

LABORATÓRIO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO À SAÚDE  
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Flávio Sagnori Mota

MEDICALIZAÇÃO DA VIDA E PRODUÇÃO DE PSICOPATOLOGIAS:  
uma análise das fronteiras entre normal e patológico

Rio de Janeiro

2013

Flávio Sagnori Mota

MEDICALIZAÇÃO DA VIDA E PRODUÇÃO DE PSICOPATOLOGIAS:  
uma análise das fronteiras entre o normal e o patológico

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: Nina Isabel Soalheiro dos Santos  
Prata

Rio de Janeiro

2013

## SUMÁRIO

1 -INTRODUÇÃO.....	5
2 – AS ORIGENS DA MEDICINA MENTAL: A APROPRIAÇÃO DA LOUCURA PELA RAZÃO.....	7
2.1 O tratamento moral e o modelo asilar.....	9
3 – O DSM: QUESTÕES SOBRE A PSICOPATOLOGIA CONTEMPORÂNEA.....	11
3.1 As sucessivas edições do DSM: um breve relato.....	12
4 – O SIGNIFICADO SOCIAL DOS FÁRMACOS E DO DIAGNÓSTICO E O PAPEL SOCIAL DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA.....	16
5 - REFERÊNCIAS.....	23

## EPÍGRAFE

Carta aos diretores de asilos de loucos

*“Senhores:*

*As leis, os costumes, concedem-lhes o direito de medir o espirito. Esta jurisdição soberana e terrível, vocês a exercem segundo seus próprios padrões de entendimento. (...) Não pensamos em discutir aqui o valor dessa ciência, nem a duvidosa existência das doenças mentais. Porém para cada cem pretendidas patogenias, onde se desencadeia a confusão da matéria e do espirito, para cada cem classificações, onde as mais vagas são também as únicas utilizáveis, quantas tentativas nobres se contam para conseguir melhor compreensão do mundo irreal onde vivem aqueles que vocês encarceraram?”*

**Antonin Artaud**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora Nina Soalheiro que me proporcionou grandes oportunidades de conhecimento sobre o tema, sempre permitindo que eu percorresse o caminho de estudo sobre o tema ao meu modo com os enfoques sobre aspectos de minha escolha.

Agradeço à amiga Thatiana Victoria que me ajudou a traçar um caminho de abordagem do tema, sem o qual nenhum desenvolvimento seria possível.

Agradeço ao CNPQ pelo suporte financeiro e pela oportunidade de iniciação científica no Ensino Médio, experiência que não só influenciou na escolha de minha futura profissão como será um diferencial em meu currículo acadêmico.

Agradeço à minha avó e minha mãe que me ajudaram a consertar meu meu computador que quebrou em momento inoportuno, fazendo com que parte do meu desenvolvimento na monografia fosse perdido.

## 1. INTRODUÇÃO

Este trabalho monográfico pretende estudar os indícios de um processo de medicalização da vida e produção de psicopatologias presente em nossa sociedade. O crescente número de pessoas diagnosticadas com transtornos mentais se torna absurdo. Estaria realmente grande parcela da população mundial “enlouquecendo”?

Segundo Dantas (2009), o uso abusivo de medicamentos parece ser um dos traços significativos de nossa cultura ocidental, fundamentada na convicção de que o sofrimento e o mal-estar devem ser evitados. Nesse sentido, o medicamento aparece como uma solução rápida, um recurso eficaz para suprir a necessidade de bem-estar imposta pela sociedade.

Neste campo de reflexão é preciso antes de tudo ter a consciência de que a abordagem deste tema não pode se dar através de um pensamento simplista, uma vez que as origens deste fenômeno possuem certa complexidade e um caráter multicausal. As discussões recorrentes e pertinentes ao assunto são tão variadas que abrangem desde debates sobre nosologia psiquiátrica até a crítica a indícios de que em nossa cultura ocorra um processo de subversão da subjetividade humana através da patologização das condições inerentes à vida.

Pretende-se abordar este tema no presente estudo a partir de três prismas norteadores – as fronteiras entre normal e patológico, a medicalização da vida e a produção de psicopatologias.

Infante (2011) afirma que a psiquiatria nunca conseguiu aplicar o método anátomo-clínico, pois a maioria das psicopatologias até então não possuem uma sintomatologia, um substrato anátomo-clínico e uma etiologia bem definidos. Desta forma não é possível relacionar diretamente todo transtorno ou distúrbio à um desequilíbrio químico cerebral, por exemplo. Portanto, o processo de prevenção, tratamento e diagnóstico psiquiátricos está intimamente relacionado e dependente das complexas fronteiras entre razão e loucura, às noções de normal e patológico. E, por conseguinte, o estudo destas fronteiras se torna essencial para a compreensão do tema, uma vez que é através dos conceitos de doença - tanto do saber médico científico quanto do senso comum da sociedade - que um comportamento se torna passível de medicalização e medicamentização.

Partindo do princípio que afirma que o papel do indivíduo na sociedade está intrinsecamente submetido a dispositivos de controle social, e esses dispositivos, por sua vez, envolvem mecanismos de formação de identidade, uma reflexão crítica sobre a dimensão do diagnóstico na sociedade pode ser estabelecida. (BERGER, 1980). Não seria o diagnóstico mais um dispositivo de controle, que simultaneamente atribui um papel social ao paciente e

transforma a visão deste sobre si mesmo? Tratando-se de psicopatologias, que como antes explicitado, não possuem vestígios fisiológicos ou anatômicos e possuem existência fundamentada nas noções de razão e loucura, não seria possível supor que o paciente assume a identidade de doente através do diagnóstico? Partindo deste questionamento pretendemos estudar a problemática do papel do diagnóstico na sociedade tentando refletir sobre suas possíveis influências no evidente uso abusivo de psicofármacos.

Na prática clínica de psiquiatria é muito empregado o uso de manuais de classificação como o CID da Organização Mundial de Saúde e em especial o DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) da Associação Americana de Psiquiatria, que são manuais que dividem as doenças em grupos e possuem listas de sintomas orientações e diretrizes para a realização do diagnóstico e tratamento. Estes manuais vêm assumindo importância crescente na prática clínica, tornando-se muitas vezes a única base para a construção dos critérios de um diagnóstico. Como consequência, a contribuição da análise individual de cada caso e a palavra do paciente são substituídas por um método impessoal, buscando, através de critérios de classificação, a inclusão ou exclusão do paciente nas categorias de transtornos mentais.

A cada edição nova, há um crescimento significativo no número de psicopatologias descritas. Nas primeiras edições do DSM havia seis categorias de psicopatologias, hoje existem mais de trezentas. Podemos entender este aumento expressivo como o início de um caminho de medicalização da vida, no sentido em que Medicalizar a vida é tornar passível de diagnóstico, tratamento e prevenção os acontecimentos e as condições inerentes à nossa existência. É um processo que se inicia desde as concepções de normal e patológico na formação do saber científico sobre o complexo conceito de doença. No campo da psicopatologia contemporânea, a dificuldade do entendimento dos transtornos mentais sob os critérios do saber científico cria um campo propício para a medicalização.

Apesar da temática central deste estudo ser bastante atual e estar começando a ganhar espaço e repercussão no meio científico e em vários âmbitos da sociedade - seja com artigos, com manifestos ou formação de movimentos sociais - as origens dos fatores que possivelmente levaram à conformação de muitos aspectos possivelmente relacionados à medicalização da sociedade contemporânea são produtos de um processo histórico que segundo Foucault em História da Loucura, tem seu início na Idade Média. Não há fenômeno contemporâneo que seja resultado de uma construção histórica e contextualizado com as mudanças na sociedade através do tempo.

Deste modo, como ponto de partida, nosso estudo pretende realizar um breve histórico da loucura na Idade Média, partindo da origem das concepções de normal e patológico e do lugar do louco na sociedade. Nesta linha de raciocínio, poderemos estudar as condições que propiciaram o estabelecimento da psiquiatria e as primeiras políticas de tratamento da loucura. Como base desse estudo, buscamos referências na grande empreitada de Foucault ao pesquisar a história da loucura e as concepções de pinel de alienação mental e seu método de tratamento asilar.

Em seguida, ainda dentro de uma abordagem histórica, pretendemos refletir sobre o DSM como manual de diagnóstico que possui grande influência na constituição de concepções de psiquiatria e saúde mental. Com sua origem em meados do século XX, este manual traz uma reflexão mais recente sobre os paradigmas da psiquiatria. Muitos estudos evidenciam a importância da terceira edição do manual com contribuições em aspectos que para muitos estudiosos podem ser vistos como precursores do fenômeno de medicalização. As transformações do DSM-III estão diretamente relacionadas à mudança de paradigma da psiquiatria e a perda de influência da psicanálise sobre o saber psiquiátrico por volta da década de 1970.

Por fim, pretendemos estabelecer uma visão mais geral do assunto, articulando os dois campos explicitados anteriormente ao mesmo tempo em que problematizamos as possíveis influências da indústria farmacêutica sobre o saber científico e o comportamento da sociedade. Partindo de uma reflexão sobre o papel do diagnóstico e do remédio na sociedade, para em seguida refletir melhor, buscando uma definição para o conceito de medicalização da vida.

## **2. AS ORIGENS DA MEDICINA MENTAL: A APROPRIAÇÃO DA LOUCURA PELA RAZÃO**

Para compreender a atualidade da loucura e da psiquiatria torna-se necessária uma revisão histórica dos conceitos e abordagens da doença mental ao longo dos tempos. Os conceitos atuais de loucura não são os mesmos de séculos atrás. A abordagem tanto conceitual como prática no tratamento da loucura foi se modificando até chegar à conformação que temos hoje (AMARANTE, 2003). Tais modificações foram acompanhadas por mudanças no modo de se referir à loucura, o primitivo conceito pineliano de “alienação mental” deu espaço ao conceito de “doença mental” que atualmente foi substituído por “transtorno mental” ou “distúrbio mental” (AMARANTE; TORRE, 2010).

Buscando compreender o espaço social que ocupou a loucura ao longo dos anos, podemos exemplificar a sociedade da Grécia Antiga na qual havia uma concepção divina da loucura, acreditava-se que o que o louco dizia era importante e necessário, suas frases – geralmente incompreensíveis- eram interpretadas como um meio de aproximação do homem com os deuses. Logo a loucura possuía um lugar na sociedade, não havendo repressão, pois desta forma havia uma utilidade para ela (AMARANTE, 2003). Porém, esta realidade não era absoluta, e transformou-se ao longo dos séculos. Remontando a Idade Média, tomamos como referência os estudos de Foucault em seu livro “A História da Loucura”. Nesta obra, ele compõe o contexto da loucura em diferentes épocas, reunindo informações de diferentes campos de saberes para estabelecer o momento de surgimento da psiquiatria. (SOALHEIRO, 1997) Nesta abordagem do tema, efetua a distinção e articulação de dois aspectos distintos que concernem à saúde mental: a percepção e o conhecimento. A percepção diz respeito a aspectos que não estão ligados ao discurso teórico sobre a loucura, e sim aspectos sociais do lugar do louco na sociedade. Já o conhecimento diz respeito ao conhecimento teórico em si sobre a loucura, as concepções de saúde mental (CARVALHO, 1995). Além disso, o empreendimento de Foucault em sua obra tinha como objetivo estabelecer relações de poder entre os saberes, com este enfoque segundo Machado o estudo acabou : “(...) não se limitando às fronteiras espaciais e temporais da disciplina psiquiátrica, a análise percorre o campo do saber – psiquiátrico ou não – sobre loucura, procurando estabelecer suas diversas configurações arqueológicas.”(MACHADO, 1979 p. 8).

Logo no início de sua obra, Foucault contextualiza o lugar da loucura na sociedade da seguinte forma:

“Ao final da Idade Média, a lepra desaparece do mundo ocidental. Às margens da comunidade, às portas das cidades, abrem-se como que grandes praias que esse mal deixou de

assombrar, mas que também deixou estéreis e inabitáveis durante longo tempo. Durante séculos, essas extensões pertencerão ao desumano. Do século XIV ao XVII, vão esperar e solicitar, através de estranhas encantações, uma nova encarnação do mal, um outro esgar do medo, mágicas renovadas de purificação e exclusão.” (FOUCAULT, 1978 p. 4)

Esta nova encarnação do mal é a loucura. Deste ponto, segue um breve histórico da diminuição do número de casos de hanseníase - na época denominada lepra- na Europa por volta dos séculos XVI e XVII. Na época, os leprosários encontram-se cada vez mais inabitados, portanto seus bens são doados aos hospitais, destinados à caridade ou por outras vezes servem como abrigo para loucos. Desta forma, a loucura se encontra em um mesmo nível social que a miséria e que a hanseníase. (FOUCAULT, 1978, p. 5)

Em seguida, o Foucault apresenta a figura da Nau dos Loucos, barco que fazia parte do imaginário da Renascença que deslizava pelos rios da Renânia, transportando os insanos de uma cidade para outra (CARVALHO, 1995). “Os loucos tinham então uma existência facilmente errante. As cidades escorraçavam-nos de seus muros; deixava-se que corressem pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos de mercadores e peregrinos” (FOUCAULT, 1978, p. 9). Existia neste ponto ainda certa tolerância ao louco, sua existência é dotada de certa liberdade mesmo com seu destino errante.

A relação estabelecida com o louco até então não é a doença. A loucura não possui ainda o status de doença mental. O louco é visto como ser completamente distinto do não-louco. O que significa que a loucura ainda não é objeto de estudo científico, não há lógica por trás da falta de lógica. E assim, progressivamente, a partir do século XVII tem início o processo de grande internação, que consiste na política de isolamento dos loucos. Não há nessa prática ainda o interesse do estudo, do tratamento e da cura, a internação é uma medida de organização social (SOALHEIRO, 1997). A partir disso, é notável que, segundo os estudos de Foucault, a psiquiatria da época não buscou compreender a essência da loucura e sim representou um aumento das políticas de repressão tendo como instrumento para tal as instituições, os hospitais gerais. (MACHADO, 1979; SOALHEIRO, 1997)

O interesse científico na loucura e seu estabelecimento como verdade médica começam a ocorrer somente no final do século XVIII, quando a loucura deixa de ser desrazão e se torna alienação. Como alienação, a loucura seria o resultado de um afastamento do indivíduo da natureza, este afastamento é operado pela sociedade, religião e civilização (CARVALHO, 1995). Uma nova concepção acompanha um novo modelo de tratamento, o fracasso do hospital como isolamento abre espaço para a implantação do modelo asilar, uma

nova política de saúde. Com estas transformações, há o surgimento da medicina mental, estas foram as condições que propiciaram o surgimento da psiquiatria (SOALHEIRO, 1997).

## **2.1 O tratamento moral e o modelo asilar**

No contexto onde a presença médica no espaço hospitalar foi fundamental para produção de novos conhecimentos, o acontecimento que simbolizou e consolidou a apreensão da loucura como verdade médica foi o gesto pineliano. Em 1793, Phillip Pinel foi nomeado médico chefe do Hospital de Bicêtre na França e ficou então conhecido por desacorrentar os loucos, propondo um novo método de abordagem. (AMARANTE, 2003; CARVALHO, 1995).

Quando Pinel chegou ao hospital de Bicêtre, este ainda era uma instituição de assistência e de ordenamento social. O hospital abrigava não somente loucos, mas uma grande variedade de pessoas como devassos, prostitutas, venéreos, pobres e desabrigados, por exemplo. O novo método de abordagem de Pinel foi mais um caso da transformação do hospital de exclusão em hospital medicalizado. As mudanças propostas seguiam esta tendência de transformação que não ocorria exclusivamente na França, se repetindo também em outras partes da Europa. O estabelecimento do hospital como local de cura, tratamento e de produção de saber médico proporcionou o surgimento da psiquiatria. O gesto pineliano foi o desacorrentamento dos loucos, simbolizando uma maneira mais humana de tratar a loucura. As principais transformações operadas por Pinel não estão relacionadas ao campo da compreensão e do desenvolvimento científico sobre as psicopatologias, e sim relacionadas ao método de tratamento da loucura (CARVALHO, 1995). Ao propor o termo “alienação mental”, Pinel elevou a loucura para o status de doença. Neste conceito, ele retoma as ideias de Hipócrates, portanto alienado mental seria um indivíduo que se deixa dominar por paixões artificiais, distanciando-se da realidade, tendo sua mente direcionada por impulsos subjetivos (AMARANTE, 2003). Neste conceito, as alterações fisiológicas e anatômicas no sistema nervoso não estão como principais causas da alienação mental. Através de estudos com necropsias, Pinel concluiu que a alienação mental está mais ligada a distúrbios da mente, estando o cérebro na maioria dos casos em perfeito funcionamento (CARVALHO, 2003) A medicina do final do século XVIII era baseada na anatomopatologia, não havia dúvidas sobre a ciência médica que conseguia demonstrar a etiologia da doença através de necropsias. Porém a psiquiatria de Pinel não conseguia se encaixar neste modelo, não havia indício anatomopatológico observável. Isso tudo evidencia que a psiquiatria está muito mais voltada para a terapia do que para a etiologia, estava voltada para o método, como exposto anteriormente (SOALHEIRO, 1997).

Baseado na ausência de indícios anatomopatológicos e em sua concepção sobre a loucura, Pinel desenvolve um método de tratamento moral que se chama de tecnologia pineliana. Esta tecnologia é basicamente composta por organização do espaço asilar, isolamento e uma relação terapêutica baseada na autoridade (AMARANTE, 2003).

O hospital torna-se asilo, pois é necessário isolar para conhecer. O indivíduo deve ser retirado de seu ambiente para que não sofra influências que causem o desequilíbrio das paixões, o isolamento era um instrumento terapêutico. A exclusão social seria benéfica ao indivíduo e, além disso, simultaneamente ao tratamento, o indivíduo isolado seria objeto de estudo. O tratamento moral consistia também em um regime disciplinar, um regime de organização do espaço asilar. Os pacientes eram mantidos sobre o regime disciplinar do asilo, devendo se submeter à autoridade dos médicos, que supervisionariam seu comportamento. O trabalho também era um instrumento terapêutico, Pinel acreditava que este era um poderoso remédio contra o delírio e as falsas ideias (AMARANTE, 2003).

Quando narramos aqui a patologização da loucura e a consolidação da psiquiatria, narramos um processo que repercutiu em nossa história. Aqui discorremos sobre mudanças que contribuíram para a constituição da psicopatologia contemporânea, sobre um modelo cujas características se encontram ainda atualmente muito presentes no cenário da psiquiatria. A transformação do louco da Idade Média e sua desrazão em alienado mental, e conseqüentemente em doente mental faz parte da história de um monólogo. Ao excluir socialmente, estudar e tratar a loucura, há em mente um princípio que difere indivíduos insanos, uma norma de diferenciação. Normal e patológicos são conceitos essencialmente normativos, sendo produzidos pelo saber, pelo senso-comum. O conceito de doença só existe devido ao conceito de normal, devido ao estado de bem estar que se deseja alcançar e o que este estado de bem-estar significa. Portanto o estabelecimento da loucura como patologia não é nada além de uma forma de olhar, um modo de compreender. Neste sentido ocorre o monólogo, a loucura não é compreendida como uma forma de identidade, uma simples variação do comportamento humano. Como afirmam Amarante e Carvalho (2000; p. 46):

“ A psiquiatria não revela, encobre. Não deixa a loucura falar por si, mas a (re)constrói como objeto, significado-significante passível de enunciação, conceituação e teorização. Produz discurso sobre a loucura, fala em nome do louco, dá-lhe *status* patológico, prescreve intervenções e cria um campo de práticas”.

Compreendendo como a doença mental é construída discursivamente e como a loucura ocupa historicamente um lugar de exclusão na sociedade, partiremos para um estudo mais elaborado do desenvolvimento da psiquiatria através do DSM para posteriormente

refletirmos sobre o papel do diagnóstico da loucura, os efeitos desse discurso aplicado na vida dos indivíduos, tentando compreender os fenômenos que dão início a um processo de medicalização.

### 3. O DSM: QUESTÕES SOBRE A PSICOPATOLOGIA CONTEMPORÂNEA

O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* lançado pela Associação Americana de Psiquiatria, conhecido por sua sigla DSM, é um sistema de classificação de transtornos mentais que é largamente utilizado na prática clínica por profissionais de saúde mental. Esse manual possui importância inegável em primeiro lugar, pelo fato de padronizar as nomenclaturas das psicopatologias, possibilitando a comunicação entre diversos profissionais através de uma linguagem comum; Em segundo lugar, por permitir estudos estatísticos; Em terceiro, por auxiliar no diagnóstico não só propondo diretrizes para sua realização como descrevendo patologias e suas evoluções, apresentando aspectos associados, a prevalência na população e indicando um tratamento, que geralmente se resume à psicofarmacologia ou à terapia cognitiva comportamental (MATOS, 2005).

Apesar das suas funcionalidades expostas acima, alguns aspectos deste manual fazem com que uma análise crítica do mesmo esteja sendo feita por diferentes segmentos da sociedade. O DSM muitas vezes é utilizado como uma lista infalível para o diagnóstico, substituindo a conversa com o paciente e a análise das particularidades de cada caso. Além disso, por possuir grande confiabilidade na psiquiatria e representar uma ferramenta de referência, o manual não é somente um reflexo do saber psiquiátrico, mas também uma coletânea de saberes que guiam os estudos e as vertentes de pensamento adotadas pelos profissionais de saúde mental. Deste modo, para conhecermos e entendermos seus reflexos na prática clínica e na psicopatologia contemporânea, explicitando como este manual está inserido no fenômeno de medicalização da vida e produção de psicopatologias, uma análise histórica de suas versões é um ponto de partida.

Desde sua criação, o DSM foi sendo revisado, reestruturado, modificado e relançado em sucessivas edições. Atualmente, a última versão lançada é o DSM-IV-R, que foi precedido pelo DSM-I, DSM-II, DSM-III, DSM-III-R e DSM-IV. Cada nova edição, em certos casos, não representava uma atualização do manual aos avanços nos conhecimentos sobre as psicopatologias e as novas descobertas de terapias, e sim grandes mudanças em sua estrutura e sua abordagem de conceitos de saúde mental. Como reflexo do saber psiquiátrico, o DSM estava sincronizado com as mudanças de vertentes que possuíam hegemonia entre os psiquiatras. Portanto, iniciaremos nossa análise a partir da primeira versão do DSM.

### 3.1 As sucessivas edições do DSM: um breve relato

Em torno de meados do século XX, o deslocamento do eixo de criação psicanalítica da Europa para os Estados Unidos, que ocorreu devido à perseguição de Freud e seus seguidores judeus pelo nazismo, fez com que a psicanálise exercesse grande influência e prestígio no campo do saber psiquiátrico da época (RUSSO;VENÂNCIO, 2006). A partir disso, podemos perceber reflexos que vão desde a constituição dos integrantes da Associação Americana de Psiquiatria (FENDRIK, 2011) que eram em sua maioria psicanalistas como o fato de que entre as décadas de 1950 e 1960 ser praticamente impossível fazer carreira como psiquiatra sem um diploma em psicanálise (RUSSO;VENÂNCIO, 2006). A harmonia entre estas duas disciplinas era tamanha que o termo psiquiatria psicanalítica foi muito usado inclusive também em títulos de livros. Harmonia que será desfeita com a crise da psicanálise e as mudanças de paradigma da psiquiatria (MATOS,2005; IZAGUIRRE, 2011).

Neste contexto, em 1952 foi lançada a primeira edição do DSM. O novo manual da Associação Americana de Psiquiatria conseguiu corresponder às demandas de pesquisas estatísticas e promover um consenso terminológico entre os clínicos. Na época o DSM contava com 106 diagnósticos dispostos em 130 páginas (MAYES; HORWITZ, 2005), que se originaram de seis classificações iniciais: mania, melancolia, monomania, paralisia, demência e alcoolismo.

Portanto a concepção de doença mental mais aceita na época abordava a doença mental como uma reação às adversidades e problemas da vida de cada indivíduo (RUSSO;VENÂNCIO, 2006). Os termos utilizados no manual eram evidentemente provenientes da psicanálise, como por exemplo, “neurose”, “conflito neurótico” e “mecanismos de defesa” e era ressaltada a oposição entre neurose e psicose.

Lançada em 1968, a versão subsequente do DSM-I evoluiu a partir da coleta de dados estatísticos e apresentava agora 182 diagnósticos dispostos em 134 páginas (MAYES; HORWITZ, 2005). Esta nova edição evoluiu a partir da coleta de dados estatísticos e não representou uma ruptura com os preceitos anteriores e sim uma intensificação das influências psicanalíticas. Nele, o conceito de reação foi abandonado assim como a concepção “biopsicossocial” dos transtornos mentais., que foi substituída por uma concepção de níveis de desorganização psicológica do indivíduo, uma nova forma de compreender a doença mental (RUSSO;VENÂNCIO, 2006). É importante perceber que tanto no DSM-I e DSM-II não havia grande esforço e elaboração da classificação diagnóstica, pois os sintomas evidentes não revelavam uma doença, eram indícios de conflitos interiores que deviam ser investigados e tratados. E tais conflitos interiores, por sua vez, nunca seriam completamente solucionados e

tratados sem o entendimento da vida pessoal do paciente, de suas condições e experiências de vida (STRAND, 2011).

Em 1980, foi publicada a terceira edição do DSM, agora com 262 diagnósticos e 494 páginas, apresentando uma variedade de classificações e conteúdo muito maior que as versões anteriores (MAYES; HORWITZ, 2005). Além deste fato, representou uma grande ruptura com o padrão de classificação utilizado anteriormente. O manual rompeu com a vertente em hegemonia no campo do saber psiquiátrico, a psicanálise que entrou em crise na década de 1970 deu espaço para a psicofarmacologia e a psiquiatria biológica. Além disso, representou uma mudança na visão da subjetividade humana, estabelecendo novas noções de normal e patológico e formando novos grupos identitários.

Ao mesmo tempo em que revolucionava o campo da psiquiatria, o DSM-III ganhava influência, transformando-se numa bíblia daqueles que se ocupam da prática clínica em saúde mental. Diferentemente de suas versões anteriores, que foram criadas para o uso interno da psiquiatria americana, esta edição se pretendia um instrumento neutro de conteúdo generalizável para todos os tempos e locais. Deste modo, o DSM passou a ser utilizado em outros países, expandindo sua influência.

As transformações na abordagem da doença mental implicaram, por sua vez, uma mudança no modelo de classificação. A terceira edição se pretendia um modelo a-teórico, possibilitando também a testabilidade do diagnóstico, que é realizado através de critérios empíricos. Tal transformação se estruturou a partir de uma crítica ao modelo classificatório anterior, que era baseado na investigação da etiologia dos transtornos mentais característica dos preceitos psicanalíticos, que promoviam uma prática clínica de estudo de caso. Tal crítica representava fortemente a ascensão da psiquiatria biológica como vertente hegemônica na psiquiatria da época.

Outro indício da dominância da psiquiatria biológica nas concepções do DSM-III é divisão entre transtornos orgânicos e não orgânicos. As duas versões anteriores dividiam as psicopatologias de acordo com a psiquiatria clássica diferenciando-as em orgânicas, aquelas em que a etiologia do transtorno consiste em alguma disfunção observável no cérebro; e não orgânicas, as quais são atribuídas uma etiologia psíquica, ocorrendo sem nenhuma alteração neurológica. Na terceira edição tal modelo foi parcialmente mantido, ainda havia um espaço para a abordagem dos transtornos orgânicos separado dos transtornos não orgânicos. Porém o manual ressaltava que os transtornos não orgânicos, apesar da falta de indícios fisiológicos e anatômicos não são independentes do mau funcionamento cerebral, pois nesta concepção todas as psicopatologias possuem sua origem no sistema nervoso. A concepção psicanalítica

desta categoria de transtorno foi abandonada, deixando explícito um caráter fisicalista, um reducionismo biológico da subjetividade humana.

Este fato nos leva a refletir sobre outra alteração alvo de grande polêmica e embate – a retirada ou manutenção do termo psicanalítico “neurose”. Além de ser mais um indício da perda de influência da psicanálise, representava uma adaptação nosológica ao novo modo de se enxergar a doença mental. A psicanálise como um fenômeno cultural influi no modo de vida das pessoas e além de tratar de doenças mentais lidava com “problemas existenciais”, trazendo nessa concepção intrinsecamente a crença na psicoterapia como tratamento. O símbolo máximo deste fato era então, a neurose. Após muito embate, do lado dos novos termos que pretendiam substituir a neurose no manual, os psicanalistas conseguiram que se mantivesse o termo entre parêntesis, porém ao lançarem a versão revisada da terceira edição, o DSM-III-R, os parêntesis foram retirados, extinguindo completamente o termo neurose do manual. Sua retirada do cenário nosológico fez com que fosse multiplicado o número de diagnósticos, essa categoria foi dividida em três outras categorias que por sua vez se dividiam em 18 transtornos, número muito maior do que o inicial no DSM-I em que havia sete reações psiconeuróticas.

No ano de 1995, a quarta versão do DSM foi lançada (RUSSO;VENÂNCIO, 2006). O DSM-IV possuía 886 páginas e 297 diagnósticos (MAYES; HORWITZ, 2005). Não trouxe mudanças significativas em relação aos preceitos do DSM-III, apresentando pequenas modificações em alguns critérios de diagnóstico. É a partir desta edição que o DSM se torna referência para o aprendizado de psicopatologia na formação de profissionais de saúde mental. Posteriormente foi atualizado com uma versão revisada, o DSM-IV-R.

Atualmente, está em desenvolvimento a quinta edição, com o lançamento previsto para o ano de 2013. Suas “evoluções” propostas no campo de classificação estão sendo alvo de debates e grande polêmica no meio científico. Novas patologias como “desregulação do temperamento com disforia”, “síndrome de risco psicótico”, “desordem hipersexual” – consideradas novas “descobertas” da psiquiatria – são classificações que designam respectivamente o comportamento de crianças muito agitadas, comportamentos extravagantes e desejos e impulsos sexuais mais acentuados que o usual (AMARANTE, 2012).

Podemos então enxergar todas essas mudanças como fatores que propiciaram o início de um caminho do que podemos pensar como uma medicalização da vida. É a partir da terceira edição que podemos perceber um caráter farmacologizante nos modelos de classificação atuais. Foram criadas listas de sintomas com critérios claros e empíricos de inclusão e exclusão nas categorias. Todo rompimento teórico e reestruturação do DSM-III

está inegavelmente aliado aos preceitos da psiquiatria biológica, que por sua vez possibilitava o desenvolvimento da psicofarmacologia devido à possibilidade criada pelo novo formato diagnóstico de realizar testes de novos psicofármacos nas condições exigidas pela FDA (Food And Drug Administration) e à possibilidade da criação e delimitação de um mercado consumidor para as indústrias farmacêuticas (STRAND, 2011; RUSSO; VENÂNCIO, 2006). Por este motivo, cada novo transtorno incluído no manual correspondia a inovações da indústria farmacêutica na produção de psicofármacos.

O diagnóstico, se realizado como indicado, a partir de então se torna mecânico e impessoal. A ênfase na classificação das novas versões acabou por fragmentar os diagnósticos. O conceito de comorbidade proposta pelo manual possibilitou que o paciente fosse encaixado, na maioria dos casos, em mais de um transtorno ao mesmo tempo (MATOS, 2005). O ser humano e sua subjetividade são reduzidos à listas de sintomas que levam à atribuição de uma doença cujo nome, após o diagnóstico, possivelmente significará sua identidade, seu lugar na sociedade.

O DSM, com toda sua influência e prestígio no meio psiquiátrico, parece encaminhar a subjetividade humana para um modelo padronizado, suprimindo as diferenças e patologizando a vida através de seu extremamente elaborado sistema de classificação. Vale citar os dizeres de Silvia Fendrik e Alfredo Jerusalinsky na página 9 da introdução do Livro Negro da Psicopatologia Contemporânea:

“Em um mundo em que o sujeito se desvanece ao redor da promessa de ter respostas para tudo, curiosamente surgem e proliferam as “patologias” que consistem em ser “nada”, ou um “nada” que lhes devolva a possibilidade de desejar “algo”. Acontece que o modelo proposto atualmente substitui o saber pela informação, a falta pela completude, a busca pela resposta “já”, a singularidade da diferença pela repetição do idêntico, o enigma do passado e do futuro pela pretensa certeza garantida do presente. O ideal seria que adaptássemos nossa experiência àquilo que com toda a propriedade poderia se chamar: *Homo Automaticus*?”

Ao definir as fronteiras entre razão e loucura, o DSM parece definir os padrões de comportamento ideais para a sociedade, pois por trás de todo conceito de doença e de anormal há um conceito de saúde e de socialmente aceitável. Tornando-se assim um manual padronizador do comportamento, que possui o prestígio de ser conhecido como saber científico e é referência para médicos psiquiatras e trabalhadores da área da saúde mental. Estes profissionais, por sua vez exercem grande influência na sociedade, que está destinada a seguir o caminho da farmacologização, aceitando este discurso ao consumir as pílulas da normalidade desenvolvidas e produzidas em larga escala pela indústria farmacêutica.

#### **4. O PAPEL SOCIAL DOS FÁRMACOS, DO DIAGNÓSTICO E O PAPEL DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA**

Como visto nos capítulos anteriores, há em nossa sociedade e nos saberes médicos uma crença de que a etiologia da doença mental encontra-se, principalmente, em imperfeições genéticas, desequilíbrios químicos cerebrais e até mesmo em agentes físicos. Por este motivo, os tratamentos empregados atualmente pretendem sanar ou amenizar os efeitos destas adversidades biológicas. Apesar da ênfase e hegemonia desta visão organicista, ainda há espaço no saber científico em psiquiatria para compreender a doença mental como um processo multicausal. Após críticas que afirmavam que esta abordagem organicista era um reducionismo biológico, emergiu no meio científico a crença nos transtornos mentais como produto tanto dos fatores biológicos como sociais, portanto o indivíduo deve ser entendido através de uma visão biopsicossocial de sua existência, ou seja, sendo influenciado tanto pelos fatores biológicos como pelos psicológicos e sociais. Neste sentido, a doença é compreendida como um processo dinâmico. O indivíduo é visto como parte de um todo e por este motivo sofre influências não somente dos fatores biológicos como também socioculturais. Conseqüentemente, a doença de um indivíduo seria também dependente tanto de fatores biológicos como socioculturais e psicológicos.

Tomando como base o aspecto sociocultural, podemos falar em determinação social da doença. O ideal de saúde e bem estar, bem como os conceitos de doença não são iguais em toda a parte do mundo. A partir disso, podemos concluir que a doença seria socialmente determinada, sendo um conceito construído não somente pelo saber científico, mas também pelo senso comum, relações sociais, cultura e ideias de uma sociedade.

A loucura seria então uma construção social, sendo variável e ambígua no que diz respeito à medida em que, por exemplo, a tristeza passa a ser depressão, as variações de humor passam a ser transtorno bipolar, a agitação das crianças passa a ser transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, etc. Isto ocorre de maneira especial com as psicopatologias, pois o diagnóstico psiquiátrico é subjetivo.

Acompanhamos ao longo deste estudo, a partir de duas perspectivas – uma breve análise histórica da loucura e uma breve análise histórica das edições do DSM - as transformações nas concepções de loucura que estão relacionadas ao lugar social do louco e ao saber científico. Após compreender as origens da concepção de loucura, como o DSM - instrumento essencial da psiquiatria contemporânea- foi desenvolvido e como os conceitos de saúde mental estão socialmente contruídos, podemos partir para a análise da dimensão que

essas concepções possuem na sociedade. Ao mesmo tempo em que o processo saúde-doença é socialmente determinado, ele implica mudanças no meio social.

Para discorrer sobre este aspecto, nos apropriaremos do conceito de controle social. “Refere-se aos vários meios usados por uma sociedade para “enquadrar” seus membros recalitrantes. Nenhuma sociedade pode existir sem controle social.” (BERGER, 1980). Para que haja ordem, para que a sociedade não se desfaça, são empregados os mais diversos dispositivos de controle social que garantem que o comportamento do indivíduo seja aceitável e condizente com seu lugar na sociedade. Caso as normas sociais sejam quebradas e a ordem desrespeitada, os mecanismos de controle entram em ação para reestabelecer a ordem. Desde o âmbito familiar à política de um estado são regidos por dispositivos de controle social. Tais dispositivos, por sua vez, vão desde a desaprovação por parte de entes queridos à violência física e privação de direitos por parte do Estado. Em síntese, estar localizado em uma sociedade significa estar submetido aos mais diversos meios de controle social.

Afirmar que o homem somente sofre coerção social, sendo sua relação com a sociedade baseada somente na obediência e resistência à pressão das normas sociais é completamente errado. O indivíduo não só suporta os mecanismos de controle social como quer obedecê-los, portanto estes mecanismos não modificam apenas o lugar social do indivíduo como transforma seu modo de ser e enxergar a si próprio (BERGER, 1980). Há no homem uma vontade profunda de pertencer, para pertencer o sujeito se submete à forças de coerção e assume o lugar na sociedade destinado à ele. Logo, a sociedade possui um papel formador na identidade do ser humano. Assumir um lugar na sociedade determina quais são as ações esperadas de cada indivíduo, seu modo de atuar e suas relações pessoais. Conseqüentemente, o indivíduo transforma a imagem que tem de si.

Compreendido isso, podemos relacionar estes conhecimentos com nosso tema. O diagnóstico é o momento crucial para um paciente, é a partir dele que será adotado um comportamento diferente. Com isso, o paciente toma ciência de suas limitações, de seu prognóstico, de como deve ocorrer seu tratamento e em alguns casos de seu lugar na sociedade a partir de então.

Visto que o diagnóstico produz impactos e transformações na vida do indivíduo, que este a partir de então deve assumir um outro comportamento, não seria possível afirmar que o diagnóstico é mais um dispositivo de controle social? Ao receber um diagnóstico de transtorno bipolar, por exemplo, o paciente passará a comportar-se como portador deste transtorno, consumindo a medicação recomendada, buscando os tratamentos adequados e ,

além disso, identificando-se e ocupando na sociedade o lugar de portador de transtorno bipolar.

Após a análise crítica realizada nos capítulos anteriores sobre a construção do saber médico psiquiátrico e uma discussão sobre as fronteiras entre normal e patológico, onde concluímos que o saber médico psiquiátrico representado no DSM está construído de uma forma patologizante e que as fronteiras entre normal e patológico são ambíguas e contruídas socialmente, podemos aferir então que a psicopatologia contemporânea possui um caráter sugestionável. É possível que através do diagnóstico e somente através dele o paciente assuma a identidade de doente, a psicopatologia pode ser então produzida, fabricada discursivamente, através das palavras do saber técnico-científico, como no DSM e da palavra do médico. Nesta visão, o psiquiatra seria nada mais que um atribuidor de papel social, onde ao encaixar nas grandes listas de classificação do DSM os sintomas de seus pacientes, encontraria então um nome, um termo psiquiátrico, um transtorno que significaria o lugar social que o paciente deve ocupar.

Tanto se assemelha o diagnóstico com os mecanismos de controle social, que ao ser diagnosticado, muitas vezes, o paciente passa a identificar-se como doente. No campo dos transtornos mentais, esta atitude é uma atitude muito cômoda, pois o indivíduo vê ali um modo de explicar e retratar suas características indesejáveis como uma doença, eximindo-se da culpa de possuir seus defeitos.

Com estas afirmações, não pretendemos afirmar que não existam psicopatologias e que todas elas são frutos de um diagnóstico mal realizado. O que parece ocorrer é a transformação de características comuns de nossa existência, como a dor, o cansaço e a tristeza, por exemplo, em psicopatologias. Partindo desse pressuposto, analisamos a dimensão do diagnóstico na sociedade para assim compreender as possíveis consequências da produção de psicopatologias.

A produção de psicopatologias não é somente cômoda para pacientes que desejam encontrar uma razão para suas características indesejáveis de personalidade. Receber um diagnóstico de transtorno mental, demanda muitas vezes o consumo de algum psicofármaco. É neste ponto que a produção de psicopatologias torna-se lucrativa para a indústria farmacêutica. Notadamente conhecida por possuir segundo lugar em termos de concentração de capital, a indústria de medicamentos possui grande papel na formação do saber científico e em produzir campanhas de marketing de seus remédios ou campanhas de conscientização sobre doenças mentais.

A psiquiatria desde depende do tratamento com psicofármacos desde seus primórdios no século XIX, quando os loucos eram internados em asilos. Na época o tratamento com psicofármacos contribuía para elevar a psiquiatria como uma especialidade médica, uma vez que médicos devem promover a possibilidade de cura e este tipo de tratamento proporcionava uma perspectiva de tratamento com efeitos observáveis. Como um exemplo de que o uso de psicofármacos é, possivelmente uma solução não muito adequada, podemos tomar como exemplo a morfina e o ópio que eram empregados no tratamento da loucura, sendo as primeiras substâncias a serem testadas para estes fins no século XIX. Posteriormente, chegou-se a conclusão que estas substâncias não só eram inúteis em contribuições para a cura do paciente como eram altamente viciantes. Experiências semelhantes pareceram se repetir durante a história da psicofarmacologia. Vale citar a promoção da heroína como remédio, operada em grande parte por Sigmund Freud por volta da transição do século XIX para o século XX, como um exemplo semelhante. Os derivados da cocaína eram vistos como uma panacéia para os mais diversos males, conhecidos por produzir um efeito duradouro de euforia e relaxamento. Mais tarde estudos iriam mostrar que a cocaína e a heroína eram altamente viciantes e possuíam sérios efeitos colaterais. Muito influente no meio científico na época, Freud foi utilizado pelas companhias Merck e Parke Davis para promover o uso de cocaína.

Em seguida, os psiquiatras descobriram um novo tipo de substância que parecia promover o tratamento da doença mental – as anfetaminas. As anfetaminas foram largamente utilizadas na primeira metade do século XX e com o tempo seguiram o mesmo destino das drogas anteriores. Estudos comprovaram sua alta toxicidade e capacidade viciante e conseqüentemente sua prescrição foi abandonada pelos psiquiatras.

Foi no pós guerra que houve um aumento na rapidez com que os psicotrópicos eram desenvolvidos. Em 1949 foram publicados estudos sobre o emprego de lítio no tratamento de manias. O marco inicial foi a descoberta em 1952 do psicotrópico sintético denominado clorpromazina que foi o primeiro medicamento antipsicótico. Também conhecida nos Estados Unidos sob o nome comercial de Thorazine, a clorpromazina era antes utilizada como corante e antiparasitário para suínos. A partir de 1952 ganhou a função de psicofármaco, produzindo nos pacientes efeitos de retardamento motor e indiferença emocional. Por este motivo, esta substância é conhecida por produzir uma lobotomia química. Foi com a clorpromazina que a indústria farmacêutica compreendeu que aliada ao marketing, a venda de psicotrópicos poderia ser muito lucrativa, pois esta droga foi largamente comercializada.

Outros psicofármacos como Imipramina, Ipromiazid, Meprobomato e outros seguiram o mesmo destino – descoberta, uso, descoberta de possíveis efeitos colaterais e desuso. Podemos observar, desta forma que a psicofarmacologia se desenvolveu de forma empírica, através de observação dos efeitos de algumas drogas. Pode-se concluir também que em seu princípio, na psicofarmacologia não foram empregados testes científicos que asseguraram a segurança do paciente ao ingerir tais drogas (RUSSO;VENÂNCIO, 2006).

Sabendo que os psicofármacos são largamente empregados como tratamento em saúde mental, vale analisar o papel do remédio na sociedade, buscar entender o que ele representa de modo a buscar compreender como ocorre muitas vezes um consumo exacerbado de medicamentos.

Segundo Dantas (2009), há em nossa sociedade uma necessidade de bem estar constante. Nossa cultura ocidental parece difundir um padrão de vida onde o sucesso profissional e pessoal deve ser alcançado e este sucesso nos traz felicidade e bem-estar. Conseqüentemente não há espaço nem tempo para a dor, todas adversidades inerentes à existência devem ser evitadas. Nossa sociedade capitalista, globalizada e competitiva de fluxo cada vez mais rápido de informações coloca a dor como sentimento inaceitável. Cada indivíduo deve apresentar o comportamento adequado no tempo adequado em seu caminho para o sucesso, logo, a dor se torna um impedimento, não há espaço para a subjetividade e as idiosincrasias pessoais.

Como afirma Dantas (2009) “ A contemporaneidade, aderida a uma crença quase absoluta no discurso técnico, parece anestesiarse com as descobertas, cada vez mais recentes, de substâncias que prometem desde a perda de peso até a felicidade.”. Neste raciocínio, Dantas (2009) afirma que este é um discurso técnico é um discurso de medicalização e que ambos são discursos míticos. Ou seja, a crença no saber técnico científico, que reduz a subjetividade humana a processos biológicos, induz a medicalização da sociedade, que seria, por sua vez, um fenômeno em que as condições e acontecimentos de nossa vida cotidiana se tornariam passíveis de tratamento, cura e prevenção. Ambos os discursos são caracterizados como míticos por serem uma forma fantasiosa de se apreender a realidade, onde os remédios aparecem como uma solução mágica para todos os males.

Neste contexto estão situados os psicofármacos, como uma panacéia para todos os males do espírito, suprimindo as variações de humor, a tristeza, o desgaste e todo tipo de sentimento considerado inadequado. São considerados também um bem de consumo que, como diz a autora, transgride as fronteiras da ciência e do saber médico para fazer parte de nosso cotidiano.

A mídia e os meios de comunicação de massa possuem o papel de difundir e reafirmar o discurso de medicalização. Neste ponto encaminharemos nosso raciocínio para estudar também a dimensão da indústria farmacêutica na sociedade. A indústria farmacêutica é a segunda maior no mundo no quesito de acumulação de capital, o que significa dizer que em nosso mundo capitalista ela possui grande poder e influência. Tal influência parece transgredir os valores éticos e morais de nossa sociedade.

É comumente dito que a indústria de remédios gasta mais em marketing e propaganda que em pesquisa e desenvolvimento. O que nos induz a pensar que muito além de promover avanços científicos na saúde, os grandes laboratórios farmacológicos estão interessados em lucrar através da criação de um mercado consumidor, transformando pacientes em consumidores e doença em lucro. Por meio de campanhas publicitárias e de conscientização sobre saúde, as indústrias farmacêuticas parecem ser responsáveis por fomentar o processo de medicalização. Tal procedimento ocorre com estratégias publicitárias que pretendem fazer com que a população se sinta identificada com tal psicopatologia – o que quando aplicado à psicopatologias não se torna difícil – e em seguida aconselhando o indivíduo a procurar o médico ou tratamento farmacológico.

Segundo Angell (2009 apud CARVALHO 2009, p. 30) a indústria farmacêutica possui grande influência na saúde de forma a gerar conflitos éticos, estabelecendo uma relação de corrupção. Neste artigo Angel denuncia casos em que figuras importantes na produção de saber científico sobre doença mental, como o presidente da Associação Psiquiátrica Americana e chefes dos setores de psiquiatria de influentes universidades americanas receberam grandes quantias em dinheiro para realizar testes laboratoriais de psicofármacos e ministrar palestras. Fica evidente então que a indústria farmacêutica influencia os resultados de pesquisas, o modo de praticar medicina e até mesmo as definições de doenças.

Ao denunciar estas relações de corrupção, Angel nos leva a refletir sobre quanto do saber científico é influenciado pela indústria farmacêutica. Não seria possível que as transformações no DSM-III tenham sido operadas sob influência de grandes companhias farmacêuticas? E teriam realmente todos os psicofármacos prescritos atualmente sido submetidos a rigorosos testes laboratoriais de modo a conferir segurança aos pacientes? Não é possível que todo o campo da psicopatologia contemporânea seja influenciado e corrompido.

## REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental, Políticas e Instituições**. Material Didático do Curso de Especialização em Saúde Mental. Rio de Janeiro: EAD/ENSP/FIOCRUZ, 2003.
- AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. **Medicalização e determinação social dos transtornos mentais: a questão da indústria de medicamentos na produção de saber e políticas**. Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária/ Roberto Passos Nogueira (Organizador) – Rio de Janeiro: Cebes, 2010.
- AMARANTE, Paulo. Psiquiatrização da vida e o DSM V: desafios para o início do século XXI. Disponível em:  
<<http://www.cebes.org.br/verBlog.asp?idConteudo=2429&idSubCategoria=56>>. Acesso em: 10 de junho de 2012.
- ANGELL, Marcia. Drug Companies & Doctors: A Story of Corruption. Disponível em:  
<<http://www.nybooks.com/articles/archives/2009/jan/15/drug-companies-doctors-a-story-of-corruption/>> . Acesso em: 16 de dez. de 2012.
- BRUM, Eliane. **Os robôs não nos invejam mais**. Revista Época, 24 de out. de 2011. Disponível em: <<http://revistaepoca.globo.com/Sociedade/noticia/2011/10/os-robos-nao-nos-invejam-mais.html>>. Acesso em: 6 de nov. de 2011.
- CARVALHO, Alexandre M. T. de; AMARANTE, Paulo. **Forças, Diferença e Loucura: pensando para além do princípio da clínica**. In: Paulo Amarante (Org). Ensaio Subjetividade, Saúde Mental, Sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 41-52.
- CARVALHO, Marinilda. **Laços de Corrupção**. As Fundações Abrem Caminho. Rio de Janeiro. Radis comunicação em saúde. v.79. p. 30-33. Março de 2009.
- BERGER, Peter L. **Perspectivas sociológicas** : uma visão humanística. 7.ed. Petrópolis: Vozes, 1986. 201p.
- CARVALHO, Maria Cecília A. **Sobre a Formação Teórico-Clínica de Médicos Psiquiatras: Um Estudo na Rede de Saúde de Niterói**. 1995. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Departamento de Psicologia da PUC/RJ.
- CARVALHO, Marinilda. **Laços de Corrupção**. As Fundações Abrem Caminho. Rio de Janeiro. Radis comunicação em saúde. v.79. p. 30-33. Março de 2009.
- DANTAS, Jurema Barros. **Tecnificação da vida: uma discussão sobre o discurso de medicalização da sociedade**. Fractal: Revista de Psicologia. v. 2, n. 3, p. 563-580, set./dez. 2009. Disponível em:

<<http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/Fractal/article/view/202/365>>. Acesso em: 10 de nov. de 2011.

DUNKER, Christian I. L.; NETO, Fuad K. **A crítica psicanalítica do DSM-IV – breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria**. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, v. 14, n. 4, p. 611-626, dezembro 2011.

FENDRIK, Silvia. **O DSM-IV: uma metafísica comportamentalista? O Livro Negro da Psicopatologia Contemporânea**. Jerusalinsky, Alfredo; Fendrik, Silvia (orgs.);

FENDRIK, Silvia; JERUSALINSK, Alfredo. **Introdução**. O Livro Negro da Psicopatologia Contemporânea. Jerusalinsky, Alfredo; Fendrik, Silvia (orgs.); 2 ed. Rio de Janeiro: Via Lettera, 2011. 280 p

HEATH, I; **Combating Disease Mongering: Daunting but Nonetheless Essential**. PLoS Med. 2006 ed. 146. Disponível em:

<<http://www.ploscollections.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0030146;jsessionid=7EBA95CADE8F85E345658A430BA72D64>>. Acesso em: 11 de nov. 2011.

INFANTE, Domingos Paulo; **Psiquiatria para que e para quem? O Livro Negro da Psicopatologia Contemporânea**. Jerusalinsky, Alfredo; Fendrik, Silvia (orgs.); 2 ed. Via Lettera – Rio de Janeiro, 2011. 280 p

IZAGUIRRE, Guillermo; **Elogio ao DSM-IV**. O Livro Negro da Psicopatologia Contemporânea. Jerusalinsky, Alfredo; Fendrik, Silvia (orgs.); 2 ed. Via Lettera – Rio de Janeiro, 2011. 280 p

MATOS, Evandro Gomes de; MATOS, Thania Mello Gomes de; MATOS, Gustavo Mello Gomes 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, p. 312-318, set/dez 2005.

Disponível em:

<[http://www.revistapsiqrs.org.br/administracao/arquivos/importancia\\_limitacoes\\_dsm\\_iv.pdf](http://www.revistapsiqrs.org.br/administracao/arquivos/importancia_limitacoes_dsm_iv.pdf)>

Acesso em: 10 de nov. 2011.

MAYES, Rick; HORWITZ, Allan V. **DSM-III and the revolution in the classification of mental illness**. Journal of the History of the Behavioral Sciences, v. 41,p. 249–267, verão 2005. Disponível em:

<http://pages.towson.edu/garcia/medical%20sociology/2011%20fall%20medical%20soci/dsmiii.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2012.

MOYNIHAN, R; HENRY, D. **The Fight against Disease Mongering: Generating Knowledge for Action**. PLoS Med. 2006, ed. 191. Disponível em:

<<http://www.ploscollections.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0030191;jsessionid=7EBA95CADE8F85E345658A430BA72D64>>. Acesso em: 11 de nov. 2011.

RUSSO, Jane; VENÂNCIO, Ana Teresa A. **Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III.** *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, ed. 9, p. 460-483, abril de 2006.

STRAND, Michael. **Where do classifications come from? The DSM-III, the transformation of American psychiatry, and the problem of origins in the sociology of knowledge.** *Theory and Society*, Volume 40, Number 3, May 2011 , p. 273-313