX, uma crescente necessidade de remover da comunidade os elementos perturbadores da ordem veio inflar a população internada nos hospitais psiquiátricos e destruir o ambiente quase familiar que facilitava as trocas interpessoais, prováveis responsáveis pelo êxito das pequenas instituições regidas pelos princípios do tratamento moral. Como consequência, o otimismo anterior foi sucedido por pessimismo quanto à curabilidade da doença mental e a eficiência dos métodos empregados até então.

Morel, contudo, anuncia ter elaborado “todo um livro a fim de ampliar o estudo das causas especiais da alienação, acrescentando nele as causas das degenerescências intelectuais, físicas e morais da espécie humana” (MOREL apud AMARANTE, 1996, p. 53). Na obra “Doutrina das Degenerações” observamos um método mais aprimorado para a classificação de doenças mentais, baseado não apenas na nosografia, mas também no acompanhamento da evolução da sintomatologia. Além disso, a degenerescência é apontada como a causa das lesões físicas e de predisposições, que num ciclo vicioso de hereditariedade acabaria por agravá-la.

Tendo como referência esses princípios, o tratamento moral assume um caráter mais amplo, objetivando a modificação das condições físicas, intelectuais e morais dos indivíduos que não se encontram mais isolados. Desse modo, além de um lugar de isolamento terapêutico, o asilo torna-se um mecanismo de prevenção para que o restante da sociedade não venha a sofrer desses males.

Já nos finais do século XIX, Kraepelin passa a se opor ao conceito de degeneração e passa a contribuir para a psiquiatria moderna, com o princípio nosológico-clínico que abrange diversas perspectivas para o diagnóstico das doenças mentais, tais como “a etiologia, as condições de aparecimento da doença, a tendência à predisposição, o curso da moléstia, a sintomatologia, a perspectiva prognóstica, a idade, o sexo, os hábitos, etc” (AMARANTE, 1996, p. 57).

O mérito de Kraepelin está, primeiro, em fundar uma sistemática nosológica (em substituição à nosografia dos alienistas anteriores); segundo, porque, embora com termos distintos, distingue as alienações endógenas das exógenas, inclusive com a adoção do conceito de ‘demência precoce’ (que Bleuler vai posteriormente denominar de esquizofrenia); terceiro, porque adota uma classificação que vai da sintomatologia ao curso e à terminação; e quarto, porque o conceito de degeneração, tal como o admite, aponta para o caminho definitivo das investigações quanto à hereditariedade (KAPLAN & SADOCK apud AMARANTE, 1996, p. 57).

O conceito de anormalidade é aprimorado por Kraepelin e passa a ser apropriado pelo saber médico. “Todo indisciplinável, e não só o louco, passa a ser considerado do ponto de vista da doença” (PORTOCARRERO apud AMARANTE, 1996, p. 58).

A maneira como o percurso histórico da loucura foi previamente abordado teve grande influência de Foucault. Este foi de extrema importância para o campo da epistemologia, principalmente, através de suas interpretações acerca das “práticas discursivas e políticas, com seus aspectos correlacionados à função e ao papel das ciências e saberes na normatização e na ordenação social, de ‘instrumentos tecnocientíficos’ de poder” (AMARANTE, 1996, p. 62).

Foucault, em a História da Loucura, não se limita a contar a trajetória da psiquiatria:

Ao contrário, chega mesmo a privilegiar o estudo dos espaços institucionais de controle do louco e dos saberes a eles intrinsecamente relacionados descobrindo, inclusive, desde a época clássica, uma heterogeneidade entre os discursos teóricos – sobretudo médicos – sobre a loucura e as relações que se estabelecem nesses lugares de reclusão. Foi analisando os saberes teóricos, mas, sobretudo as práticas de internamento e as instâncias sociais – família, Igreja, justiça, medicina – a elas relacionadas, e finalmente, generalizando a análise até as causas econômicas e sociais das modificações institucionais que Histoire de la Folie foi capaz de explicar as condições de possibilidades históricas da psiquiatria (MACHADO apud AMARANTE, 1997, p. 63-64).

Além disso, busca demonstrar que nem a psiquiatria, nem a doença mental existiram desde sempre.

A psiquiatria é revelada como um saber historicamente datado que, num determinado contexto, edifica o objeto doença mental enquanto objeto médico-científico. O saber psiquiátrico opera a passagem que transforma a loucura em doença mental e, assim, muda a história do conceito e da própria experiência da loucura na sociedade ocidental (AMARANTE, 1997, p. 178).

O presente trabalho tem como objetivo principal analisar em artigos científicos os efeitos, desejados ou não, do uso do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) à luz de questões levantadas pelo movimento histórico de Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Para isso, exploramos artigos pesquisados no sítio eletrônico do Scientific Electronic Library Online (SciELO). Esta biblioteca digital está em constante expansão e reúne periódicos, fascículos, artigos e citações que foram previamente selecionados por um corpo científico.

Os campos de pesquisa de artigos no SciELO foram preenchidos com a sigla “dsm” no campo “todos os índices”, enquanto no campo “ano de publicação” optamos por “2012” e “2013”. Pesquisamos a partir de 2012 porque neste ano aconteceram intensas discussões em torno da última revisão do DSM.

Dentre os resultados expostos, quatro artigos foram selecionados através de seus títulos e resumos para a leitura: *Os alcances e limites da medicalização do risco para a psicose: a emergência de uma nova categoria?* por Stephan Malta Oliveira; *Efeitos Imaginários do Diagnóstico de TDA/H na subjetividade da criança*, por Viviane Neves Legnani; *Crítica do empirismo aplicado à psicopatologia clínica: da esterilidade do dsm a uma saída pela psicanálise*, por Tereza Pinto; *TDAAH – Investigação dos critérios para*

diagnóstico do subtipo predominantemente desatento, por Lilian Martins Larroca & Neide Micelli Domingos.

O próximo capítulo faz uma breve revisão do percurso da Reforma Psiquiátrica Brasileira, buscando resgatar valores defendidos. No capítulo terceiro apresentamos, de forma descritiva, os artigos analisados e organizados por temáticas de problematização. No quarto capítulo desenvolvemos análise buscando discutir os limites e a importância do uso de manuais classificatórios na saúde mental a partir das questões levantadas na reforma psiquiátrica brasileira.

2. REFORMA PSIQUIÁTRIA BRASILEIRA

No Brasil constata-se que as propostas e as práticas de assistência aos indivíduos que apresentassem distúrbios mentais nem sempre caminharam lado a lado. Isso se torna cada vez mais evidente no período recente, devido aos diferentes interesses envolvidos, que por vezes são contraditórios entre si, o que será explicado posteriormente.

Enquanto na Europa, a ruptura da ordem feudal e a emergência do capitalismo mercantil trouxeram consigo a necessidade de um novo homem e introduziram-lhe exigências que não puderam ser satisfeitas por muitos deles e que deixados à deriva, vieram abarrotar as cidades e perturbar-lhes a ordem, no Brasil o doente mental faz sua aparição na cena das cidades, igualmente em meio a um contexto de desordem e ameaça à paz social, mas diferentemente do que se observou na Europa, em plena vigência da sociedade rural pré-capitalista (RESENDE, 2001, p. 29-30).

No Brasil colônia, a sociedade era composta por uma minoria de senhores e proprietários, uma multidão de escravos, alguns inadaptados sem trabalho definido e uma massa de indivíduos que preocupava as autoridades por ser a mais incômoda e nociva: os que questionavam a ordem política e os desocupados permanentes, incluindo os loucos, caracterizados por sua ociosidade e turbulência.

Neste período, as

Santas Casas de Misericórdia incluem-nos entre seus hóspedes, mas dá-lhes tratamento diferenciado dos demais, amontoando-os em porões, sem assistência médica, entregues a guardas e carcereiros, seus delírios e agitações reprimidos por espancamentos ou contenção em troncos, condenando-os literalmente à morte por maus tratos físicos, desnutrição e doenças infecciosas (RESENDE, 2001, p. 35).

O destino dos sujeitos mentalmente transtornados será o de exclusão em hospitais, reeducação por laborterapias, campos de trabalho forçado e por vezes dividir o espaço nas prisões com criminosos (condenados ou não), bêbados e arruaceiros.

Um marco institucional da assistência psiquiátrica brasileira foi a inauguração do hospício D. Pedro II em 1852, situado na Praia Vermelha (um lugar remoto na época, sob o intuito de fornecer aos pacientes tranquilidade, calma e espaço). Logo sua capacidade total de 350 pacientes foi atingida. A exemplo do que aconteceu no Rio de Janeiro, outras instituições foram sendo construídas por todo o país em meio a um contexto de ameaça à ordem e à paz social, em resposta a reclamações da circulação dessas pessoas pelas ruas (visando a preservação dos bens e da segurança dos cidadãos) juntamente com o apelo de caráter humanitário, devido às denúncias contra os maus tratos que eles sofriam enfatizado pela Sociedade de Medicina com intuito de dar-lhes tratamento adequado.

A função do hospital psiquiátrico nos seus primeiros quarenta anos era, sobretudo segregadora. Além disso, as denúncias de maus tratos, imundície, superlotação, baixa qualificação e truculência dos atendentes e a falta de assistência médica eram constantes.

Ao final do século XIX, o cenário era de

urbanização acelerada, deteriorização das condições de vida da população trabalhadora, de higiene e saneamento das cidades, proliferação de cortiços e favelas, focos de desordem e reservatórios de vetores de doenças infecciosas, aglomeração de maltrapilhos nas ruas à espera de trabalho e surtos epidêmicos que dizimavam a população de imigrantes atraídos pelo desenvolvimento econômico, novos e graves problemas para os quais, na área da saúde mental, a psiquiatria das freiras, os asilos provisórios despovoados de médicos eram soluções de amadores (RESENDE, 2001, p. 42).

Além disso, havia grande atividade científica: a classificação brasileira das doenças mentais, os congressos, as teses doutorais, entre tantas outras. Apoiada nos estudos de aspectos hereditários, falava-se também em psiquiatria preventiva.

Unida à Saúde Pública na tarefa de sanear a cidade, a Psiquiatria se preocupava em devolver à comunidade indivíduos curados e aptos ao trabalho, valorizando a estrutura econômica e social na qual estavam inseridos. Para isso, a maioria dos estados brasileiros incorporou colônias agrícolas à sua rede de oferta de serviços, tornando o trabalho uma opção terapêutica única ou em conjunto com os hospitais tradicionais.

Tentava-se, desse modo, a título de solução terapêutica, recriar artificialmente o ambiente rural pré-capitalista no qual algumas práticas agora propostas como estratégias terapêuticas eram, até certo ponto, espontâneas e decorrência natural da própria organização social daquelas sociedades” (RESENDE, 2001, p. 51).

Todavia, as lavouras necessitavam de indivíduos disciplinados e que pudessem realizar trabalho braçal de modo eficiente, o que não podia ser fornecido pelos hospícios. As verbas destinadas ao programa declinaram gradualmente até serem totalmente abolidas.

Em meados do século XX, as colônias agrícolas haviam abandonado o trabalho do campo como atividade terapêutica mesmo porque, num país que se industrializava e se urbanizava rapidamente, a reeducação para o trabalho rural tornara-se uma prática alheia ao contexto histórico e econômico. Em seu lugar, a praxiterapia surge com atividades monótonas e repetitivas, nas quais aqueles indivíduos não podiam perceber qualquer sentido.

A Organização Mundial da Saúde, fundada em 1948, incentivava as nações membros, especialmente os países em desenvolvimento, que investissem em ações de saúde mental tendo como argumento as consequências econômicas que acarretariam num processo

produtivo e de industrialização. Todas essas ações teriam o objetivo de manter o louco na comunidade e não afastá-lo de seu vínculo com o trabalho.

No âmbito da Reforma Sanitária brasileira, o movimento denominado de Reforma Psiquiátrica foi constituído a partir do final dos anos 1970 e surgiu em meio à época ditatorial caracterizada pela violência extrema e resistência por parte da sociedade em busca de organização civil. Apresentou caráter “democrático e social, na medida em que reivindica e luta efetivamente por uma melhor qualidade de vida em seu sentido mais amplo (solidariedade, igualdade, cidadania)” (AMARANTE, 1997, p. 182).

Um importante protagonista foi o MTSM, Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, constituído em 1978, após uma série de denúncias por parte dos psiquiatras que diziam respeito às precárias condições dos hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde, às quais os pacientes eram submetidos. O MTSM “é o ator a partir do qual originalmente emergem as propostas de reformulação do sistema assistencial e no qual se consolida o pensamento crítico ao saber psiquiátrico” (AMARANTE, 1995, p. 57). Rapidamente se expandiu por todo o país e introduziu a “estratégia da desinstitucionalização no âmbito das políticas públicas” (AMARANTE, 1997, p. 163).

A repercussão não respeitou os limites do campo psiquiátrico e sanitário, tornando a questão da loucura e da instituição asilar de domínio público. O debate também englobava os direitos dos cidadãos que eram internados e do tratamento digno que eles deveriam receber. “A questão psiquiátrica tornara-se uma questão política” (AMARANTE, 1997, p. 164).

Como consequência, a Reforma Psiquiátrica passa a ser entendida nesse contexto como “um processo permanente de construção de reflexões e transformações que ocorrem a um só tempo, nos campos assistencial, cultura e conceitual” (AMARANTE, 1997, p. 165). Junto a isso, buscava-se transformar as relações que as instituições e a sociedade estabeleceram com a doença mental no decorrer desses 200 anos.

A situação da assistência psiquiátrica no Brasil era crítica. Suas redes, administradas pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais de Saúde, eram compostas por macro-hospitais com características fortemente asilares e manicomiais que atendiam um grupo diversificado da população formado por loucos, indigentes e também por presos políticos – os que questionavam e/ou ameaçavam a ordem. “A absoluta ausência de recursos técnicos e

materiais marcavam estas unidades que, apenas por seu estatuto jurídico-institucional poderiam ser denominados de hospitais” (AMARANTE, 1997, p. 166).

Dentre as principais reivindicações desse momento inicial, destacam-se a

regularização da situação trabalhista - uma vez que a situação dos bolsistas é ilegal¹, de aumento salarial, redução do número excessivo de consultas por turno de trabalho, crítica à cronificação do manicômio, crítica ao uso do eletrochoque, melhores condições de assistência à população e humanização dos serviços (AMARANTE, 1995, p. 59).

Também do lado do subsetor previdenciário da política de saúde, a situação era crítica:

Considerando a política da Previdência Social, orientada para a priorização de compra de serviços dos hospitais privados mediante credenciamentos e convênios, tem-se, como consequência, a contínua absorção de grande parte do orçamento previdenciário destinado à assistência médica, o que acaba por gerar um processo de estagnação do setor hospitalar público (LOUGON apud AMARANTE, 1995, p. 67).

Tal política de privatização, repudiada por muitos, pretendia proporcionar melhor assistência aos previdenciários. Contudo na prática, apresentava muitas distorções, que revelavam “o caráter predominantemente lucrativo do setor privado na prestação de serviços assistenciais” (AMARANTE, 1995, p. 68) tais como o

crescimento rápido do número de internações, aumento do número de reinternações, aumento do Tempo Médio de Permanência Hospitalar (TMPH) [...] Em outras palavras, a política privatizante da Previdência Social termina por produzir excesso de atos de assistência médica, sejam corretos e necessários, sejam desnecessários e fraudes e abusos de toda sorte (AMARANTE, 1995, p. 67).

A ação reformista consistia em denunciar tais distorções, ganhando apoio popular no período de redemocratização, preconizar a transição da política nacional de saúde mental privatizante para estatizante e, além disso, investir em alternativas extra-hospitalares, invertendo o modelo hospitalar para ambulatorial, de curativo para preventivo/promocional.

Na verdade, a ideia era a desativação progressiva dos hospitais psiquiátricos, que implicaria na transformação da demanda de internações para demanda ambulatorial, seguindo o modelo norte-americano de desinstitucionalização. Este termo surgiu a partir do Plano de Saúde Mental do Governo Kennedy, em meio a um conjunto de medidas de desospitalização,

¹ A Dinsan, Divisão Nacional de Saúde Mental, órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor saúde mental, passa a contratar bolsistas, a partir de 1974, mediante recursos da Campanha Nacional de Saúde Mental, pois desde 1956/57 não realizava concurso público. Tais bolsistas eram profissionais graduados ou estudantes universitários que atuavam como médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, muitas das vezes ocupando cargos de chefia e direção, que trabalhavam em situações precárias e irregulares nas unidades hospitalares (AMARANTE, 1995).

tais como “prevenção de internações, diminuição do tempo de internação, promoção de altas hospitalares” (AMARANTE, 1997, p. 179).

Tanto nos Estados Unidos como na Europa, a prática psiquiátrica começou a sofrer importantes transformações após o período da Segunda Guerra Mundial, marcados pela criação da comunidade terapêutica, psicoterapia internacional, psiquiatria de setor e antipsiquiatria.

A chamada desinstitucionalização, antes ligada à ideia de desospitalização (influência do modelo norte-americano), passou posteriormente a se referir a uma transformação cultural influenciada pelo movimento italiano. Foi a experiência de Franco Basaglia, uma das grandes contribuições para o estabelecimento de “uma outra relação com a loucura que não aquela da psiquiatria tradicional, sendo assim fundamental para a estratégia da desinstitucionalização enquanto desconstrução” (AMARANTE, 1997, p. 179).

Na tentativa de transformar o manicômio em um lugar de cura, Basaglia percebeu que nessa estrutura, o sujeito habita o segundo plano (o que Amarante descreve como colocar entre parênteses), enquanto a atenção é desviada para o transtorno mental, tornando o sujeito uma entidade abstrata. Portanto, a instituição psiquiatria deveria ser negada e os papéis invertidos: o distúrbio mental ocuparia o segundo plano “para poder lidar e perceber o sujeito em sua experiência-sofrimento” (AMARANTE, 1997, p. 180).

Na Itália, a desinstitucionalização se configurou como um trabalho concreto e cotidiano dos técnicos que produziram degrau por degrau as mudanças para a construção de uma nova política de saúde mental. Este é um aspecto importante da desinstitucionalização italiana que a diferencia das outras experiências, as quais têm sido projetadas por políticos reformadores, aplicadas por administradores, ou proclamadas como objetivo político de grupos e movimentos radicais. Outra diferença fundamental consiste na utilização de recursos, espaços, trabalhadores e pacientes já existentes no manicômio para decompor e mudar os sistemas de ação e interação nos quais cada elemento está inserido, para então construir novas estruturas externas. E é exatamente graças ao nascimento do interior do manicômio e da diferente utilização dos recursos materiais e humanos ali depositados, que estas estruturas externas conseguem ser inteiramente substitutivas ao modelo manicomial e suprir as práticas preexistentes (ROTELLI et al., 2001).

O objeto da Psiquiatria não pode nem deve ser a periculosidade ou a doença (entendida como algo que está no corpo ou no psiquismo de uma pessoa). [...] O

objeto sempre foi a ‘existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social’. O mal obscuro da Psiquiatria está em haver constituído instituições sobre a separação global, complexa e concreta do paciente e do corpo da sociedade. Sobre essa separação artificial se constituíram os conjuntos institucionais todos referidos à ‘doença’. Era necessário desmontar este conjunto (negar aquelas instituições) para retomar contato com a existência dos pacientes enquanto ‘existência doente’ (ROTELLI et al., 2001, p. 90).

Nesse ponto, com a ruptura do paradigma clínico, ou seja, quando a ênfase passa a ser na intervenção prática na reconstrução das determinações normativas, nas definições científicas e nas estruturas institucionais (onde a doença mental assumiu formas de existência e expressão no modelo clássico da Psiquiatria), e não mais na etiologia da doença, rompe-se a rigidez mecanicista (tentativa de vincular os sintomas observáveis a algum transtorno previamente descrito). O foco não é mais colocado no processo de cura, mas no projeto de ‘invenção de saúde’ e de ‘reprodução social do paciente’. O processo de desinstitucionalização torna-se a reconstrução da complexidade do objeto (ROTELLI et al., 2001).

A análise sistemática feita por Basaglia e seus seguidores a respeito da cultura manicomial foi deixando cada vez mais claro o quanto o asilo, como instituição real, concreta, é apenas um dos instrumentos por meio dos quais a cultura manicomial nessas sociedades tem lidado com a experiência humana da loucura e do sofrimento psíquico intolerável. Além dos espaços de tratamento, vimos surgir toda uma rede de agências e instâncias sociais e políticas em que essa cultura florescia, por assim dizer, nos bastidores da prática clínica: nos meandros do sistema jurídico, nos preconceitos imbutidos na linguagem ordinária, nos mitos aceitos como evidência (como a periculosidade do louco) [...] e assim por diante. A psiquiatria deixou definitivamente de ser apenas uma especialidade médica de tratamento para designar um campo extremamente complexo, que ultrapassa em muito as fronteiras das ações estritamente terapêuticas e expressa, ao mesmo tempo em que reproduz, os modos histórica e socialmente engendrados de relação com a alteridade e a estranheza radical da loucura (AMARANTE, 2000, p. 285).

Vale ressaltar então a importância de Basaglia para a reforma psiquiatria brasileira e principalmente para o MTSM. No mesmo ano da constituição deste Movimento, após uma longa jornada, foi aprovada na Itália a lei que propunha “o fim do manicômio enquanto aparato psiquiátrico, e sua substituição por outros meios de cuidados e acolhimento” (AMARANTE, 1997, p. 178).

No início dos anos 80, em meio ao “contexto de crise previdenciária, de insatisfação popular com o sistema de saúde e de sucateamento do serviço público” (AMARANTE, 1995, p. 69), o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) estabelece um convênio com o Ministério da Saúde (MS), denominado co-gestão, no qual o primeiro iria colaborar no custeio, planejamento e avaliação das unidades hospitalares do segundo, reorientando as políticas públicas de saúde.

Com a co-gestão, cria-se a possibilidade de implantação de uma política de saúde que tem como base o próprio sistema público de prestação de serviços, a cooperação interinstitucional, a descentralização e a regionalização, que são propostas defendidas pelo movimento das reformas sanitária e psiquiátrica (AMARANTE, 1995, p. 69).

A situação se tornara favorável para ambos os lados, já que o orçamento do Ministério da Saúde vinha sofrendo uma queda expressiva, enquanto a Previdência Social estava em um momento de crise de caráter financeiro, ético e de modelo de saúde. O Estado pôde atender a algumas demandas básicas da população no campo da saúde mental.

Dentre os princípios estavam ainda presentes a prioridade aos serviços ambulatoriais como elementos centrais do modelo assistencial, a redução do número de internações, a redução do tempo médio de permanência hospitalar, a regionalização, a hierarquização e integração dos serviços (AMARANTE, 1997, p. 169).

Diversos eventos contribuíram para a organização em nível nacional do movimento da Reforma Psiquiátrica, nos quais eram abordados não apenas questões estritamente médicas, mas também de caráter político, social, econômico e ideológico.

Um exemplo disto foi a pauta da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), no Congresso Nacional, constituída para apurar as distorções na assistência psiquiátrica no Brasil, na qual estavam presentes “a crítica ao modelo assistencial como ineficiente, cronificador e estigmatizante em relação à doença mental, [...], o processo de mercantilização da loucura, a privatização da saúde, [...]” (AMARANTE, 1995, p. 64).

Durante o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em dezembro de 1987, 8 anos após a realização do primeiro, o lema que surgiu “Por uma sociedade sem manicômios” expressava a saída dos limites assistenciais. Em outras palavras, não estava em jogo somente a oposição dos serviços hospitalares e dos extra-hospitalares, como também “a superação radical do modelo psiquiátrico tradicional, expresso tanto no manicomial quanto no saber médico sobre a loucura” (AMARANTE, 1997, p. 170).

No modelo psiquiátrico tradicional, a relação entre o psiquiatra e o paciente tornou-se parte de uma rotina técnica em que há um claro distanciamento entre os integrantes desta. A bagagem do paciente repleta de experiências parece ser deixada de lado e a formulação do diagnóstico parece contar unicamente com o encaixe de diversos sintomas que foram previamente descritos e classificados.

Aquilo a que se assiste é uma curiosa fratura entre articulações teóricas, sofisticações diagnósticas, abundância de modelos e tecnologias, por um lado e, por outro, a modéstia e a repetição das práticas terapêuticas assistenciais reais e a substancial parada no tempo dos sucessos terapêuticos (SARACENO, 2001, p. 20).

Já em uma proposta de desinstitucionalização, esse sistema autoritário-hierárquico, na qual somente o psiquiatra detém o conhecimento e o paciente em nada pode contribuir, deve ser minado. Um não deve se sobrepor ao outro. A relação não pode ser totalmente científica, com classificações e subclassificações das síndromes, ou totalmente humanitária, puramente emocional. Ambos os pólos devem contribuir de maneira equilibrada para que não haja empobrecimento tanto no tratamento, quanto na reabilitação. Todas as variáveis devem ser levadas em conta na construção de serviços que superem o modelo tradicional.

Partindo de uma constatação da realidade, duas lutas devem ser empreendidas: uma científica, outra política. Afinal, a pessoa que apresenta um transtorno mental possui uma problemática psicopatológica e um estigma social. “Para lutar contra os resultados de uma ciência ideológica, é preciso também lutar para mudar o sistema que a sustenta” (BASAGLIA, 2005, p. 69).

Nesse contexto de reflexão, foram constituídas algumas estratégias assistenciais inovadoras no Brasil, entre elas os NAPS e os CAPS.

O primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial foi criado em 1989, no município de Santos, vinculado à Secretaria de Higiene e Saúde, em meio às transformações ocorridas na saúde mental após a intervenção na Casa de Saúde Anchieta². Com o propósito de suprir a demanda psiquiátrico-psicológica de um determinado território, caracterizado por um “conjunto de saberes e práticas políticas, sociais e culturais, que atuam em um determinado contexto histórico” (AMARANTE, 1997, p. 171).

Esses novos serviços, que buscavam ser substitutivos aos serviços tradicionais, possuíam estratégias fundamentais para a realização de seus objetivos. A regionalização visava atender as necessidades e demandas daquela população, implicando na superação da “lógica da assistência como reparação do dano para a lógica de produção de saúde” (NICÁCIO et al apud AMARANTE & TORRE, 2001, p. 30).

² No contexto de transformação da Saúde Mental, a intervenção municipal na Casa de Saúde Anchieta, é um marco histórico. Com as inovações introduzidas pela Reforma Sanitária, que permitiram uma efetiva descentralização no sistema nacional de saúde, em 3 de maio de 1989, a Prefeitura de Santos decidiu intervir naquela clínica psiquiátrica privada, onde uma série de mortes e outras situações de violência vinham ocorrendo. Com esta intervenção, diferentemente de outras ocorridas em outros momentos e cidades, surgiu a possibilidade de pôr em prática a experiência radical: a desmontagem do aparato institucional manicomial, com a consequente implantação de uma rede territorial de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo psiquiátrico tradicional, além de uma série de outras experiências culturais e sociais (AMARANTE & TORRE, 2001).

Outra estratégia foi a de manter uma relação com a comunidade permanente e contínua, visando uma experiência de apoio e participação regular na construção de projetos sociais e um amplo debate acerca do “significado social do manicômio e de uma instituição aberta (...), as diferentes formas de compreender a loucura, sobre a exclusão social, a questão da cidadania” (NICÁCIO et al apud AMARANTE & TORRE, 2001, p. 30).

Por fim, contavam com leitos de apoio para acompanhamento de situações de crise, atendimento a demandas em residências, em locais de trabalho ou públicos (tanto de caráter social como de caráter terapêutico) e atendimento do tipo emergencial ou ambulatorial. Pois este projeto terapêutico buscava cuidar do paciente, estando presente e intervindo em diferentes momentos e situações. “É a partir destes princípios que o NAPS pretende tornar-se um serviço substitutivo ao modelo manicomial” (AMARANTE & TORRE, 2001, p. 31).

Em 1987, o Centro de Atenção Psicossocial surgiu como um modelo sanitário-preventivista, atuando, portanto como intermediário entre o hospital e a comunidade. O CAPS seria a primeira instância para a transição dos modelos, do hospitalocêntrico (modelo psiquiátrico tradicional) para o preventivo-comunitário, até que este último predominasse e levasse o primeiro ao desgaste. “Seria uma modalidade de atenção situada no momento da alta hospitalar para a passagem do paciente à vida comunitária ou vice-versa, como uma alternativa à internação integral e imediata” (AMARANTE, 1997, p. 172).

Vale destacar uma das principais diferenças entre o CAPS e o NAPS: o primeiro apresenta uma proposta terapêutica, enquanto o segundo abrangeria serviços não apenas médicos, como também sociais e culturais, justificando então o porquê de um ser chamado de alternativo e outro de substitutivo, respectivamente. Tais estruturas não manicomiais, assim como hospitais-dia e unidades psiquiátricas em hospitais gerais, passaram a ser financiadas no início dos anos 90 pelo Ministério da Saúde.

Embora originalmente distintos, da forma como foram incorporadas pelo Ministério da Saúde, nos anos de 1991 e 1992, o CAPS e o NAPS foram considerados sinônimos e atuam como serviços intermediários entre o serviço ambulatorial e a internação hospitalar. Tais instituições tornaram-se “modalidades de serviços, e ainda, modelos idênticos” (AMARANTE & TORRE, 2001, p. 32). Isso muda apenas com a regulamentação dos CAPS encampada pelo Ministério da Saúde em 2002.

Durante a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em Brasília no ano de 1992, e posteriormente em 1993, no I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial em Salvador, o debate incorpora além dos princípios da reforma sanitária, os “princípios da desinstitucionalização enquanto um processo social e epistemológico complexo, centrado não apenas em medidas sanitárias e assistenciais, mas, também, em princípios conceituais e culturais” (AMARANTE, 1997, p. 174).

Iniciativas sociais e culturais foram postas em prática, seja através das mídias sociais com projetos que chamem atenção para as pessoas que possuem algum transtorno, seja por meio de cooperativas que criavam um espaço de libertação de estigmas e preconceitos, no qual os indivíduos produzem, criam e consomem. Passam a lidar com as suas limitações e dificuldades e a explorar seu potencial, podendo auxiliar nas situações de sofrimento e dor que existem na loucura. Tais ações terapêuticas também refletiam na família dessas pessoas, o que levou a construção da Associação dos Familiares de Doentes Mentais (AFDM) em 1989.

“A desinstitucionalização não é sinônimo de desativação de leitos ou hospitais psiquiátricos. É um processo contínuo de invenção de novas formas sociais no lidar com a loucura, a diferença e o sofrimento humano” (AMARANTE, 1997, p. 184). Este foi o cenário de reflexões que alimentou estas e outras transformações que viriam nos próximos anos de implementação do Sistema Único de Saúde e da Reforma Psiquiátrica.

A partir dessas experiências, pensando que é de real importância, produzir estruturas que não reproduzam as bases teórico-práticas do modelo psiquiátrico clássico que

fundou a noção de doença mental como sinônimo de desrazão e patologia, que fundou o manicômio como lugar de cura e que fundou a cura com ortopedia e normalização (...) isto é, se não existirem rupturas, não existirão os novos serviços, existirão não mais que metamorfoses, roupagens novas para velhos princípios (AMARANTE & TORRE, 2001, p. 33).

Uma das mais importantes rupturas é com o modelo que sustenta a psiquiatria como ciência neutra e que torna linear a relação doença-diagnóstico-cura.

Como já relatamos anteriormente, Kraepelin realizou estudos e a partir destes, reuniu em um sistema classificatório diversos distúrbios mentais. De lá pra cá, vários outros sistemas classificatórios foram sendo construídos e são disseminados até os dias de hoje, orientando as

práticas assistenciais. Dessa forma é importante pensarmos acerca da importância e das limitações do uso de manuais classificatórios na prática clínica.

Um dos manuais mais conhecidos e utilizados é o “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais”, usualmente denominado de DSM. É um sistema diagnóstico e estatístico de classificação dos transtornos mentais, segundo o modelo categorial, destinado à prática clínica e à pesquisa em psiquiatria. Sua primeira edição foi publicada no ano de 1952 pela Associação Psiquiátrica Americana e passa por constantes revisões e modificações (MATOS; MATOS; MATOS, 2005, p. 312). Sua versão mais atualizada, DSM-V, foi publicada em maio de 2013.

As principais características do DSM-IV são: 1. descrição dos transtornos mentais; 2. definição de diretrizes diagnósticas precisas, através da listagem de sintomas que configuram os respectivos critérios diagnósticos; 3. modelo ateuórico, sem qualquer preocupação com a etiologia dos transtornos; 4. descrição das patologias, dos aspectos associados, dos padrões de distribuição familiar, da prevalência na população geral, do seu curso, da evolução, do diagnóstico diferencial e das complicações psicossociais decorrentes; 5. busca de uma linguagem comum, para uma comunicação adequada entre os profissionais da área de saúde mental; 6. incentivo à pesquisa (MATOS; MATOS; MATOS, 2005, p. 313).

Em meio a abordagem histórica orientada pelas transformações do modelo psiquiátrico ao longo do tempo no Brasil e fora deste, é válido analisar a prática diagnóstica que apresenta uma descolagem entre a realidade e os modelos categoriais fornecidos pela Psiquiatria. O diagnóstico psiquiátrico se constrói somente sobre a doença, não sobre o paciente, desenvolvendo uma função de etiquetamento, de estigma. “O diagnóstico real e o diagnóstico ideal são muito diferentes” (SARACENO, 2001, p. 78).

Além disso, a prática diagnóstica é ao mesmo tempo um processo científico e também um processo de construção da doença e de uma cultura em torno desta. Portanto, para que esta reflexão continue, faremos uma breve revisão de textos que abordam de diferentes formas, as consequências do uso do DSM não previstas pela racionalidade classificatória científica da psiquiatria clássica.

3. ARTIGOS

Os artigos pesquisados no sítio eletrônico do Scientific Electronic Library Online (SciELO), onde foram relatados os efeitos do uso de manuais diagnósticos em saúde mental, apresentam similaridades acerca das discussões apresentadas, possibilitando a abordagem de um mesmo assunto com base em diferentes artigos. Portanto, com o objetivo de tornar a leitura mais didática, este capítulo que será puramente descritivo e que, portanto fará uso de citações diretas de forma recorrente, apresentará seções que corresponderão, respectivamente, aos seguintes temas: Racionalidade da medicina; Produção de doença; Medicalização; Psicanálise; Considerações.

O artigo *Os alcances e limites da medicalização do risco para a psicose: a emergência de uma nova categoria?* escrito pelo médico-psiquiatra Stephan Malta Oliveira, doutorando em Saúde Coletiva pelo IMS-UERJ, discute a construção de uma nova categoria diagnóstica realizada pela força-tarefa de elaboração do DSM-V, nomeada de “síndrome de risco para a psicose” (PRS) e, mais recentemente, “síndrome dos sintomas psicóticos atenuados” (APSS). Para estabelecer uma crítica consistente à construção da categoria em questão, o autor procurou discutir a medicalização de uma forma geral que focasse nos aspectos do controle social sob uma ótica foucaultiana, para em seguida enfatizar o processo de medicalização do risco para a psicose.

O conceito de risco, nesse caso, está vinculado ao risco iminente de desenvolvimento de um quadro psicótico, quando o indivíduo apresenta sintomas psicóticos breves e/ou atenuados, mas que não caracterizam o transtorno em si. Trata-se, portanto de uma estimativa de que tais sintomas possam evoluir. A partir da metodologia utilizada, revisão bibliográfica, não se esclareceu se a intervenção precoce pode reduzir a gravidade do quadro quando instalado ou até mesmo de impedir seu aparecimento.

Em *Efeitos Imaginários do Diagnóstico de TDA/H na subjetividade da criança* escrito por Viviane Neves Legnani, psicóloga doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília, discute-se a avaliação diagnóstica de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, a partir de um Estudo de Caso e apresentação de fundamentos teóricos da psicanálise.

A autora extrai este estudo do Projeto de Extensão, voltado para o atendimento do público infanto-juvenil, de uma clínica-escola de Psicologia localizada no Distrito Federal. A avaliação diagnóstica

realizou-se de forma processual e foi composta por sessões de atendimento clínico à criança e atendimentos paralelos aos pais, a fim de que se pudesse melhor observar e analisar para intervir. Além desses elementos, deteve-se também nas produções discursivas do ambiente escolar da criança. Nesse contexto, privilegiou-se, na escuta, entre outras questões, a maneira como os educadores concebiam suas atuações junto aos alunos considerados ‘especiais’, como entendiam e explicavam o quadro de TDA/H. Observou-se também a forma pela qual as políticas educacionais inclusivas e pedagógicas se faziam presentes na vida escolar” (LEGNANI, 2012, p. 310).

Durante o estudo, explorou-se

a possibilidade de redimensionar esta construção diagnóstica através de um raciocínio clínico ancorado na teoria psicanalítica. Desse ponto de vista, o funcionamento das funções da inteligência, percepção, linguagem e motricidade dependem da posição subjetiva do sujeito. Assim, discutiu-se a sintomatologia do TDA/H entendendo-a também como uma forma de expressão de conflitos psíquicos resultante de uma configuração de significantes com a qual a criança se constitui e é constituída, não simplesmente como uma ‘doença orgânica’ (LEGNANI, 2012, p. 317).

Tereza Pinto, psicanalista, mestre em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, mestre em Psicopatologia pela Universidade de Poitiers, doutora em Ciências da Linguagem pela Universidade de Limoges e doutora em Psicopatologia e Psicanálise pela Universidade de Paris VII, contrapõe a proposta psicanalítica como uma alternativa ao discurso científico-positivista no âmbito da psicopatologia em *Crítica do empirismo aplicado à psicopatologia clínica: da esterilidade do dsm a uma saída pela psicanálise*. Para isso, elabora uma breve análise histórico-epistemológica da prática psiquiátrica, “com o objetivo de compreender as razões da configuração atual da clínica em psicopatologia dando lugar a tais manuais” (PINTO, 2012, p. 406).

Por fim, o artigo *TDAH – Investigação dos critérios para diagnóstico do subtipo predominantemente desatento* escrito por Lilian Martins Larroca e Neide Micelli Domingos, tem como objetivo identificar, através da literatura científica e entrevistas realizadas com três neuropediatras, os procedimentos necessários para o diagnóstico seguro do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade subtipo desatento e verificar se esses procedimentos foram aplicados ao diagnóstico de uma amostra de 10 crianças que são alunos de um colégio particular na cidade de São José de Rio Preto. Buscou-se observar se os procedimentos se

restringiram ao exame clínico ou incluíram exames complementares e participação de outros profissionais relacionados.

Elas abordam a necessidade de um critério científico objetivo para o procedimento diagnóstico. O estudo indica que quanto aos

procedimentos adotados para o diagnóstico da amostra, houve grande variação, principalmente quando consideradas as diferenças entre os alunos diagnosticados recentemente e aqueles cujo diagnóstico é mais antigo. Percebe-se, pela ampla variância, a necessidade de um protocolo oficial criterioso e multiprofissional que evite equívocos diagnósticos, interprete sintomas que podem ser considerados variantes da normalidade ou oriundos de outros transtornos que não o TDAH e investigue a ocorrência de outras comorbidades e fatores de limitação funcional para norteamento dos procedimentos terapêuticos mais adequados ao indivíduo. [...] Considerando-se as características do subtipo desatento, o diagnóstico das crianças da amostra não apresentou, em nenhuma das crianças, todos os procedimentos apontados como necessários. Percebe-se também que o número de procedimentos realizados, bem como sua amplitude, aumentou ao longo do tempo, o que revela uma crescente conscientização a respeito de todos os aspectos envolvidos (LARROCA & DOMINGOS, 2012, p. 121).

Larroca e Domingos são incisivas ao reunirem argumentos que tentam explicar a variância nas taxas de prevalência³ desta desordem comportamental observada em diversas pesquisas. São determinantes dessa discrepância “o caráter subjetivo dos critérios estabelecidos pelo Manual de Diagnóstico e Estatística de Desordens Mentais – DSM IV (APA, 1994) e diferenças metodológicas – tipo de amostra, delineamento, fonte de informação, idade e critérios utilizados” (LARROCA & DOMINGOS, 2012, p. 114).

Os procedimentos adotados atualmente pelos neuropediatras entrevistados são semelhantes entre si e, embora pautados pelos critérios do DSM-IV, expandem a investigação e incluem fatores físicos, sensoriais, funcionamento cognitivo, entre outros. A ocorrência dos sintomas e a averiguação da existência de causas ambientais que os provoquem são verificadas através de exame clínico e anamnese detalhada, contendo informações referentes à saúde geral, gestação e concepção, ocorrências neonatais, desenvolvimento, hábitos de sono e aspectos pedagógicos e escolares (LARROCA & DOMINGOS, 2012, p. 121).

Os avanços no diagnóstico apontados na literatura científica e na prática dos médicos não constam, porém, no DSM-IV, que não estabelece um protocolo mais preciso e, ao mesmo tempo, abrangente. Os próprios critérios são passíveis de interpretações subjetivas, variáveis pessoal e culturalmente. Os encaminhamentos a outros exames e profissionais ocorre devido à iniciativa dos médicos, e não à existência de uma diretriz (LARROCA & DOMINGOS, 2012, p. 121).

3.1 Racionalidade da medicina

³ A prevalência quantifica o número de casos existentes de uma doença em uma população. O número de casos existentes de doença é igual a soma dos casos novos e casos antigos.

Na psiquiatria, assim como na medicina de uma maneira geral, as práticas diagnósticas sofrem grande influência da doutrina empirista, na qual, segundo ela, todo conhecimento humano deriva, direta ou indiretamente, da observação. Os fundamentos empíricos acarretam na rejeição da subjetividade do objeto de estudo e na redução deste “em pura descrição de fenômenos observáveis”, como observa Tereza Pinto (2012, p. 406)

A ciência fundada no empirismo implica na rejeição do racionalismo cartesiano devido ao conflito de ideias para a origem do conhecimento humano. Enquanto o primeiro entende que o conhecimento está diretamente ligado à experiência e somente a ela – e para compreender determinado comportamento, é necessária a observação deste –, o racionalismo cartesiano abrange diversas faculdades humanas como fonte de razão e conseqüentemente de saber. Além disso, o empirismo não se pergunta sobre as causas dos fenômenos, nem sobre seus efeitos não observáveis.

A fala do paciente surge então como um empecilho para a determinação correta do diagnóstico, “já que esta seria considerada como interpretação dos fatos e não mais os fatos mesmos: a fala não poderia existir como instrumento de diagnóstico, de cura ou de pesquisa” (PINTO, 2012, p. 409).

Esta lógica empirista de observação, descrição e agrupamento de fenômenos semelhantes em categorias está presente nos manuais diagnósticos de distúrbios mentais, mas eles

ultrapassam amplamente os objetivos de estudos estatísticos a que se propõem, o que os coloca na prática quotidiana de tratamentos psiquiátricos e psicopatológicos diversos. Com um passo a passo diagnóstico e as proposições de cuidados primários, tais manuais abarcam muito mais do que uma escala de comparação interpopulações (PINTO, 2012, p. 406).

Segundo Pinto, todo o embasamento estatístico garante credibilidade ao DSM, afinal são dados concretos e que inspiram segurança em utilizá-lo como manual diagnóstico.

Contudo, devemos esclarecer o funcionamento da estatística que abrange as atividades de coleta de dados, cálculo de medidas estatísticas e por fim a análise e interpretação desses dados, e, devemos estar cientes de que a estatística como ciência é altamente manipulável, pois o levantamento de informações se articula a fim de garantir que os interesses de quem estão por trás desses estudos sejam garantidos.

Retomando as observações de Pinto, ela destaca que

Sempre fundamentado em estudos estatísticos, o DSM instaura (ou confirma) uma cisão que não é negligenciável entre uma clínica da escuta e uma clínica da observação — ainda mais se comparadas no que diz respeito à finalidade destas práticas, já que um manual deste tipo não é nada além de uma ferramenta para chegar, custe o que custar, a um diagnóstico o mais próximo possível das categorias já propostas (FIRST, FRANCES & PINCUS apud PINTO, 2012, p. 411).

O empirismo está presente na prática clínica, sobretudo na corrente dita a-teórica.

A proposição, vinda diretamente dos EUA, pretende deter a solução diagnóstica imparcial, utilizável assim, em princípio, por qualquer orientação prática interessada nos estudos psicopatológicos. Os manuais diagnósticos de doenças mentais vieram como consequência lógica e direta dessa tendência. Eles aboliram as nosografias estabelecidas até então e reconstruíram uma nova proposição com a finalidade de auxiliar o psiquiatra – ou qualquer outro profissional da saúde – na identificação de um distúrbio mental recorrendo apenas aos fenômenos observáveis, sem apelo a uma teoria qualquer (PINTO, 2012, p. 410).

De todo o modo, a quantificação sistemática e controlada de comportamentos surge como a grande força do DSM. Para Ursulet, seria possível criar “um programa de assistência ao diagnóstico pelo computador” (apud PINTO, 2012, p. 411). Este por sua vez, acabaria por anular o profissional, enquanto indivíduo capacitado para diagnosticar e identificar o tratamento mais adequado para o paciente.

Nesse sentido, Legnani considera que

No atual contexto, a psiquiatria biológica se vangloria e supõe dominar os instrumentos para lidar com os quadros psicopatológicos que são recorrentes no mundo contemporâneo. Ancorada no cientificismo, que advém das neurociências, libertou-se da influência da psicanálise e inscreve-se, hoje, inteiramente, dentro da racionalidade médica (BIRMAN, 2006). Assim, tal discurso aponta um caráter de insuficiência de outras áreas de conhecimento que, ao analisarem o mal-estar do sujeito em sua relação com a cultura, utilizam parâmetros mais dinâmicos e processuais para diagnosticarem as psicopatologias (2012, p. 317).

Pinto lembra que a redução do ser humano a máquina é criticada por Canguilhem que

se opôs tão fervorosamente a essa medicina moderna que já se desenhava na sua época, medicina para a qual médico e doente seriam de bom grado trocados por *experts* técnicos que trabalham sobre dados representados por números” (PINTO, 2012, p. 412).

Enquanto Del Volgo encontra na psicanálise uma saída: “É essencialmente uma questão de restabelecer as prerrogativas da clínica, uma clínica renovada pelo método psicanalítico, uma clínica do caso a caso” (apud PINTO, 2012, p. 413).

Em relação ao tratamento, é visível o caminho que a racionalidade médica naturaliza como pode ser observado pelas indagações feitas por Oliveira:

Que tipo de intervenções devem ser oferecidas aos indivíduos incluídos na categoria PRS/APSS? Devem-se privilegiar as intervenções medicamentosas ou as intervenções psicoterápicas? Nessas últimas, quais são as mais efetivas: as intervenções cognitivo-comportamentais, as psicodinâmicas, as psicossociais ou as mistas? As intervenções medicamentosas devem ser de primeira ou de segunda escolha? Devido à hegemonia da racionalidade biomédica na contemporaneidade no campo da psiquiatria, presume-se que haja uma tendência ao privilégio das abordagens biomédicas (medicamentosas e cognitivo-comportamentais) em detrimento das abordagens não biomédicas (psicossociais, psicodinâmicas, etc) (2012, p. 306).

Segundo a pesquisa de Domingos e Larroca, os procedimentos apontados pela literatura científica que permitem ao médico, antes da definição do diagnóstico de TDAH, identificar as causas da desatenção e outros fatores que possam provocá-la, detectar patologias que interfiram na funcionalidade da criança e que possam, de forma errônea, gerar um falso positivo para o transtorno, evitando possíveis equívocos diagnósticos e detectar possíveis comorbidades são:

- Exame clínico:

Rhode & Halpern (2004) sugerem que, devido ao acompanhamento longitudinal do paciente, o pediatra pode identificar precocemente sinais que possam sugerir TDAH. Uma entrevista minuciosa, que investigue a história clínica, perinatal e escolar, preocupações, queixas principais e o desenvolvimento da criança, é decisiva para a definição diagnóstica. Entretanto, há limitações no procedimento, pois a observação médica ocorre no consultório e durante a consulta, e os sintomas podem não se manifestar nesse momento LARROCA & DOMINGOS, 2012, p. 117).

- Avaliação das funções sensoriais: “Déficits sensoriais acarretam problemas atencionais e de aprendizagem (Rohde & Halpern, 2004; Couto e cols., 2010) e um significativo comprometimento funcional que revela a necessidade de aperfeiçoar os procedimentos diagnósticos” (LARROCA & DOMINGOS, 2012, p. 117).
- Avaliação neurológica, psiquiátrica e neuropsicológica:

Faz-se necessário um diagnóstico diferencial, por meio do qual se descartam outras patologias orgânicas ou problemas psicológicos causados por contextos socioambientais inadequados ao desenvolvimento da criança. A avaliação neurológica tem a finalidade de excluir outras patologias orgânicas, e os testes de inteligência são utilizados para excluir déficits de inteligência significativos. (LEGNANI & ALMEIDA apud LARROCA & DOMINGOS, 2012, p. 117).

- Investigação de comorbidades:

O fato de a principal motivação para a busca do diagnóstico ser a dificuldade escolar (Araújo, 2002; Hernández, 2007) revela a necessidade de uma investigação detalhada das causas da dificuldade escolar, incluindo a possibilidade de TDAH, sem deixar de investigar outras possíveis comorbidades ou situações alheias à fisiologia do indivíduo para esse quadro, tais como falta de pré-requisitos para a aprendizagem de determinados conteúdos, egressão de instituições educacionais de nível inferior, fatores ambientais e psicossociais, falta de orientação e incentivo familiar, falta de hábito de leitura e estudo e estimulação insuficiente/inadequada na primeira infância. Essa avaliação requer a participação de diferentes profissionais - médicos, psicólogos, psicopedagogos, fonoaudiólogos e neuropsicólogos. Ou seja, uma avaliação multidisciplinar (LARROCA & DOMINGOS, 2012, p. 117-118).

- Avaliação psicológica:

Problemas de ordem emocional/psicológica podem afetar a capacidade atenta. Legnani e Almeida (2008) e Souza e Ingberman (2000) alertam para o fato de que o diagnóstico da criança pode refletir um padrão disfuncional de relações familiares e que essas condições devem ser analisadas, pois 'podem estar envolvidas diretamente com a criação e/ou com a manutenção do problema sobre o qual se levanta a queixa' (LARROCA & DOMINGOS, 2012, p. 117).

Legnani também acrescenta como procedimento diagnóstico a entrevista e o preenchimento de formulários com pessoas envolvidas com a criança em diferentes contextos (social, acadêmico e/ou ocupacional):

O que fica em primeiro plano, portanto, é a posição subjetiva do respondente adulto, ao qual caberá descrever as ações da criança. Em muitos casos, os comportamentos são descritos para se enquadrarem aos critérios diagnósticos do TDA/H, assiduamente divulgados pela mídia e internet (LEGNANI, 2012, p. 308).

3.2 Produção de doença

“Problemas que até então não eram vistos como pertencentes ao campo médico passam a ser medicalizados. Frances refere que as ‘dores do cotidiano’ são agora classificadas em um transtorno mental e tratadas com uma pílula” (OLIVEIRA, 2012, p. 298).

Logicamente, como a observação só pode classificar o que lhe é acessível, o DSM se deparará com o fato de ter multiplicado as categorias patológicas, já que não era possível que outro critério além da observação viesse organizar o campo. Assim, classificaram-se mais de uma centena de distúrbios psicóticos, cabendo ao clínico a *escolha* daquele que seria o mais ‘adequado’ para seu paciente. [...] O essencial para um diagnóstico tipo DSM seria o de encontrar, no quadro apresentado pelo paciente, *pelo menos* um número *x* de sintomas repertoriados e observados durante *pelo menos* um número *x* de meses (PINTO, 2012, p. 412).

Pinto destaca que um dos efeitos mais notáveis da utilização do DSM é a noção de comorbidade, ou seja, a concomitância de síndromes e distúrbios num mesmo indivíduo.

Em outro artigo, Stephan Malta Oliveira destaca que com a criação de uma categoria de risco para a psicose, ou seja, indivíduos que tenderiam a desenvolver posteriormente o transtorno, o número de ‘falsos positivos’ seria elevado, ou seja,

de indivíduos que serão incluídos na categoria, mas que mais tarde não desenvolverão qualquer transtorno psicótico. [...] Dessa maneira, os indivíduos categorizados serão, provavelmente, submetidos a todos os riscos inerentes a uma terapia medicamentosa, que se dá, preferencialmente, pelo uso de um neuroléptico atípico, submetendo de tal forma os indivíduos tratados a riscos como, por exemplo: ganho de peso, problemas cardiovasculares e, em última instância, até mesmo relativos à diminuição da própria expectativa de vida. Além disso, o indivíduo ainda pode ser estigmatizado de maneira desnecessária, e possíveis implicações com relação ao sentido de controle e de responsabilidade podem ocorrer (OLIVEIRA, 2012, p. 303).

Uma das possíveis alternativas à construção da categoria PRS/APSS pode ser a elevação do ponto de corte. Isso poderia ser uma das maneiras de se tentar reduzir o número de indivíduos ‘falsos positivos’. Por outro lado, poderia haver o aumento dos ‘falsos negativos’; ou seja, ampliação do número de indivíduos não incluídos na categoria, que, portanto, não submetidos a intervenções, e que, futuramente, poderiam desenvolver um quadro psicótico franco (OLIVEIRA, 2012, p. 305).

No debate que se estabeleceu acerca de uma nova categoria nosológica no DSM-V,

Frances confere uma crítica inicialmente à própria elaboração do DSM-5 e à tendência do manual a adotar critérios diagnósticos dimensionais. Com isso, afirma o autor, a taxa de transtorno mental aumentaria drasticamente e haveria a inclusão de muitos traços ‘normais’ sob a rubrica da ‘doença mental’. Ainda segundo ele, um dos principais fatores candidatos a explicar o ‘crescimento’ dos transtornos mentais é o uso recreacional cada vez mais difundido dos psicotrópicos (OLIVEIRA, 2012, p. 302-303).

Ainda segundo Oliveira, um fator que pode contribuir para a disseminação de quadros psiquiátricos é a acessibilidade a informações médicas difundidas na internet, o que pode contribuir para que haja excesso de autodiagnósticos. “Em muitos casos, os pacientes conhecem mais acerca de um determinado medicamento que o próprio médico” (OLIVEIRA, 2012, p. 298).

Dessa maneira, a fronteira normal/patológico se torna imprecisa, menos por uma inclusão pela norma dos casos abjetos e mais pela extensão do que é patológico. Diferentemente da lógica do ‘é normal ser diferente’, introduz-se a do ‘é comum ter um transtorno’, o que, contudo, contribui para a desestigmatização (OLIVEIRA, 2012, p. 303).

Também Legnani relata os efeitos dessa disseminação:

Outro ponto a ser considerado é a hegemonia do discurso científico sobre o referido quadro que se incorpora no sistema escolar. Também bombardeados pelas informações da mídia e manuais médicos de orientação sobre a problemática, os professores acatam inteiramente a concepção de que as condições do aprendizado das crianças dependem do funcionamento cerebral (corrigido pela medicação) e não

mais pela ação do outro social, o qual teria um papel imprescindível na estruturação (cognitiva, subjetiva) do aluno. O aprendizado passa a ser visto como produto interno, resultante do adequado funcionamento do organismo e não mais com a transmissão do conhecimento (LEGNANI, 2012, p. 309).

3.3 Medicalização⁴

Segundo Pinto, frente a uma prática fundada na classificação de síndromes e distúrbios advindos da observação, onde não há discussão de causas, a cura se torna um caso praticamente impossível, e o tratamento se transforma em prescrição de paliativos, cuja função central será sempre de diminuir o sofrimento imediato sem que as causas deste sejam colocadas em questão, calando o sujeito na clínica. Tal possibilidade representa um conforto para o paciente que, sob efeitos destes medicamentos –reconhecidos pela ciência –, dormirá à noite ou acordará pela manhã sem a experiência muito invasiva de suas mazelas e igualmente para o médico, que estará agindo de acordo com um manual, representação do conhecimento materializado. Seguindo esse modelo, a cura seria atingida quando o sujeito tivesse conseguido desvencilhar-se de seu sintoma e que pudesse então retomar suas atividades ‘normais’. No entanto, seguindo tal orientação, as causas do sofrimento psíquico e moral continuam indiscerníveis, e é por isso que alguns destes tratamentos paliativos acabam se tornando intermináveis, retroalimentando o círculo perverso da dependência (PINTO, 2012).

Essa visão é reiterada por Legnani, que afirma que

Dentro da tradição médica há uma arraigada concepção, que guarda uma compatibilização com os primórdios do positivismo, de que o patológico deve ser normatizado e re-equilibrado, isto é, deve-se retirar o que está em excesso ou complementar o insuficiente. Canguilhem (1995) aponta que em torno desse ideário houve um gradativo esvaziamento da positividade dos sintomas e o ‘momento clínico’, junto ao paciente, tornou-se sem sentido, pois o interesse terapêutico é, sobretudo, o de normatizar o biológico com a medicalização (LEGNANI, 2012, p. 316-317).

“Nessas condições, como saber o que acontece com a evolução da queixa, da história de vida do sujeito, dos seus sentimentos ou, ao menos, de sua estrutura subjetiva? Não se saberá” (PINTO, 2012, p. 413)

Afinal essas dimensões não são pertinentes às práticas diagnósticas classificatórias. Os médicos de clínica geral, guiados por manuais como o DSM, creem habitualmente na lógica da correspondência termo a termo entre um distúrbio e uma

⁴ “O conceito de medicalização pode ser definido, de acordo com Conrad (1992), como uma apropriação pelo campo da medicina de questões e problemas que anteriormente não eram considerados médicos, mas de outra ordem, como questões e problemas sociais, jurídicos, existenciais, etc.” (OLIVEIRA, 2012, p. 295).

droga, o que nos remete ao problema da disseminação quase irresponsável dos psicotrópicos na sociedade contemporânea (PINTO, 2012, p. 414).

Acrescenta-se que a necessidade de elaboração de padrões psicopatológicos sofreu forte influência da indústria farmacêutica, atuando como um importante mecanismo de propagação da epidemia dos quadros psiquiátricos (OLIVEIRA, 2012).

Obrigada a realizar um estudo detalhado por cada nova substância elaborada, com dados sobre sua incidência sobre uma classe determinada de distúrbios, esta indústria tinha uma grande necessidade de um padrão psicopatológico para testar os medicamentos sobre a população alvo. Além disso, os seguros-saúde exigiam a criação de uma nomenclatura padronizada, como o DSM, para poder controlar de forma mais eficaz a grade de tratamentos reembolsados e para qual tipo de doença (PINTO, 2012, p. 413).

3.4 Psicanálise

A medicina empirista encara a psicanálise como uma ameaça devido a seus questionamentos sobre os fundamentos das práticas médicas habituadas às síndromes classificadas e às promessas de curas químicas. Ao contrário

da escolha epistemológica empirista está o modelo clínico da escuta de um discurso subjetivo. Proposta pela psicanálise, esta clínica defende a hipótese de que o fenômeno, a sua pluralidade, possui uma organização intrínseca e que somente pelo conhecimento dessa organização é que se pode aprender a significação de um fenômeno. Essa organização estrutural das psicopatologias se fundaria na estrutura mesma da linguagem considerada enquanto lugar por excelência do registro simbólico. O modelo teórico e prático que a psicanálise propõe é, desse modo, muito particular, pois diagnóstico e tratamento serão abordados pela mesma via: a fala de um sujeito (PINTO, 2012, p. 414-415).

As teorias clínicas do sentido objetivo estariam alinhadas pelo modelo médico, enquanto as do sentido subjetivo tratariam o sintoma como a expressão de uma subjetividade, e não simplesmente de um corpo mecânico. Essa distinção implica outra, decisiva para a prática clínica, e ela trata da ação do clínico sobre o sintoma. Se se parte do princípio que o sintoma possui um sentido objetivo, isso significa que sua formação e sua desconstrução se passam sem nenhuma intervenção do sujeito. [...] As clínicas que consideram o sentido subjetivo do sintoma constituem-se sobre as bases de uma noção de sujeito presente e engajada na construção e na eventual desconstrução de sua patologia (PINTO, 2012, p. 417).

Legnani analisa que os traços de desatenção, hiperatividade e impulsividade, característicos do TDAH “inserem-se em uma complexa rede intrinsecamente social e não podem, por isso mesmo, serem pensados como decorrentes de um distúrbio orgânico isolado dos processos intersubjetivos e dialógicos” (2012, p. 309).

Nessa perspectiva, o que ocorre no campo orgânico pode ser pensado como um ‘efeito’ do posicionamento subjetivo da criança e não como ‘causa originária’ da problemática do TDA/H. Ou seja, o aparato biológico é totalmente transformado pela linguagem e pela cultura durante a constituição do sujeito. Assim sendo, não se trata de negar a presença do orgânico nessa problemática, mas, sim, de repensá-la, pois o sistema simbólico, modifica, à medida que perpassa, tanto o orgânico quanto

o psiquismo. Dessa forma, pode-se inferir: diferentes posicionamentos subjetivos resultam em diferentes funcionamentos das funções psicológicas as quais, por sua vez, inscrevem-se de diferentes formas no funcionamento cerebral (LEGNANI, 2012, p. 317).

Para essa clínica, não se trata, como querem os ‘cientistas’, de crer em superstições ou de se lançar numa prática adivinha, mas de restituir ao sujeito seu próprio sofrimento e sua responsabilidade, abandonando assim as práticas do saber afirmado do Outro difundidas pelos manuais psiquiátricos. [...] A clínica psicanalítica seria assim totalmente inserida numa tradição teórica da subjetividade do sentido, o que explica as razões de uma prática não padronizada, uma clínica do caso a caso, do singular, sem generalização de regras universais enrijecendo uma relação qualquer entre uma causa patológica e um efeito psicossomático ou sintomático (PINTO, 2012, p. 417).

3.5 Considerações

A partir da ênfase que os autores atribuem em seus artigos, nos é determinada a leitura dos efeitos do DSM. Acabam, por assim dizer, nos direcionando a dividi-los em dois grupos principais: aqueles que denunciam o impacto que essa clínica tem sobre a vida das pessoas; e aqueles onde a análise recai sobre o DSM, no sentido de aprimoramento do método.

No primeiro grupo, merece destaque, o artigo *Os alcances e limites da medicalização do risco para a psicose: a emergência de uma nova categoria?* sob os aspectos da hipermedicalização e da disseminação de psicotrópicos e transtornos mentais, ponto também abordado em *Crítica do empirismo aplicado à psicopatologia clínica: da esterilidade do dsm a uma saída pela psicanálise*.

No segundo grupo, *Os alcances e limites da medicalização do risco para a psicose: a emergência de uma nova categoria?* também está presente ao sugerir um aprimoramento do limiar que há entre falsos-negativos e falsos-positivos. Em *Crítica do empirismo aplicado à psicopatologia clínica: da esterilidade do dsm a uma saída pela psicanálise*, Tereza Pinto retrata a psicanálise como a alternativa ao método científico. Enquanto, em *Efeitos Imaginários do Diagnóstico de TDA/H na subjetividade da criança*, Viviane Legnani, apoia a interação entre a parte orgânica e a psicanálise, não se tratando, portanto, de negar a existência da doença orgânica, mas sim de aliar outros fatores que podem interferir no comportamento do transtorno. E finalmente, *TDAH – Investigação dos critérios para diagnóstico do subtipo predominantemente desatento*, onde Domingos e Larroca buscam o aprimoramento da cientificidade e objetividade no DSM.

4. ANÁLISE E CONCLUSÃO

É inerente à racionalidade da medicina uma objetividade diagnóstica vinculada à eficiência, ou seja, há uma ou mais patologias que se enquadram aos sintomas observáveis em determinado paciente e para esta ou estas patologias há um determinado tratamento. O perigo surge no método para atingir determinada objetividade: a doença se torna uma entidade superior e alheia ao sujeito, que surge apenas como um receptáculo desta. No caso da Psiquiatria, esta estratégia é ainda mais arriscada, já que ao lidar com o ser humano, suas múltiplas dimensões deveriam ser consideradas para seu possível diagnóstico. Ou em outras palavras, o método diagnóstico vinculado ao sistema classificatório apresentado pelo DSM, não dá conta de explicar a unidade biopsicossocial em que consiste o ser humano. Seria de extrema arrogância supor um método em que todos os aspectos, sejam eles biológicos, sociais e psicológicos, fossem revelados ao profissional e desta maneira, o diagnóstico seria fidedigno ao sujeito. Expôr a totalidade do sujeito é uma utopia, afinal há sempre a leitura do real, nunca do real em si. Contudo, elevar o aspecto orgânico em detrimento dos demais está longe de ser o melhor método diagnóstico. “A observação clínica limita o próprio interesse específico à área sintomatológica e é incompatível com a vida integral do paciente” (DELL’ACQUA & MEZZINA, 2005, p. 176). O ideal e mais honesto seria buscar uma interdisciplinaridade e o pluralismo de saberes, tentando abranger o maior número de dimensões que pudessem colocar em primeiro plano a subjetividade do sujeito.

O olhar médico não encontra o doente, mas a sua doença, e em seu corpo não lê uma biografia, mas uma patologia na qual a subjetividade do paciente desaparece atrás da objetividade dos sinais sintomáticos que não remetem a um ambiente ou a um modo de viver ou a uma série de hábitos adquiridos, mas remetem a um quadro clínico onde as diferenças individuais que afetam a evolução da doença desaparecem naquela gramática de sintomas, com a qual o médico classifica a entidade mórbida como o botânico classifica as plantas (GALIMBERTI apud ROTELLI et al., 2001, p. 92-93).

Esse aspecto de desumanização e reducionismo do sujeito podem estar atribuídos ao aspecto autoritário que a medicina apresenta, onde somente o médico detém o conhecimento. “Hoje a medicina está dotada de um poder autoritário com funções normalizadoras que vão bem além da existência das doenças e da demanda do doente” (FOUCAULT, 2010, p. 181). Ressalta-se que essa crítica pode ser dirigida a todas as profissões a saúde que operam sob tal racionalidade da medicina.

Quando afirmamos que os sujeitos apresentam tais ou quais padrões de conduta afetiva, baseamo-nos em regularidades construídas sobre generalizações empíricas, e não em inferências causais verificáveis ou deduções causais corroboráveis ou falsificáveis, como se queira. Dito de outra forma, quando observamos que certas

narrativas de vida ou certas histórias biográficas típicas tendem a assumir tal ou qual feição psicológica, inclusive e sobretudo a do distúrbio mental, não podemos universalizar estes dados, na suposição de que representem leis universal do psiquismo humano. Nenhum psiquiatra e nenhuma teoria podem afirmar o que é e o que será o psiquismo humano em todos os mundos possíveis (COSTA, 1989, p. 15).

Apesar da condução da estratégia de transformação da instituição psiquiátrica estar voltada para a exploração plural de modalidades de atenção ao sofrimento e resgate dos laços sociais dos pacientes, é necessário reconhecer que essa não é uma perspectiva hegemônica. “Há muitos que não compartilham dessa atitude e tendem a considerá-la uma espécie de ‘desvirtuamento’ da tarefa clínica psiquiátrica em seu sentido estrito” (CORBISIER, 2000, p. 284).

A interlocução entre tais perspectivas, que pode ser um exercício extremamente fecundo para o trabalho clínico, tende a se atrofiar inteiramente, trazendo como resultado o mesmo tratamento para todos. [...] Sai de cena a singularidade de cada pessoa para surgirem essas figuras universais, os esquizofrênicos, os bipolares, sempre catalogados como animais exóticos numa enciclopédia. Em nome de uma suposta objetividade, trai-se o espírito da clínica. [...] O olhar que se debruça sobre o ‘caos’ tende a lidar com o que é diferente apenas como desvio, como doença, como anormalidade. A riqueza subjetiva e a engenhosidade da construção de cada formação sintomática se dilui na enumeração de critérios de diagnóstico (CORBISIER, 2000, p. 284).

Na maioria das vezes, entram em cena somente os sintomas que apresentam um caráter, ou pelo menos são assim interpretados, negativo. Contudo também há espaço para os aspectos positivos. A criatividade, a audácia, a inteligência, a sensibilidade, a imaginação, a originalidade e o atributo desafiador e motivador para aqueles que convivem com pessoas que não correspondem às expectativas da maneira como a sociedade espera, reagindo a estímulos e a diferentes contextos de forma inusitada e inesperada.

Ao encarar a doença como experiência não separável da existência, o trabalho terapêutico deve agir efetivamente sobre um campo de múltiplas dimensões, no qual além do sintoma manifestado de maneira orgânica, estão presentes a dimensão afetiva na relação terapêutica, contextualização da relação médico-paciente e a tentativa de aliar figuras não profissionais como um meio de enriquecer a existência global, concreta e complexa dos pacientes, facilitando as relações sociais. Para isso, o ideal seria lugares – os serviços territoriais – que criam atmosferas de convívio, em que possam emergir o imprevisível, a diferença, a criatividade e a história de cada um. Ao não fixar um quadro normativo previamente estabelecido, ou seja, tentar encaixar o sujeito em questão em conceitos predeterminados em sistemas classificatórios, as ações operativas concretas mantem-se relevantes, já que cada caso é particular e único (ROTELLI et al., 2001). “As múltiplas

relações de cumplicidade e de confiança não só não representam ulteriores instrumentos para desfazer o conflito e a recusa da relação com o serviço, mas também são atos terapêuticos em si” (DELL’ACQUA & MEZZINA, 2005, p. 177).

A terapia entendida não tanto como uma relação individual entre médico e paciente mas sobretudo como um sistema organizado de teorias, normas, prestações é em geral o processo que liga o diagnóstico ao prognóstico, que conduz da doença à cura. Mas se o objeto ao invés de ser ‘a doença’ torna-se ‘a existência-sofrimento dos pacientes’ e a sua relação com o corpo social, então desinstitucionalização será o processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição para este objeto bastante diferente do anterior e terapia passa a ser entendida como um conjunto complexo, cotidiano e elementar de estratégias indiretas e mediatas que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento. O sofrimento psíquico talvez não se anule, mas mudam as formas e o peso com que este sofrimento entra em jogo na vida de uma pessoa. Preliminarmente é importante que exista a condição para que o paciente psiquiátrico possa estar melhor. O trabalho terapêutico é um percurso dinâmico em contínua transformação, feito de tentativas, erros e aprendizagens, no qual os objetivos mudam durante o percurso porque são modificados os sujeitos em jogo (ROTELLI et al., 2001).

As características da organização e do trabalho terapêutico que emergiram do processo de desconstrução do manicômio trouxeram um enriquecimento das competências profissionais e dos espaços de autonomia de decisão dos operadores e transformaram tanto a modalidade da formação profissional quanto os critérios para avaliá-la. O crescimento da profissionalidade não é portanto uma aquisição estática, uma vez que a partir da desconstrução do manicômio os operadores, acima de tudo, ‘aprenderam a aprender’. A profissionalidade se explica menos em termos de competências técnicas especializadas e codificadas e muito mais como capacidade de escolher, utilizar e combinar uma ampla variedade de modalidades e recursos de intervenção (ROTELLI et al., 2001, p. 44-45).

No caso da desinstitucionalização, além da base profissional definida pelo título acadêmico vinculado ao conhecimento teórico, a formação também é estreitamente ancorada no trabalho operativo e coletivo, no qual a equipe é vista como um meio possível para socializar as experiências, compartilhando e colaborando nas decisões alheias. Os operadores estão em um contínuo processo de autotransformação e aprendizagem em contraste com os efeitos de empobrecimento frente a tentativa de reduzir a complexidade e singularidade da experiência de sofrimento pela descrição do fenômeno oferecida por um modelo teórico, como por exemplo, o DSM. Um importante aspecto presente neste modelo é o perfil profissional atual. Será que os profissionais que atuarão diagnosticando estão aptos a não se restringir a um manual? A conciliar, sem privilegiar, os aspectos? “Quando se substitui a

pluralidade de perspectivas e ações pela uniformidade de uma única maneira de abordar a tarefa clínica, todos acabam perdendo” (CORBISIER, 2000, p. 285).

Apesar dos pressupostos científicos e dos fins terapêuticos que pretendia ter, a Psiquiatria, para Rotelli, constitui-se como uma primeira prática desconfirmadora do paradigma racionalista problema-solução, onde nessa relação, o problema é a doença e a solução a cura, entendida como a normalidade plenamente restabelecida.

Esta desconfirmação apresenta-se em primeiro lugar no objeto da competência psiquiátrica: a doença mental. De fato, desde suas origens, a Psiquiatria está condenada a se ocupar de um objeto, a doença mental, que na realidade é bastante “não conhecível” e frequentemente incurável (Bleuler, 1983); malgrado os enormes esforços para dar-lhe uma explicação e definição racional, ampliando e tornando mais complexo o quadro das causas (com as contribuições da psiquiatria social e relacional, as pesquisas epidemiológicas, biológicas, imunológicas, etc.) ao final da cadeia causal a doença continua largamente indeterminada e indefinida; e ainda, apesar do desenvolvimento das terapias de ‘choque’, das farmacológicas, das psicoterapias, etc., a cronicidade continua a ser o objeto por excelência, o problema e o sinal mais evidente da impotência da Psiquiatria em alcançar a solução-cura (e os manicômios são a evidência concreta de tudo isso) (ROTELLI et al., 2001, p. 26).

Uma coisa é ampliar nossa capacidade de entendimento dos mecanismos físico-químicos, hormonais ou genéticos que se encontram na base de funcionamento do cérebro e do sistema nervoso central (sem ao quais qualquer vida subjetiva é impossível; afinal, não somos espectros ou seres incorpórais). É claro que avançar nesse sentido amplia nossas possibilidades de atuação e, portanto, pode nos oferecer modo de intervenção biológica mais eficazes do que temos à disposição no arsenal atual. Mas há um enorme salto não justificado quando passamos a tratar a descrição fisicalista dos fenômenos cerebrais como chave para a compreensão da vida psíquica. Supor [...] que se possa reduzir o vocabulário psicológico ou subjetivo ao fisicalista ou orgânico é mais do que uma ilusão, é uma tomada de posição filosófica e política. Significa dotar o discurso biológico de superioridade hierárquica em relação a outras formas de descrição da experiência humana. E a atribuição dessa superioridade deriva de uma definição que é prévia aos resultados de qualquer pesquisa. Parte-se do princípio de que é o discurso científico que detém a chave que desvenda de forma inequívoca os mistérios do mundo, e acrescenta-se uma definição de ciência que exclui todas as formas de conhecimento que não se encaixem no modelo das ciências exatas ou naturais (CORBISIER, 2000, p. 287-288).

É importante termos em mente que o processo de desinstitucionalização⁵ ainda não foi plenamente alcançado, já que uma reforma social é sobretudo um processo complexo e não linear. Os serviços de comunidade oferecidos atualmente, se desenvolveram junto ao hospital psiquiátrico, segundo uma lógica de subdivisão da prestação de serviço. Diferenciam-se em três principais modelos:

⁵ Desinstitucionalização entendida como processo social que busca a mobilização de todos os sujeitos sociais envolvidos, principalmente os pacientes. Transformando, dessa forma, as relações de poder entre estes e as instituições. Ou em outras palavras, desinstitucionalização como libertação das funções arcaicas e impróprias de controle social e segregação adotadas pela Psiquiatria no modelo clássico, no qual o manicômio constituía a única resposta ao sofrimento psíquico.

o modelo médico, que tem seu lugar institucional no hospital geral e sua prestação principal na ministração de fármacos; o modelo do auxílio social, que privilegia as condições materiais da vida da pessoa e oferece assistência social; o modelo de escuta terapêutica, que privilegia a vivência subjetiva e oferece psicoterapia (ROTELLI et al., 2001, p. 21).

Como pode ser observado, não há vínculo então entre esses tipos de serviços, gerando uma separação uns dos outros e posteriormente, especializações por tipos singulares de prestação. “Este desenvolvimento é particularmente observável no campo das psicoterapias” (CASTEL apud ROTELLI et al., 2001, p. 21-22).

As análises sociológicas e sócio-psiquiátricas têm insistido em apontar os riscos presentes nesta difusão e especialização dos serviços psiquiátricos na comunidade: psiquiatrização dos problemas sociais e difusão capilar dos mecanismos de controle social na comunidade (nota-se o caso extremo das terapias para os normais) (ROTELLI et al., 2001, p. 22).

O aspecto da disseminação de transtornos foi um tema abordado em boa parte dos artigos expostos no capítulo anterior. Associar comportamentos singulares a transtornos mentais acaba por gerar um viés de banalização e ao mesmo tempo uma suposta desestigmatização. É natural que diante do estranho sintamos receio, criando-se estigmatizações. Infelizmente, também há a cultura de inferiorização ao não-familiar. Contudo, se o número de diagnósticos de transtornos é crescente, ou haverá estigmatizações em massa ou os demais encararão como natural.

“Toda Psiquiatria está inevitavelmente comprometida com o social, queiram ou não os psiquiatras” (COSTA, 1989, p. 10).

A medicina nos finais do século XVIII “começou a levar em conta outros campos, distintos dos doentes, quando se interessou por aspectos que não as doenças, e deixou de ser essencialmente clínica para começar a ser social” (FOUCAULT, 2010, p. 182). Outro importante aspecto foi a introdução de mecanismos de administração médica, ou seja, registro de dados, comparação, estabelecimento de estatísticas, entre outros. Aspectos esses que continuam em vigência nos dias atuais. Já no século XIX, ainda havia a existência de um campo de práticas não controláveis, nem codificáveis pela medicina, mesmo que esta tivesse ultrapassado os limites dos doentes e das doenças (FOUCAULT, 2010).

Com o Plano Beveridge⁶, a saúde entra no campo da macroeconomia, o conjunto das condições que permitem assegurar a saúde dos indivíduos converte-se em uma fonte de

⁶ Este plano elaborado no ano de 1942 serviu de modelo à organização da saúde depois da Segunda Guerra Mundial. Num momento em que a guerra causava grandes estragos, uma sociedade assume a tarefa

despesas. Mesmo que houvesse desigualdade econômica – de bens – entre as pessoas, era de grande importância que a política orçamentária se comprometesse em garantir uma equiparação no rendimento, mediante o sistema de impostos, para que todos pudessem ter as mesmas possibilidades de se tratar e de eventualmente se curar. “A saúde, a doença e o corpo começam a ter suas bases de socialização e, por sua vez, se convertem em um instrumento de socialização dos indivíduos” (FOUCAULT, 2010, p. 170).

O indivíduo é compreendido como uma máquina que opera enquanto uma ‘força de trabalho’, e conceitos como ‘normal’ e ‘anormal’ ganham materialidade, sendo a norma vigente relacionada ao aumento do capital humano – compreendida na vertente do ‘saudável’ - e os desvios dessa norma relacionados à diminuição do capital – compreendidos na vertente do adoecimento. A partir dessa noção, pode-se apreender que quaisquer desvios na dimensão da funcionalidade, tanto no plano acadêmico quanto no plano profissional, podem ser vistos como patológicos (OLIVEIRA, 2012, p. 296).

A medicina era encarada como um instrumento de manutenção e reprodução da força de trabalho, seu melhoramento e reprodução, garantindo à sociedade indivíduos fortes e capazes de trabalhar. Atualmente, a medicina além de produzir riqueza indiretamente através da força de trabalho, encontra a economia por outra via: constituindo a saúde como objeto de lucro ao ser produzido pelos laboratórios farmacêuticos, médicos, etc. e objeto de desejo ao ser consumido pelos doentes potenciais. “A saúde adquiriu importância econômica e se introduziu no mercado” (FOUCAULT, 2010, p. 188).

Os grandes lucros da saúde vão para as empresas farmacêuticas. [...] Se esta situação ainda não está bem presente na consciência dos consumidores de saúde, ou seja, dos assegurados sociais, os médicos a conhecem perfeitamente. Estes profissionais, cada vez mais, se dão conta de que estão se convertendo em intermediários quase automáticos entre indústria farmacêutica e a demanda do cliente, quer dizer, em simples distribuidores de medicamentos e medicação (FOUCAULT, 2010, p. 191).

Refletir criticamente sobre a prática psiquiátrica não é uma tarefa fácil, afinal nenhum saber científico ousaria explicar a globalidade da conduta humana a partir de um único princípio explicativo. O DSM não deve ser jamais absolutizado, servindo como uma ótima fonte de conhecimento teórico que deve ser reinterpretado caso a caso dentro das possibilidades e utilizado em maneira conjunta a outros métodos diagnósticos, abarcando a subjetividade e aprimorando dessa forma, a aplicabilidade deste modelo teórico.

explícita de garantir a seus membros não só a vida, mas a vida em boa saúde. Desde então o corpo do indivíduo se converte em um dos objetivos principais da intervenção do Estado (FOUCAULT, 2010).

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo. O paradigma psiquiátrico. In: AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996, p. 37-64.
- _____. Loucura, Cultura e Subjetividade: Conceitos e Estratégias, Percursos e Atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: FLEURY, Sonia (Org.). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 163-186.
- _____. A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Loucos pela vida**. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995, p. 57-70.
- AMARANTE, P. D. de C.; TORRE, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26-34, maio/ago. 2001.
- BASAGLIA, Franco. Apresentação a *Che cos'è la psichiatria?* In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005, p. 61-72.
- CORBISIER, Cláudia. A Reforma Psiquiátrica: avanços e limites de uma experiência. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.
- COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. 4. ed. Rio de Janeiro: Xenon Ed., 1989. 187p.
- DELL'ACQUA, Giuseppe; MEZZINA, Roberto. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, Paulo (Coord.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. vol. 2. Rio de Janeiro: Nau, 2005.
- DOMINGOS, Neide Micelli; LARROCA, Lilian Martins. TDAH – Investigação dos critérios para diagnóstico do subtipo predominantemente desatento. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 113-123, jan/jun. 2012.
- FOUCAULT, Michel. Crise da medicina ou crise da antimedicina? **Verve. Revista do Núcleo de Sociabilidade Libertária da PUC-SP**. Nr. 18, 2010.
- JAPIASSÚ, Hilton; MARCONDES, Danilo. **Dicionário básico de Filosofia**, 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.
- LEGNANI, Viviane Neves. Efeitos imaginários do diagnóstico de TDA/H na subjetividade da criança. **Fractal, Rev. Psicol.**, v. 24, n. 2, p. 307-322, maio/ago. 2012.
- MATOS, E. G. de; MATOS, T. M. G. de; MATOS, G. M. G. de. A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Rio Grande do Sul, v. 27, n. 3, p. 312-318, dez. 2005.

OLIVEIRA, Stephan Malta. Os alcances e limites da medicalização do risco para a psicose: a emergência de uma nova categoria? **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p. 291-309, 2012.

PINTO, Tereza. Crítica do empirismo aplicado à psicopatologia clínica: da esterelidade do DSM a uma saída pela psicanálise. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 405-420, dez. 2012.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. do R. (Orgs). **Cidadania e Loucura: Políticas de saúde mental no Brasil**, 7. ed. Petrópolis: Ed. Vozes-Abrasco, 2001, p. 15-73.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, Fernanda (Org.). **Desinstitucionalização**. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2001, p. 17-59.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. A instituição invetada. In: NICÁCIO, Fernanda (Org.). **Desinstitucionalização**. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2001, p. 89-99.

SARACENO, Benedetto. **Libertando Identidade: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**, 2. ed. Rio de Janeiro: Te Corá, 2001.