



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA



ANDRÉ FILIPE DOS SANTOS LEITE

**ANTECIPAR E INTERVIR:  
O DISCURSO DO RISCO NO DSM-5**

Aracaju  
2016

ANDRÉ FILIPE DOS SANTOS LEITE

**ANTECIPAR E INTERVIR:  
O DISCURSO DO RISCO NO DSM-5**

Monografia apresentada ao Departamento de Medicina, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de Sergipe, para obtenção do título de Médico.

Orientação: Profº Dr. Rogério da Silva Paes Henriques

Aracaju  
2016

A QUEM DEDICAR?

**A todos/as aqueles/as que em algum momento estiveram à minha frente, capturados/as  
sob o rótulo de “pacientes”**

## AGRADECIMENTOS

Agradecer. “Ato ou efeito de mostrar ou manifestar gratidão, render graças, reconhecer, compensar de maneira equivalente, retribuir”. Dito dessa forma, de maneira tão simples e dicionarística, agradecer parece ser uma dessas ações bem fáceis de se realizar. Afinal, basta inicialmente dispor-se a um exercício de memória de reconstituir situações passadas que se mostram merecedoras do ato de agradecimento no momento presente, para em seguida engrenar um movimento de resposta verbal ou atitudinal em direção àquele ou àquilo que fora eleito pela memória como merecedor do agradecimento. Mas agora, quando rememoro todos esses anos de graduação e conseqüentemente os anos que antecederam e levaram a própria experiência da graduação, agradecer torna-se um ato deveras difícil e desafiador. Isso porque, esses dois elementos que parecem constituir o exercício de agradecer: a memória e o movimento diretivo, guardam suas próprias particularidades e debilidades.

Ao depender da memória como elemento primaz na produção do ato de agradecimento assume-se o risco de sempre produzir um agradecimento que é incompleto, pois a própria incompletude é item constitutivo do exercício de rememorar, ou seja, a memória é por definição desde sempre e para sempre falha. E segundo, porque esse movimento diretivo que constitui o ato de agradecimento *per si* materializa-se aqui na forma de um texto escrito, o que também guarda suas inúmeras debilidades constitutivas, talvez a mais sensível delas seja a incapacidade de expressar o real através de um código semântico e linguístico específico. Por mais articulada e completa que se mostre uma linguagem ou idioma, aquilo que é da ordem do vivido e do experienciado sempre formata-se numa complexidade casuística que nunca poderá ser reproduzida e apreendida por meio de palavras.

Pois bem, assumindo essas debilidades ontológicas do exercício de agradecimento, ainda assim, me disponho a encenar esboços e possibilidades, mesmo que débeis, fugidias e incompletas, desse ato. Deste modo, não tenho a menor pretensão de tentar aqui totalizar ou materializar plenamente o exercício de agradecer, mas busco apenas estabelecer desenhos, traços e linhas provisórias, dispersas e caóticas; disso que insisto em chamar de agradecimento. Nessas linhas que seguirão, procurarei doravante traçar intensos (des)encontros e (re)arranjos entre imagens, relatos, sonhos, planos, possibilidades, lembranças, experiências, atravessamentos, afetações, desejos e necessidades. Em suma, é em direção à uma intensa polifonia do vivido e do experienciado que aqui pretendo brevemente apontar.

Assim, já assumindo de antemão a caoticidade, a debilidade e o aspecto extremamente introspectivo que esses agradecimentos irão assumir, não poderia iniciar este ensaio de outra

forma se não agradecendo à **Thaísa Costa**, a primeira e mais antiga personagem dessa história. Tentar resumir em palavras o que uma amizade de quase duas décadas representa é a prova cabal do aspecto débil e hesitante - já anunciado anteriormente - que esse texto tomará. Cenários de uma vida compartilhada pululam de forma intensa em minha mente quando ousar lembrar tudo que vivemos juntos, no intuito de estabelecer um esboço de agradecimento por tamanho apoio e dedicação durante tantos anos. Desde o início do Ensino Fundamental na Escola Estadual Presidente John Kennedy até agora já no fim do Ensino Superior na Universidade Federal de Sergipe, fomos a cada dia constituindo, através de partilhas, escutas e sonhos em comum uma sólida, coesa e vital estética de amizade; que me permite dizer com toda segurança e franqueza: eu não poderia ter melhor companheira nessa jornada, obrigado por estar sempre ao meu lado, amiga.

Logo sem demora, parece-me oportuno agradecer em seguida à **Dayroane Ferreira**, afinal se posso resumir o Ensino Fundamental no John Kennedy à potencialidade da amizade de Thaísa; foi, por sua vez, a amizade de Dayroane que não só me atravessou de maneira particularmente intensa e produtiva durante o Ensino Médio no Colégio Estadual Presidente Costa e Silva, como foi também essa mesma amizade que me ensinou que a vida é extremamente fugaz e que o hedonismo é sim uma possibilidade viável e legítima de existência. Obrigado por me ensinar que há uma ética psicótica no processo de deixar-se queimar pela intensidade da vida. Obrigado ainda, por permitir que eu me tornasse um pouco pai do seu filho; além de amigos, tornamo-nos compadres.

Ainda movimentado pelas memórias do John Kennedy e Costa e Silva não poderia deixar de agradecer a todos os professores de ambas as instituições nas figuras de **Marluce Ramos**, bibliotecária do John Kennedy, obrigado por acreditar em mim, quando ninguém mais acreditava na escola pública e de **Maria do Socorro**, bibliotecária do Costa e Silva, a biblioteca sempre foi meu refúgio e você rapidamente compreendeu isso. Depois do John Kennedy e do Costa e Silva recebi uma bolsa integral de estudos para cursar o pré-vestibular numa das melhores e mais tradicionais escolas de Aracaju, o Colégio Arquidiocesano, isso agradeço à **Lucineide Diniz**, então coordenadora do Costa e Silva, sem você essa história seria absolutamente diferente.

Já no Arquidiocesano, em pleno processo vestibular e metido num dos espaços mais herméticos e conservadores da cidade, nunca imaginei que conheceria amizades tão potentes quanto **Jordão Santana** e **Arthur Marinho**. Constituímos à época uma espécie de trio nada convencional à retórica católica e religiosa daquela escola, mas creio que se não fosse dessa forma - compartilhando cafés rotineiros e cigarros esporádicos - não conseguiríamos passar por esse processo do vestibular. Jordão, obrigado especialmente pela partilha de Caio F.,

escritor-poeta que se tornou item estruturante não só de nossa amizade, mas que até hoje atravessa com força e vitalidade meu próprio exercício de escrita. Arthur, seu jeito distraído, desatento e canceriano de dar andamento ao rito cotidiano dos dias, me mostrou que a vida pode ser sim suave na medida certa.

Findo Ensino Fundamental e Médio, e vencido o processo vestibular, era a hora de experimentar o que a Universidade Federal de Sergipe tinha a me oferecer. Mas, bem diferente do que se poderia imaginar, não fui logo de cara afetado pelo estudo da Medicina *per si* - muito pelo contrário, a paixão pelo curso só veio surgir bem mais recentemente, com o início dos estágios obrigatórios -, o que logo de início me encantou nisso que definem como “vida acadêmica” foi a pesquisa científica. Mais especificamente, foi no GESEC, sob a orientação da prof<sup>a</sup> **Claudiene Santos** que teci meus primeiros esboços textuais, participei dos primeiros congressos e realizei diversos - cinco, para ser mais preciso - felizes, intensos e produtivos projetos de Iniciação Científica. Clau, obrigado, por ter me apresentado da maneira mais profunda e absorta a vida de pesquisador. Obrigado, ainda por ter confiado em mim e nos projetos mais mirabolantes que eu lhe propunha. Ser-te-ei eternamente grato!

Nesse processo de pesquisa, conheci inicialmente **Catarina Ribeiro**, querida companheira de Iniciação Científica, que me ensinou que existe vida no acaso, naquilo que não é pré-determinado, naquilo que escapa a nossa necessidade de apreensão. Ainda no grupo de pesquisa, conheci posteriormente, **Thiago Ranniery**, que em tão pouco tempo mostrou-se um dos melhores amigos que a vida poderia me presentear nessa existência. Obrigado pela orientação acadêmica, pelo exercício de escrita conjunta, pelas conversas informais, pelos jantares diversos, pela amizade cotidiana e pelas dúvidas - foram tantas - dirimidas. Nesse longo processo tornamo-nos, professor e aluno, orientador e orientando, amigos, irmãos de uma família absolutamente atípica e até casados, para alguns. Provamos de diversas formas que a vida admite sim uma variabilidade inúmera de possibilidades de relação e existência.

Se a experiência da pesquisa científica foi um importante - se não o principal - componente da minha graduação, fora dos muros da universidade posso dizer que a experiência que mais me atravessou e que até hoje ainda me atravessa com força e intensidade, se tornando inclusive um dos elementos estruturantes mais significativos de minha subjetividade, foi a experiência na militância política LGBT. Foi metido na militância LGBT que conheci amigos queridos e amados que até hoje fazem parte dos meus dias e se constituem como companheiros de uma intensa jornada por um mundo minimamente habitável para determinadas performances de existência. Com **Vinícius Gonzaga, Fábio Peixoto, Francisco Diemerson, Francis Deon Kich, Dalton Sousa, Daniela Macedo, John Max, Lucas Santana** e tantos outros companheiros e companheiras de luta construímos em

2010 da forma mais leve e insuspeita possível o Mexam-SE, um grupo que se reunia quinzenalmente aos sábados no Parque da Sementeira e que se propunha a discussão e ao combate da homolebobitansfobia. Foi com cada um/a desses/as companheiros/as que pude aprender um pouco, se não, bastante sobre a vida.

À Vini, meu mais sincero agradecimento aos abraços apertados, pelo carinho constante e pela recepção sempre terna, definitivamente você foi um dos melhores presentes que a militância LGBT me proporcionou. À Binho agradecer o exemplo de luta política cotidiana e os bons momentos compartilhados querido, acreditar na mudança é um exercício não muito fácil. À Chico, meu querido senhor de Asgard, agradecer por ter tornado sua casa minha também, agradecer pela acolhida sempre certa e cuidadosa. Além do porto sempre seguro, agradecer pelas festas e encontros memoráveis, pelos debates teóricos sempre afinados e pelo afeto a mim sempre dispensado, há também potência política na alegria.

À Francis, obrigado por ressignificar a distância e fazer dos 20 km que nos separavam, um corredor pleno de afeto, bem querer e cuidado. Obrigado pela amizade sincera e pelo carinho constante, obrigado pelas caronas, pelos cafés - ora com canela, ora com cravo, mas sempre sem açúcar -, pelos finais de semana juntos, pelas diversas viagens que fizemos, pelas horas de conversas intermináveis na varanda aqui de casa, pelas discussões sobre nossas pesquisas e anseios futuros. Dividir com você a vida, tem sido um regalo constante de felicidade. À Dalton, agradecer pelos bons momentos partilhados, pelas risadas constantes, pelas viagens empreendidas, pelos diversos jantares e almoços juntos, pelas conversas, obrigado pelo carinho e cuidado de sempre. À Dani, agradecer pelo exemplo de resistência enquanto mulher, preta e lésbica, a vida ruge e urde cotidianamente. À Jhonzinho agradecer as melhores referências musicais, a vida tem mais sentido quando acompanhada de Ney, Maísa, Caetano, Gal e Nelson. E à Lucas, agradecer pelo carinho, cuidado e atenção cotidianas, muito obrigado querido.

Ainda na militância LGBT, mas aqui já atravessado por outras referências estéticas, e entrecortado por outras possibilidades de luta e agência política, agradecer à **Baruc Carvalho**, por constituir-se num irmão tão querido, amado e necessário, de uma família absolutamente pouco usual. Junto com Ranniery e sob a maternidade peculiar de **Fernanda Bravo**, tornamos uma dessas famílias que prescindem de definição pelo afeto que demonstram. Nessa monta agradecer a **Linda Brasil**, **Sofia Favero**, **Geovana Soares**, **Alana Vargas**, **Ana Alyssa** e **Adriana Lohanna**, por me mostrarem que a vida é uma verdadeira máquina de guerra cotidiana. Obrigado pela confiança de compartilharem comigo suas histórias, tenham certeza que a vida tomou outro sentido depois de conhecer vocês.

Agradecer à **Jéssica Alecsandra**, pela amizade mais desnaturada e terna possível; à **Isadora Correia**, por me mostrar que existe uma potência aterradora no caos existencial; à **Bruna Boaventura**, pela serenidade de seus conselhos, pela afetuosidade, calma e leveza de sua amizade e pelos cafés compartilhados na Copenhagen; à **Lívia Biriba e Danuza Farias**, pelo vigor de uma amizade tão agradável e obviamente pelas cervejas no João do Alho; à **Rosane Bezerra**, pelas melhores risadas do mundo; à **Tuanny Meira**, pelos abraços mais afetuosos; à **Juliana Brito**, pela atenção e lembranças constantes.

Sem demora, creio que cabe retornar brevemente à UFS e agradecer ainda aos professores da graduação. Se a Medicina não foi logo de cara motivo de afetação, ela só tornou-se motivo para tal posteriormente, devido ao feliz encontro com vocês. Agradecer à **Ana Débora**, por me mostrar que ainda existe decência e dignidade não só na medicina, mas também na humanidade, agradecer também pela avaliação e correção deste trabalho; à **João Cavalcante**, pelo exemplo de profissional ético e competente; à **Antônio Junior**, por fazer da psiquiatria uma paixão e um desejo profissional e à **Antônio Marques**, por tornar os meses de estágio obrigatório na Saúde da Família o período mais feliz de toda a minha graduação. Se agradecer aos bons professores é um exercício ético, agradecer aos professores incompetentes, sádicos e medíocres que tive durante a graduação é uma necessidade premente, afinal foram vocês mais do que ninguém que me ensinaram com extrema eficácia o tipo de profissional que definitivamente eu não quero ser.

Verdade seja dita, a Medicina não foi tão inóspita e estéril quanto eu imaginava, posso dizer que fiz bons e queridos amigos ao longo do curso, **Marcela Varjão**, **Débora Maciel** e **Genilson Ribeiro**, obrigado pela companhia durante a graduação, vocês deixaram essa jornada um pouco menos solitária. Devo agradecer ainda à **Rogério Paes**, não só pela orientação fraterna e perspicaz desta monografia, mas também pela amizade construída a base de afinidades teóricas, posicionamentos éticos, inclinações políticas em comum e porque não também a base de álcool e boa comida e à **Lívia Ferreira** agradecer inicialmente pela singular acuidade didática, quando com seus exemplos elucidava questões que antes me pareciam inapreensíveis, e agradecer também pelo exercício de amizade construído posteriormente da maneira mais leve, genuína e sincera possível.

Cabe ainda agradecer a potencialidade dos afetos, que me absorveram ao longo desses anos. À **Joana Frazão**, obrigado por ter me amado da forma mais psicótica e inexplicável possível. Obrigado pela intensidade revoltosa que foi nossa relação, obrigado pela inconstância saborosa que foi viver esses dois anos ao seu lado, você desestabilizou minha centralidade de uma maneira absolutamente peculiar. À **Airton Gouveia**, obrigado pelo breve tempo que partilhamos juntos. Obrigado por ter aceitado o desafio de comigo apresentar um

outro modelo de existência para além dos marcos heteronormativos: beijar-te no cinema, andar de mãos dadas contigo no shopping e dançar forró no meio da terceira idade ao som de Elba Ramalho e em pleno Forró Caju serão cenas que jamais esquecerei. À **Conceição Santos**, obrigado pelo amor mais potente e avassalador que um dia senti. Obrigado pela profunda e deliciosa complexidade que foi nossa relação, não apenas em termos políticos - o que nem cabe aqui descrever -, como também e especialmente em termos estéticos, afinal mesclar a intensidade de uma paixão que nos afogava e deglutia vorazmente à serenidade de um amor cotidiano regado à Almodóvar, Chico Buarque, Ingmar Bergman, Bethânia, Lars von Trier, Elis Regina e tantos outros é um exercício de vida que para mim só consegue habitar no registro do indescritível.

Agradecer à **Fátima Leite**, que, em sendo verdadeira a tópica espírita de reencarnação, cumpriu exemplarmente o papel de maternidade que lhe fora atribuído. Obrigado por possibilitar - apesar de seus resmungos, o que hoje percebo que talvez sejam intrínsecos a sua própria personalidade - que financeiramente e materialmente eu atravessasse essa jornada de maneira incólume. À **Mariel Marques**, que além de irmão biológico tornou-se no exercício cotidiano dos dias um desses amigos absolutamente importantes e necessários. Obrigado por essa capacidade de transformar a fragilidade afetiva de uma relação calcada no biológico, na herança genética e na similaridade morfológica numa verdadeira e sólida rede de amizade, cuidado, parceria e afeto. À **Tia Angélica e Tio Alfredo**, que nenhum laço de consanguinidade compartilham comigo, mas que me adotaram como seu filho, provando que o afeto prescinde qualquer acordo hereditário.

Por fim, não poderia deixar de agradecer à conjuntura. Aos motoristas de ônibus que sempre paravam quando me viam correndo atrasado para a faculdade. As bibliotecárias da Biblioteca Pública Municipal Clodomir Silva, que tantas vezes passaram do horário de fechamento da mesma. As auxiliares de serviços gerais do HU, que tantas vezes permitiram que eu esquentasse meu almoço em seu refeitório. E foram tantos outros processos cotidianos que aconteciam sempre ali, corriqueiros, insuspeitos e diariamente, mas que aqui e agora se tornam inapreensíveis ao exercício da memória e consequentemente da escrita. Seria leviano inclusive se eu não agradecesse as políticas públicas sociais instituídas nos governos do ex-presidente Lula e da presidenta Dilma, sem o sistema de cotas, pode até ser que essa história não fosse inapelavelmente impossível, mas com certeza seria bastante improvável. Agradecer às instituições de fomento à pesquisa, afinal foram 05 anos recebendo bolsas de Iniciação Científica. E em última instância, meu maior agradecimento vai aos pacientes que atendi, que confiaram em mim, que permitiram que eu invadisse seu corpo, perscrutasse seus sentimentos, orientasse suas vidas, medicalizasse suas existências. Muitas vezes em um

processo perverso incitado pelos professores, permitiram que eu aprendesse com seu sofrimento, que eu me felicitasse com sua dor, constituindo uma relação que frequentemente era contraditória e estranha para mim; a esses eu devo meu maior obrigado.

*“Quem não se movimenta, não sente as correntes que o prendem”*

*Rosa Luxemburgo*

## RESUMO

LEITE, André Filipe dos Santos. **Antecipar e intervir:** o discurso do risco no DSM-5. 2016. Monografia (Graduação em Medicina) – Departamento de Medicina, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, 2016.

O que nos interessa, nesta monografia, é analisar como o discurso do risco atravessa o principal manual da psiquiatria contemporânea, o DSM-5. A partir de uma linha de ação metodológica depreendida das ciências sociais e humanas em saúde, observamos que o discurso do risco quando atravessa o DSM-5 - através das definições e prescrições que o manual faz sobre determinadas experiências tomadas como transtornos mentais - aciona como estratégia discursiva: “a antecipação dos perigos vindouros”, através de um processo de adstrição – que funciona, tanto através da catalogação e descrição, quanto através da prescrição de intervenções – tanto de determinadas experiências tomadas como estágios ou indicadores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais mais graves no futuro; quanto de determinados sujeitos que ao frustrarem as normas culturais esperadas, oferecem um certo risco iminente ao projeto de sociedade contemporâneo e ocidental, o que chamaremos de dupla tônica do risco. Tal processo de adstrição precoce termina por encenar o projeto de uma psiquiatria preventivista primária, que acaba tanto criando no presente aquilo que supostamente pretendia se evitar o surgimento no momento futuro, quanto opera através de uma homogeneização dos sujeitos que, por seus desvios, oferecem uma ameaça ao mundo do social.

**PALAVRAS-CHAVE:** DSM-5, Discurso do Risco, Saúde Mental.

## SUMÁRIO

<b>1. À guisa de uma introdução .....</b>	<b>03</b>
<b>2. Itinerários teórico-metodológicos para pensar o discurso do risco no DSM-5 .....</b>	<b>07</b>
2.1. DSM: andanças históricas de um manual controverso .....	07
2.2. Da possibilidade da ameaça à regulação do perigo: garimpando elementos conceituais..	13
2.3. Enlaces metodológicos: rotas entre as ciências humanas e sociais e as ciências da saúde ....	20
<b>3. Percursos analítico-investigativos para apreender o discurso do risco no DSM-5.....</b>	<b>25</b>
3.1. À propósito de um prólogo: gerenciando o risco através das classificações .....	25
3.2. Antecipando ameaças e intervindo sobre os perigos: notas de uma analítica do risco no DSM-5...	27
3.3. À maneira de um epílogo: cenários de uma psiquiatria preventiva.....	43
<b>4. Ao modo de uma conclusão .....</b>	<b>45</b>
<b>5. Referências .....</b>	<b>48</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>57</b>

## 1. À GUISA DE UMA INTRODUÇÃO

Existia na pequena cidade de Itaguaí, - segundo nos conta Machado de Assis (2011) – possivelmente lá pelos idos do Brasil Colônia, um certo médico chamado Simão Bacamarte. Possuidor de uma inquestionável sabedoria e de um prestígio inestimado nos reinos de Portugal, Espanha e Algarves, o Dr. Bacamarte recusara o pedido D’el Rey em reger a Faculdade de Coimbra, onde estudara, para lançar-se ao solo brasileiro. “A ciência”, - disse ele a Sua Majestade - “é o meu emprego único; Itaguaí é o meu universo”. Dito isso, meteu-se no interior do Rio de Janeiro, e entregou-se ao estudo das ciências, “alternando as curas com as leituras, e demonstrando os teoremas com cataplasmas”. Ao optar pelos confins do mundo civilizado, instalando-se no lado ignorado do Oceano Atlântico, o Dr. Bacamarte, intentava secretamente e antes de tudo “assegurar seu lugar na história” e cobrir-se de “louros imarcescíveis”. Para tanto, empreendeu uma jornada pelos “domínios imperiais da razão”, tentando em seus estudos descobrir e governar um território desconhecido e inabitado: “o recanto psíquico”. “Trata-se, pois,” – diz o explorador Simão Bacamarte – “de uma experiência que vai mudar a face da terra. A loucura, objeto dos meus estudos, era até agora uma ilha perdida no oceano da razão; começo a suspeitar que é um continente”.

Equipado com as armas do pensamento positivista e herdeiro de um sentimento colonizador muito típico à Europa Ocidental da época, o Dr. Bacamarte utiliza-se então, como meio de conquista da “saúde da alma”, do olhar clínico das ciências médicas. Afinal, como signatária da Medicina, é a ela, e somente a ela, que a Psiquiatria deve buscar suas inspirações epistemológicas e metodológicas. Dessa forma, “uma volúpia científica alumiu os olhos de Simão Bacamarte”, seus olhos “empanados pela cogitação”, “acesos da convicção científica” e “agudos como punhais”, passam a vigiar, escanear, esquadrihar, classificar e organizar os pobres sujeitos da vila de Itaguaí, buscando a todo custo espécimes para sua estufa: a “Casa Verde”. Se em um primeiro momento, esse olhar taxonomizador, serviu de base para a formulação de uma teoria inicial das moléstias cerebrais – “a razão é o perfeito equilíbrio de todas as faculdades, fora daí só insânia” – culminando na internação de quatro quintos da população de Itaguaí na Casa Verde; em um segundo momento, nosso alienista, revê suas premissas iniciais, baseando-se agora no exame dos fatos estatísticos. Assim, uma nova formulação surge: “a verdadeira doutrina não era aquela” – a teoria que “excluía da razão todos os casos em que o equilíbrio das faculdades não fosse perfeito e absoluto” -

“mas a oposta, e, portanto, que se devia admitir como normal e exemplar o desequilíbrio das faculdades e como hipóteses patológicas todos os casos em que aquele equilíbrio fosse ininterrupto”.

Se, portanto, o padrão estatístico era a maioria que apresentava algum desvio de suas faculdades, então aquele que deveria ser internado e curado, era quem mantinha regularidade nas ações e possuía firmeza de caráter, dessa forma, e aliado as revoltas dos itaguaienses, que queriam ver por terra o tirano e a Casa Verde, “essa Bastilha da razão humana”, “no fim de cinco meses e meio estava vazia a Casa Verde”. Contudo, metido em um paradoxo lógico e epistemológico suscitado por suas novas concepções, medonhas tempestades morais desabaram sobre o ilustre médico. Isto, porque “Simão Bacamarte achou em si as características do perfeito equilíbrio mental e moral; pareceu-lhe que possuía a sagacidade, a paciência, a perseverança, a tolerância, a veracidade, o vigor moral, a lealdade, todas as qualidades enfim que podem formar um acabado mentecapto. Duvidou logo, é certo, e chegou mesmo a concluir que era ilusão; mas, sendo homem prudente, resolveu convocar um conselho de amigos, a quem interrogou com franqueza. A opinião foi afirmativa: ‘- Nenhum defeito?’ / ‘- Nenhum’, disse em coro a assembleia. / ‘- Nenhum vício?’ / ‘- Nada’ / ‘- Tudo perfeito?’ / ‘- Tudo’”. Não havia mais o que questionar. O alienista, então, “recolheu-se à Casa Verde”.

Mas afinal, o que a estória do Dr. Bacamarte tem a nos dizer? Qual a pertinência simbólica de “O alienista” para os dias de hoje? Não já teríamos alcançado, no bojo da contemporaneidade, uma conjuntura que nos distanciaria das querelas e quiproquós narrados nas antigas crônicas da pequena Itaguaí? Pelo estado de coisas que se apresenta, parece que não. A literatura ácida de Machado de Assis permanece imanente a qualquer recorte de tempo e espaço, e ao descrever de forma tão arguta a odisseia do Dr. Bacamarte sobre “os domínios da razão”, “o recanto do psíquico”, “o continente da loucura” ou a “saúde da alma”, como queiram, revela muito da pertinência e persistência daquilo que o filósofo francês Michel Foucault (2006a) chamou de “poder psiquiátrico”. As aventuras do Dr. Bacamarte por Itaguaí revelam tanto o movimento de rotular comportamentos e experiências considerados desviantes e transgressivos como doença, o que em tempo, Peter Conrad (2007) tem chamado de medicalização; quanto aponta também para os investimentos psiquiátricos que tentam a todo custo reduzir as experiências dos sujeitos à protocolos médicos alvos de intervenção, algo muito

próximo daquilo que Foucault (2012) chamou de um gerenciamento biopolítico da vida<sup>1</sup>.

Se levadas a uma análise mais profunda, as aventuras do Dr. Bacamarte, tanto ao anunciar processos de medicalização, quanto ao evidenciar os investimentos biopolíticos, guardam em última instância um movimento bem particular de “risco”. Seja o risco inicial, ao qual o Dr. Bacamarte se lançou, ao aventurar-se por terras d’antes desconhecidas; seja o risco de se dedicar especificamente as “doenças do mental”, até a necessidade de intervir sobre determinados sujeitos, evitando o risco de que os mesmos com sua insânia abalem as estruturas da sociedade itaguaiense. Assim, uma espécie de tônica do risco, parece atravessar desde já a obra, mas muito mais que nos determos agora em uma análise aprofundada do conto, exercício sobre o qual Moritz Kon (2014), Araújo Lima (2009) e outros já se debruçaram; o que nos interessa por hora é analisar como o discurso do risco atravessa a psiquiatria contemporânea, e como isso guarda relações com os processos de medicalização da vida e os investimentos biopolíticos sobre os sujeitos. Nesse bojo, parece-nos que isso que chamamos de “psiquiatria contemporânea” se materializa especialmente na figura daquele que é considerado seu principal e mundialmente mais conhecido manual, o “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais”, atualmente em sua quinta edição: DSM-5.

Dito isso, o objetivo principal dessa monografia se configura então em: analisar como o discurso do risco funciona na última edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Assim, o que pretendemos é investigar como o DSM-5, tem instaurado um regime biopolítico e medicalizante pautado na noção de “risco”. Assumir o DSM-5 como eixo para pensarmos a “psiquiatria contemporânea” e suas conexões com o que doravante definiremos como “discurso do risco”, é uma forma de entender o manual como um dispositivo que vai além de suas funções: clínicas, de orientar modelos diagnósticos; terapêuticas, de planejar condutas e prognósticos; epidemiológicas, de reunir dados estatísticos de prevalência e incidência; administrativas, de fornecer códigos para a classificação dos transtornos mentais; burocráticas, de balizar a concessão de benefícios e auxílios financeiros as famílias;

---

<sup>1</sup> Retornaremos a esses conceitos de medicalização, biopolítica, risco, entre outros, no próximo capítulo, denominado “Itinerários teórico-metodológicos para pensar o discurso do risco no DSM-5”. Neste mesmo capítulo, além de nos debruçarmos sobre os conceitos principais com os quais trabalharemos ao longo desta monografia, também serão debatidos os recursos metodológicos utilizados para dar conta desse projeto.

entre outras (ZORZANELLI, 2014). Afora, sua já determinante influência na formação de psiquiatras ao redor do mundo e seu já reconhecido papel de equalizador da nomenclatura utilizada em ensaios clínicos randomizados e duplo-cegos no mundo científico, estamos assumindo, nessa argumentação, que o DSM-5 produz sensíveis impactos no âmbito da cultura, ao se inserir no vocabulário leigo cotidiano, ao habitar matérias veiculadas pela mídia e ao produzir novas formas de descrição de nossas vidas e existências.

Ao longo das análises<sup>2</sup> observamos que esse discurso do risco funciona no DSM-5, a partir de um movimento crescente de catalogação e adstrição de comportamentos – medicalização em outros termos –, tomados como indicadores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais mais graves no futuro e que, portanto, desde agora se tornam alvos potenciais de intervenções de viés preventivo, o que lança cenários, por sua vez, para se intentar uma “psiquiatria preventiva”. Dessa forma, alguns comportamentos, situações e existências tornam-se situações em que a vida se encontra supostamente em risco, perigo, ameaça. Cria-se então, situações potencialmente fomentadoras de graves morbidades futuras, e que devem ser desde já, vigiadas e reguladas – em termos biopolíticos –, tendo seus desvios tratados, para que num futuro próximo ou distante o pior não aconteça. Contudo, o que observamos é justamente que o DSM-5, afundado nessa preocupação exacerbada com o porvir, com o risco de que algo venha a acontecer, no intuito de evitar o surgimento de transtornos futuros; cria no momento presente, aquilo que pretendia evitar no momento futuro, transformando a própria ideia de “psiquiatria preventiva” num paradoxo patente.

Se, logo nas primeiras linhas dessa monografia optamos por inicia-la com a análise de uma crônica de Machado de Assis, é porque apontamos, doravante, que o exercício de escrita que aqui delinearemos não será “usual”. Contudo, mais que uma forma particular de escrita ou um estilo peculiar de produção acadêmica, o exercício que apontaremos, é na verdade um comprometimento político de desterritorialização das formas canônicas e maquinicas de se produzir conhecimento nas sociedades ocidentais. Apostar em outros terrenos no campo das ciências, especialmente das ciências biomédicas, se faz uma necessidade urgente, apontada inclusive por autores da sociologia e antropologia da medicina, tais como Nikolas Rose (2013), Elizabeth Uchôa

---

<sup>2</sup> Tais análises estão condensadas no capítulo “Percurso analítico-investigativo para apreender o discurso do risco no DSM-5”, que é dedicado à discussão dos resultados obtidos da apreciação do DSM-5.

e Jean Vidal (1994), Maria Cecília Minayo e Coimbra Júnior (2005) e tantos outros. Assim, um texto que mesmo escrito em 1882, - numa época em que nem se sonhava com os rigorosos compêndios de patologias psiquiátricas que viriam a surgir tempos depois - se mostra atual, e serve muito bem como alegoria para mostrar o nosso compromisso ético no exercício de escrita desta monografia, especialmente num mundo regido por hegemonias que nunca se pretendem transitórias, como é o caso da psiquiatria contemporânea.

## **2. ITINERÁRIOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS PARA PENSAR O DISCURSO DO RISCO NO DSM-5**

### **2.1. DSM: andanças históricas de um manual controverso**

Em um contexto histórico marcado por diversas classificações em psiquiatria, como as categorizações usadas pela “Associação Médica Americana”, as nomenclaturas das “Forças Armadas dos Estados Unidos” e as terminologias usadas pela “Administração de Veteranos de Guerra”; deduz-se que existia nos Estados Unidos, no início do século XX, um verdadeiro cenário de caos no que se refere a classificação das doenças mentais, já que cada centro, - a exemplo dos acima nominados -, criava uma classificação específica, há depender de suas necessidades. Nesse mesmo período é lançada a sexta edição da Classificação Internacional das Doenças (CID), produzida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que é a primeira a trazer uma seção específica destinada às perturbações mentais. Entretanto, tal manual carecia de informações acerca das síndromes cerebrais crônicas, dos vários distúrbios de personalidade e das reações situacionais ou transitórias, o que contrariou os norte-americanos, cujas pesquisas e interesses clínicos versavam sobre muitas dessas situações que ficaram de fora do manual, e então acusaram a CID-6 de falha, limitada e inadequada à prática clínica (HENRIQUES, 2015).

Então diante desse panorama de caos nas classificações americanas e de descontentamento com a então classificação universal que acabara de surgir é que em 1952, a Associação Americana de Psiquiatria (APA), lança o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), com o objetivo de organizar tanto a classificação psiquiátrica, inicialmente em território americano e depois pelo mundo; quanto servir como alternativa a CID-6, na prática clínica. Assim, surge em 1952, o DSM-I, que ao longo de suas 132 páginas, fornecia critérios para o diagnóstico de 106

perturbações mentais, divididas em transtornos neuróticos, psicóticos e de caráter (BURKLE, 2009).

Bastante influenciado pela psicanálise freudiana, o que pode ser ilustrado pelo uso frequente das noções de “mecanismo de defesa”, “neurose” e “conflito neurótico”, o DSM-I, a partir do uso da noção de “reação”, passa a entender as perturbações mentais

como uma reação a situações existenciais para as quais o indivíduo não seria capaz de oferecer uma resposta adequada. Os sintomas manifestos eram entendidos como a expressão de conflitos subjacentes que desorganizavam a vida subjetiva do indivíduo, impondo-lhe padrões estereotipados de conduta e experiências de dor psíquica. A falência na adaptação às exigências da vida podia se expressar em reações de maior ou menor gravidade, que se manifestavam no surgimento de sintomas neuróticos, psicóticos ou de caráter. Os sintomas tinham, portanto, uma forte dimensão simbólica e relacional carregando em si mesmos um sentido que era preciso desvendar para acionar a estratégias terapêuticas (BEZERRA JR, 2014, p. 19).

Tal conceitualização tanto aproximou o campo psiquiátrico da época às ideias e influências da compreensão psicanalítica de Adolf Meyer de doença mental, quanto afastou inúmeros psiquiatras, que segundo relata Young (1995), se recusaram a adotar o DSM-I como referência para a prática clínica e para a pesquisa. Em 1968, o DSM-II suprimiria o papel central que a ideia de “reação” tinha no manual, contudo as perturbações mentais continuam a ser vistas como “expressões simbólicas de realidades psicológicas (ou psicossociais) latentes” (GAINES, 1992, p. 08), numa perspectiva bem próxima a utilizada pelo DSM-I.

Assim, o DSM-II, com seus 182 transtornos mentais, listados em mais de 134 páginas, amplia a influência da psicanálise em sua nomenclatura, como reflexo da consolidação da hegemonia psicanalítica no campo psiquiátrico norte-americano da época. Nesse contexto, as perturbações mentais corresponderiam a níveis de desorganização psicológica do indivíduo e passariam a ser vistas como a expressão visível de uma realidade psicológica oculta a ser interpretada no curso do diagnóstico e/ou tratamento (RUSSO; VENÂNCIO, 2006), portanto, tal como no DSM-I, a nosografia do DSM-II afirmava a natureza simbólica subjacente dos sintomas psiquiátricos (HENRIQUES, 2015). Contudo, o novo manual apresentava pela primeira vez uma seção dedicada aos transtornos comportamentais na infância e adolescência e outra destinada à descrição dos desvios de natureza sexual, incluindo a homossexualidade na lista de transtornos mentais, de modo a apaziguar as críticas que o DSM-I foi alvo. Mas ainda assim, apesar das “inovações”, a rigor, o DSM continuava sendo mais utilizado como um instrumento para fins administrativos, sem muita

influência na prática clínica, ainda pautada pelos manuais clássicos e pelas orientações teórico-clínicas tradicionais (BEZERRA JR, 2014).

As inclusões dos transtornos supracitados, especialmente da homossexualidade, nas linhas do manual, acabaram surtindo efeito inverso do pretendido e acirraram as críticas em torno do DSM. Pela primeira vez na história das classificações psiquiátricas, o estatuto patológico de uma determinada condição foi politicamente contestado na arena política, resultando na retirada da homossexualidade do rol de patologias mentais ainda na sétima edição do DSM-II (BEZERRA JR, 2014). Assim, em meio a um movimento que clamava maior objetividade do DSM e também impactados tanto pelo Experimento de Rosenham<sup>3</sup>, quanto pelo surgimento dos primeiros psicofármacos<sup>4</sup>, uma sensível ruptura epistemológica acontece em 1980, quando o DSM-III cinde com o modelo classificatório utilizado até então. Ao se basear agora em critérios diagnósticos considerados explícitos e obtidos através da descrição de sinais e sintomas que seriam próprios das perturbações mentais e retratados através dos comportamentos do paciente; o sistema classificatório passa a ser multiaxial – o que proporciona as presentes intervenções biomédicas, como a prescrição de psicofármacos – e alguns termos usados para descrever as perturbações mentais mudam.

A categoria de neurose, por exemplo, a mais utilizada no DSM-II, praticamente desapareceu, sendo mantida apenas entre parênteses em alguns casos e desaparecendo efetivamente a partir da atualização do DSM-III em 1987, o DSM-III-R. Em seu lugar surgiram inúmeros outros transtornos, para ser mais específico 265 categorias diagnósticas nas 494 páginas do DSM-III e 292 categorias diagnósticas nas 597 páginas do DSM-III-R. O DSM-III é então considerado uma mudança de paradigmas na psiquiatria, propondo-se um sistema classificatório a-teórico com relação aos processos patofisiológicos ou etiológicos e descritivo já que as definições dos transtornos consistem fundamentalmente nas descrições de seus aspectos clínicos, o que representa uma aproximação tácita aos modelos metodológicos da medicina clínica.

---

<sup>3</sup> O Experimento Rosenham foi um famoso experimento sobre a validade do diagnóstico psiquiátrico realizado pelo psicólogo David Rosenham em 1972. Nele, um grupo de colaboradores simularam alucinações sonoras numa tentativa de obter a admissão em doze hospitais psiquiátricos de cinco estados dos Estados Unidos, obtendo êxito em todos. E mesmo após 60 dias, a ampla maioria dos hospitais não detectou a fraude. Indignados, os psiquiatras desafiaram Rosenham a enviar falsos pacientes a seus hospitais, com a certeza de que estes agora seriam apanhados. De 193 pacientes, 41 foram dados por impostores e 42 foram qualificados como suspeitos, apesar de Rosenham não ter enviado nenhum falso paciente.

<sup>4</sup> Para mais informações sobre o surgimento dos psicofármacos ler Rogério Henriques (2015) e Silvia Bittencourt (2010).

Assim, influenciados pelos pressupostos da psiquiatria biologicista de Robert Spitzer, o DSM toma um percurso completamente oposto ao que vinha tendo até então - de bases psicanalíticas -, a partir de agora o diagnóstico psiquiátrico deve ser o mais descritivo possível. Doravante tal influência, é que a força-tarefa liderada por Spitzer, para a produção do DSM-III, passa a se autointitular de “neokraepelinianos” (CAPONI, 2011), numa tentativa de recuperar o método clínico-evolutivo de classificação psiquiátrica do Emil Kraepelin. Inspirados nos critérios da nascente “medicina baseada em evidências” e confiantes nos últimos avanços do conhecimento científico, especialmente os grandes estudos populacionais, os assim chamados neokraepelinianos acreditavam que os critérios diagnósticos que configuram uma dada doença mental, deveriam ser baseados na descrição apriorística dos seus sinais e sintomas (HENRIQUES, 2015).

Tal projeto - que conforme observaremos na discussão dos resultados, busca traçar uma linha divisória, mesmo que cinzenta e muitas vezes confusa entre a verdadeira doença mental produzida a partir dos modelos epistemológicos da medicina clínica e o estatuto de normalidade, - deveria se basear, portanto, em dois princípios: 1) as teorias etiológicas deveriam ser confirmadas por “princípios de testabilidade e verificação” e cada transtorno deveria ser identificado por critérios acessíveis à mensuração e observação empírica; e 2) o novo sistema classificatório, deveria ser baseado em critérios supostamente operacionais e ateóricos, o que permitiria a comunicação entre os adeptos de diferentes perspectivas teóricas, bem como entre os pesquisadores e os psiquiatras clínicos, já que todos se refeririam a mesma série de transtornos, utilizando a mesma linguagem (HENRIQUES, 2015, p. 100).

Em 1994, o DSM-IV que listou 374 categorias diagnósticas em 886 páginas, e que, em 2000 sofreu algumas mudanças retornando como DSM-IV-TR, vem reiterar, o quanto a partir do DSM-III, o projeto do DSM desvinculou-se de um entendimento psicossocial explícito das perturbações mentais em prol das explicações biológicas implícitas, em decorrência da necessidade de racionalizar e justificar o aumento na utilização das intervenções farmacológicas. A última edição do DSM, o DSM-5, mantém a mesma composição epistemológica, estruturada em um sistema de classificação padronizado e formatado em listas de critérios sintomáticos rigorosos, que mais parecem *checklists* de sinais e sintomas. As mudanças mais sensíveis nesta última edição referem-se basicamente à inclusão de novos transtornos, exclusão de outros e redistribuição de alguns já existentes em outras categorias, bem como a redefinição dos

critérios utilizados nas categorizações, os quais, com o transcorrer das edições, vem se tornando cada vez mais amplos (MALDONADO, 2011). O DSM-5, publicado em 2013, ao longo de suas mais de 450 categorias diagnósticas, leva ao extremo o arroubo taxonômico impetrado desde 1952, e intensificado em 1980; e, em outras palavras tece com fios e suturas cada mais evidentes os projetos de gerenciamento biopolítico dos corpos e medicalização das existências, sobre os quais nos deteremos mais adiante.

Diante desse cenário, diversas são as movimentações que criticam esse modelo epistemológico iniciado com o DSM-III - e incorporado nas subsequentes edições, especialmente pelo DSM-5 – que torna os critérios diagnósticos das doenças mentais cada vez mais amplos, escorregadios e cinzentos, o que, por conseguinte torna também as fronteiras existentes entre o normal e o patológico cada vez mais difusas e imprecisas (PARIS, PHILLIPS; 2013), se é que algum dia foram bem definidas. Desde as primeiras edições do DSM, sempre existiram críticas contundentes ao manual, realizadas especialmente por psicólogos e psicanalistas, o que há de novo contemporaneamente é que a quinta edição do DSM tem sido atacada com mais ferocidade justamente por quem costumava não só defender o manual, como participar de sua elaboração. Talvez o mais agitado desses críticos seja o professor emérito da Universidade de Duke, o psiquiatra Allen Frances (2010), que aponta como sérios problemas do DSM-5, desde a expansão das fronteiras da psiquiatria para além dos limites de sua competência profissional que desloca comportamentos outrora não pertinentes ao campo de intervenção médica para sua jurisdição; até as relações mercantilistas estabelecidas entre a corporação psiquiátrica e o complexo farmacêutico-industrial. Contudo, essas mesmas críticas podem ser aplicadas à quarta edição do manual, que foi coordenada pelo próprio Allen Frances.

Ainda seguindo essas linhas de críticas ao DSM, o *National Institute of Mental Health* (NIMH), sob a chefia de Thomas Insel desenvolve desde 2009 um projeto paralelo e complementar ao manual da APA, denominado *Research Domain Criteria Project* (RDoC), com o intuito de desenvolver “novos modos de classificação de transtornos mentais baseados nas dimensões do comportamento observável e em medidas neurobiológicas” (INSEL, 2013). Trata-se de um projeto cuja ambição é a de substituir o atual *checklist* de sinais e sintomas do DSM por critérios supostamente mais objetivos, tais como marcadores laboratoriais e exames de neuroimagem. Assim, o RDoC aponta para uma suposta insuficiência das categorias diagnósticas do DSM, baseadas em conjuntos de sintomas clínicos e assinala como norte, a necessidade de um

diagnóstico baseado na genética e na químico-física neuronal (ZORZANELLI; DALGALARRONDO; BANZATO, 2014).

Tendo-se como parâmetro o desenvolvimento científico de outras especialidades médicas e efetuando-se constantes analogias dos transtornos mentais com doenças orgânicas, os idealizadores desse projeto pretendem levar a cabo a redução do fato psiquiátrico ao fato cerebral, o que se for atingido, declara o próprio fim da psiquiatria e a reduz ao campo da neurologia. Assim, numa necessidade de responder as epistemologias médicas hegemônicas, e de, portanto se intitular como especialidade médica plena e de direito, a psiquiatria acaba por encenar o inverso do seu intento, e decreta sua própria morte. Ora, se todos os transtornos mentais passam a ser da ordem da biologia, extingue-se então a noção de mental e se opera apenas com a noção de cerebral, que por sua vez é da ordem da neurologia.

Henriques (2015, p. 110) ainda aponta ao contrário do que alegam os líderes do NIMH e da APA, que a “cooperação” entre ambas as corporações parece ser mais impositiva do que amistosa, e requer a incorporação a curto/médio prazo dos achados do RDoC às futuras edições do DSM, sob a pena de, em caso contrário, se abandonar esse manual, o que em realidade de certo modo já vem sendo feito considerando que o coordenador do NIMH, Thomas Insel, as vésperas do lançamento da última edição do DSM, declarou que o NIMH deve abandonar o DSM como referência para as pesquisas em saúde mental, pois “os pacientes com transtornos mentais merecem algo melhor”. Um suposto “melhor”, que não seria mais baseado no *checklist* sintomatológico do DSM, mas sim na busca dos substratos biológicos das doenças mentais, de modo a fundar uma nosologia psiquiátrica “plenamente científica”, a partir da suposição que os transtornos mentais são transtornos biológicos que envolvem eminentemente os circuitos cerebrais.

Nesse percurso histórico que levou a produção disso que aqui intentamos analisar: o DSM-5, já observamos pistas de alguns cenários que nesse trajeto histórico percorrido permitem que de antemão anunciemos o DSM como uma estratégia biopolítica de gerenciamento dos sujeitos, atravessado por um discurso do risco. Inicialmente as disputas políticas em torno da construção das próprias edições dos manuais, todas construídas para dar conta do contexto histórico-político do momento, o DSM-I que vem como alternativa a CID-6 e o DSM-III, que vem como resposta às críticas ao modelo pautado da psicanálise de até então, são exemplos claros dessas movimentações políticas. A também apontada exponencial proliferação diagnóstica

subsequente à terceira edição do manual, que em sua filiação aos pressupostos da medicina clínica geral tem uma sensível preocupação pela antecipação dos perigos e pelo controle dos riscos. E, mais recentemente o projeto RDoC, que com sua pretensa objetividade biologicista muito mais figura como uma radicalização epistemológica do DSM, do que necessariamente como uma ruptura dos sistemas de raciocínio do mesmo.

Todas essas características evidenciam o caráter, não apenas científico, mas eminentemente político e estratégico que o DSM ocupa, o que descamba para um gerenciamento biopolítico dos sujeitos. No fim, o que queremos apontar já aqui no referencial teórico, antes de partimos propriamente para as análises do manual ou para a discussão específica sobre risco que ocupará as próximas linhas, é que o DSM, ao longo de suas páginas direciona e aponta para um conjunto de intervenções, que tendem a governar não mais somente os indivíduos por meio de certo número de procedimentos disciplinares, mas o conjunto dos viventes constituídos em população, na medida em que essas questões se tornam preocupações políticas.

## **2.2. Da possibilidade da ameaça à regulação do perigo: garimpando elementos conceituais**

Para uma monografia, cujo objetivo principal é responder ao seguinte problema de investigação: como funciona o discurso do risco no DSM-5? Cabe, sem demora, definir, ou ao menos tecer possibilidades conceituais do que se entenderá por discurso e por risco ao longo das próximas linhas, já tentando adiantadamente perceber algumas articulações do que chamaremos de “discurso” e de “risco” com o DSM-5. Em seguida delinearemos conceitos que nos parecem fundamentais discutir, se de fato pretendemos alcançar como objetivo, compreender como funciona o discurso do risco no DSM-5. Assim, termos como biopolítica, medicalização e anormalidade serão apresentados e discutidos nas linhas que compõe esse capítulo, já tentando de algum modo também estabelecer conexões entre esses conceitos e o próprio DSM-5.

Atravessado por definições da linguística, da comunicação social, da filosofia e de outras tantas áreas, a noção de “discurso”, guarda um pluralismo semântico que, longe de aqui quereremos tematizar, nos aconselha a delinear sem demora o que doravante entenderemos por “discurso”, no curso deste manuscrito. Baseados na produção foucaultiana, entenderemos “discurso” *a priori* como uma prática social, que é permeada por relações de saber e poder (FOUCAULT, 1996). Para Foucault (2003, p. 11), uma vez que os discursos são “um conjunto de estratégias que fazem parte das

práticas sociais”, deve-se evitar tomá-los como simples fatos linguísticos, em favor de considerá-los como “jogos estratégicos, de ação e de reação, de pergunta e de resposta, de dominação e de esquiva, como também de luta” (FOUCAULT, 2003, p. 9). Dessa forma, os discursos não são meras interseções entre palavras e coisas, mas, segundo Foucault (2005b, p. 55) são “práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam”.

Quando compreende discurso como prática, Foucault evidencia seu entendimento de que aquilo que se diz sobre algo não simplesmente o representa, mas o institui por estar historicamente associado “às dinâmicas de poder e saber de seu tempo” (FISCHER, 2001, p. 204). No sentido dessa historicidade, os discursos são arquivos daquilo que conta como pensável e dizível numa determinada época: eles repartem significados entre os indivíduos, instituindo o que e como será dito. Ao refutar o emprego do conceito de discurso como um produto da retórica ou como estrutura significativa de um texto, Foucault postula que o horizonte da análise do discurso extrapola e prescinde o das regras sintáticas e semânticas. Assim, em uma perspectiva foucaultiana os discursos não emergem de uma decisão individual dos sujeitos, nem se reduzem a simples expressões de ideias no plano do linguístico, mas extrapolam esses lugares, na medida em que se submetem a regras e a relações específicas de poder, ou seja, acionar uma prática discursiva implica em “falar segundo determinadas regras e expor as relações” (FISCHER, 1996, p. 106).

Se, o discurso “não é produzido por algo ou alguém, nem pode ser reconhecido através de características idiossincráticas” (ARAÚJO, 2007, p. 03), o que importa é justamente a produção histórica desse discurso, ou em outros termos “suas condições de possibilidade” (FOUCAULT, 2007, p. 13). Daí que, nessa perspectiva, dizer que pretendemos compreender como funciona o discurso do risco no DSM-5 significa “analisar aquilo que uma época pôde constituir como objeto para um saber no nível discursivo” (ARAÚJO, 2000, p. 61). Assim, “analisar o discurso seria dar conta exatamente disso: de relações históricas, de práticas muito concretas, que estão ‘vivas’ nos discursos” (FISCHER, 2001, p. 198,199). Analisar o DSM-5, nessa perspectiva, significará antes de tudo tentar escapar da fácil interpretação daquilo que supostamente estaria por trás do manual, procurando explorar ao máximo suas linhas, na medida em que elas são uma produção histórica e política; na medida em que as palavras são também construções; na medida em que a linguagem também é constitutiva de práticas.

Se, nessa perspectiva, Foucault deixa claro que as práticas discursivas estabelecem íntimas relações com outras práticas sociais, culturais e políticas, cabe perguntar agora quais conexões a noção de discurso pode estabelecer com a ideia de risco, ou talvez mais propriamente perguntar inicialmente o que é isso que chamaremos de “risco”, para depois pensar nessas articulações. Talvez uma primeira forma, - e possivelmente a mais corrente e frequente delas -, de se definir algo é recorrendo àquilo que os dicionários têm a nos dizer sobre essa palavra. Assim sendo, temos: “ris-co: *sm.* Perigo ou possibilidade de perigo” (AURÉLIO, 2010, p. 1715), “ris-co: *sm.* Ameaça. Perigo. Possibilidade de perigo” (HOUAISS, 2009, p. 1986), ou ainda “ris-co: *sm.* Possibilidade de perigo, ameaça” (MICHAELIS, 2008, p. 1275). Ora, prendendo-nos inicialmente, apenas as premissas do Aurélio, Houaiss e Michaelis, - notadamente os dicionários mais famosos da língua portuguesa - estaríamos nessa monografia envolvidos em algo como um projeto de análise de como as ideias de perigo e ameaça tomam vida, respiram e interagem a cada página, linha, vírgula ou aspas do DSM-5.

Na realidade, as noções propriamente de “perigo” e “ameaça”, possivelmente não sirvam de todo, mas talvez a ideia de “possibilidade de perigo”, presente nos três dicionários, seja mais pertinente às articulações que pretendemos tecer. Afinal, uma “possibilidade de” refere-se diretamente a uma forma de se relacionar com o futuro, no caso um futuro que guardaria algum tipo patente de perigo ou ameaça. E nessa linha, Mary Jane Spink (2001a, p. 1279) argumenta justamente que a própria palavra “risco” surge no léxico das línguas indo-europeias, pelos idos do século XIV, a partir da “necessidade para falar da possibilidade de ocorrência de eventos vindouros”. Contudo, ainda segundo Spink (1998, 1999), essa emergência da palavra “risco” na pré-modernidade europeia, fala não só de uma necessidade de narrar o futuro, mas também da possibilidade de que esse futuro possa ser controlado. Assim, se de algum modo a noção de risco incorpora a ideia de incerteza dos eventos vindouros, surge também uma perspectiva de domesticação e controle do futuro, ou como assinala Giddens (1990, p. 33), a noção de risco “é basicamente uma forma de relação com tempo e o espaço, um modo de colonizar o futuro”. De tal modo, já caminhando um pouco além das linhas iniciais do Aurélio e de seus congêneres, vislumbramos dois horizontes para tematizar a palavra “risco”, o primeiro referido a uma “possibilidade de ameaça do/no futuro”, o outro como uma “possibilidade de controle dessas ameaças do futuro”, fiquemos por hora, com esse segundo.

Controlar no presente a possibilidade de uma ameaça no futuro, não é nada mais do que aquilo que teóricos como Hood et al (1992), Renn (1998) e Castel (1987, 1991) vão chamar de “gestão dos riscos”. Um projeto que busca “controlar possíveis situações de dano” (CASTEL, 1987, p. 32), e que para tanto envolve desde um sofisticado uso de estatísticas e desvios, fazendo com que “uma mera coleção de dados se torne um instrumento fundamental de governo” (HOOD, 1992, p. 132), até a “habilidade de ‘ver de antemão’ [os riscos] a partir da inscrição da própria situação [presente]” (RENN, 1998, p. 50). Se projetos são a todo o momento lançados, formatados, pensados e arquitetados para gerenciar os riscos, sejam eles quais forem, - basta olhar os protocolos internacionais em saúde para se evitar as pandemias, os acordos de segurança nuclear para impedir catástrofes, os planejamentos de evacuação no caso de desastres naturais, entre outros -; é que podemos chegar ao DSM-5 como um desses instrumentos de controle, especialmente se considerarmos que o risco produz “modos de ser, modos de agir, condutas, subjetividades” (BRASIL, 2004). Afinal, o referido manual ao formatar possibilidades de se lidar com o perigo e ameaça no campo do “mental”, demanda determinadas performances a serem encenadas por aqueles sobre os quais o manual se debruça.

Contudo, seguindo Ulrich Beck (2011, p. 12), para quem “os riscos derivam justamente de nossa tentativa de evitá-los”, e aqui acrescento, de geri-los, gerenciá-los e governá-los; chegamos a um ponto, em que as luzes projetadas pelo DSM-5 sobre essas possibilidades de risco, perigo ou ameaça, refletem em uma estratégia de controle ambígua, ora, pois, quanto mais se tenta evitar o perigo, mais perigo se produz, o que a título simbólico faz lembrar o mito grego da Hidra de Lerna, monstro de sete cabeças, que a cada cabeça decepada, lhe nasciam duas novas no lugar. Para Beck (2011, p. 21), os riscos seriam “formas sistemáticas de lidar com os perigos e inseguranças induzidas e introduzidas pelo próprio processo de modernização”. Assim, investigar o discurso do risco no DSM-5, passaria por um movimento de apontar as estratégias discursivas do referido manual para lidar com os perigos e incertezas, - no escopo desta monografia -, do “mental”.

Mas, se o foco de análise nas linhas que comporão essa monografia, será entender como o discurso do risco percorre os interstícios do DSM-5 e funciona controlando e evitando essa “possibilidade de perigo”, descrevendo quais estratégias são lançadas pelo manual para se evitar que a ameaça surja; observamos, que sensíveis articulações da noção de risco com aquilo que Michel Foucault chamou de biopolítica

são necessárias. O conceito de biopolítica foi enunciado pela primeira vez por Michel Foucault em 1974, numa palestra ministrada pelo filósofo francês na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, e que viria a ser publicada em 1977 sob o título de “O Nascimento da Medicina Social”. O texto já apontava para um deslocamento significativo nas estratégias de poder, para um controle que agora “começa no corpo, com o corpo”, – investe – “no biológico, no somático e no corporal” (FOUCAULT, 2012, p. 82). Contudo, só em 1976, com o livro “A Vontade de Saber”, que Foucault esclarece e aborda detidamente o conceito de biopoder em oposição ao poder de soberania e ao poder disciplinar.

Foucault (2011, p. 174) dirá que inicialmente, nas sociedades monárquicas europeias do século XVI o que existia era uma sociedade de soberania, ou seja, “o soberano tinha o direito sobre a vida e a morte dos súditos”. Com o advento do capitalismo industrial europeu que surge entre o final do século XVII e o início do século XIX, novos modos de organizar as relações de poder aparecem. O velho direito de “deixar viver e de fazer morrer” próprio do soberano, será substituído pelo direito ou pelo poder de “fazer viver e deixar morrer”, configurando-se assim o domínio do poder disciplinar, que teria por objetivo principal, através de uma série de técnicas de coerção, a produção de “corpos dóceis”, ou seja, corpos aptos ao trabalho e a produção capitalista. Contudo, enquanto as disciplinas se referem ao corpo, um novo poder regulador que não se dirige especificamente ao corpo, mas à vida, surge no final do século XIX para o início do século XX. Sendo seu objeto específico de interesse o homem enquanto ser vivo, o homem enquanto espécie biológica, a biopolítica se mostra como um desdobramento da disciplina, no momento em que o poder não investe mais apenas no indivíduo, mas na própria vida, vida da espécie, tratada agora como população.

Será fundamentalmente nas aulas dos cursos do *College de France*: “Os Anormais” de 1974, “Em defesa da Sociedade” de 1975 e “Segurança, território e população” de 1977 que Foucault definirá o conceito de biopolítica, como uma “nova tecnologia que se refere a multiplicidade de homens, não enquanto corpos individuais, mas na medida em que eles constituem uma massa global afetada por esses processos de conjunto que são próprios da vida, como os processos de nascimento, morte, reprodução, doenças, etc.” (FOUCAULT, 2005a, p. 216). E por fim, a última obra que Foucault dedicou às teorizações sobre biopolítica foi “O Nascimento da biopolítica” de 1978, na qual Foucault se propôs a realizar um estudo sobre a arte de governar no

liberalismo e neoliberalismo com a finalidade de entender as condições de possibilidade da biopolítica. A biopolítica se mostra, portanto, como uma estratégia de poder que permitiu que o biológico ingressasse no registro da política (FOUCAULT, 2005a, 2008a, 2008b), uma entrada que se deu através da regulação, gestão e controle dos perigos, ameaças e riscos que podem se abater sobre o somático, o corpóreo, o biológico. São exemplos dessas estratégias de intervenção:

as políticas de controle de natalidade; o controle das morbidades e endemias; o estudo e o controle da extensão e duração das patologias prevalentes, pensadas como fatores que debilitam a força de trabalho e implicam custos econômicos para todos; as intervenções sobre a velhice, os acidentes, as doenças e anomalias que excluem os indivíduos do mercado de trabalho; a gestão das relações entre espécie humana e o meio externo, seja que se trate de problemas com o clima e a natureza, ou com o meio urbano (CAPONI, p. 106, 2012a).

Nesse ponto, o DSM-5 nada tem a dever aos exemplos acima mencionados de gerenciamento biopolítico dos corpos. Talvez, inclusive, um dos poucos pontos de inflexão seja que as estratégias acima mencionadas falam sobremaneira e mais detidamente de um corpo eminentemente doente, já o DSM-5, enquanto estratégia biopolítica, se debruça não só sobre o corpo que adocece, mas especialmente sobre o corpo que pode vir a adoecer e é nesse sentido que o discurso do risco opera, gerenciando estados que teriam a possibilidade de vir a se tornar estados patológicos. Mas, em meio a essas considerações, uma outra pergunta se desdobra: o que propriamente são esses perigos e ameaças que a todo momento nos referimos e sobre os quais as estratégias biopolíticas acima mencionadas – e o próprio DSM – se debruçam? Talvez uma possibilidade de resposta, seja seguir os estudos que o médico francês Georges Canguilhem (2005, 2011) dedica a epistemologia das ciências da vida, ou mais propriamente as noções de “normal e patológico”.

Para Canguilhem (2011), as ciências da vida (biologia, medicina e seus corolários) tendem a compreender as fronteiras entre saúde e doença em termos eminentemente quantitativos, o que traz como consequência a assimilação da ideia de “patologia” à noção de “desvio”. Afinal, se o paradigma é matemático, ou melhor, estatístico, o que é normal refere-se a uma média, já aquilo que desvia seria, portanto, patológico. Contudo, Canguilhem vai criticar essa forma algébrica de entender o “normal” e o “patológico”, a partir de alguns pontos de tensão, dos quais, o que mais nos interessa, é aquele em que Canguilhem (2011, p. 48-71) irá articular o conceito de “anomalia” em contraposição ao de “patologia”. Se, o normal, é aquilo que é mais prevalente em termos quantitativos, a diferença constatada em relação ao que é

estatisticamente prevalente é a “anomalia”, e não a “patologia”. Logo, uma simples variação da média, não implica necessariamente em um estado patológico. São, portanto, essas premissas de Canguilhem, tecidas já em 1943, que nos permitem encontrar pistas para responder a questão: “Afinal de contas, que perigo e ameaça são esses sobre os quais o DSM-5 encena estratégias de ação?” Esse perigo não poderia ser outro se não, a própria anormalidade, o próprio desvio não patológico daquilo que é entendido como norma para a sanidade psíquica.

Se desdobrados, - levando em conta os objetivos dessa monografia -, os ensinamentos de Canguilhem permite-nos dizer, que não necessariamente aquilo que foge à norma estatística de normalidade psíquica, é necessariamente um estado patológico mental ou um estado potencial de risco para o surgimento de um – nos termos do DSM-5 - “transtorno mental”. Assim, essas noções de risco, biopolítica e anormalidade trazidas até o momento servem diretamente ao nosso projeto de entender o funcionamento de um discurso do risco que tem permeado o DSM-5, através de uma estratégia biopolítica específica para controlar e gerir a anormalidade e que será discutida nas análises propriamente ditas. De qualquer modo, os estudos de Canguilhem contribuem sobremaneira na validação de uma pluralidade de existências que se reguladas, geridas e esquadrihadas por protocolos, manuais ou diretrizes, se desdobram em um projeto de medicalização da vida, ou seja, uma necessidade de rotular comportamentos e experiências considerados desviantes e transgressivos como doença.

A noção de medicalização será, portanto, outro conceito que aparecerá ao longo desta monografia como um conceito chave que atravessa as estratégias do DSM de dar conta dos riscos; riscos, aliás, produzidos pelo próprio manual, afinal administrar e controlar isso que chamamos de risco exige um projeto intervenção, - neste caso, medicamentosa -, que não se faz sem que se produzam novos riscos e novas incertezas acerca de como controlá-los (SPINK, 2001b). Retornando inicialmente a Foucault (2001, 2011, 2012), a medicalização para o autor, é um dispositivo biopolítico central, que age minuciosamente sobre os corpos seja “por meio da pedagogização do sexo da crianças, da histerização das mulheres ou da psiquiatrização das perversões”. Contudo, com as teorizações mais recentes acerca da medicalização, tal conceito figura como um projeto cada vez mais diverso e amplo, que se refere desde as estratégias massivas de sanitização da população, foco inicial da teorização de medicalização feito por Foucault, quando debruçado sobre as medidas coletivas do Estado na contenção, controle e registro de doenças, bem como na formação de práticas de salubridade; até

seu conceito mais corriqueiro de transformação de comportamentos considerados transgressivos e desviantes das normas sociais vigentes em doenças, aqui já sob a influência dos estudos de Barbara Wootton (1956) e Thomas Szasz (1979), sobre a produção social da doença mental.

O tema da medicalização passa também pelas contribuições diretas do campo da sociologia da saúde, especialmente com os trabalhos de Irving Zola (1972) e Ivan Illich (1975) sobre a medicalização como ação do controle e imperialismo médico. Se o primeiro defende que a medicina tem adquirido a função de regulação social, tomando para si o lugar de avaliador moral, a partir da posição supostamente neutra e objetiva de ciência; o segundo, em “Nêmesis da Medicina”, afirma que o conceito de morbidade em medicina tornou-se uma ameaça à própria saúde, pois ao alargar seus limites inclui a própria ideia de risco como doença. Por fim, a medicalização como um projeto de atores que estão fora do campo da medicina também não pode ser desconsiderada, assim é que Peter Conrad (2007) e Nikolas Rose (2013) vão apontar para a medicalização como um processo, por excelência variável, anômalo e desigual, constituído não só pelas ciências médicas, mas permeado por investimentos da indústria farmacêutica, vide as pesquisas cada vez mais crescente para a produção de psicofármacos; pela mídia, vide as propagandas desses “novos” medicamentos; ou pelo ativismo político, basta observar a saída da homossexualidade do estatuto de doença<sup>5</sup>.

O histórico do DSM, o conceito de discurso, as ideias sobre risco, a discussão sobre biopolítica, as noções sobre medicalização e a problematização sobre “normal e patológico”, funcionam como um referencial que oferece uma base teórica necessária, sobre a qual direcionaremos as discussões que pretendemos realizar mais adiante. Assim, as articulações entre os conceitos até o momento brevemente listados parecem-nos um exercício fundamental nesse momento, pois é sobre muitos desses conceitos que se moverão as análises futuras e os endereçamentos posteriores que faremos acerca do DSM-5 e suas relações simbióticas com isso que na próxima subseção tentaremos definir como discurso do risco.

### **2.3. Enlaces metodológicos: rotas entre as ciências humanas e sociais e as ciências da saúde**

---

<sup>5</sup> Para mais informações sobre a atuação política do então “movimento homossexual” na retirada da homossexualidade do DSM, ler Bayer (1987).

Se o processo de pesquisa parece ser de alguma forma, quase sempre o “relato de uma longa viagem empreendida por um sujeito cujo olhar vasculha distintos lugares” (DUARTE, 2002, p. 140). Podemos, nessa linha, entender os processos metodológicos como “uma certa forma de interrogação e um conjunto de estratégias analíticas de descrição” (LARROSA, 1994, p.37), que se referem a um “como fazer”, a um “como fazemos” nossas pesquisas (PARAÍSO, 2012). Tratar-se-ia dessa forma de caminhos a percorrer, percursos a trilhar, trilhas a seguir, trajetos a realizar, rotas a adotar, de formas mais ou menos rígidas de proceder ao construir uma pesquisa. Daí então, se de fato, falamos do processo de pesquisa enquanto uma viagem, a escolha de uma determinada orientação metodológica, em detrimento de outras, constitui sobremaneira um processo tão importante para os pesquisadores quanto o texto que ao final se propõem elaborar como desfecho dessa jornada. De tal modo, pensamos que esse desfecho final da trajetória empreendida no processo de pesquisa só é alcançado em razão dos instrumentos que utilizamos e da interpretação dos dados, a que o uso dos instrumentos escolhidos, permite chegar (DUARTE, 2002); daí que o percurso metodológico traçado parece corresponder justamente ao próprio curso da viagem da pesquisa proposta.

Se, como ressaltado na introdução desta monografia, é pretendido falar, pensar e discutir nesse trabalho sobre como um discurso do risco funciona e permeia as páginas do DSM-5, regulando vidas a partir de estratégias biopolíticas e medicalizantes, parece-nos fundamental “pensar modos pelos quais podemos compor metodologias sem os excessos de rigidez e de recomendações<sup>6</sup> que, tradicionalmente, têm permeado a ciência moderna” (CARDOSO, 2012, p. 72). Nesse sentido, um projeto metodológico inspirado em linhas de ação depreendidas das metodologias das ciências sociais e humanas aplicadas as ciências da saúde, parece-nos uma aposta pertinente. Afinal, é por intermédio de uma analítica teórico-metodológica pautada em elementos das ciências sociais e humanas em saúde que diversos autores como Everardo Nunes (1992), Ana Canesqui (1998), Madel Therezinha Luz (2011), Maria Cecília Minayo (2013), Kenneth Camargo (1993), Charles Tesser (2006) e tantos outros tem pensando criticamente sobre os limites dos saberes e práticas das ciências médicas, que pautados nos modelos de

---

<sup>6</sup> Não significa dizer que uma aposta metodológica nas humanidades em saúde seja menos rigorosa que qualquer outra metodologia atrelada às ditas ciências “duras”. As ciências humanas - aplicadas ou não à saúde - possuem seu próprio rigor no tratamento dos seus respectivos objetos de estudos, o que pretendemos evidenciar é uma crítica a fixidez e engessamento que muitas vezes atravessa o exercício metodológico da ciência moderna.

cientificidade hegemônicas das ciências biológicas tem produzido a saúde como um campo hermético e imune ao social, ao cultural e ao histórico.

A relação entre as ciências humanas e sociais e as ciências da saúde, - um encontro cuja historicidade pode ser resgatada nos autores acima citados, mas à qual não pretendemos nos ater, por fugir do escopo principal deste trabalho - pode ser vista em vários horizontes sob as siglas: da sociologia médica - ocupada com o estudo das instituições médicas e das relações entre médicos e pacientes como atores sociais -, da antropologia da saúde - envolta com as nuances culturais dos modos de adoecer e as descrições e narrativas desses processos -, das políticas de saúde - atenta as formas como o Estado trata a questão do adoecimento coletivo -, da historiografia em saúde - preocupada com os processos históricos de subjetivação e sua relação com as práticas em saúde -, da geografia médica - concentrada nas relações estabelecidas entre os territórios e processo de adoecimento -, da economia em saúde - voltada à regulação e avaliação econômica em saúde -, entre tantas outras possibilidades de relação. Contudo, o que nos interessa aqui mais propriamente são os elementos epistêmicos e metodológicos, que nascem dessa interlocução e que permitem pensar uma metodologia na qual o campo da saúde não é meramente redutível à biologia, mas guarda muito de social, cultural, político, histórico, geográfico e econômico.

Assim, é que tanto categorias teórico-conceituais quanto estratégias analítico-metodológicas das ciências sociais e humanas quando aplicadas à área da saúde se tornam úteis para esclarecer o quanto construções históricas, valores culturais e problemáticas sociais atravessam o aparato médico ocidental, e mais especificamente, no escopo dessa monografia, o regime psiquiátrico contemporâneo. De tal modo, tendo por referência essa orientação metodológica calcada nos elementos analítico-investigativos das ciências humanas e sociais em saúde, é que podemos delinear a pesquisa desenvolvida nesta monografia, em 1) termos investigativos, como uma pesquisa do tipo: qualitativa – quanto a sua abordagem –, descritivo-explicativa – quanto a sua natureza –, e bibliográfico-documental – quanto aos seus procedimentos – e em 2) termos analíticos como uma pesquisa orientada na: análise do discurso.

É qualitativa, pois “se preocupa com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais” (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 1998, p. 147), daí que “a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas”

(MINAYO, 2001, p. 22). Assim, o uso do método qualitativo, numa matriz investigativa orientada pelas ciências humanas e sociais em saúde, pressupõe justamente o “trabalho com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 2001, p. 22). Logo, uma metodologia da pesquisa científica de cunho qualitativo social, quando aplicada a esse trabalho, permite desde lançar luz sobre os embates sociopolíticos que tornaram possível a própria existência do DSM, até entender o que isso que está escrito no DSM-5 produz em termos de endereçamentos políticos, o que é posto em cena, quando os sistemas de raciocínio operados pelo DSM são colocados no cenário social e cultural.

A lógica metodológica apreendida das ciências humanas e sociais em saúde permite ainda pensar a presente pesquisa como descritivo-explicativa, na medida em que pretendemos com ela, desde “a descrição das características de determinado fenômeno” (GIL, 2007, p. 28), até “a identificação dos fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos descritos” (GIL, 2007, p. 28). Assim é que pretendemos tanto garimpar e descrever os aspectos sociais, históricos e culturais que atravessam os supostos transtornos retratados no DSM-5, quanto compreender e explicar o modo de funcionamento do discurso do risco no DSM-5, tendo como prisma a análise desses transtornos *a priori* descritos. Desse modo, “a busca pelas informações para a elucidação do fenômeno ou fato que se pretende desvendar” (GERHARDT; SILVEIRA, 2009, p. 68), ou dito em outros termos, a coleta dos dados de pesquisa; procedeu-se através de uma leitura minuciosa do DSM-5, buscando encontrar os momentos em que o discurso do risco é agenciado pelo manual, sobremaneira quando este se detém na descrição e apreensão dos “transtornos mentais”.

Esse debruçar-se sobre o manual, buscando em suas linhas e páginas apreender o que ele movimenta em termos de produção subjetiva, é que permite ainda definir a pesquisa traçada nessa monografia como bibliográfico-documental, pois parte de “referenciais teóricos específicos” (SEVERINO, 2001, p. 38) resgatados do campo das ciências humanas e sociais em saúde, para pensar e analisar “o documento oficial de uma determinada área” (SEVERINO, 2001, p. 38), neste caso o DSM-5, tomado como exemplo paradigmático da psiquiatria contemporânea. Dentro das várias possibilidades

de análise de dados, trazidas pelas ciências humanas e sociais em saúde<sup>7</sup>, optamos nesse contexto por utilizar a análise do discurso, tendo em vista que nesta concepção analítica, o sentido das palavras é constituído historicamente e expressa determinadas posições sociais, portanto, mais do que compreender os significados lexicais do discurso, na análise do discurso é preciso entender em que contexto o discurso foi produzido (MINAYO, 2006).

Contudo, vale ressaltar previamente que não existe apenas uma única linha de análise de discurso, mas “provavelmente, existem ao menos 57 variedades de análise de discurso” (GILL, 2002, p. 246) com enfoques variados, a partir de diversas tradições teóricas. Porém, o que esses diferentes estilos, de como proceder com a análise do discurso, parecem ter em comum, é que, ao tomar como objeto o discurso, partilham desde “uma rejeição da noção realista de que a linguagem é simplesmente um meio neutro de refletir e descrever o mundo, [até uma] uma convicção da importância central do discurso na construção da vida social” (GILL, 2002, p. 246). Assim, para além dessas diversas possibilidades e direcionamentos, pretendemos aqui operar a análise do discurso, naquilo que de mais fundamental atravessa suas vertentes: “a possibilidade de realizar uma reflexão sobre as condições de produção e apreensão do significado de textos produzidos em diferentes campos” (MINAYO, 2006, p. 319), nesse contexto, o campo da produção discursiva em psiquiatria, mais especificamente no âmbito de seu manual mais importante.

Independente da profusão de variedades comentada, essa forma específica de analisar os dados coletados, consiste numa análise “das relações que existem entre os grandes tipos de discurso e as condições históricas, as condições econômicas, as condições políticas de seu aparecimento e de sua formação” (FOUCAULT, 2006b, p. 49), tomando como base que “o sentido de uma palavra ou de uma expressão não existe em si mesmo; ao contrário, expressa posições ideológicas em jogo no processo sócio-histórico no qual as relações são produzidas” (PÊCHEUX, 1988, p. 70). Assim, em suma, visa-se, com a análise do discurso “compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as forças de produção de sentidos dos discursos” (MINAYO, 2006, p. 319).

---

<sup>7</sup> Para mais informações sobre outras possibilidades de análise de dados, utilizando como referencial metodológico o aporte das ciências humanas e sociais em saúde, tais como análise de conteúdo e análise hermenêutico-dialética, ler Minayo (2006).

Nessa perspectiva, o texto, - seja um diálogo, uma entrevista, um questionário ou um documento, como no caso desta monografia -, é tomado como a unidade analítica do discurso, que expressa uma rede complexa e pragmática de significações, portadora do contexto situacional e social dos falantes (ORLANDI, 1987). Então, se o “discurso designa um conceito teórico-metodológico e o texto representa um conceito analítico” (MINAYO, 2006, p. 321), a coleta dos dados de pesquisa, parece basear-se justamente na leitura do texto em questão, o DSM-5. Mesmo que a leitura de qualquer texto admita *a priori* múltiplas possibilidades de interpretação, desde interpretações parafrásticas até polissêmicas, consta reiterar que no processo de análise do discurso, é preciso muito mais do que realizar uma interpretação exteriorizada do objeto de pesquisa, mas é necessário buscar a compreensão do processo produtivo disso que estamos descrevendo como objetos de pesquisa.

Assim, quando aplicada ao contexto dessa monografia, a análise do discurso trás a possibilidade de compreender o contexto social, as circunstâncias culturais, a conjuntura histórica e as movimentações políticas que permitiram que a psiquiatria assumisse, por intermédio das prescrições de um manual, a tarefa de regulação biopolítica dos sofrimentos psíquicos através de uma taxonomia medicalizante das condutas. Utilizar a análise do discurso, como meio de analisar os dados obtidos com a leitura do DSM-5, permite, deste modo, trazer a tona, o que o discurso do risco produz e institui em termos de cenários socioculturais e histórico-políticos, o que em última instância possibilita o desafio ético de fazer desses cenários novos arranjos, que propiciem pensar outros horizontes epistemológicos e metodológicos para o campo, em particular, da psiquiatria.

Por fim, vale ressaltar, que em termos procedimentais, operamos da seguinte forma: 1) Inicialmente o DSM-5 foi lido em sua totalidade, onde procuramos rastrear regularidades discursivas que eram postas em funcionamento ao longo do manual. 2) Assim, é que percebemos essa dinâmica do risco atravessando o DSM-5, tal dinâmica, por sua vez, aciona uma estratégia discursiva bem particular: a antecipação dos perigos vindouros, através de um processo de adstrição – que funciona, tanto através da catalogação e descrição, quanto através da prescrição de intervenções – tanto de determinadas experiências tomadas como estágios ou indicadores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais mais graves no futuro; quanto de determinados sujeitos que ao frustrarem as normas culturais esperadas, oferecem um certo risco iminente ao projeto de sociedade contemporâneo e ocidental, o que chamaremos de

dupla tônica do risco. 3) Tal processo de adstrição precoce, acaba por encenar o projeto de uma psiquiatria preventivista primária, que acaba tanto criando no presente aquilo que supostamente pretendia se evitar o surgimento no momento futuro, quanto opera através de uma homogeneização dos sujeitos que, por seus desvios, oferecem uma ameaça ao mundo do social.

### **3. PERCURSOS ANALÍTICO-INVESTIGATIVOS PARA APREENDER O DISCURSO DO RISCO NO DSM-5**

#### **3.1. À propósito de um prólogo: gerenciando o risco através das classificações**

Manuais classificatórios existem aos montes, seja no âmbito das ciências médicas ou das ciências de uma forma geral. A botânica se vê atenta com as briófitas, pteridófitas, gimnospermas e angiospermas; a zoologia prolifera essas categorias enormemente com os grandes filos chordata, echinodermata, arthropoda, annelida, mollusca, cnidaria, porifera e tantos outros com suas subdivisões inúmeras; a física vê os fenômenos naturais dentro da clássica divisão de mecânica, ondulatória, óptica, termologia, eletromagnetismo e seus congêneres; a química lida com as substâncias divididas *a priori* nos grandes reinos da química inorgânica e da química orgânica e até a sociologia de Émile Durkheim e a antropologia de Claude Lévi-Strauss se voltam às classificações, quando respectivamente trabalham com a categorização dos fatos sociais e com a fundação do estruturalismo antropológico.

Mas, se as classificações, - as primeiras, tidas como taxonomias científicas e filhas diretas de Carl von Linnè, as últimas nominadas taxonomias populares e já mais afeitas a epistemologia de Immanuel Kant - podem ser tidas como um processo inerente às ciências, - sejam as ciências biológicas, físico-químicas ou humanas -, porque um mero manual da psiquiatria norte-americana, suscita tantos protestos calorosos e disputas paradigmáticas? Afinal, do ponto de vista de uma prática discursiva, conforme observamos, tudo *a priori* poderia ser classificado, desde espécimes vegetais e animais, passando por fenômenos físicos e químicos, até cenários sociológicos e antropológicos. Contudo, segundo Ian Hacking (2006), quando condutas, comportamentos, experiências e vivências entram no marco das regulações, alguns efeitos particulares são fabricados.

Talvez um desses efeitos gestados, se não o mais peculiar deles, - quando o DSM-5 se propõe a criar uma taxonomia de estados de risco -, seja a produção de uma estratégia discursiva calcada na ideia de antecipação de possíveis perigos vindouros, de modo a estabelecer possibilidades de gerenciamento e intervenção sobre esses estados,

mesmo antes de seu surgimento, o que em outros termos representa a introdução da ideia (in)confessa de uma psiquiatria calcada nos ideais de prevenção primária. Assim, as análises depreendidas da apreciação do DSM-5, apontam que o discurso do risco que atravessa o manual, funciona através de um movimento crescente de catalogação e adstrição de comportamentos, tomados como indicadores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais mais graves no futuro e que, portanto, desde agora se tornam alvos potenciais de intervenções de viés preventivo e regulatório.

Neste capítulo dedicado as discussões dos resultados obtidos com a análise do DSM-5 trataremos diversas categorias diagnósticas descritas ao longo das linhas do manual, que quando expostas a uma análise crítica mais profunda, tendem por revelar nos termos da Eve Sedgwick (2003) a “paranoia”, que é a ideia de uma prevenção primária em psiquiatria, que de maneira sub-reptícia atravessa as linhas do DSM-5. Em tudo que alguns comportamentos, situações e existências tornam-se situações potencialmente fomentadoras de graves morbidades futuras, bem aos termos da prevenção primária, cria-se no mesmo movimento a necessidade que esses casos sejam vigiados e regulados tendo seus desvios tratados, para que num futuro próximo ou distante o pior não aconteça. Assim, afundado nessa preocupação exacerbada com o porvir, com o risco de que algo venha a acontecer, no intuito de evitar o surgimento de transtornos futuros; o DSM-5 produz no momento presente, aquilo que pretendia evitar no momento futuro.

Vale, logo de antemão, assinalar que não pretendemos fazer nenhuma análise minuciosa dos transtornos que serão trazidos como exemplos, na próxima seção. A intenção será a de trazer os transtornos e suas orientações diagnósticas, como exemplos do funcionamento desse discurso do risco no DSM-5, sem necessariamente fazer uma análise exegética de cada transtorno. Afinal, o que nos chama atenção é essa regulação que sonda uma ameaça supostamente supressa, é esse gerenciamento dos perigos que se encontram sorrateiros, é essa observação constante de um risco supostamente iminente. Posicionamentos, que legitimam e validam o projeto do DSM tanto de tecer discriminações minuciosas sobre esses sujeitos, a partir de comportamentos possivelmente fomentadores de graves morbidades futuras; quanto de oferecer estratégias de intervenção de modo a estabilizar esses estados potencialmente perigosos.

### **3.2. Antecipando ameaças e intervindo sobre os perigos: notas de uma analítica do risco no DSM-5**

Tempo. Nas sociedades ocidentais, o vocábulo “tempo” parece ser desse tipo de palavra que possui uma espécie de substância, como se sempre conjurasse a mesma coisa, como se quando evocada expressasse sempre o mesmo algo, como se portasse um tipo de essência, um significado intrínseco e perene, imutável a qualquer acordo linguístico. Dessa forma, é que determinados fatos históricos, diretamente conectados a isso que chamamos de “tempo”, como a mudança do calendário juliano para o gregoriano no século XVI, a demarcação dos fusos horários internacionais a partir de linhas imaginárias, os meridianos; e a definição do segundo, a partir de uma convenção, como a duração de 9.192.631.770 períodos da radiação correspondente à transição entre dois níveis hiperfinos do estado fundamental do átomo de césio 133 - isso para citarmos apenas alguns breves exemplos - parecem perder-se quando o “tempo” vem as nossas mentes como um estado natural perene de sucessão das coisas e não como um campo de disputas sociais, políticas e culturais. Mas, se expor o tempo e conceituá-lo é uma tarefa por demais complexa e espinhosa, parece-nos ainda mais desafiador determo-nos sobre um dos aspectos mais particulares do tempo: o futuro.

O futuro, esse elemento particular do tempo, torna-se nessa monografia, personagem angular na inflexão que propomos fazer, afinal parece-nos que a noção de um tempo que se direciona para o futuro, orienta de modo bastante singular, as epistemologias e metodologias de um dos elementos práticos mais caros da psiquiatria, a saber: sua nosografia. A nosografia psiquiátrica contemporânea, que é representada de maneira incólume no contexto internacional pela figura do DSM-5, quando se direciona para uma gestão da possibilidade de perigos vindouros, hipótese central desse trabalho, produz uma sensação de que sobre nós paira uma espécie de aura de ameaças, medos e perigos futuros, que a qualquer momento podem se concretizar, que a qualquer instante podem se efetivar, que no menor piscar de olhos podem se materializar. Para dar conta dessa sensação iminente de catástrofe, para tentar estancar esse perigo que pode a qualquer momento emergir, para tentar evitar que eventos amedrontadores que, por sua vez, ameacem ou coloquem em perigo a população, estratégias de regulação disso que podemos sintetizar na ideia de “risco”, são encenadas e despontam no horizonte.

Assim, é que a todo o momento, são inventadas legislações de proteção ao meio ambiente para dar conta do risco de poluição, queimadas, desmatamento, em suma, do risco ambiental; são criadas práticas de cuidados com o corpo, dietas, exames regulares a fim de diagnosticar doenças, para de algum modo dar conta dos riscos em saúde; são formatados dispositivos contra assalto nas residências e nos automóveis em vistas do

risco da criminalidade; além, por que não, da publicação de livros de autoajuda que procuram diminuir a sensação de insegurança, medo e ansiedade sobre aquilo que possa vir a acontecer, sobre os riscos do futuro, se assim podemos nos expressar.

Esse gerenciamento das possibilidades de futuro, ou bem ao estilo de Castel (1987, p. 17) essa “gestão dos riscos”, que age através de uma “rede diversificada de atividades, expertises, avaliações, assinalações e de distribuição das populações, com base nas particularidades dos indivíduos”, parece-nos estar muito bem representada através da figura do DSM-5. Se as edições anteriores do DSM já vinham desenvolvendo a ideia de que o diagnóstico precoce de transtornos já desencadeados, e seu correlato tratamento poderiam protelá-los ou minimizar os danos a eles associados; o que o DSM-5 estabeleceu de inédito foi, além disso, a promessa de que a prévia detecção de fatores de risco poderia antecipar e evitar o desencadeamento de transtornos mentais, passando assim do nível secundário ao primário da prevenção, ou seja, antes de se detectar um transtorno nas suas fases iniciais, detectar-se-ia os desvios (comportamentais, situacionais, afetivos etc.) que se crê conduzir a ele.

Com esse movimento saímos da esfera da detecção precoce dos transtornos, que tinha como argumento a necessidade de se evitar a piora do quadro que se expressa de modo inicial; para um cenário em que se intervém sobre a possibilidade (in)confessa de doença, sem que necessariamente a mesma esteja instalada. Instaura-se assim uma inflexão na temporalidade, em que o futuro se dobra sobre o presente, buscando-se antever as rupturas virtuais – afinal, o risco funciona através da virtualidade, ou seja, “algo que não aparece explicitamente, mas, como potencialidade, em latência, passível de se realizar” (CASTIEL et al; 2010, p. 12) – que podem emergir desses comportamentos considerados perigosos. São, em outras palavras, os sonhos preventivistas do psiquiatra estadunidense Gerald Caplan, que escapam do mundo onírico bem vigiado de Morpheus, e passam a habitar o solo cotidiano das práticas e prescrições psiquiátricas.

Exemplo expressivo, desse projeto premonitório impetrado pelo DSM-5 e intermediado por uma retórica do “risco”, pode ser observado quando o manual, ainda em fase de elaboração, cogitou construir uma nova categoria diagnóstica denominada “síndrome do risco psicótico”, definida como “um estado prodromico da esquizofrenia”, ou seja, um conjunto de sinais e sintomas que prenunciariam o surgimento futuro da “esquizofrenia” (OLIVEIRA, 2012). Tal proposta de detectar e intervir precocemente sobre o risco de desenvolvimento da psicose, não surge, contudo, abruptamente com as

prescrições do DSM-5, mas datam de um movimento anterior surgido no final da década de 80 e início dos anos 90, num contexto de grandes projetos de investigação clínica em centros de pesquisa, que em torno da categoria “*early psychosis*” reuniu diversos grupos de trabalho que em 1998, viriam concentrar-se na “*International Early Psychosis Association (IEPA)*”, e que a partir de dois protocolos clínicos datados de 2005 e 2008, procurou estabelecer as “estratégias para uma melhor assistência clínica e uma intervenção preventiva nos casos de uma psicose precoce” (IEPA, 2005, p. 121).

Esse contexto é que permite ao DSM-5, intentar circunscrever tal categoria em suas páginas. A partir dessa possibilidade, - anunciada em 2010, quando uma versão preliminar do DSM-5 foi disponibilizada na internet -, inúmeros debates e discussões favoráveis e contrários, que já vinham circulando muito antes das intenções taxonômicas da Associação de Psiquiatria Americana; se asseveraram. Se as pesquisas dedicadas à construção de protocolos e ensaios clínicos que buscavam encontrar preditores e possibilidades de intervenção para a “*early psychosis*”, já geravam controvérsias e debates éticos, a proposta de formalizar o suposto período de risco para a psicose como uma categoria diagnóstica produziu ainda mais discussão e divergência. O que se questiona, nesse momento, é mais precisamente: “até que ponto vale a pena lançar mão de uma nova categoria nosológica que, na verdade, representa um risco de evolução para um determinado transtorno, e não o transtorno em si?” (OLIVEIRA, 2012, p. 294).

No bojo desses debates, alguns autores, mais especificamente o psiquiatra australiano McGorry et al. (2002), considerado pioneiro dos estudos sobre a “*early psychosis*”, vão defender a validade da categoria, argumentando que uma intervenção precoce sobre os sujeitos que supostamente teriam um risco psicótico aumentado poderia melhorar a evolução e o prognóstico de uma “esquizofrenia” futura, podendo até mesmo impedir seu surgimento. Outros autores, como Frances (2010; 2013a), talvez o mais ferrenho dos críticos, apontam tanto para a falta de informações seguras acerca das melhores opções de tratamento e intervenção; quanto para a produção de um elevado número de “falsos positivos”, ou seja, indivíduos que seriam incluídos nessa categoria, mas que nunca desenvolveriam qualquer transtorno psicótico, sendo desnecessariamente submetidos aos efeitos colaterais dos psicotrópicos utilizados no tratamento do caso, bem como ao estigma decorrente da pecha de “doente mental”.

Os defensores da validade, contudo, argumentaram na época de elaboração do manual que as elevadas taxas, entre 70 e 75 % segundo Frances (2010), de sujeitos que

não desenvolveram a doença, se deram justamente pelo tratamento que teria se mostrado eficaz. Já os críticos do reconhecimento dessa categoria como doença vão se utilizar dos mesmos dados oriundos das pesquisas daqueles defensores da categoria. Exemplo disso são os estudos de McGlashan et al. (2006), outro precursor dos estudos de intervenção precoce; que, ao tentarem mostrar a legitimidade da “síndrome do risco psicótico”, observaram que não havia uma diferença significativa no que se refere à taxa de transição para a psicose entre aqueles indivíduos submetidos a uma intervenção (farmacológica ou psicoterápica) e aqueles não submetidos<sup>8</sup>.

Em meio a tão calorosas disputas, a “síndrome do risco psicótico” acabou não entrando na versão final do DSM-5, não nesses termos; mas uma outra categoria denominada “síndrome de psicose atenuada”, foi acrescida a uma espécie de apêndice do manual, denominado “Condições para Estudos Posteriores”, um capítulo voltado para “condições, as quais, são encorajadas pesquisas futuras” (APA, 2014, p. 783), sob o argumento de que no momento presente a força-tarefa de profissionais responsáveis pela quinta edição do DSM, observou que “não havia evidências suficientes para garantir a inclusão dessas propostas como diagnósticos oficiais de transtornos mentais” (APA, 2014, p. 783), e portanto, não poderiam ser no momento tipificadas como “transtornos mentais” de fato, mas para as quais um futuro alentador está reservado, um futuro que mediante pesquisas promissoras, as restaurarão num momento oportuno ao seu lugar de direito: a seção II<sup>9</sup> do DSM-5.

Mesmo que num estado de limbo, tanto de nomenclatura - com a substituição do vocábulo “risco” por “atenuado” -, quanto de classificação dentro das divisões e seções do DSM-5 - visto a referida síndrome ser discutida apenas nas últimas linhas do manual -, a “síndrome de psicose atenuada”, é gestada como substituta da noção de “síndrome do risco psicótico”, visando em parte

evitar o problema dos “falsos-positivos”, por meio da retirada do termo “risco” da nomenclatura. Dessa forma, se não se menciona “risco de” e se trata de uma categoria independente, não há razão em se falar em indivíduos “falsos positivos”, uma vez que a possibilidade futura de transição para um quadro psicótico franco não estaria em questão. No entanto, devido a todo o percurso histórico de construção da categoria, torna-se difícil pensar que a

---

<sup>8</sup> Isso remete aos chamados “recursos escondidos da comunidade” (SARACENO, 1999), isto é, às variáveis não controláveis que acabam incidindo mais sobre as psicoses do que as próprias variáveis controláveis – como os tratamentos médicos e psicológicos; daí as possibilidades de restabelecimento de um esquizofrênico habitante de um país em desenvolvimento, tendo em vista talvez os laços comunitários de sociabilidade que aí ainda resistem, serem maiores do que as de um esquizofrênico habitante de um país desenvolvido, apesar de toda a parafernália tecnológica ao seu dispor. Que esse dado epidemiológico não sirva de justificativa, todavia, à precarização dos serviços de saúde mental brasileiros.

<sup>9</sup> A seção II é a parte do DSM-5, na qual são listados os “transtornos mentais” propriamente ditos.

“síndrome dos sintomas psicóticos atenuados”, não seja vista na prática médica enquanto uma categoria precursora, ou, mais precisamente, de risco para a psicose. Com isso, o problema dos indivíduos “falsos positivos” retorna (OLIVEIRA, 2012, p. 305).

Esse campo de disputas sobre a legitimidade e validade da referida categoria parece revisitar aquilo que Ivan Illich (1975) afirmava sobre como o conceito de morbidade<sup>10</sup> em medicina tornou-se uma ameaça à própria saúde, pois ao alargar seus limites incluía a própria ideia de risco como doença. Dito isso, uma pergunta que nos instiga é: ao circunscrever fatores de risco e ao procurar intervir sobre a possibilidade de emergência da esquizofrenia, não estaríamos, em um movimento paradoxal, produzindo a própria doença? Ou, dito de outro modo, não estaríamos, ao tentar evitá-la, antecipando o próprio futuro produzindo-a artificialmente no presente, ao expandir suas fronteiras a fases prodrômicas cada vez mais precoces?<sup>11</sup>

Tais questões, que movimentam nossas análises parecem conectar-se com uma querela epistêmica anterior que é constitutiva da própria psiquiatria enquanto especialidade médica. É reproduzindo os modelos epistemológicos e metodológicos da clínica médica, que a psiquiatria, vem construindo historicamente sua validade “como especialidade médica de pleno direito” (PEREIRA, 2014, p. 1035), e, assim, quando segundo Schlich (2004, p. 213), a noção de risco, entra no campo da medicina geral como uma estratégia de através de métodos quantitativos, estatísticos e matemáticos “objetivar a incerteza”; a psiquiatria segue então essa tendência, da medicina geral, em procurar a identificação de riscos específicos para um determinado transtorno. Para tanto, a psiquiatria deveria “possuir um esquema epidemiológico semelhante ao das outras especialidades médicas, em especial, ao esquema das doenças infecciosas” (OLIVEIRA, 2012, p. 293-294); e nesse sentido, é que então a psiquiatria se apropria da categoria de “pródromo”, como um conjunto de “sinais e sintomas precoces de uma doença que ocorrem antes que as características específicas da mesma se tornem manifestas” (YUNG et al, 2004, p. 23).

Categoria, que se torna tão cara à psiquiatria, e que não é meramente absorvida da infectologia, mas que é no contexto da “*early psychosis*” reconfigurada nos termos

---

<sup>10</sup> Conjunto de causas capazes de produzir uma doença.

<sup>11</sup> Enxergamos uma positividade nas discussões acaloradas em torno da categoria “risco psicótico”, a qual a nosso ver encobre uma tentativa de reintroduzir a noção de estruturas clínicas (neurose e psicose), suprimidas pelo DSM. Contudo, essa reintrodução da dimensão estrutural do diagnóstico psiquiátrico requer constructos teóricos que a sustentem – como é o caso da noção de “esquizofrenia incipiente” (CONRAD, 1963) ou de “psicose ordinária” (MILLER et. al., 2009) –, caso contrário, torna-se uma estratégia de captura das diferenças pelo dispositivo médico-psiquiátrico.

de “*at-risk mental state*” ou “*ultra-high risk*”. Uma estratégia que visa tão somente tentar assegurar que a transição para a psicose não seria necessariamente inevitável, representando um conjunto de sintomas ou comportamentos que sinalizariam a possibilidade de surgimento da doença, mas não a garantiriam. Contudo, esse “*at-risk mental state*” ou “*ultra-high risk*” ou ainda “estado mental de risco”, ao considerar que a noção de futuro é aberta e depende do que é feito no presente, fundamenta a semântica do risco. Mas, é levando em consideração justamente esse “estado mental de risco”, que o DSM-5, ao renomear e rerepresentar a “*psychosis risk syndrome*” como “*attenuated psychotic symptoms syndrome*” (SILVA, ORTEGA; 2014) vai descrever esta última como “sintomas psicóticos atenuados, mas abaixo do limiar para um transtorno psicótico completo” (APA, 2014, p. 783).

Tal definição expressa um “estado generalizado de quase-doença que incita à atividade de evitar doenças futuras” (VAZ et al, 2007, p. 150), o que abre espaço para um elemento de “futuro” que refere-se nesse contexto da “síndrome de psicose atenuada” a um risco de algo que ainda não aconteceu por completo, mas que é uma ameaça, uma projeção de um perigo vindouro. Esse discurso do risco parece ficar mais evidente quando na seção destinada aos diagnósticos diferenciais, o DSM-5 aponta que a diferença entre a “síndrome de psicose atenuada” e o “transtorno psicótico breve” - definido como uma “perturbação que envolve o aparecimento repentino de pelo menos um dos sintomas psicóticos positivos” (APA, 2014, p. 94) - está no fato de que na “síndrome de psicose atenuada”, - apesar de se manifestar inicialmente de forma parecida com o “transtorno psicótico breve” -, seus “sintomas não cruzam o limiar da psicose, e o teste de realidade/insight permanece intacto” (APA, 2014, p. 785).

A normatividade do risco, no caso acima, se expressa através deste “limiar da psicose”, que não pode ser de modo algum ultrapassado, ou seja, toma a forma de um estado de futuro indesejável, que deve ser desde já, evitado. Assim, são reivindicadas ações de controle, que funcionam como gerenciadoras dos riscos, ações que funcionam como “uma política preventiva que se quer, antes de tudo, rastreadora dos riscos” (LUNARDI, 2006, p. 177). Ações que, presumindo-se a hegemonia da racionalidade biomédica no campo da psiquiatria contemporânea, tendem a privilegiar abordagens biologicistas, especialmente medicamentosas, - com uso, nesse caso, de antipsicóticos atípicos - e cognitivo-comportamentais (VYAS; GOGTAY, 2012). Tais intervenções teriam então o “caráter antecipador típico das intervenções de cunho preventivo da clínica médica, ou, no vocábulo atual, de avaliação e manejo do risco, e teriam como

objetivo fundamental evitar a própria formação da doença” (SILVA; ORTEGA, 2014, p. 730). É esse cenário de ações interventivas, preventivas e premonitórias sobre o risco de desenvolvimento de uma psicose, que permite então a Frances sentenciar, em tom assertivo, que:

A prevenção da psicose seria uma ótima ideia se realmente fosse possível fazê-la, mas não há nenhuma razão para se pensar nisso. Ir além de nossa compreensão provavelmente afetará aqueles que esperávamos ajudar. O Risco de Psicose não deve ser usado como um diagnóstico clínico, pois estará quase sempre errado. A estrada para o inferno está pavimentada de boas intenções e de más consequências não intencionais. (FRANCES, 2013b, p. 1).

Contudo, para além dessa retórica belicosa e agressiva que dá o tom da crítica do psiquiatra Allen Frances, parece que o mesmo, esquece que essa mesma estratégia de antecipação de riscos que ele tanto critica no DSM-5, pode também ser aplicada ao DSM-IV, edição da qual ele participou ativamente, inclusive como editor-chefe. Foi justamente a referida estratégia de “antecipação de riscos” que possibilitou que o DSM-IV multiplicasse os transtornos mentais durante a infância, baseando-se na mesma lógica preventivista, que atravessa essa última edição do manual. É importante ainda ressaltar que é a partir da saída de Allen Frances da coordenação dos grupos de trabalho que produzem a atualização do DSM, que essas críticas tão ruidosas pululam no cenário da psiquiatria norte-americana, o que nos faz pensar: se tais críticas se dariam de fato pela percepção dos abusos e exageros diagnósticos perpetrados pelo manual, ou tratar-se-ia de uma disputa interna, de jogos de força, ou de relações de poder - para colocarmos em termos foucaultianos - disseminados pelos corredores da Associação de Psiquiatria Americana?

Não que esse cenário de modo algum deslegitime os argumentos desenvolvidos por Frances frente a evidente política de gestão - doravante medicamentosa - dos riscos desenvolvida pelo DSM. Afinal, muito outros psiquiatras que nunca estiveram envolvidos com a produção do manual, endossam tais críticas, um breve exemplo são os psiquiatras Lisa Cosgrove e Harold Bursztajn (2009, p. 40), que observaram que 70% dos médicos encarregados pela APA de confeccionar o DSM-5 têm “laços diretos com a indústria [farmacêutica]”, o que, apontam eles, é “um aumento de quase 14% sobre a porcentagem de membros do grupo que elaborou a DSM-IV que tinham laços com a indústria”. Mas trazer, esse cenário que atravessa as críticas do Allen Frances, visa no fundo, apontar para como tais relações são muito mais complexas, do que nossa limitada imaginação poderia apreender. Para além do que,

também deixa evidente o quanto o DSM não é meramente constituído por simples critérios sintomatológicos, que sonham com uma cientificidade biológica por vir, mas é entrecortado por muito mais disputas do que possamos imaginar.

O que parece é que essa lógica securitária de identificação precoce de riscos que, supostamente, permitiria antecipar a emergência de patologias mentais irreversíveis, já vinha sendo gestada quando o DSM-IV, do Allen Frances, encenava, já naquele momento, um gerenciamento dos comportamentos infantis. Situação que parece atingir seu apogeu preventivista agora, tanto com a figura da “síndrome do risco psicótico”, ou mais propriamente “síndrome de psicose atenuada”; quanto com as novas orientações e prescrições dadas pelo DSM-5, acerca da infância. Analisando as linhas do manual que se detém sobre essa fase, observamos como a infância parece funcionar como um espaço privilegiado de controle nessa nova ordem psiquiátrica. A problemática do risco e a ambição pela detecção precoce de indivíduos em risco de desenvolver uma patologia psiquiátrica grave porvir, que poderia no momento presente ser prevenida antes que se desenvolvesse no futuro, têm levado a um processo maciço de medicalização da infância que não só se amplia a cada nova edição do DSM, mas que também adquire a cada atualização do manual, endereçamentos cada vez mais peculiares.

Os comportamentos infantis são então tomados pelo DSM-5 como indicadores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais “mais graves” na fase adulta e, portanto, desde então, se tornam alvos potenciais de intervenções de viés preventivo. Dessa forma, a infância torna-se uma fase do desenvolvimento potencialmente fomentadora de graves morbidades futuras e que deve ser absolutamente vigiada, tendo seus desvios geridos para que o “pior” não venha a acontecer, ou parafraseando Castel (1987, p. 125): “prevenir é primeiro vigiar, quer dizer, se colocar em posição de antecipar a emergência de acontecimentos indesejáveis”. É seguindo essa tônica, que observamos as descrições do “transtorno disruptivo de desregulação do humor” que atinge crianças e adolescentes que apresentam episódios frequentes de “explosões de raiva recorrentes e graves manifestadas pela linguagem e/ou pelo comportamento” (APA, 2014, p. 156) e do “transtorno de oposição desafiante” caracterizado por um “comportamento questionador/desafiante”, em que os adolescentes “frequentemente questionam figuras de autoridade” e “frequentemente desafiam acintosamente ou se recusam a obedecer regras de adultos” (APA, 2014, p. 462).

Essas categorias, cujo estatuto patológico é deveras duvidoso, são concebidas como estados de risco para o desenvolvimento de condições mais graves no futuro, e, portanto, tornam-se alvos potenciais de intervenções de viés preventivo. O “transtorno disruptivo de desregulação do humor”, poderia cursar com quadros que variariam do “transtorno afetivo bipolar” até “transtornos depressivos unipolares e/ou ansiedade na idade adulta” (APA, 2014, p. 157). Já o “transtorno de oposição desafiante” se não tratado poderia não só “com frequência preceder o desenvolvimento de um transtorno de conduta”; mas também “confere risco para o desenvolvimento de transtornos de ansiedade e transtorno depressivo maior” (APA, 2014, p. 464). São “os sintomas desafiantes, questionadores e vingativos que respondem pela maior parte do risco para transtorno de conduta, enquanto os sintomas de humor raivoso/irritável respondem pela maior parte do risco para transtornos emocionais” (APA, 2014, p. 464). Nessa lógica a criança não existe em si, ela é somente um vir a ser um futuro adulto. Daí que “o risco não é propriamente para a criança, mas de vir a ser um adulto doente e perigoso, desviante da conduta adequada” (LIMA, CAPONI; 2011, p. 1321).

Essa preocupação com os endereçamentos futuros dos comportamentos infantis tende a produzir no imaginário coletivo uma sensação generalizada de insegurança e de medo, cuja contrapartida é a pressão social por mais vigilância sobre as crianças: rastrear e apreender o quão mais cedo possível toda a sorte de possibilidades de desvio, preservando assim a norma saudável no futuro, eis a promessa. Assim, observamos o quanto a semântica do risco que atravessa a adstrição dos comportamentos infantis, opera, através do que Foucault (2008a, p. 32) chamou de dispositivo risco-segurança, cujo objetivo é o de “instalar para cada risco ou perigo que possa vir a ocorrer, mecanismos específicos de segurança”. É essa economia política do controle justificada pela noção de defesa da sociedade (FOUCAULT, 2008a), que permitiu, por exemplo, que o “transtorno de déficit de atenção e hiperatividade” – definido como “um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade que interfere no funcionamento e no desenvolvimento” (APA, 2014, p. 59) - tivesse, a partir do DSM-5, seu espectro de início de sintomas diminuído para os sete anos de idade, diferente da versão anterior, que era aos doze (APA, 2014, p. 59), contribuindo para a produção de mais diagnósticos.

As considerações e orientações feitas pelo manual acerca dos comportamentos infantis reúnem em suas linhas um conjunto de elementos responsáveis pela produção do risco antes da ocorrência de seus efeitos, possibilitando, desse modo, planejar ações a

fim de administrá-lo e preveni-lo - seriam essas crianças tratadas pela doença que ainda não desenvolveram? -; ou em outros termos permitem pensar “o DSM-5 como uma estratégia biopolítica, isto é, como uma estratégia de gestão e governo das populações própria das sociedades liberais e neoliberais que se articula em torno da obsessão por antecipar e prevenir todos os riscos possíveis” (CAPONI, 2014, p. 751). É, portanto, justamente através desse gerenciamento biopolítico das condutas, também denominado por Foucault, como governamentalidade – o conjunto constituído pelas instituições, procedimentos, análises e reflexões, cálculos e táticas que permitem exercer uma forma bem específica e complexa de poder, que tem por alvo a população, [...] e por instrumentos técnicos essenciais os dispositivos de segurança (FOUCAULT, 2012, p. 291-292) - que podemos traçar o diagrama de uma ética em psiquiatria que procura controlar - através da taxonomia - e diminuir - através da medicação - a probabilidade de evolução desses estados infantis de risco nas patologias futuras descritas pelo próprio manual.

Apontamos, desse modo, que o discurso do risco que atravessa o DSM-5, faz emergir uma racionalidade que baseada no governo dos perfis humanos, por meio de perícias, exames, inquéritos e investigações; orienta as condutas em psiquiatria. O poder psiquiátrico, nessa proposta de defesa da sociedade, pautada na estratégia risco-segurança, acaba por explicitar ainda, nos termos de Foucault (2012), uma racionalidade que é racista, já que opera de maneira seletiva em suas atuações preventivas, “realiza[ndo] suas práticas de previsão por meio de estereótipos e preconceitos” (LE MOS et al, 2015, p. 335). Exemplo evidente, desse aspecto racista e estereotipado da lógica securitária perpetrada pelo DSM-5, sob a justificativa de prevenção dos riscos vindouros, é observado, quando o manual se debruça sobre as categorias de ansiedade e personalidade. Os “transtornos de ansiedade” podem ser definidos como “transtornos que compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionadas. Medo é a resposta emocional a ameaça iminente real ou percebida, enquanto ansiedade é a antecipação de ameaça futura” (APA, 2014, p. 189). Nada mais anacrônico, diga-se de passagem, do que falar de um transtorno definido por um estado de “antecipação de ameaça futura”, em um manual que se pretende preditor justamente das ameaças que podem nos assolar exatamente no futuro.

Mas, para além desse aspecto irônico, a regulação de estados caracterizados por uma “antecipação de ameaça futura”, que mais propriamente serão construídos como transtorno quando “excessivos ou persistentes além de períodos apropriados ao nível de

desenvolvimento” (PEREIRA, 2012, p. 07); responde a uma clara “gestão dos riscos de adoecer, que faz entrar em cena uma política medicalizante, a qual, em nome da defesa da sociedade, materializa-se em um conjunto de técnicas de segurança, tais como a psiquiatrização das condutas” (LEMOS, 2014, p. 488). É, no fundo, o exercício de uma retórica ambígua, pois o mesmo manual, atravessado por uma gramática do risco, pretende planejar e comandar, o que ele próprio, quando se refere aos “transtornos de ansiedade”, descreve como impensável e imprevisível: o futuro. No mesmo movimento, o DSM-5, ao conceituar os “transtornos de personalidade” como “um padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo” (APA, 2014, p. 645), assume, logo de início, que o diagnóstico desses transtornos é da ordem da cultura, afinal se refere a um desvio das expectativas culturais que se debruçam sobre os sujeitos, o que em tempo é uma construção histórica.

Mesmo que “muitos psiquiatras considerem que os transtornos de personalidade não deveriam ser objeto de atendimento especializado na medida em que são vistos como patologias permanentes e refratárias a tratamento” (MITJAVILA; MATHES, 2012, p. 88), tais condições seguem circunscritas no manual pelo risco que albergam. O risco aqui aparece, quando esses sujeitos desviam daquilo que lhes é esperado em suas respectivas culturas. Nesse contexto, números, estatísticas e cálculos de comportamentos são então produzidos de modo a estabelecer médias, constantes e padrões os quais, o conjunto de viventes, constituído em população, deve seguir. O desvio da mediana põe, desse modo, em risco o projeto de sociedade pautado na homogeneização das condutas. Esse governo das relações humanas que age por meio de uma gerência antecipada e corretiva das condutas desviantes, procura, assim, através da estatística, administrar perfis, potencializar performances e adestrar sujeitos, de modo a restabelecê-los à uma média padrão, considerada estatuto de normalidade. Contudo, conforme afirma Bernstein (1997) certa imprevisibilidade sempre estará presente, uma vez que o risco situa-se naquilo que se oculta no tempo, ou seja, a incerteza do futuro.

Esse desvio do esperado socialmente que atravessa os “transtornos da personalidade”, e que precisa desde já ser reconduzido à média, conecta-se diretamente aos antigos “transtornos da sexualidade”, que agora no DSM-5, aparecem redistribuídos em duas categorias: os “transtornos parafilicos” e as “disfunções sexuais”. A primeira

categoria - “uma parafilia<sup>12</sup> que está causando sofrimento ou prejuízo ao indivíduo ou uma parafilia cuja satisfação implica dano ou risco de dano pessoal a outros” (APA, 2014, p. 685) -, conforme observa Lanteri-Laura (1994), parece reproduzir com novas tintas a antiga classificação das “perversões” de Krafft-Ebing, surgida no fim do século XIX. Já o segundo grupo - “uma perturbação clinicamente significativa na capacidade de uma pessoa responder sexualmente ou de experimentar prazer sexual” (APA, 2014, p. 423) -, parece dizer respeito, sobretudo à dita “sexualidade normal”, ou, sobretudo à fantasia de um funcionamento ideal ou normal da sexualidade (ROHDEN, 2009). Se tanto as sexualidades parafilicas aberrantes, que remontam à sexologia oitocentista; quanto a sexualidade “normal” e “reprodutiva”, nos termos de suas disfunções, parecem “instituir a noção de periculosidade, conjuntamente com a necessidade de gestão e controle dos chamados perigosos” (HILLESHEIM, CRUZ; 2008, p. 194), um dispositivo particular de segurança, pautado na autovigilância será endereçado nesses casos em particular.

Especificamente nas seções “Desenvolvimento e Curso” e “Questões Diagnósticas Relativas à Cultura”, a primeira destinada a discutir a evolução temporal da doença e a segunda voltada a debater as interferências culturais que poderiam sondar tais condições; percebemos indicações de como a partir de seus próprios atos cotidianos, os sujeitos poderiam evitar o surgimento dos referidos transtornos. Assim, tanto o que se faz no dia-a-dia torna-se importante para o futuro, quanto produz-se um nexos quantificável entre um futuro longínquo e as ações cotidianas. Cria-se, de tal modo, uma espécie de estado de autovigilância permanente para prevenir a condição de periculosidade da qual somos todos potencialmente portadores. O que existe é, portanto, especialmente no que atende aos “transtornos parafilicos” uma “moralização quando o discurso de poder fabrica ameaças imaginárias para obrigar os homens a certos comportamentos” (VAZ et al, 2007, p. 152), moralização que se vê ancorada numa ênfase otimista que vislumbra uma possibilidade de construir o futuro por meio das decisões humanas no presente.

Ainda, em tempo, a infância parece retornar e se conectar as discussões por hora desenvolvidas, afinal a tônica de regulação e contenção das condutas desviantes que oferecem perigo ao estatuto de sociedade, retornam quando o manual oferece uma

---

<sup>12</sup> O DSM-5 irá conceituar parafilia como: “qualquer interesse sexual intenso e persistente que não aquele voltado para a estimulação genital ou para carícias preliminares com parceiros humanos que consentem e apresentam fenótipo normal e maturidade física” (APA, 2014, p. 685).

ilustrativa preocupação em identificar a condição de “disforia de gênero” durante a infância, ao ponto de criar marcadores diagnósticos específicos, caso o transtorno se dê nessa fase. Em um capítulo inteiro dedicado a essa condição, o DSM-5, busca inicialmente diferenciar a “disforia de gênero em crianças” e a “disforia de gênero em adolescentes e adultos”, e na tentativa de estabelecer essa distinção aponta que os “meninos pré-puberais com disforia de gênero” preferem “usar tarjes de meninas ou de mulheres ou podem improvisar roupas com qualquer material disponível (p. ex., usar toalhas, aventais e xales como cabelos longos)”. Esses meninos “desempenham papéis femininos em brincadeiras” e com frequência preferem “brincar de casinha, desenhar quadros femininos, assistir a programas de televisão ou vídeos com personagens femininos”. “Bonecas estereotípicas femininas (p. ex., Barbie) geralmente são seus brinquedos favoritos, e as meninas são as companheiras de brincadeira preferidas” (APA, 2014, p. 454). Meninas pré-puberais, por sua vez, apresentam o transtorno quando “preferem usar roupas e cortes de cabelo de meninos”, sendo “com frequência percebidas como meninos por estranhos”. “Com frequência, sua preferência é por esportes de contato, brincadeiras agressivas e competitivas, jogos tradicionalmente masculinos e ter meninos como pares”. Às vezes chegam até “a recusar-se em urinar na posição sentada” (APA, 2014, p. 453).

O que observamos, contudo, é que quando o DSM-5 descreve uma possível “disforia de gênero” na infância, em nada o manual está se referindo a constantes sintomatológicas clinicamente observáveis, mas esta no fundo endereçando suas atenções as normativas de gênero que exigem que os sujeitos nascidos com uma determinada genitália representem uma performance de gênero específica que foi historicamente construída e culturalmente assimilada àquela genitália em questão (BENTO, 2006). A existência de sujeitos que rompem e transitam essas fronteiras de gênero, tão cuidadosamente formatadas por uma sociedade que exige uma linearidade incorruptível entre sexo biológico e expressão de gênero, assusta um projeto de sociedade estável. E por isso mesmo, é que esses sujeitos “disfóricos do gênero” devem ser regulados, gerenciados e normatizados. O que de comum atravessa essas últimas quatro últimas desenvolvidas – ansiedade, personalidade, sexualidade e gênero – é a tônica de eminente perigo social, que essas experiências representam, ao projeto contemporâneo de sociedade.

Douglas (1992) admite que a noção de risco, quando configurada como sinônimo de perigo social, adquire um efeito particularmente perverso, pois estabelece

um uso político pautado nas já citadas racionalidades racistas, estereotipadas e moralizantes, que endereçam condutas psiquiátricas biologizantes. Nesse plano de ação política, sustentado por uma ideologia da segurança, em que há um deslocamento da ideia de terapêutica, para a lógica de uma gestão de condutas supostamente perigosas, observa-se o que há muito, Foucault (2006a) já denunciava em seus escritos, uma psiquiatria que ultrapassa os muros dos asilos, e se direciona cada vez mais para o campo social como um todo, tornando-se um saber-poder utilizado em “defesa” da sociedade, na medida em que se volta de modo contundente ao controle dos corpos e populações desviantes.

Esse espriamento da psiquiatria, essa disseminação cada vez maior de suas lógicas de ação biopolítica, essa “obsessão por identificar pequenas anomalias, angústias cotidianas, pequenos desvios de conduta como indicadores de uma patologia psiquiátrica grave por vir” (CAPONI, 2014, p. 753) é que vai, justamente, criar um terreno fértil para que, por exemplo, o luto, antes considerado critério de exclusão para o “transtorno depressivo maior”, com o DSM-5, se transforme, contraditoriamente, em um estado potencialmente indutor do próprio “transtorno depressivo”. Para a nova edição do manual, se a tristeza e outros sentimentos de angústia e pesar referentes à perda persistirem por mais de duas semanas, abrem-se as portas para um processo interventivo, sob o argumento de que se tenta evitar no futuro o surgimento de um quadro depressivo mais grave. Assim, aquilo que antes era considerado distinto do processo depressivo, agora se torna um de seus elementos constitutivos.

Essa mudança paradigmática, do lugar do luto na produção dos “transtornos depressivos”, opera tanto através de uma proposta linear de tempo, apontada sempre para frente, pela qual, numa somatória de intervenções sobre o presente, chegar-se-ia a um futuro ideal em que os corpos estariam, como se supunha, prontos para o que a sociedade deles demanda; quanto reitera aquilo que Barbara Wootton (1956) já dizia sobre a produção social da doença mental.<sup>13</sup> Nessa mesma linha, o que antes era considerado um esquecimento fisiológico e intrínseco ao processo natural de envelhecimento, com o DSM-5 se transforma em “transtorno neurocognitivo leve”, sob

---

<sup>13</sup> Cabe ressaltar que os afastamentos de trabalho por atestados médicos são limitados e o trabalhador só pode se afastar durante catorze dias (mesmo que alternados) num intervalo de 60 dias; dentro desse intervalo, a partir do 15º dia, o afastamento será feito pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), passando o trabalhador a ser um peso não somente ao seu empregador (caso seja da iniciativa privada), mas também ao Estado. Acreditamos que essa temporalidade do luto advinda com o DSM-5 impregna-se com o tempo da economia política em vigor reproduzindo o ritmo acelerado da produção no capitalismo avançado.

a alegação de que a intervenção precoce sobre os casos de “declínio cognitivo pequeno” (APA, 2014, p. 605) impactaria de modo positivo na redução dos casos de demência no futuro. Entretanto, o próprio manual aponta que os déficits cognitivos característicos desse estado “não interferem na capacidade de ser independente nas atividades cotidianas, estando preservadas atividades instrumentais complexas da vida diária, como pagar contas ou controlar medicamentos” (APA, 2014, p. 605), o que nos faz questionar a utilidade clínica desse diagnóstico, ou se quisermos ser mais radicais, nos faz lançar luz sobre o caráter mítico da própria doença mental (SZASZ, 1979).

Essa projeção para o futuro que justificava uma intervenção sobre o presente parece ainda ditar as linhas dedicadas aos “transtornos alimentares”, que tidos como “perturbações persistentes na alimentação [...] que resulta no consumo ou na absorção alterada de alimentos e que compromete significativamente a saúde física” (APA, 2014, p. 329) do sujeito; acionam a mesma lógica tanto de periculosidade social, quanto de autovigilância cotidiana endereçada aos “transtornos” da sexualidade, personalidade, ansiedade e gênero. Lógica, que parece ainda conectar-se de algum modo aos “transtornos relacionados a substâncias”, o risco nesses casos, funciona como uma “tecnologia moral, através da qual indivíduos e grupos sociais são manejados para estar em conformidade com os objetivos do Estado neoliberal” (LUPTON, 1999, p. 47), seja desde encenando uma personalidade determinada, um nível de interação social específico, uma performance sexual e de gênero alinhadas às exigências culturais; ou, seja até se alimentando na quantidade considerada adequada e não utilizando determinadas substâncias que foram condenadas através de processos históricos muito particulares.

Assim, encaminhando-nos para o fim de nossas análises, o que nos parece é que o discurso do risco opera sob duas tônicas: a primeira, a ideia de um risco para o sujeito, daí a necessidade de antecipação dos estados que podem produzir estados piores no futuro, - as disputas em torno da psicose precoce/psicose atenuada e sua potencial progressão para esquizofrenia, a criação dos transtornos infantis para se evitar transtornos mais graves na fase adulta e as correlações entre luto e depressão e esquecimento e transtornos neurocognitivos - e a segunda que alberga o risco que este sujeito representa, na medida em que corporifica uma ameaça aos modos de vida hegemônicos e ao projeto de sociedade estabelecido, daí sexualidade, gênero, personalidade, ansiedade, alimentação e uso de substâncias transformam-se em personagens centrais nos cenários de regulação biopolítica do DSM-5. Ambas tônicas

de algum modo conectadas e endereçadas a ideia de prevenção, a primeira através de uma concepção futurocêntrica do tempo e a segunda através de uma tecnologia moral da vida.

Conforme ressaltamos no início desse capítulo, de modo algum tivemos a pretensão de oferecer uma análise minuciosa ou exegética dos transtornos aqui descritos, nosso objetivo foi o de apenas através das poucas linhas citadas, dentro das quase mil páginas que compõe o manual, demonstrar como o DSM-5 está atravessado por um discurso do risco, que “na medida em que aparece como um modo de antecipar um perigo possível sobre a vida e a saúde, constitui uma estratégia biopolítica por excelência que permite garantir a legitimidade e aceitabilidade de [determinados] modos de exercer o governo das populações” (CAPONI, 2014, p. 753). Tais modos de governo, doravante configurados sob os termos de terapêutica – sobretudo medicamentosa – e prevenção – eminentemente primária –, permitem demonstrar como “o DSM opera, assim, como um dispositivo de segurança que reduz todos os nossos sofrimentos à lógica da intervenção biomédica, à lógica da prevenção e da detecção de riscos” (CAPONI, 2014, p. 759).

No fim, o que buscamos apontar ao desenhar esse cenário de um DSM-5 atravessado por um discurso do risco, é que esse manual que se pretende atóxico e objetivo, está mergulhado até suas últimas páginas, em um complexo contexto entrecortado por disputas políticas, vieses moralistas, apelos midiáticos, estruturas culturais, artefatos históricos, demandas da indústria farmacêutica e toda uma série de aparatos discursivos. Contexto, que cria um intenso jogo de interesses e visões de mundo, no qual elementos como legitimidade científica, motivações econômicas, intrigas profissionais e relações de poder integram um jogo de tensões que produz resultados inesperados, que nenhuma lógica premonitória ou futurística será capaz de apreender. A questão agora, diante desses endereçamentos analisados, é o que fazer com esses discursos, como jogar com eles, fazendo deles novos arranjos.

### **3.3. À maneira de um epílogo: cenários de uma psiquiatria preventiva**

A psiquiatria, como uma medicina voltada para a previsão, cujas intervenções ocorrem com base numa retórica do risco, se revela como a tônica imanente das análises depreendidas a partir da leitura do DSM-5. Essa preocupação particular, que atravessa o manual, com o “vir a ser” algo indesejável, com a futuridade, com o porvir inextrincável, com o risco de que algo ruim venha a acontecer no futuro, instaura definitivamente os anseios por uma psiquiatria preventivista no rito cotidiano das

práticas em psiquiatria. Afinal, se prevenir nada mais é que “dispor com antecipação; preparar; chegar antes de; adiantar-se; antecipar-se; dispor de maneira que evite dano ou mal; evitar; impedir que se realize; realizar antecipadamente; atalhar; avisar; informar com antecedência; acautelar-se; preparar-se; precaver-se” (FERREIRA, 2010, p. 1707); prevenção e risco conectam-se e, porque não, retroalimentam-se de maneira singular nas linhas do manual.

Com suas prescrições e orientações diagnósticas o DSM-5, produz categorias de sujeitos que estão supostamente vivenciando o risco da aparição futura de uma patologia mental mais grave que precisa ser evitada, configurando o que nos parece ser uma das consequências mais visíveis da aplicação da lógica do risco ao campo dos fenômenos mentais: a expansão da intervenção psiquiátrica nos moldes de uma medicina preventiva. Entretanto, pensar uma psiquiatria preventivista, regulada nos termos de um discurso do risco, produz amplos desafios para as ações psiquiátricas. Se por um lado, quando Caplan (1980), Louzã (2007) e Woods et al (2010), pretendem fundar as bases de uma prevenção primária em psiquiatria, acentuem o valor do cuidado em saúde expresso na ideia de prevenção; por outro, autores como Rosenberg (2006), Costa (1989) e Silva (2013) vão evidenciar que mesmo que as práticas e propostas preventivas possam ser entendidas como ações de cuidado, inspiradas por uma incontestável preocupação ética com a dor e o sofrimento humano; estas mesmas práticas de prevenção, dão ensejo a questionamentos sobre: os limites da ação dos psiquiatras, a expansão do poder psiquiátrico sobre a regulação dos corpos e a identificação de condutas sociais e experiências de vida como doenças mentais a serem tratadas.

Ao lidar com algo que ainda não aconteceu, com o objetivo de antecipar um mal para que ele possa ser evitado, a estratégia de prevenção alçada pelo discurso do risco, produz um paradoxo lógico difícil de resolver. Se, os estados de risco descritos pelo DSM-5 fazem referência a uma experiência fronteira, não redutível ou equivalente, nem ao estado de normalidade que relacionamos com a saúde, nem aos estados patológicos que designamos como transtornos mentais, produz-se um híbrido, que ocupa esse espaço do entre-lugar. O risco ocupa então, *a priori*, nessa lógica, uma espécie de limbo clínico, um tipo peculiar de purgatório semântico. Contudo, quando intervimos sobre o risco, operando com uma lógica preventivista que usa como recurso toda uma força-tarefa medicamentosa psicotrópica retiramos o risco desse entre-lugar, desse lugar de não saúde e não doença, e ele então comporta a sinonímia de doença. Daí

que intervir sobre o que ainda não existe, evitando que um dia, tal situação venha a se efetivar, é justamente criar a situação que se quer evitar.

Assim, risco e prevenção, parecem conectados e entrelaçados nos fazeres psiquiátricos orientados pelo DSM-5. Se a noção de risco amplia “os possíveis nichos para a retomada de propostas preventivas” (SILVA, 2011, p. 166), a prevenção, por sua vez, se constitui como uma verdadeira tecnologia política “que tem como preocupação imediata antecipar os riscos” (CAPONI, 2012, p. 107). Por fim, é atravessado por essas questões que o discurso do risco, ao endereçar seus anseios a uma lógica preventivista em psiquiatria, age capturando vidas, que se vividas no limite de uma normalidade flutuante, podem, num amanhã não muito distante ser inscritas nos domínios da patologia. Se, portanto, “prevenção de doença e detecção de risco aqui são a mesma coisa” (LIMA; CAPONI, 2011, p. 1321), resta-nos, por hora, ficar atentos no presente aos efeitos colaterais do preventivismo aplicado à psiquiatria. De preferência, sem antecipações.

#### 4. AO MODO DE UMA CONCLUSÃO

Desde Pinel, que com suas observações inicialmente no Bicêtre, e posteriormente no Salpêtrière, produziu seu “*Tratado Médico-Filosófico sobre Alienação Mental*”; passando por Esquirol, que deu mais precisão e delimitação às classificações produzidas por Pinel, em seu “*Das doenças mentais*”; atravessando o “*Tratado de Degeneração Física, Mental e Moral*” de Morel, que inaugura uma nova perspectiva de se entender a alienação; até por fim Kraepelin, considerado inspiração direta na construção do DSM<sup>14</sup>, e cuja obra “*Tratado de Psiquiatria*”, pode ser considerada um dos primeiros manuais classificatórios psiquiátricos. Percebemos, nessas incursões históricas, a importância que a nosografia adquiriu dentro do campo da psiquiatria; nosografia essa, que contemporaneamente se encontra, doravante, representada na figura do DSM-5. Contudo, se Pinel e Esquirol detinham suas atenções aos alienados, se Morel destinava seus estudos à figura dos degenerados e se Kraepelin dedicava-se a desvendar a hereditariedade mórbida, parece-nos que o DSM-5 debruça-se, de maneira singular, sobre uma ideia de “risco” que perscruta, de modo peculiar, suas páginas.

---

<sup>14</sup> Não à toa a força-tarefa que produziu a terceira versão do manual – aquela que instaurou as bases epistemológicas e metodológicas sob as quais o DSM se ancora até os dias de hoje – se autodenominavam de *neokraepelianos*.

Durante as linhas que compuseram os percursos analítico-investigativos desta monografia, procuramos mostrar o quanto esse discurso do risco, ao atravessar o DSM-5, institui uma estratégia discursiva pautada tanto na ideia de antecipação de perigos futuros quanto na noção de defesa do projeto hegemônico de sociedade, situações que estabelecem possibilidades de gerenciamento e intervenção biopolítica sobre esses estados, o que em outros termos representa a introdução dos ideais medicalizantes de prevenção primária, no seio da *praxis* psiquiátrica. Foi assim, que no capítulo anterior, tomando os transtornos produzidos pelo DSM-5, como exemplos paradigmáticos de nossa hipótese, mostramos: 1) como a ideia de “risco psicótico” ao mesmo tempo em que representa os auspícios áureos da lógica preventivista em psiquiatria, cria também um paradoxo patente ao produzir aquilo que pretende evitar; 2) como as orientações sobre os “transtornos da infância”, transformam tal fase em um estágio de risco da vida, em que o que está em jogo é a produção de um adulto saudável, através de estratégias preventivas antecipatórias; 3) como as adstrições sobre o luto e o esquecimento fisiológico da velhice, reiteram a lógica antecipatória dos exemplos anteriores e 4) como gênero, sexualidade, ansiedade, personalidade, alimentação e uso de determinadas substâncias se constituem como arenas que comportam experiências arriscadas para um projeto específico e ocidentalizado de sociedade.

Em última instância, todo esse emaranhando analítico depreendido da leitura atenta do DSM-5, parece-nos responder a uma tensão epistêmica, que acompanha a própria psiquiatria desde o seu nascimento: sua validade enquanto especialidade médica. É em meio a intensos conflitos acerca do estatuto médico e ontológico dos “transtornos mentais” que durante toda sua história a psiquiatria tentou reproduzir os modelos metodológicos e epistemológicos da clínica médica (BIRMAN, 1978). Assim, é que historicamente as discussões acerca da origem etiológica, da formulação diagnóstica, da conduta terapêutica e da evolução prognóstica dos “transtornos mentais” tentam ao máximo se conectar aos modelos organicistas e científicos, que supostamente orientam a medicina clínica. De tal modo, o momento presente, no qual o DSM-5 toma protagonismo, parece ser, não mais que um reflexo dessa movimentação histórica particular da psiquiatria.

Tentamos, ainda, ao longo dessas linhas oferecer críticas concretas e embasadas sobre o manual, sem de modo algum demonizá-lo ou condená-lo, mas procurando compreendê-lo dentro do contexto histórico e cultural em que o mesmo se situa. De tal modo, buscamos entender a que tipo de respostas sociais ele responde, na medida em

que deixa de ser um documento técnico da psiquiatria e passa a endereçar cuidados e atenções às nossas vidas. Daí que a necessidade de se ancorar na bioquímica do sistema límbico, no imageamento dos corpos calosos, na anatomopatologia do córtex cerebral, na epigenética neuronal, na farmacologia dos psicotrópicos e agora, com o discurso de risco do DSM-5, na categoria de pré-morbidade formatada *ipsi literi* aos moldes dos manuais da medicina preventiva; parecem-nos sintomas – no sentido freudiano de revelarem de forma deslocada a verdade de um conflito que não se deixa apreender imediatamente pela consciência – de um momento bastante peculiar da psiquiatria contemporânea.

Com esses investimentos de reprodução das lógicas de pensamento da clínica – tida como exemplo por excelência do exercício médico –, a psiquiatria tenta afirmar seu lugar enquanto especialidade médica de fato, e o DSM-5 se torna apenas uma peça nesse contexto cultural e social mais amplo. Se, “o DSM opera, assim, como um dispositivo de segurança que reduz todos os nossos sofrimentos à lógica da intervenção biomédica, à lógica da prevenção e da detecção de riscos” (CAPONI, 2014, p. 759), parece-nos que o mais ético a ser feito é justamente, como afirmam Elisabeth Roudinesco (2013), Phylippe Pignarre (2006), Christian Dunker (2014), dentre outros, abandonar o DSM como modelo hegemônico de diagnóstico no campo da psiquiatria, em prol de inventar estratégias outras que nos permitam compreender que os sofrimentos psíquicos são irreduzíveis à biologia e só podem tornar-se inteligíveis – sobretudo, clinicamente – no interior das narrativas simbólicas, histórias de vida e experiências existenciais dos sujeitos.

Talvez seja na arena da micropolítica do cotidiano, que outros fazeres e agires psiquiátricos possam ser inventados. Talvez seja no mesmo instante em que são construídas as tentativas de governo a partir de sujeições securitárias e medicalizantes, que deslocamentos e tensões devam ser produzidos. Talvez seja através da substituição das fichas de diagnóstico e dos *checklists* de sinais e sintomas descritos pelo DSM-5, por uma escuta atenta às biografias dos sujeitos que padecem de sofrimentos psíquicos, uma forma de produzir nos entremeios dessas mesmas linhas, uma estética do cuidado em psiquiatria. Mas, diante do diagrama apresentado, será que tensionar e criar interferências dentro da *praxis* psiquiátrica do dia-a-dia são um exercício livre de disputas? Quais possibilidades de resistência são possíveis diante dos conglomerados profissionais que buscam ferozmente o silenciamento das divergências? Como fazer

funcionar outras maneiras de viver nesse contexto biopolítico? Eis, feridas éticas que seguem abertas no seio da psiquiatria!

## 5. REFERÊNCIAS

ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith; GEWANDSZNAJDER, Fernando. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira, 1998.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARAÚJO, Inês Lacerda. **Foucault e a crítica do sujeito**. Curitiba: Editora da UFPR, 2000.

ARAÚJO, Inês Lacerda. Formação discursiva como conceito chave para a arqueogenealogia de Foucault. **Revista Aulas**, n. 3, p. 1-24, 2007.

ASSIS, Machado de. **O Alienista**. Col. Saraiva de Bolso. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2011.

BAYER, Ronald. *Homosexuality and American Psychiatry: the politics of diagnosis*. New Jersey: Princeton University Press, 1987.

BECK, Ulrich. **Sociedade de risco: rumo a uma outra modernidade**. São Paulo: Ed. 34, 2011.

BENTO, Berenice. **A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

BERNSTEIN, Peter. **Desafio aos deuses: a fascinante história do risco**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

BEZERRA JR, Benilton. A psiquiatria contemporânea e seus desafios. In: ZORZANELLI, Rafaela; BEZERRA JR, Benilton; COSTA, Jurandir. (orgs). **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

BIRMAN, Joel. **A Psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

BITTENCOURT, Silvia. **A bíblia da farmacologia e os antidepressivos: análise do livro-texto 'Goodman e Gilman: as Bases farmacológicas da terapêutica'**. Tese (Doutorado em Ciências Humanas). Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

BRASIL, André. **Modulação/montagem: ensaio sobre biopolítica e experiência estética**. Tese (Doutorado em Comunicação e Cultura Contemporânea). Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

BURKLE, Thaaty. **Uma reflexão crítica sobre as edições do Manual de Diagnóstico de Estatística das Perturbações Mentais – DSM**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Estudos de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2009.

CAMARGO, Kenneth Rochel. A construção das doenças na medicina ocidental contemporânea. **Rev. Soc. Bras. Hist. da Ciênc.**, n. 9, p. 31-40, 1993.

CANESQUI, Ana Maria. Ciências Sociais e Saúde no Brasil: Três Décadas de Ensino e Pesquisa. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 3, n. 1, p. 131-168, 1998.

CANGUILHEM, Georges. **Escritos sobre a medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

CAPLAN, Gerald. **Princípios de Psiquiatria preventiva**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

CAPONI, Sandra. A hereditariedade mórbida: de Kraepelin aos neokraepelinianos. **Physis**, v. 21, n. 3, p. 833-852, 2011.

CAPONI, Sandra. Classificar e medicar: a gestão biopolítica dos sofrimentos psíquicos. **INTERthesis**, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 101-122, 2012.

CAPONI, Sandra. O DSM-V como dispositivo de segurança. **Physis**, v. 24, n. 3, p. 741-763, 2014.

CARDOSO, Lívia. Nos rastros de uma bruxa, compondo metodologias alquimistas. In: MEYER, Dagmar; PARAÍSO, Marlucy. (orgs). **Metodologias de pesquisas pós-críticas em educação**. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2012.

CASTEL, Robert. **A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora, 1987.

CASTEL, Robert. From dangerousness to risk. In: BURCHELL, Graham; GORDON, Colin; MILLER, Peter (ed.). **The Foucault Effect: studies in governmentality**. Chicago: University of Chicago Press, p. 281-298, 1991.

CASTIEL, Luis; GUILAM, Maria; FERREIRA, Marcos. **Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

CONRAD, Klaus. **La esquizofrenia incipiente: intento de un análisis de la forma del delirio**. Madrid/Mexico: Editorial Alhambra, 1963.

CONRAD, Peter. **The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders**. Baltimore: John Hopkins University Press, 2007.

COSGROVE, Lisa; BURSZTAJN, Harold. Toward Credible Conflict of Interest Policies in Clinical Psychiatry, **Psychiatric Times**, 2009. Disponível em:

<<http://www.psychiatrictimes.com/articles/toward-credible-conflict-interest-policies-clinical-psychiatry>>

COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico.** Rio de Janeiro: Xenon, 1989.

DOUGLAS, Mary. **Risk and blame: essays in cultural theory.** London, New York: Routledge. 1992.

DUARTE, Rosália. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cad. Pesquisa**, n. 115, p. 139-154, 2002.

DUNKER, Christian. Subjetivações e gestão dos riscos na atualidade: reflexões a partir do DSM-5. **Rev. Epos**, v. 5, n. 1, p. 181-190, 2014.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio da língua portuguesa.** Curitiba: Positivo, 2010.

FISCHER, Rosa. **Adolescência em discurso: mídia e produção de subjetividade.** Tese (Doutorado em Educação). Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1996.

FISCHER, Rosa. Foucault e a análise do discurso em educação. **Cadernos de Pesquisa**, n. 114, p. 197-223, 2001.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso.** São Paulo: Loiola, 1996.

FOUCAULT, Michel. A política de saúde do século XVIII. In: MOTTA, Manoel Barros (org.). **Ditos e Escritos II: Arqueologia das Ciências e História dos Sistemas de Pensamento.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, p. 411-422, 2001.

FOUCAULT, Michel. **A verdade e as formas jurídicas.** Rio de Janeiro: NAU, 2003.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade.** São Paulo: Martins Fontes, 2005a.

FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005b.

FOUCAULT, Michel. **O poder psiquiátrico.** São Paulo: Martins Fontes, 2006a.

FOUCAULT, Michel. Da arqueologia à dinastia. In: MOTTA, Manoel Barros (org.). **Ditos e Escritos IV: Estratégia, poder-saber.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006b.

FOUCAULT, Michel. **As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas.** São Paulo: Martins Fontes, 2007.

FOUCAULT, Michel. **Segurança, território e população.** São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

- FOUCAULT, Michel. **Nascimento da Biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.
- FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 2011.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2012.
- FRANCES, Allen. Opening pandoras box: the 19 worst suggestions for DSM-5, **Psychiatric Times**, 2010. Disponível em: <[http://www.janusonline.it/sites/default/files/allegati\\_news/FrancesA\\_PsychiatricTimes110210.pdf](http://www.janusonline.it/sites/default/files/allegati_news/FrancesA_PsychiatricTimes110210.pdf)>.
- FRANCES, Allen. **Saving normal: an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, Big Pharma and the medicalization of ordinary life**. New York: William Morrow and Company, 2013a.
- FRANCES, Allen. DSM-V writing mistakes will cause great confusion. **Post Science**. 2013b. Disponível em: <[http://www.huffingtonpost.com/allen-frances/dsm5-writing-mistakes-wil\\_b\\_3419747.html](http://www.huffingtonpost.com/allen-frances/dsm5-writing-mistakes-wil_b_3419747.html)>
- GAINES, Atwood. From DSM I to III R; Voices of self, mastery and the other: a cultural constructivist reading of U.S. Psychiatric Classification. **Social Science and Medicine**, v. 35, n. 1, p. 3-24, 1992.
- GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.
- GIDDENS, Antony. **As consequências da modernidade**. São Paulo: Editora da UNESP, 1990.
- GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2008.
- GILL, Rosalind. Análise de Discurso. In: BAUER, Martin; GASKELL, George (orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002.
- HACKING, Ian. Making up people. **London Review of Books**, v. 28, n. 16, p. 23-26, 2006.
- HENRIQUES, Rogério Paes. **A psiquiatria do DSM: pílulas para que te quero**. São Cristóvão: EdUFS, 2015.
- HILLESHEIM, Betina; CRUZ, Lílian. Risco, vulnerabilidade e infância: algumas aproximações. **Psicol. Soc.**, v. 20, n. 2, p. 192-199, 2008.
- HOOD, Christopher; JONES, D.; PIDGEON, N.; TURNER, B.; GIBSON, R. Risk management. In: The Royal Society (ed.). **Risk: analysis, perception and management**. London: The Royal Society, p. 123-143, 1992.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Salles; FRANCO, Francisco Manoel de Mello. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

INSEL, Thomas. **Transforming diagnosis**. 2013. Disponível em: <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>

INTERNATIONAL EARLY PSYCHOSIS ASSOCIATION WRITING GROUP. International clinical practice guidelines for early psychosis, **British Journal of Psychiatry**, v. 187, suppl. 48, p. 120 – 124, 2005.

KON, Noemi Moritz. “Preso por ter cão, preso por não ter cão!”: notas a partir de “O alienista”, de Machado de Assis. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 132-142, 2014.

LANTERI-LAURA, Georges. **Leitura das perversões**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

LARROSA, Jorge. Tecnologias do eu e educação. In: SILVA, Tomaz Tadeu. (org). **O sujeito da educação: estudos foucaultianos**. Petrópolis: Vozes, 1994.

LEMOS, Flávia et al. Governamentalidades neoliberais e dispositivos de segurança. **Psicol. Soc.**, v. 27, n. 2, p. 332-340, 2015.

LEMOS, Flávia. A medicalização da educação e da resistência no presente: disciplina, biopolítica e segurança. **Rev Bras Psic Esc Educ**, v. 18, p. 485-492, 2014.

LIMA, Ana Cristina; CAPONI, Sandra. A força-tarefa da psiquiatria do desenvolvimento. **Physis**, v. 21, n. 4, p. 1315-1330, 2011.

LIMA, Elizabeth Maria Freire de Araújo. Machado de Assis e a psiquiatria: um capítulo das relações entre arte e clínica no Brasil. **História, Ciências, Saúde: Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.641-654, 2009.

LOUZÃ, Mário. Detecção precoce: é possível prevenir a esquizofrenia? **Rev. psiquiatr. clín.**, v.34, suppl.2, p. 169-173, 2007.

LUNARDI, Márcia. Gerenciar o risco, garantir a segurança e a normalidade: tríade da Educação Especial. **Perspectiva**, v. 24, n. 3, p. 177-196, 2006.

LUPTON, Deborah. **Risk**. New York: Routledge, 1999.

LUZ, Madel Therezinha. Especificidade da contribuição dos saberes e práticas das Ciências Sociais e Humanas para a saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 1, p. 22-31, 2011.

MALDONADO, Gerardo et al. El DSM-V. Luces y sombras de un manual no publicado. Retos y expectativas para el futuro. **Salud Ment.**, v. 34, n. 4, p. 367-378, 2011.

MCGLASHAN Thomas et al. Randomized, double-blind trial of olanzapine versus placebo in patients prodromally symptomatic for psychosis. **Am. J. Psychiatry**, v. 163, n. 5, p. 790–799, 2006.

MCGORRY, Patrick et al. Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 59, n. 10, p. 921-928, 2002.

MICHAELIS: dicionário escolar língua portuguesa. São Paulo: Editora Melhoramentos, 2008.

MILLER, Jacques-Alain et al. **La psicosis ordinaria**: la convención de Antibes. Buenos Aires: Paidós, 2009.

MINAYO, Maria Cecília. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, Maria Cecília. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, Maria Cecília; COIMBRA Jr., Carlos. (Orgs.). **Críticas e Atuantes**: Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MITJAVILA, Myriam; MATHES, Priscilla. A psiquiatria e a medicalização dos anormais: o papel da noção de transtorno de personalidade antissocial. **INTERthesis**, v. 9, n. 2, p. 84-100, 2012.

NUNES, Everardo Duarte. As Ciências Sociais em Saúde: reflexões sobre as origens e a construção de um campo de conhecimento. **Saúde e Sociedade**, v. 1, n. 1, p. 59-84, 1992.

OLIVEIRA, Stephan. Os alcances e limites da medicalização do risco para a psicose: a emergência de uma nova categoria? **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 291-309, 2012.

ORLANDI, Eni Pulcinelli. **A linguagem e seu funcionamento**: as formas do discurso. Campinas: Pontes, 1987.

PARAÍSO, Marlucy. Metodologias de pesquisa pós-críticas em educação e currículo: trajetórias, pressupostos, procedimentos e estratégias analíticas. In: MEYER, Dagmar; PARAÍSO, Marlucy. (orgs). **Metodologias de pesquisas pós-críticas em educação**. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2012.

PARIS, Joel; PHILLIPS, James. **Making the DSM-5**: concepts and controversies. New York: Springer, 2013.

- PÊCHEUX, Michel. **Semântica e discurso**. Campinas: Editora da UNICAMP, 1988.
- PEREIRA, Mário. Mudanças no conceito de ansiedade. In: GRAEFF, Frederico; HETEM, Luiz. (Org.). **Transtornos de Ansiedade**. São Paulo: Atheneu, 2012.
- PEREIRA, Mário. A crise da psiquiatria centrada no diagnóstico e o futuro da clínica psiquiátrica: psicopatologia, antropologia médica e o sujeito da psicanálise. **Physis**, v. 24, n. 4, p. 1035-1052, 2014.
- PIGNARRE, Phylippe. **Les malheurs des psys: psychotropes et médicalisation du social**. Paris: La Découverte, 2006.
- RENN, Ortwin. Three decades of risk research: accomplishments and new challenges. **Journal of Risk Research**, n. 1, p. 49-71, 1998.
- ROHDEN, Fabíola. Diferenças de gênero e medicalização da sexualidade na criação do diagnóstico das disfunções sexuais. **Rev. Estud. Fem.**, v. 17, n. 1, p. 89-109, 2009.
- ROSE, Nikolas. **A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI**. São Paulo: Paulus, 2013.
- ROSENBERG, Charles. Contested boundaries: psychiatry, disease, and diagnosis. **Perspect. Biol. Med.**, v. 3, n. 49, p.407-24, 2006.
- ROUDINESCO, Elisabeth. **Por qué el psicoanálisis?** Buenos Aires: Paidós, 2013.
- RUSSO, Jane; VENANCIO, Ana Teresa. Classificando as pessoas e suas perturbações: a 'revolução terminológica' do DSM III. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, v. 9, n. 3, p.460-483, 2006.
- SARACENO, Benedetto. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia, 1999.
- SCHLICH, Thomas. Objectifying uncertainty: history of risk concepts in medicine. **Topoi. An International Review of Philosophy**, v. 23, n. 2, p.211-217, 2004.
- SEDGWICK, Eve. **Touching feeling**. Durham: Duke University Press, 2003.
- SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Cortez, 2001.
- SILVA, Luna Rodrigues Freitas. Transtorno da conduta: uma oportunidade para a prevenção em saúde mental? **Interface**, v. 15, n. 36, p. 165-173, 2011.
- SILVA, Luna Rodrigues Freitas. **Da prevenção ao manejo do risco: contraste e indefinição na história recente da psiquiatria**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

SILVA, Luna; ORTEGA, Francisco. Intervenção precoce na psicose: de estratégia clínica a possível categoria diagnóstica. **Psicol. estud.**, v. 19, n. 4, p. 729-739, 2014.

SPINK, Mary Jane. **A Centralidade do Conceito de Risco na Constituição da Subjetividade Moderna**. Projeto. São Paulo: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, 1998.

SPINK, Mary Jane. **Risco e Incerteza na Sociedade Contemporânea**: vivendo na Sociedade de Risco. Projeto Integrado. Rio de Janeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, 1999.

SPINK, Mary Jane. Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, n. 6, p. 1277-1311, 2001a.

SPINK, Mary Jane. Os contornos do risco na modernidade reflexiva: considerações a partir da psicologia social. **Psicologia e Sociedade**, v. 12, n. 1, p. 156-173, 2001b.

SZASZ, Thomas. **O mito da doença mental**: fundamentos de uma teoria da conduta pessoal. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

TESSER, Charles Dalcanale. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. **Interface**, v. 10, n. 20, p. 347-362, 2006.

UCHÔA, Elizabeth; VIDAL, Jean Michel. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 497-504, 1994.

VAZ, Paulo et al . O fator de risco na mídia. **Interface**, v. 11, n. 21, p. 145-153, 2007.

VYAS, Nora; GOGTAY, Nitin. Treatment of early onset schizophrenia: recent trends, challenges and future considerations. **Front Psychiatry**, v. 3, n. 29, p. 1-3, 2012.

WOODS, Scott; WALSH, Bárbara; MCGLASHAN, Thomas. The case for including Attenuated Psychotic Symptoms Syndrome in DSM-5 as a psychosis risk syndrome. **Schizophr. Res.**, v. 123, n.2-3, p. 199-207, 2010.

WOOTTON, Barbara. Sickness or sin? **20 Century**, n. 159, p. 433-442, 1956.

YOUNG, Allan. **The Harmony of Illusions**: inventing post-traumatic stress disorder. New Jersey: Princeton University Press, 1995.

YUNG, Alison et al. Psychosis prediction: 12-month follow up of a high-risk (“prodromal”) group. **Schizophrenia Research**, v. 60, n. 1, p.21-32, 2003.

ZOLA, Irving. Medicine as an Institution of Social Control. **Soc Review**, n. 20, v. 4, p. 487-504, 1972.

ZORZANELLI, Rafaela. Sobre os DSM's como objetos culturais. In: ZORZANELLI, Rafaela; BEZERRA JR, Benilton; COSTA, Jurandir. (Orgs.). **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

ZORZANELLI, Rafaela; DALGALARRONDO, Paulo; BANZATO, Cláudio. O projeto Research Domain Criteria e o abandono da tradição psicopatológica. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, v.17, n. 2, p. 328-341, 2014.