

HUMANAS E SOCIAIS
V.12 • N.3 • 2025 • Publicação Contínua

ISSN Digital: 2316-3801
ISSN Impresso: 2316-3348
DOI: 10.17564/2316-3801.2025v12n3p191-203



CLASSIFICAR E MEDICAR: O PROCESSO DE MEDICALIZAÇÃO NO DSM

CLASSIFYING AND MEDICATING: THE PROCESS OF
MEDICALIZATION IN THE DSM

CLASIFICAR Y MEDICAR: EL PROCESO DE
MEDICALIZACIÓN EN EL DSM

André Filipe dos Santos Leite¹
Claudiene Santos²

RESUMO

Esse trabalho busca analisar o processo crescente e quase exponencial de aumento das categorias diagnósticas ao longo das edições do “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais” (DSM). A partir de uma linha de ação metodológica depreendida das ciências sociais e humanas em saúde, foi realizada uma leitura minuciosa de todas as edições do DSM, comparando-as e buscando encontrar desde as continuidades epistêmicas ao longo da evolução do manual, até os momentos de ruptura discursiva do mesmo; o que foi articulado posteriormente ao cenário político e movimentações sociais presentes a cada época de elaboração de cada edição do manual. O que se argumenta é que a partir de um movimento constante de catalogação e adstrição de comportamentos e experiências, que são tomados como desviantes e prenes de intervenção médica, o DSM encena um projeto de medicalização da vida dos sujeitos, ou seja, um movimento que ambiciona rotular determinadas condutas consideradas desviantes e transgressivas, como doença.

PALAVRAS-CHAVE

Psiquiatria. DSM. Medicalização.

ABSTRACT

This paper seeks to analyze the growing and almost exponential process of increasing diagnostic categories throughout the editions of the “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM). From a methodological course of action taken from the social and human sciences in health, a thorough reading of all editions of the DSM was performed, comparing them and seeking to find from the epistemic continuities throughout the evolution of the manual, until the moments of discursive rupture of it; what was articulated later to the political scenario and social movements present at each time of elaboration of each edition of the manual. It is argued that from a constant movement of cataloging and constructing behaviors and experiences, which are taken as deviant and in need of medical intervention, the DSM enacts a project of medicalization of the subjects’ lives, that is, a movement that aims to label certain behaviors considered deviant and transgressive, such as disease.

KEYWORDS

Psychiatry; DSM; medicalization.

RESUMEN

Este documento busca analizar el proceso creciente y casi exponencial de aumentar las categorías de diagnóstico a lo largo de las ediciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM). Desde un curso de acción metodológico tomado de las ciencias sociales y humanas en salud, se realizó una lectura exhaustiva de todas las ediciones del DSM, comparándolas y buscando encontrar desde las continuidades epistémicas a lo largo de la evolución del manual, hasta los momentos de ruptura discursiva del mismo; lo que luego se articuló con el escenario político y los movimientos sociales presentes en cada momento de elaboración de cada edición del manual. Se argumenta que a partir de un movimiento constante de catalogación y construcción de comportamientos y experiencias, que se toman como desviados y necesitados de intervención médica, el DSM promulga un proyecto de medicalización de las vidas de los sujetos, es decir, un movimiento que pretende etiquetar ciertos comportamientos considerados desviados y transgresores, como enfermedades.

PALABRAS CLAVE

Psiquiatría, DSM, Medicalización.

1 NOTAS INTRODUTÓRIAS: O QUE PODE A CLASSIFICAÇÃO?

Classificar. “Ato ou efeito de distribuir em classes ou grupos, de acordo com um determinado sistema ou método”. “Pôr em ordem”. “Atribuir valores a”. “Determinar a categoria de” (Ferreira, 2010, p. 715). Relacionar. Agrupar. Catalogar. Categorizar. Identificar. Rotular. Especificar. Dito dessa forma, de maneira tão simples e quase dicionarística a palavra “classificar” e seus sinônimos, parecem não guardar nenhum tipo de particularidade crítica ou agenciamento político.

Daí que lepidamente, e de maneira até um pouco inadvertida, podemos observar – como se nisso não houvesse nenhum problema – os sistemas classificatórios atravessando os mais diversos campos do conhecimento: a botânica se vê atenta com as briófitas, pteridófitas, gimnospermas e angiospermas; a zoclassificações quando categorias enormemente com os grandes filos Chordata, Echinodermata, Arthropoda, Annelida, Mollusca, Cnidaria e tantos outros com suas subdivisões inúmeras; a física vê os fenômenos naturais dentro da clássica divisão de mecânica, ondulatória, óptica, termodinâmica, eletromagnetismo e seus congêneres; a química lida com as substâncias divididas *a priori* nos grandes grupos 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 à 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. Daí então, que o referido manual da psiquiatria norte-americana, que é editado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), – o “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais” – quando se propõe a classificar e taxonomizar as experiências dos sujeitos, a partir de determinados marcos – supostamente objetivos – em categorias patológicas e prenes de condutas terapêuticas – eminentemente medicamentosas – merece particular atenção.

O que se pretende nesse texto é analisar o processo de aumento exponencial das categorias diagnósticas psiquiátricas na evolução das edições do “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais” (DSM), desde sua primeira edição em 1952, até a última, em 2013. O que se argumenta é que esse aumento de categorias ao longo das edições do DSM revela tanto um movimento que ambiciona 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 a protocolos médicos alvos de intervenção, algo muito próximo daquilo que Foucault (2012) chamou de um gerenciamento biopolítico da vida.

Ou seja, como uma estratégia de poder que permitiu que o biológico ingressasse no registro da política (Foucault, 2005; 2008^a; 2008b), entrada que se deu através da regulação, gestão e controle dos comportamentos e experiências de vida dos sujeitos. Analisar o percurso histórico de constituição do DSM e apontar para seus endereçamentos políticos, torna-se importante, dada a reconhecida influência deste manual, seja na formação de psiquiatras ao redor do mundo, seja na condução de diversas pesquisas que o tem como equalizador das nomenclaturas utilizadas em ensaios clínicos randomizados e duplo-cegos no mundo científico.

Para tanto, será utilizada uma perspectiva metodológica inspirada em linhas de ação apreendidas das ciências sociais e humanas aplicadas às ciências da saúde (Minayo, 2006; Canesqui, 1998). Assim, podemos definir esse trabalho como uma pesquisa do tipo: qualitativa – quanto a sua abordagem –, descritivo-explicativa – quanto a sua natureza –, e bibliográfico-documental – quanto aos seus procedimentos. 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 se aprofunda 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, quando aplicada a essa pesquisa, permite desde lançar luz sobre os embates sociohistóricos que tornaram possível a própria existência do DSM, até entender o que isso que está escrito no DSM 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, 2008, p. 28), até “a identificação dos fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos descritos” (Gil, 2008, p. 28). O que se almeja é garimpar e descrever os aspectos sociais, históricos e culturais que levaram ao processo crescente e (quase) exponencial de aumento de categorias diagnósticas do DSM, ao longo de suas cinco edições.

Para tanto, foi realizada uma leitura minuciosa de todas as edições do DSM, comparando-as e buscando encontrar desde as continuidades epistêmicas ao longo da evolução do manual, até os momentos de ruptura discursiva dele; o que foi articulado posteriormente ao cenário político e movimentações sociais presentes a cada época de elaboração de cada edição do manual. Esse debruçar-se sobre o manual, buscando apreender em suas linhas e páginas o que ele movimenta em termos de produção subjetiva, é que permite definir, ainda, a pesquisa aqui traçada 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.

2 NOTAS ANALÍTICAS: MEDICALIZAÇÃO E POLÍTICA NO DSM

Se pretendemos trilhar os percursos históricos que levaram o principal manual da psiquiatria contemporânea a empreender um projeto político de captura da vida dos sujeitos, é primordial de início, observar o contexto político-histórico, que atravessa o referido manual desde sua criação à atualidade. O DSM nasce nos Estados Unidos, no início do século XX, 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”.

Nesse cenário de caos, já que cada centro, – a exemplo dos acima nominados –, criava uma classificação específica a depender de suas necessidades é lançada a sexta edição da Classificação Internacional das Doenças (CID), produzida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que é a primeira edição da CID a trazer uma seção específica destinada às perturbações mentais. Esse manual, quando lançado, tinha o intuito de padronizar a classificação das doenças mentais, servindo como o documento internacional e oficial classificatório das desordens psiquiátricas.

Entretanto, a CID-6 carecia de informações acerca das síndromes cerebrais crônicas, dos vários distúrbios de personalidade e das reações situacionais ou transitórias, o que contrariou diversos psiquiatras 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 do descontentamento com a então classificação que se pretendia universal e 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, a primeira edição do DSM, que ao longo da história viria a se tornar o principal manual classificatório da psiquiatria.

Ao longo de suas 132 páginas, o então nominado DSM-I, 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 continuaram a ser vistas como “expressões simbólicas de realidades psicológicas (ou psicossociais) latentes” (Gaines, 1992, p. 8), numa perspectiva bem próxima à 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.

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, 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 Rosenham³, quanto pelo surgimento dos primeiros psicofármacos⁴, uma sensível ruptura epistemológica acontece em 1980, quando o DSM-III cinde com o modelo classificatório utilizado até então.

Ao se basear em critérios diagnósticos, considerados explícitos e obtidos através da descrição de sinais e sintomas, que seriam próprios das perturbações mentais e retratados através dos comporta-

3 O Experimento Rosenhan foi um famoso experimento sobre a validade do diagnóstico psiquiátrico realizado pelo psicólogo David Rosenhan, 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.

4 Para mais informações sobre o surgimento dos psicofármacos ler Silvia Bittencourt (2010).

mentos do paciente; o sistema classificatório passa a ser multiaxial – o que proporciona as 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 sermos mais específicos, 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.

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 (Zorzanelli, 2014).

Tal projeto, que busca traçar uma linha divisória, ainda 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 a-teóricos, 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).

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.

Diante desse cenário, diversas são as movimentações que criticam esse modelo epistemológico iniciado com o DSM-III - e incorporado nas subseqüentes edições, especialmente pelo DSM-5 - que tornam 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 ferrenho desses críticos seja o professor emérito da Universidade de Duke, o psiquiatra Allen Frances (2013), 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; Dalgallarrondo; Banzato, 2014).

Os idealizadores deste projeto, tendo-se como parâmetro o desenvolvimento científico de outras especialidades médicas e efetuando-se constantes analogias dos transtornos mentais com doenças orgânicas, 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 às 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. O coordenador do NIMH, Thomas Insel (2013), às 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.

3 NOTAS FINAIS: UMA APOSTA ÉTICA

Durante as linhas que compuseram os percursos analítico-investigativos deste trabalho, procurou-se mostrar o quanto esse aumento exponencial de categorias diagnósticas ao longo das edições do DSM, guarda muito pouco de “científico”, mas, na verdade, evidencia um projeto político de regulação social, através da taxonomização de comportamentos e experiências dos sujeitos. Tentou-se, no decorrer do texto 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, buscou-se 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.

Assim, o que se pretendeu foi entender o DSM 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 e “burocráticas”, de balizar a concessão de benefícios e auxílios financeiros às famílias. Mas, como um dispositivo que 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.

Mas, se “o DSM opera, assim, como um dispositivo de segurança que reduz todos os nossos sofrimentos à lógica da intervenção biomédica” (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 não são redutíveis à biologia e só podem tornar-se inteligíveis – sobretudo, clinicamente – no interior das narrativas simbólicas, histórias de vida e experiências existenciais dos sujeitos.

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.

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

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

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

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

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

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.

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

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.

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

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2012. Fontes, 2008a.

FOUCAULT, Michel. **Nascimento da Biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

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

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, 2013.

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.

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

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.

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

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.

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

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

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

PIGNARRE, Phylippe. **Les malheurs des psys**: psychotropes et médicalisation du social. Paris: La Découverte, 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.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Cortez, 2001.

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

ZORZANELLI, Rafaela. Sobre os DSM's como objetos culturais. *In*: ZORZANELLI, Rafaela; BEZERRA JR, Benilton; COSTA, Jurandir (org.). **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.

Recebido em: 29 de Agosto de 2019

Avaliado em: 3 de Novembro de 2024

Aceito em: 16 de Junho de 2025



A autenticidade desse artigo pode ser conferida no site <https://periodicos.set.edu.br>

Copyright (c) 2025 Revista Interfaces
Científicas - Humanas e Sociais



Este trabalho está licenciado sob uma
licença Creative Commons Attribution-
NonCommercial 4.0 International License.

1 Pós-graduado em Psiquiatria, Universidade Estácio de
Sá; Mestrando em Cinema e Narrativas Sociais e Médico,
Universidade Federal de Sergipe – UFS.
E-mail: andrefsleite@yahoo.com.br

2 Doutora em Psicologia, Universidade de São Paulo –
FFCLRP/USP; Professora associada do Departamento de
Biologia da Universidade Federal de Sergipe – UFS.
E-mail: claudienesan@gmail.com

