



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Alessandra Aniceto Ferreira de Figueirêdo

**“O problema é como você olha...”: de um conjunto amorfo de sintomas não-
psicóticos ao nascimento de diagnósticos clínico-psiquiátricos**

Rio de Janeiro

2019

Alessandra Aniceto Ferreira de Figueirêdo

**“O problema é como você olha...”: de um conjunto amorfo de sintomas não-psicóticos
ao nascimento de diagnósticos clínico-psiquiátricos**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Kenneth Rochel de Camargo Jr.

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Elaine Teixeira Rabello

Rio de Janeiro

2019

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

A471 Figueirêdo, Alessandra Aniceto Ferreira de
“O problema é como você olha...”: de um conjunto amorfo de sintomas não-
psicóticos ao nascimento de diagnósticos clínico-psiquiátricos / Alessandra
Aniceto Ferreira de Figueirêdo – 2019.
242 f.

Orientador: Kenneth Rochel de Camargo Jr.
Coorientadora: Elaine Teixeira Rabello

Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de
Medicina Social.

1. Transtornos mentais – Diagnóstico – Teses. 2. Psiquiatria – Teses. 3. Saúde
mental– Teses. I. Camargo Júnior, Kenneth Rochel de. II. Rabello, Elaine
Teixeira. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina
Social. IV. Título.

CDU 616.89

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese,
desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Alessandra Aniceto Ferreira de Figueirêdo

“O problema é como você olha...”: de um conjunto amorfo de sintomas não-psicóticos ao nascimento de diagnósticos clínico-psiquiátricos

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 25 de junho de 2019.

Banca Examinadora: _____

Prof. Dr. Kenneth Rochel de Camargo Jr. (Orientador)

Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof.^a Dr.^a Elaine Teixeira Rabello (Coorientadora)

Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. Ruben Araujo de Mattos

Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. Rossano Cabral Lima

Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof.^a Dr.^a Marcela Beatriz Belardo

Universidad de Buenos Aires/Universidad Nacional de La Matanza

Prof. Dr. Octávio Domont de Serpa Jr.

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2019

DEDICATÓRIA

A “mainha”, Anísia Clara Ferreira de Figueirêdo, e “painho”, Adalberto Aniceto Ferreira, pelo amor, a fé e o cuidado sempre.

AGRADECIMENTOS

Na fase mais intensa de confecção deste escrito, havia sempre uma obra em construção, uma reforma, “um quebra-quebra”, um bate ali, bate acolá de marretas e picaretas próximo ao local onde eu estava escrevendo... Neste momento, ainda, tem uma reforma ali do lado, fazendo muito barulho, enquanto escrevo este texto. Mas, pensando metaforicamente neste processo, compreendo que foi desta forma que se deu esta construção: em meio a barulhos, interrupções, concertos, quebra-quebras, reformas, ajustes, um grande fazer e refazer, que parecia não ter fim e teve...

Em meio a esse processo, quero agradecer aqueles que tornaram esta obra possível, mas não vou nomear essas pessoas individualmente, falarei em “coletivos” que perpassaram meus dias e anos de pesquisa, leitura, escrita, afetos.

Aos amigos do MCC do Recife-PE, João Pessoa-PB, Maceió-AL, São Paulo-SP, Macapá-AP, Barcelona-ESP, essa gente que está espalhada por tantos lugares e que continua se reunindo nas estradas da vida, apesar das distâncias, quantas lembranças e quanta saudade!

Aos amigos paraibanos, cearenses, pernambucanos, potiguares, baianos, sergipanos, maranhenses, nordestinos tão queridos, que fizeram parte do meu processo de subjetivação, do que sou “enquanto gente”, que me auxiliaram e deram força, para que eu pudesse encabeçar minhas escolhas e voar para longe...

Ao Coletivo de Estudantes do Instituto de Medicina Social, que acolheu e ressignificou meu lugar nesse Instituto, de modo que eu pudesse trilhar a batalha que foi chegar ao Rio de Janeiro-RJ “sem lenço e sem documento” e me aventurar nesta empreitada da pós-graduação numa cidade tão desafiadora. Só o coletivo salva!

Aos professores que me abraçaram e me auxiliaram nos períodos mais difíceis deste processo, com a falta de bolsa de doutorado e a ausência de emprego por um período demasiado. Para quem é migrante ou imigrante, construir redes de acesso a trabalho e renda é difícil e esse apoio inicial é necessário, para que consigamos nos manter vivos e possamos continuar produzindo nossos projetos.

Aos colegas de trabalho e aos estudantes do curso de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Campus Macaé, com os quais convivi, aprendi e compartilhei diálogos riquíssimos durante o período em que estive como professora nessa instituição.

Aos amigos mais íntimos com os quais dividi os dias de calor escaldante e o frio “ameno” da cidade maravilhosa, que, por vezes, não se mostrava tão maravilhosa assim...

Gratidão pelos almoços e jantares vividos em suas casas nos dias de sábado e domingo; pelas idas ao cinema e as conversas pós-filme; pelos encontros nos atos na Cinelândia em meio a luta em Defesa da Democracia e contra o Golpe!

Agradeço também pelas aprendizagens que tive ao dividir vários “lares”, compartilhar as rotinas de casas, em lugares diferentes, nesses quatro anos de Doutorado. Essas vivências ocorreram não sem conflitos ou sem estranhamentos, mas também houve vários reconhecimentos e aproximações, encontros felizes e laços com “colegas de apê” que quero levar para a vida!

Tenho extrema gratidão pelas orientações que tive de vários Mestres ao longo desta escrita: professores, amigos, namorado, colegas de trabalho e de pesquisa que leram este texto e deram sugestões e contribuições para que ele pudesse ser customizado e se constituir da forma como se apresenta.

Aos amores, que tive o prazer de viver ao longo deste período, aos que chegaram e partiram, o pedacinho de cada um está nessas linhas com todos os presentes, os afetos, as discussões, as brigas, os acordos, os rompimentos, a construção e a reconstrução. Especialmente, a “pessoa linda” e companheira que conheci no Rio de Janeiro-RJ e tem caminhado junto comigo nessa travessia, quão terno e aconchegante se tornou viver nesta cidade desde então...

Ao coletivo família, meus queridos, quanta saudade de vocês! E como a distância nos proporciona a possibilidade de refletir sobre a importância daqueles que amamos, que nos viram nascer e crescer, e continuam nos acompanhando por onde vamos, independente de qual seja esse lugar, estando sempre presentes em nossas lembranças, nos telefonemas ao longo do dia e nas chamadas de vídeo, gratidão por tudo!

Por fim, considero que sem esses e tantos outros coletivos, que ainda virão, não é possível produzir dissertações, teses, livros, artigos, textos de uma maneira em geral e trabalhos os mais diversos. Sem esse “eles” não se faz o “eu”, não se vive o “nós”, pois é na coletividade que nos constituímos e fortalecemos.

Vais encontrar o mundo, disse-me meu pai, à porta do Ateneu. Coragem para a luta.

Raul Pompeia

RESUMO

FIGUEIRÊDO, Alessandra Aniceto Ferreira de. “*O problema é como você olha...*”: de um conjunto amorfo de sintomas não-psicóticos ao nascimento de diagnósticos clínico-psiquiátricos. 2019. 242 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Este estudo objetivou analisar a construção de categorias diagnósticas que se inserem na interface entre a clínica médica e a psiquiatria, tomando como estudo de caso os Transtornos Mentais Comuns e examinar as possíveis consequências que essa construção produzirá. Para isso, foi realizada uma análise documental de fontes secundárias, orientada por indicações de informantes-chave que contribuíram para garimpagem de periódicos, publicados nas bases de dados Medline, LILACS e Scielo, para o levantamento de resumos em anais de congressos nacionais e internacionais, bem como à seleção de teses e dissertações sobre a temática no Banco de Teses da CAPES e na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações. Foram selecionados noventa e três documentos, sendo estes publicados desde 1960 até 2019. Para analisá-los, foram utilizados o método arqueológico foucaultiano e o conceito kuhniano de paradigma, com o intuito de observar as irrupções que marcaram a produção do conhecimento científico sobre os Transtornos Mentais Comuns, suas permanências e modificações, suas aproximações e afastamentos. Destarte, alguns movimentos foram observados no material analisado: inicialmente, os estudos chamavam atenção às manifestações psiquiátricas não-psicóticas que ocorriam nos serviços de atenção primária na Grã-Bretanha, mas não estavam sendo visibilizadas pelos médicos generalistas. Esses casos foram “trazidos à luz” pelas pesquisas feitas nas décadas de 1960, 1970 e 1980, com o auxílio de instrumentos de rastreio, como o *General Health Questionnaire* (GHQ). Em seguida, o financiamento de pesquisas em saúde e o “fornecimento de ideias” para a formulação de políticas, realizados por agências internacionais, bem como os estudos em Saúde Global e o uso de índices de Carga Global de Doença, utilizados para analisar o impacto sanitário de transtornos mentais no cotidiano das pessoas ao redor do mundo, contribuíram para a realização de mais pesquisas na área. Esses movimentos prepararam um terreno fértil para ações em saúde mental no começo do séc. XXI, que colaboraram para a proposição de categorias diagnósticas a serem inseridas na nova Classificação Internacional de Doenças para Estatísticas de Mortalidade e Morbidade para Atenção Primária (CID-11-AP), as quais seriam: Depressão Ansiosa, Síndrome do Estresse Corporal e Ansiedade com a Saúde, que materializaram em diagnósticos específicos o conceito de Transtornos Mentais Comuns. Em decorrência das análises realizadas, foi considerado que um novo movimento de dissolução entre as fronteiras diagnósticas das perturbações mentais está em curso no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), na Classificação Internacional de Doenças (CID) e em sua versão para atenção primária (CID-AP), que pode efetuar uma “virada” na psiquiatria, especialmente na sua relação com a clínica médica. Tal “virada” constituiria uma mudança de paradigma no modo de elaboração das classificações diagnósticas, que ainda não vigora nesses sistemas classificatórios, mas pode efetuar-se num “vir a ser” futuro, mediante os resultados das articulações e dos jogos de forças existentes dentro e fora dos ambientes acadêmicos.

Palavras-chave: Diagnósticos clínico-psiquiátricos. Transtornos Mentais Comuns. Paradigma. Medicalização.

ABSTRACT

FIGUEIRÊDO, Alessandra Aniceto Ferreira de. *"The problem is the way you look ..."*: from an amorphous set of non-psychotic symptoms to the birth of clinical-psychiatric diagnoses. 2019. 242 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

This study aimed at analyzing the construction of diagnostic categories that are part of the interface between the medical clinic and psychiatry, taking as a case study the Common Mental Disorders and examining the possible consequences that this construction will produce. For this, a documentary analysis of secondary sources was conducted, guided by indications of key informants who contributed to the prospecting of journals, published in the Medline, LILACS and Scielo databases, for the abstraction of abstracts in annals of national and international congresses, as well as the selection of theses and dissertations on the subject in the Bank of Theses of CAPES and in the Brazilian Digital Library of Theses and Dissertations. ninety-three documents published from 1960 to 2019 were selected. The Foucaultian archaeological method and the Kuhnian paradigm concept were used to analyze them, in order to observe the irruptions that marked the production of scientific knowledge on Common Mental Disorders, its permanences and modifications, its approximations and separations. Thus, some movements were observed in the analyzed material: initially, the studies focuses on non-psychotic psychiatric manifestations that occurred in the primary care services in Great Britain, which were not being seen by general practitioners. These cases were "brought to light" by research done in the 1960s, 1970s and 1980s supported by screening instruments such as the General Health Questionnaire (GHQ). Then, health research funding and the "provision of ideas" for policymaking by international agencies, as well as studies on Global Health and the use of Global Disease Load Burden of Disease, used to analyze the health impact of mental disorders on people's daily lives around the world, have contributed to further research in the area. These movements has prepared a fertile ground for mental health actions at the beginning of the 21th century which collaborated in proposing diagnostic categories to be included in the new International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics for Primary Health Care (ICD-11-PHC), which would be: Anxiety Depression, Body Stress Syndrome and Anxiety with Health, materializing in specific diagnostics the concept of Common Mental Disorders. As a result of the analyzes, it was considered that a new dissolution movement concerning the diagnostic boundaries of mental disorders is underway in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), in the International Classification of Diseases (ICD) and in its version for primary care (ICD-PHC), which can carry out a "turnabout" in psychiatry, especially in its relationship with the medical clinic. Such "turnabout" would constitute a paradigm shift in the mode of elaboration of diagnostic classifications, which is not yet in force in these classificatory systems, but may take place as a future "to come" by the results of joints and sets of forces within and outside academic settings.

Keywords: Clinical-psychiatric diagnoses. Common Mental Disorders. Paradigm. Medication.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	As 26 categorias diagnósticas incluídas na CID-10-AP.....	69
Tabela 2 –	Capítulo 06: Transtornos mentais, comportamentais e do neurodesenvolvimento	73
Tabela 3 –	As 28 categorias diagnósticas que constarão na CID-11-AP	75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADAMHA	<i>Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration</i>
APA	<i>Associação Psiquiátrica Americana (American Psychiatric Association)</i>
ANI	<i>Autism Network International</i>
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CIAP	<i>Classificação Internacional de Atenção Primária (International Classification of Primary Care-ICPC)</i>
CID	<i>Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (International Classification of Diseases and Related Health Problems-ICD)</i>
CID-AP	<i>Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde para Atenção Primária (ICD-11-Primary Health Care-PHC)</i>
CIS	<i>Clinical Interview Schedule</i>
CIS-R	<i>Clinical Interview Schedule - Revised</i>
DCR	<i>Diagnostic Criteria for Research</i>
DALY	<i>Disability-Adjusted Life Year</i>
DSM	<i>Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)</i>
DSM-TR	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – Tradução Revisada
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIP	Faculdades Integradas de Patos
GACD	<i>Global Alliance for Chronic Diseases</i>
GCPN	<i>Global Clinical Practice Network</i>
GP	<i>General Practitioner</i>
GHQ	<i>General Health Questionnaire</i>
HA	<i>Health Anxiety</i>
IMAO	Inibidor de Monoamino-oxidase
IMS	Instituto de Medicina Social
MCCP	Método Clínico Centrado na Pessoa
mhGAP	<i>Mental Health Gap Action Programme</i>
MUS	<i>Medically Unexplained Symptoms</i>

NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NCS-R	<i>National Comorbidity Survey Replication</i>
NHS	<i>National Health Service</i>
NIMH	<i>National Institute of Mental Health</i>
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde (<i>World Health Organization-WHO</i>)
ONU	Organização das Nações Unidas (<i>United Nations-UN</i>)
OPAS	Organização Pan Americana da Saúde
RCD	<i>Research Diagnostic Criteria</i>
RDoC	<i>Reserch Domain Criteria</i>
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico
SUH	Síndrome Uremico Hemolitico
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-traumático
TMC	Transtornos Mentais Comuns
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
WONCA	<i>World Organization of Family Doctors</i>
YLD	<i>Year Lived with Disability</i>
YLL	<i>Year of Life Lost to Premature Mortality</i>

SUMÁRIO

	COMO ESTA HISTÓRIA COMEÇA	14
1	DOS INFORMANTES-CHAVE À “CONTAÇÃO” DE UMA HISTÓRIA ...	22
2	A CONSTRUÇÃO DE DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS	27
2.1	Discorrendo sobre o normal e o patológico	31
2.2	O nascimento da psiquiatria como especialidade médica	35
2.3	A mudança de paradigma na psiquiatria americana	43
3	O DESENVOLVIMENTO DO MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS (DSM) E DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID)	49
3.1	A insurgência do DSM no cenário americano	49
3.2	A confecção da CID e as mudanças ocorridas na seção para as “perturbações mentais”	61
3.3	O “embate” entre os modelos categorial e dimensional nas classificações diagnósticas	77
4	MEDICALIZAÇÃO EM PSIQUIATRIA	82
4.1	Os conceitos de medicalização nas décadas de 1960 e 1970	83
4.2	Os atuais usos dos conceitos de medicalização	87
4.3	O caso da Homossexualidade	91
4.4	O Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT)	93
4.5	O caso do “Autismo”	95
5	O CAMINHO PARA A PRODUÇÃO DO CONCEITO DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS	102
5.1	O sistema de saúde britânico no começo do século XX	102
5.2	Morbididades psiquiátricas “evidente” e “oculta” e o desenvolvimento do “<i>General Health Questionnaire</i>” (GHQ)	107
5.3	O comportamento de doença e o Transtorno Psiquiátrico Menor	113
5.4	A seara das classificações diagnósticas e o misto de ansiedade e depressão nos casos atendidos na atenção primária a saúde	118

6	A CONSTITUIÇÃO DOS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS COMO CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS	131
6.1	O contexto da saúde mental no começo do século XXI	131
6.2	A abordagem dimensional dos Transtornos Mentais Comuns e a proposição de novas categorias diagnósticas	142
6.3	Discorrendo sobre a categoria Depressão Ansiosa	149
6.4	A constituição das Síndromes do Estresse Corporal e de Ansiedade com a Saúde	163
7	ALGUMAS REFLEXÕES PARA OS QUESTIONAMENTOS LEVANTADOS	179
7.1	Mudança de paradigma ou “aggiornamento” no DSM-V e na seção para Transtornos Mentais da CID-11?	185
7.2	A CID-11-AP e suas Modificações: “Revolucionárias” ou “Reformistas”?	195
	CONSIDERAÇÕES SOBRE UMA HISTÓRIA CONTADA	203
	REFERÊNCIAS	208
	APÊNDICE A – Bibliografia analisada	229
	APÊNDICE B – Modelo categorial de compreensão hierárquica	237
	APÊNDICE C – Modelo categorial com a adoção de comorbidades	238
	APÊNDICE D – Modelo dimensional	239
	APÊNDICE E – Os diagnósticos para sintomas mistos de ansiedade e depressão nos sistemas classificatórios DSM-V, CID-11 e CID-11-AP	240
	APÊNDICE F – Os diagnósticos para sintomas somáticos nas classificações DSM-V, CID-11 e CID-11-AP	241
	APÊNDICE G – Os diagnósticos para sintomas de preocupação excessiva com a saúde nos manuais DSM-V, CID-11 e CID-11-AP	242

COMO ESTA HISTÓRIA COMEÇA...

Trabalho com Saúde Mental desde que iniciei minha prática como Psicóloga de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)¹ na cidade de Itaporanga-PB, alto sertão paraibano, em 2008. Desde que comecei este trabalho, logo após encerrar minha graduação, pensar sobre os diagnósticos psiquiátricos tem feito parte de minhas vivências. Comecei a passar horas no serviço, mesmo após seu fechamento, dialogando com o psiquiatra da instituição sobre os casos que tínhamos atendido no dia, ou nas semanas anteriores. Esse psiquiatra, que estava aposentado de sua função enquanto professor titular da disciplina de Psiquiatria da Universidade Federal da Paraíba-UFPB, teve uma importante contribuição neste processo, por me fazer refletir não apenas sobre os diagnósticos que nomeavam os sinais e sintomas que observávamos, mas também para pensar sobre as pessoas que ali estavam, usuários do serviço e seus familiares, que demandavam nosso cuidado.

Alguns anos depois, em 2011, ingressei no mestrado em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco-UFPE, cuja pesquisa tinha por objetivo entender as nomeações para a “loucura” e os efeitos que essas nomeações produziam naqueles que apresentavam sofrimento psíquico. No mesmo serviço em que trabalhei, realizei esta pesquisa, tendo como fruto a Dissertação intitulada: “A Construção de Categorias e de Lugares para a Loucura: uma Análise dos Discursos de Usuários de CAPS I²”, através da qual refleti que o ato de nomear uma pessoa de determinada maneira, em certa categoria ou classe trazia um conhecimento sobre como ela estava, o que poderia fazer, como deveria fazer, como as outras pessoas deveriam tratá-la.

Assim sendo, foi através das falas dos sujeitos que vivenciavam a “loucura” que consegui entender os efeitos das nomeações que eles recebiam, sejam diagnósticos psiquiátricos (como Esquizofrenia, Transtorno Bipolar, Depressão Maior), ou categorias utilizadas no cotidiano, que designavam todo o processo de estigmatização³ o qual eles viviam (louco, doido,

¹ De acordo com a portaria 336/02, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) se ramificam em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS Infantil (CAPS i) e Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS AD) (BRASIL, 2002). Além dessa portaria, em 26 de janeiro de 2012, o Ministério da Saúde publicou a portaria nº 130, que redefine o CAPS 24 horas em CAPS AD III e os seus respectivos incentivos financeiros (BRASIL, 2012). O CAPS I atende a municípios com a população de 20.000 a 70.000 habitantes, funcionando das 8:00 às 18:00 horas, de segunda a sexta-feira, que era o caso do serviço existente na cidade de Itaporanga-PB.

² FIGUEIRÊDO, A. A. F. *A Construção de Categorias e de Lugares para a Loucura: uma Análise dos Discursos de Usuários de CAPS I*. 2013. 142 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013.

³ O processo de estigmatização da loucura, construído através dos séculos, contribui para categorizar os sujeitos ditos “loucos” e desencadear práticas de exclusão e reclusão social. Ver Foucault (2010a), quando o autor

maluco, “sem juízo”). Mediante a escuta das vozes daqueles que apresentavam intenso sofrimento, enxerguei a “loucura” com outros olhos e passei a entender a responsabilidade, enquanto profissional de saúde, no ato de classificar e tratar os transtornos mentais.

No ano de 2013, comecei a trabalhar no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)⁴, no mesmo município em que fiz a pesquisa de mestrado e no qual tive minha primeira experiência profissional. Sendo a única Psicóloga da equipe, realizava as práticas referentes a saúde mental, ao desenvolver atividades educativas com usuários das unidades de saúde e de outros serviços no território, coordenar atividades em grupo e efetuar visitas domiciliares com profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF)⁵, fazer atendimentos psicoterápicos, bem como ações de matriciamento⁶ com as equipes de saúde.

Além disso, comecei a lecionar como professora de Psicopatologia no curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Patos-FIP, também localizada no sertão paraibano. Assim sendo, foi caminhando pela cidade e observando as diversas formas de sofrimento como profissional do NASF, bem como através das discussões sobre o “fenômeno pático” enquanto docente, que passei a trabalhar com outras urgências em saúde mental, não somente com pessoas egressas de hospitais psiquiátricos e com transtornos mentais graves e/ou persistentes, mas com as várias formas de sofrimento que atingiam uma gama de sujeitos, desde crianças com dificuldades de aprendizagem, mulheres vítimas de violência, homens com queixas de excesso de trabalho, pessoas desempregadas, dentre outros.

Essa vasta gama de pessoas e seus mais diversos problemas e dificuldades se tornavam grandes desafios para os profissionais da ESF e à equipe do NASF, ao passo em que, uma

discorre sobre a “História da Loucura na Idade Clássica”, e o conceito de Estigma em Goffman (2010), na obra “Manicômios, prisões e conventos”.

⁴ Conforme a Política Nacional de Atenção Básica, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família são equipes multiprofissionais, compostas por profissionais de diferentes áreas ou especialidades, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de estratégia saúde da família e da atenção a populações específicas (Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais), compartilhando práticas e saberes em saúde com as equipes de referência apoiadas, buscando auxiliá-las no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como agregando práticas, que ampliem o seu escopo de ofertas (BRASIL, 2011).

⁵ A saúde da família vem sendo inserida no contexto das políticas de saúde no Brasil a partir do desenvolvimento do Programa Saúde da Família (PSF), que surge com o intuito de consolidar os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). O PSF, hoje denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), elege a família como seu foco de atenção, rompendo com a perspectiva de fragmentação do cuidado, para uma visão integral desse processo (ALMEIDA; SILVA; SILVA, 2012).

⁶ O Conceito de Matriciamento ou Apoio Matricial é definido por Chiaverini (2011) como sendo “um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. No processo de integração da saúde mental à atenção primária na realidade brasileira, esse novo modelo tem sido o norteador das experiências implementadas em diversos municípios, ao longo dos últimos anos” (p. 13).

demanda constante de discussão sobre os atendimentos em saúde mental, feita pelos estudantes do curso de Psicologia, pulsava durante as aulas de Psicopatologia. Em ambos os espaços se destacavam os casos de pessoas que sofriam cotidianamente por dores de cabeça, tinham medo de sair de casa, apresentavam dores no corpo, rigidez muscular, ânsia de vômito, taquicardia, indisposição para realizar atividades cotidianas, medo de adoecer, tensão, estresse, ansiedade exacerbada, sintomas comumente vistos em nosso dia a dia, mas que atrapalham atividades necessárias, como ir ao trabalho, organizar a casa, cuidar dos filhos, estudar, vivenciar um relacionamento, dentre outras. Esses casos ficavam localizados em um “limbo” entre aqueles que tinham seu processo de adoecimento reconhecido em diagnósticos, legitimados por manuais e tratados de medicina, e aqueles que vivenciavam um sofrimento demasiado, mas que não era abarcado pelo conceito moderno de doença.

Pensando sobre este “limbo”, ingressei no Doutorado em Saúde Coletiva no Instituto de Medicina Social-IMS da Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ e, pouco depois, fui aprovada para uma seleção a professora substituta do curso de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ, Campus Macaé-RJ. As aulas teóricas e práticas em saúde mental com os graduandos, bem como a experiência como coordenadora do internato de saúde mental, me fizeram observar casos semelhantes e questões aproximadas às que vivi no alto sertão paraibano. Resolvi imergir nesta discussão e buscar autores que discorressem sobre tal problemática, me deparei com várias publicações na temática, entre elas a Tese de Doutorado de Elaine Rabello (2014), intitulada “Ações em Saúde Mental na Atenção Básica em Saúde: manobras de conhecimento e negociação de sentidos”, e o artigo científico “Os sintomas vagos e difusos em biomedicina: uma revisão da literatura”, desenvolvido por Carla Guedes, Maria Inês Nogueira e Kenneth Camargo Jr. (2008).

Rabello (2014) discorreu sobre os mecanismos de diagnóstico, utilizados pelos profissionais da ESF no município do Rio de Janeiro-RJ, para negociar o “enquadramento” da demanda de saúde mental e os encaminhamentos para tal demanda. Segundo a autora, os profissionais operavam manobras de conhecimento de acordo com o acervo teórico/prático que eles possuíam, bem como tomavam por base sua experiência pessoal, sendo esta referendada e/ou traduzida pelo escopo do saber biomédico, para lidar com esses casos.

Guedes, Nogueira e Camargo Jr. (2008) analisaram que manifestações, as quais não se encaixavam no modelo de doença reconhecido pela medicina moderna, tornavam-se um problema para a atribuição de um diagnóstico, principalmente quando a pessoa apresentava sintomas físicos persistentes que não podiam ser explicados por causas orgânicas. Para esses casos, havia um conjunto de termos que eram utilizados, como problema psicossomático,

sintomas corporais sem causas orgânicas documentáveis, dentre outros, não explicados clinicamente, além de nomeações usadas popularmente, como: “piti”, “piripaque”, “dramatização”, “frescura”, que caracterizavam as pessoas que apresentavam queixas difusas, ou eram tomadas como “poliqueixosas”.

Essas pessoas que apresentavam quadros clínicos, os quais não podiam ser explicados e fundamentados por uma lesão ou alteração no corpo, ou ainda por algum agente patógeno (vírus, bactérias, parasitas de um modo em geral), eram caracterizadas pelos chamados Sintomas Medicamente Inexplicáveis⁷ (*Medically Unexplained Symptoms*-MUS), que são frequentemente associados a sofrimento mental, contudo tendem a ser minimizados ou negligenciados por profissionais de saúde (TÓFOLI; ANDRADE; FORTES, 2011).

A curiosidade e a urgência em pensar tais casos, que pareciam indefinidos, pois não tinham “nome específico”, me chamaram atenção, então, a experiência de docência e a vivência como profissional nos serviços de saúde produziram inquietações sobre os diagnósticos para esses casos, seus usos e efeitos desencadeados. Desse modo, foi pensando acerca desses “sintomas sem explicação”, vivenciados por várias pessoas diariamente, que me voltei para os Transtornos Mentais Comuns (TMC).

Os TMC são caracterizados por um conjunto de sinais e sintomas associados a síndromes depressivas e ansiosas de caráter agudo, bem como a queixas difusas e inespecíficas de ordem somática e/ou psicológica, de difícil identificação diagnóstica, que podem desaparecer espontaneamente (GOLDBERG; HUXLEY, 1992). De acordo com Menezes (2012), eles podem ser conceituados a partir de sinais e sintomas de perturbações mentais denominadas subclínicas, tendo várias nomeações utilizadas para caracterizá-los: “nervoso”, “doente dos nervos”, “ruim da cabeça”, com “sofrimento difuso”, “queixoso”. As pessoas que deles padecem apresentam insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento e dificuldade de concentração, que acabam por alterar suas atividades cotidianas.

Grosso modo, são quadros de sofrimento psíquico de base não-psicótica, frequentemente encontrados em comunidades e unidades de saúde não psiquiátricas, que vêm recebendo, além da denominação de TMC, os vocábulos de “Distúrbios Psiquiátricos Menores”, “Transtornos Não-Psicóticos”, “Morbidade Psiquiátrica Menor” (FORTES, 2004;

⁷ Anteriormente, eram classificados, neste grupo, as Síndromes Somatoformes Crônicas, que incluíam a maioria dos Transtornos Somatoformes, e as Síndromes Somáticas Funcionais, que incluíam: Síndrome do Intestino Irritável, Dispepsia Funcional Não Ulcerosa, Síndrome Pré-menstrual, Dor Pélvica Crônica, Fibromialgia, Dor Torácica Não Cardíaca, Síndrome da Hiperventilação, Doenças Infecciosas, Síndrome da Fadiga Crônica (pós-viral), Cefaleia do Tipo Tensional, Dor Facial Atípica, alergias múltiplas (BOMBANA, 2006; PILAN; BENSEÑOR, 2008).

LUDERMIR; MELO FILHO, 2002; COSTA et al., 2002; MARAGNO et al., 2006; COSTA; LUDERMIR, 2005; LOPES; FAERSTEIN; CHOR, 2003; FIOROTTI; TOMAZELLI; MALAGRIS, 2009).

Outra especificidade desse conjunto amorfo de sintomas não-psicóticos é que ele não pode ser localizado na 10^a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, pautada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), bem como na quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana (APA). Todavia, constitui um problema de saúde pública que apresenta impactos relevantes em função das demandas geradas nos serviços de saúde e do absenteísmo no trabalho pelas pessoas que sofrem desses sintomas, e que são, muitas vezes, negligenciados (GUIRADO, 2017; SILVA, 2011; KIRCHHOF, 2009; SILVA JR., 2012; SANTOS et al., 2010).

Piccinelli et al. (1999) destacaram a frequência com que transtornos subclínicos apareceram em um estudo multicêntrico da OMS, intitulado “*Psychological Problems in General Health Care/Organização Mundial de Saúde - PPGHC/OMS*”, apontando para a existência de uma grande parcela de pessoas com comprometimento de suas atividades diárias, em decorrência da presença de problemas mentais que não preenchiam critérios diagnósticos convencionais. Menezes (2012) ressaltou que os TMC atingiam mais de 25% da população do mundo, incluindo pessoas de todas as idades, de ambos os sexos e de diferentes grupos sociais, cuja prevalência observada, durante o período de um ano, em diversos países variava entre 4% e 26%.

Por outro lado, há todo um fenômeno de alargamento do conceito de sofrimento mental, denominado “Psiquiatrização da Vida”, que foi discutido por vários autores, como Foucault (2006), Aguiar (2004), Fernando Freitas e Paulo Amarante (2015), os quais o tornaram visível e descreveram seus efeitos no cotidiano das pessoas. Esse processo também perpassa a constituição dos TMC, haja vista este conceito continuar se afirmando em novos arranjos, os quais vão produzindo enunciados, que ocupam vários espaços institucionais e não-institucionais, e ampliam o escopo de ação do saber psiquiátrico, para além da prática médica e dos serviços de saúde.

Em contrapartida, a manifestação de sintomas apresentados por aqueles que padecem e buscam auxílio de profissionais de saúde, muitas vezes, demanda a legitimação de um diagnóstico, para que haja seu tratamento. Assim sendo, há todo um caminho comumente percorrido no processo de cuidado em saúde, que vai desde pensar a manifestação de sintomas e sinais clínicos, o reconhecimento da sintomatologia pelos profissionais e estudiosos da área,

a produção e divulgação da doença em meios científicos, até o desenvolvimento de políticas públicas, ou ações em saúde para a prevenção e/ou o tratamento de uma patologia. Mas, foi este o caminho que os TMC trilharam? Além disso, há ainda a antiga (mas sempre atual) querela acerca da constituição do diagnóstico em psiquiatria (em contraposição ao diagnóstico clínico) e a busca incessante dessa pela legitimação de seu *modus operandi* dentro das práticas médicas, que interfere no processo de construção diagnóstica.

Nesse sentido, se torna importante estudar esta nomenclatura, e é relevante questionar: Como são construídas categorias diagnósticas que se localizam nos meandros entre a clínica médica e a psiquiatria? De que maneira os Transtornos Mentais Comuns se inserem neste processo? Quais práticas são (in)visibilizadas quando um conjunto de sinais e sintomas mórbidos não estão incluídos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e/ou na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID)? Que efeitos os diagnósticos produzidos nesta interface podem desencadear?

A partir dessas indagações e de tais leituras, a “costura” deste trabalho foi sendo realizada, num processo o qual partiu de um anseio individual e de questionamentos elaborados diante das experiências em sala de aula e em serviços públicos de saúde, para uma construção mediada por um diálogo coletivo. Por isso, saio do discurso no “singular” para uma narrativa no “plural”, no intuito de trazer à tona as muitas vozes que contribuíram à elaboração desta obra.

Desse modo, passamos a estudar esse agrupamento de sintomas não-psicóticos, observados na atenção primária a saúde, tendo por objetivo geral analisar a construção de categorias diagnósticas que se inserem na interface entre a clínica médica e a psiquiatria, tomando como estudo de caso os Transtornos Mentais Comuns e examinar as possíveis consequências que essa construção produzirá, e como objetivos específicos: descrever como os TCM foram construídos; compreender de que forma a literatura científica tornou visível essa nomeação; identificar e analisar os elementos discursivos que lhes deram legitimidade; discutir que efeitos produziram na constituição do conhecimento científico, em especial, na produção de diagnósticos localizados nos meandros entre a clínica médica e a psiquiatria, bem como suas possíveis consequências.

Para realizar esta pesquisa, partimos do pressuposto que os TMC não seguiam o modelo de constituição de doença moderno, visto que esses não estavam assentados no paradigma biomédico, o que justificaria o fato desse conjunto amorfo de sinais e sintomas de perturbações mentais não estar inserido nas classificações CID e DSM. Mas, então, qual ou quais modelos seguiu? É o que discutiremos ao longo deste trabalho.

Destarte, fizemos a seguinte trajetória para apresentarmos os frutos dessas indagações: começamos descrevendo o modo como pensamos e desenvolvemos esta pesquisa, desde a busca por informantes-chave à efetivação de uma “contação” de história. Em seguida, refletimos como os diagnósticos psiquiátricos foram construídos, a partir da diferenciação desses de outras morbidades, tomando como relação o paradigma clínico-epidemiológico ou biomédico, bem como por meio da discussão sobre o normal e o patológico.

Adiante, fizemos uma contextualização histórica sobre o nascimento da psiquiatria como especialidade médica, apresentando algumas mudanças paradigmáticas na construção dos transtornos mentais até o desenvolvimento do DSM e da CID, somada a discussão acerca dos modelos que fundamenta(ram) o processo de classificação diagnóstica nesses manuais.

Seguimos nosso texto expondo o processo de medicalização em psiquiatria, ao apontar os conceitos de medicalização nas décadas de 1960 e 1970, mas também ao destacar os usos atuais desses conceitos. Para demonstrar o que ocorre com a inserção ou a retirada de uma determinada categoria dos manuais diagnósticos, apresentamos três casos: a Homossexualidade, o Transtorno de Estresse Pós-traumático e o Autismo, que exemplificam o processo de medicalização em psiquiatria.

Adentramos nos resultados desta pesquisa, descrevendo a análise dos documentos levantados na literatura científica sobre os TMC, desde a apresentação das Morbidades Psiquiátricas “Evidente” e “Oculta” e o desenvolvimento do “*General Health Questionnaire*” (GHQ), passando pelo entendimento do conceito de comportamento de doença e do Transtorno Psiquiátrico Menor, até as reflexões sobre a seara das classificações diagnósticas e o misto de ansiedade e depressão nos casos atendidos na atenção primária a saúde. Continuamos a apreciação do material levantado, contextualizando a saúde mental no começo do século XXI, para a partir desta contextualização discorrermos sobre a abordagem dimensional dos TMC e a proposição de novas categorias diagnósticas (Depressão Ansiosa, Síndrome do Estresse Corporal e Ansiedade com a Saúde), que abarcam este conceito e serão inseridas na nova versão da CID para atenção primária.

Continuamos nossa narrativa fazendo algumas reflexões sobre os questionamentos levantados ao longo deste trabalho, entre eles, se as novas versões dos sistemas classificatórios DSM, o capítulo para transtornos mentais da “CID principal” e a CID para atenção primária efetuaram uma mudança de paradigma na inserção de novas categorias diagnósticas, ou um “*aggiornamento*”. Por fim, encerramos este escrito apresentando considerações que foram feitas sobre uma história contada a respeito de um agrupamento amorfo de sinais e sintomas de perturbação mentais, até então ausente nas classificações, utilizadas ao redor do mundo, mas

que foi visibilizado pela literatura científica nacional e internacional nas últimas décadas, colaborando para a construção de novas categorias diagnósticas, as quais, provavelmente, desencadearão várias consequências na vida das pessoas, que delas serão nomeadas.

Doravante, convidamo-los para a leitura deste escrito, sem a pretensão de que o mesmo conduza a verdades irrefutáveis sobre o tema estudado, mas, ao contrário, possibilite indagações e reflexões acerca de como discursos de verdade são utilizados para produzir nomeações, conceitos, sujeitos e objetos, que afetam nossas ações cotidianas.

1 DOS INFORMANTES-CHAVE À “CONTAÇÃO” DE UMA HISTÓRIA

Os enunciados que colaboraram para a constituição dos TMC, bem como aqueles que lhes deram legitimidade, eram difíceis de serem localizados, pois esse conjunto amorfo de sinais e sintomas de perturbações mentais não estava classificado nos manuais diagnósticos CID e DSM, utilizados ao redor do mundo, nem se delimitavam por meio das práticas cotidianas dos profissionais de saúde e dos discursos dos usuários dos serviços, que usavam uma diversidade e multiplicidade de termos para caracterizá-los, logo seria um trabalho hercúleo fazer uma “genealogia” desses transtornos a partir desses cenários. Por isso, optamos por realizar um levantamento bibliográfico na literatura científica e usamos para tal o método de pesquisa qualitativo, ao compreendermos que essa abordagem constitui um conjunto de práticas, as quais atravessam disciplinas e temas variados, se efetivando através de uma série de recursos, como notas de campo, entrevistas, conversas, fotografias, gravações, lembretes, documentos, dentre outros (DENZIN; LINCOLN, 2006).

Nessa perspectiva, realizamos uma análise documental de fontes secundárias para entender como se deu a construção de categorias diagnósticas que se inserem na interface entre a clínica médica e a psiquiatria, bem como para compreender suas possíveis consequências, a partir de uma “genealogia” dos TMC. Como bem destacou Pimentel (2001), a análise documental se constitui por um processo de “garimpagem” de arquivos, documentos que precisam ser encontrados, extraídos das prateleiras, de modo que seja estabelecida uma montagem de peças, como se faz com um quebra-cabeça, para que sejam respondidas as questões de pesquisa realizadas.

Desse modo, iniciamos um levantamento bibliográfico sobre os TMC na literatura científica, realizando uma busca em periódicos nacionais e internacionais, publicados nas bases de dados Medline, LILACS e Scielo, além do levantamento de teses e dissertações sobre a temática no Banco de Teses da CAPES e na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações, fazendo uso dos descritores *transtornos não-psicóticos; transtornos mentais comuns; transtornos mentais menores; non-psychotic disorders; common mental disorders; minor mental disorders*. Esses descritores foram utilizados isoladamente e em conjunto, sem uma marcação temporal definida, ao final da busca foram levantados mais de quinhentos documentos, todavia, boa parte dos trabalhos naturalizavam o uso dessa nomenclatura e nosso interesse estava voltado para entender os caminhos que contribuíram para sua constituição e legitimidade.

Então, era necessário saber como e onde procurar, nesse momento, entrou em cena a figura do informante-chave que nos auxiliou neste processo. O informante-chave se constitui como alguém que apresenta ao pesquisador os meios para facilitar a obtenção de seus dados, inserindo-o no ambiente pesquisado onde a observação ocorre. Ele é uma figura importante neste processo, pois pode auxiliar o pesquisador a desbravar os caminhos para o desenrolar da pesquisa (FERNANDES; MOREIRA, 2013). O informante-chave é comumente utilizado em pesquisas que fazem uso da técnica de observação participante, desde os estudos desenvolvidos por Bronislaw Kasper Malinowski (1984) – em seu trabalho de campo, realizado entre 1914 e 1918, junto aos nativos do arquipélago Trobriand, situado na Melanésia, região ocidental do Oceano Pacífico – até os dias atuais.

Assim sendo, utilizamos a figura do informante-chave para nos auxiliar na busca de documentos que discorressem sobre os TMC, de modo que pudéssemos mapear tanto os primeiros textos em que essa nomeação foi utilizada e as referências bibliográficas que a antecederam, quanto as publicações mais recentes a respeito, sendo excluídos aqueles que tratavam de categorias diagnósticas que não podiam ser inseridas no conjunto dos TMC, e as pesquisas que não contribuíam para pensar este termo, pois o utilizavam como auxiliar em seus estudos. Esses informantes, que são personagens significativos na área dos estudos em saúde mental na atenção primária no Brasil, nos orientaram na busca desses materiais, cedendo quinze documentos-chave para leituras específicas sobre a temática, entre eles, artigos científicos, livros e resumos de anais de congressos nacionais e internacionais, que se constituíam enquanto as primeiras obras que utilizavam o termo TMC, mas também indicaram textos recém-publicados que relatavam a construção de novos diagnósticos psiquiátricos a serem inseridos nas principais classificações, utilizadas globalmente.

A partir desses documentos ofertados e tomando por referência os autores da literatura específica sugerida por esses informantes, foi realizada uma nova busca nas bases de dados citadas acima, sendo levantados cento e cinquenta documentos, desses foram selecionados noventa e três que se adequavam aos objetivos deste estudo e contribuíram para abrirmos “a caixa-preta” dos TMC. O termo caixa-preta advém de telecomunicações militares e de equipamentos que não podiam ser acessados diretamente devido a possibilidade de conter explosivos. Na teoria dos sistemas, denomina-se caixa-preta um sistema fechado de complexidade potencialmente alta, no qual sua estrutura interna é desconhecida ou não é levada em consideração em sua análise, que se limita às medidas das relações de entrada e saída de dados (*input* e *output*) (AURÉLIO, 2010). Então, as informações entram e saem deste dispositivo, quando acessado, mas o mesmo (que pode ser “explosivo”) não é problematizado.

A partir desta leitura, utilizamos a definição de “caixa preta” como metáfora, conforme o fez Bruno Latour (2011), para o qual a expressão “caixa preta” era utilizada em cibernética para definir quando uma máquina ou um conjunto de comandos se revelava muito complexo e cujo funcionamento não se tinha conhecimento por acesso direto, só era possível saber o que nela entrava e o que dela saía. Nas palavras do autor:

(...) por mais controvertida que seja sua história, por mais complexo que seja seu funcionamento interno, por maior que seja a rede comercial ou acadêmica para sua implementação, a única coisa que conta é o que se põe nela e o que dela se tira (LATOURE, 2011, p.4).

Então, nos propomos a “abrir a caixa-preta” dos TMC para compreender a incerteza, o trabalho, as decisões, a concorrência, as controvérsias que existiram para que sua elaboração ocorresse. Por isso, nos focamos em estudos que discorreram sobre nomeações as quais antecederam a construção dos TMC; bem como naqueles que fundamentaram sua conceituação e contribuíram para legitimar seu uso na literatura científica; até os que descreveram a construção de novas categorias diagnósticas, assentadas no conceito de TMC, que seriam inseridas em um dos principais sistemas de classificação utilizados atualmente, a CID.

Ademais, participamos de eventos científicos na área de saúde coletiva, saúde mental e psiquiatria, que nos auxiliaram a discutir os efeitos que essa nomeação tem produzido na constituição do conhecimento científico: 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (Rio de Janeiro-RJ, 2018); III Convención Internacional de Salud Pública (Havana, 2018); IV Fórum Internacional Novas Abordagens em Saúde Mental (Rio de Janeiro-RJ, 2018); 3º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde (Natal-RN, 2017); 3º Fórum de Direitos Humanos e Saúde Mental (Florianópolis-SC, 2017); Seminário A Epidemia das Drogas Psiquiátricas: Causas, Danos e Alternativas (Rio de Janeiro, 2017); 7º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde (Cuiabá-MT, 2016); 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (Goiânia, 2015); 2º Fórum Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental (João Pessoa-PB, 2015).

A partir deste apanhado, realizamos uma leitura minuciosa do material selecionado, organizando-o, por ordem de publicação, nas décadas de 1960, 1970, 1980, 1990, 2000 e 2010⁸; de modo que pudéssemos observar quais enunciados eram visibilizados ao longo de cada década e quais apagamentos discursivos foram feitos neste processo, para que fosse possível compreender a emergência do conceito de TMC e os efeitos que esta emergência produziu.

⁸ No Apêndice A, apresentamos as referências dos documentos analisados, que também foram citadas ao longo deste trabalho.

Esses documentos foram analisados à luz do método arqueológico foucaultiano, em seguida, elaboramos uma “contação de história” para narrar como se deu a construção e legitimação dos TMC.

O processo de contar histórias é constitutivo da produção de saberes da cultura popular brasileira, que são transmitidos de geração em geração através da oralidade, em que se passa os valores, as crenças, os eventos vividos ou “inventados” de uma dada cultura ou povo, a partir das vozes do presente. O conceito de “Contação de História” é definido por Rodrigues (2015) como sendo o ato de falar e “ouvir histórias que possibilitem a percepção do mundo em que vivemos, em especial, os sons e os silêncios do mundo, além daqueles sons e silêncios que podemos produzir com nossa voz, nosso corpo ou com materiais diversos” (p. 65). Então, apesar de não utilizarmos o som da voz e o nosso corpo manifestos para apresentar esta narrativa, pedimos emprestado este termo, que é indispensável à constituição do saber popular, para falar de uma história do processo de construção de diagnósticos clínico-psiquiátricos, partindo de um olhar sobre o passado, mas também de uma leitura dos enunciados manifestos no presente, que foram costurados pela palavra escrita, a qual pode ser lida, mas também, metaforicamente, ouvida.

Com relação ao método arqueológico, Foucault (2008b) refletiu em “A Arqueologia do Saber” que se tratava de analisar o conjunto de acontecimentos presentes no interior de um discurso, ou seja, consistia numa descrição sistematizada dos acontecimentos discursivos como formação discursiva, em que se procura encontrar as unidades aí existentes. Nesse sentido, Fonseca e Jaeger (2012) destacaram que uma das principais contribuições que Foucault nos traz diz respeito a analisar os discursos como acontecimentos, discernindo-os dentro dos agenciamentos que esses produzem, buscando as conexões, os encontros, os apoios, os bloqueios, os jogos de força, as estratégias que fazem com que um determinado enunciado tenha visibilidade em detrimento de outros. Dessa forma, partindo do referencial foucaultiano, não nos preocupamos em desvelar o que estava “por trás” dos discursos, tentando trazer à tona um “segredo escondido” a ser revelado. Olhamos para os jogos de força que fizeram com que determinados saberes emergissem e tomassem luz, em detrimento de outros; vislumbramos as tensões e as diferenças que podiam ser observadas na produção dos discursos de verdade e a forma como esses discursos foram apropriados historicamente.

Além disso, utilizando-nos do conceito de paradigma, definido por Thomas Kuhn como sendo “a realização científica universalmente reconhecida que, durante algum tempo, fornece problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência” (KUHN, 2006, p.13), lançamos o olhar para as irrupções que marcaram a produção do conhecimento

científico sobre os TMC, suas permanências e modificações, suas aproximações e afastamentos. É importante destacar que, para Kuhn (2006) em “A Estrutura das Revoluções Científicas”, a ciência segue uma sequência de períodos, nos quais uma comunidade de pesquisadores começa aderindo a um paradigma, quando essa adesão ocorre, tal comunidade científica adquire também critérios para a escolha de problemas (tipo quebra-cabeças) que, enquanto esse paradigma for aceito, podem ser considerados como dotados de uma solução possível. Mas, há períodos em que esses problemas, ao invés de serem encarados como quebra-cabeças, passam a ser considerados como anomalias, pois eles fracassam em produzir os resultados esperados. Isso gera um estado de crise, que pode culminar com a ruptura do paradigma dominante, este processo é denominado revolução científica. Uma revolução científica consiste numa reconstrução de determinada área de estudos, a partir de novos princípios, que alteram as generalizações teóricas mais elementares do paradigma dominante, bem como muitos de seus métodos e aplicações. Então, para que hajam essas revoluções é necessário que se desenvolvam episódios extraordinários, marcados por anomalias e crises no paradigma anterior, que culminarão com sua ruptura, produzindo um novo paradigma.

Assentados nesses fundamentos, objetivamos com este trabalho dar visibilidade a história dos TMC, para entendermos como são construídos diagnósticos que se localizam na intersecção entre a clínica médica e a psiquiatria. Para isso, começaremos descrevendo como os diagnósticos psiquiátricos são arquitetados, para entendermos a complexidade que constitui a produção de novos construtos⁹ nesta área.

⁹ Construto representa um conceito teórico cientificamente validado. Historicamente, o termo construto entrou na Psicometria por meio da *American Psychological Association Committee on Psychological Tests* que trabalhou entre 1950 e 1954 com esta nomeação e cujos resultados se tornaram as recomendações dos métodos e procedimentos para o desenvolvimento de testes psicológicos e técnicas diagnósticas (PASQUALI, 2009).

2 A CONSTRUÇÃO DE DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS

Pensar a construção de diagnósticos psiquiátricos exige-nos, de antemão, compreender como o processo de reconhecimento da doença ocorre e legitima o lugar da medicina enquanto ciência. Na obra “O Nascimento da Clínica”, Foucault (1987) discorreu sobre o movimento que a medicina realizou com relação a sua forma de olhar o doente e a doença: do diagnóstico que era feito com base em um sistema classificatório, oriundo da botânica, que distribuía as entidades nosológicas¹⁰ em grupos, até a observação da doença como sendo localizada no corpo, sediada em um órgão. Foucault analisou como a medicina moderna se constituiu do século XVIII ao início do século XIX, desde o momento em que o médico questionava ao doente sobre “como ele se sentia”, para se voltar ao questionamento sobre “aonde doía”.

A obra foucaultiana nos faz refletir como o modelo contemporâneo de exercício da medicina se assenta no paradigma moderno de ciência, que aproxima o saber sobre a doença e o doente dos estudos empíricos sobre o corpo e da racionalidade das “ciências duras”. Enraizada no mecanicismo e na causalidade linear dos processos de adoecimento, a medicina encontrou no fenômeno da materialização da doença, um terreno aparentemente firme e fértil para a estabilização de seus pressupostos científicos.

Canguilhem (2005), na obra “Escritos sobre a Medicina”, chamou atenção ao modo como as doenças foram sendo, sucessivamente, localizadas no organismo, no tecido, na célula, no gene, na enzima, em um movimento contínuo de busca pela entidade doença. Tal fato era acompanhado de uma crescente produção de exames e tecnologias médicas, que eram utilizados para localizar qual engrenagem não estava funcionando bem na “máquina humana” para corrigi-la, ou ainda qual agente patógeno desencadeava o seu mau funcionamento. Essa avaliação foi e continua sendo feita na sala de autópsia, no laboratório de exames físicos (ótico, elétrico, radiológico, ultrassonográfico, ecográfico), químicos ou bioquímicos.

O autor, ao falar sobre doença, em “O Normal e o Patológico”, se referia a uma restrição da margem de segurança e da compensação às agressões do meio, assim sendo, esse processo compreende a possibilidade de uma pessoa tornar-se enferma, sendo essa uma característica essencial da fisiologia humana, logo, adoecer faz parte da vida, não é preciso viver a doença como sendo uma degradação, ou uma desvalorização dessa. “Sendo a vida não apenas submissão ao meio, mas instituição do seu próprio meio, inovação e criação perpétuas” (CANGUILHEM, 2014, p. 76).

¹⁰ Doença individualizada, com características e propriedades inerentes à patologia (AURÉLIO, 2010).

Para Canguilhem (2014), o meio é adverso, todavia a pessoa tem a possibilidade de instaurar novas normas, mudar suas formas de reação, constituir-se normativamente. Então, podemos considerar que o sujeito adoece e instaura outras possibilidades de vivência, visto que tornar-se doente faz parte do substrato humano, todavia a doença se constitui como uma norma inferior em relação à saúde.

Trazendo outros autores para pensar sobre a constituição do estatuto da doença, podemos citar Camargo Jr. (1993) em sua Tese sobre a “A Construção da Aids: racionalidade médica e estruturação das doenças”. O autor discorreu a respeito dos eixos que caracterizariam a produção das doenças, a partir de uma leitura de Foucault sobre sua formação, entendendo a doença não como entidade, não como essência, mas como sendo construída a partir de formações discursivas, articuladas ao longo da história. Todavia, não nos deteremos a apresentar a constituição histórica da medicina para tornar-se ciência, o que nos interessa, nesse momento, é quais eixos são mobilizados, ao longo da história, para que a doença (como a conhecemos atualmente) seja produzida.

Mais adiante, no texto intitulado “O paradigma clínico-epidemiológico ou biomédico”, Camargo Jr. (2013) apresentou quatro eixos para descrever como o processo de construção da doença (de um modo geral) ocorre na medicina, os quais seriam:

- a) epidemiológico: disciplina epidemiologia; tem como categoria central o risco; a definição de doença por meio do risco significativo; o método característico é o observacional/estatístico;
- b) explicativo: disciplina fisiopatologia; tem como categoria central a causa; a definição de doença como processo; o método característico é o experimental;
- c) morfológico: disciplina anatomia patológica; tem como categoria central a lesão; a definição de doença se dá pela expressão de lesão(ões); o método característico é o descritivo;
- d) semiológico: disciplina clínica; tem como categoria central o caso; a definição de doença é semiológica; o método característico é o indiciário/observacional.

O primeiro eixo é oriundo da segunda metade do século XX, diz respeito a doença como sendo definida a partir de sinais de risco que um grupo apresenta mediante a observação de padrões verificáveis em uma determinada população. Para o autor, “pela primeira vez na história da medicina, definiu-se uma doença a começar da variação numérica de um dado parâmetro (no caso, a pressão arterial), sendo a fronteira normal/patológica determinada por um estudo epidemiológico” (CAMARGO JR., 2013, p. 190), de modo que não sejam verificadas lesões que expliquem a patologia.

O segundo eixo se desenvolve a partir da segunda metade do século XIX, apresenta a caracterização de doença como processo. É o eixo da fisiopatologia e da indução de doenças em animais, para fundamentar a explicação causal do desenvolvimento “natural” das doenças. Nesse eixo, o saber médico se aproxima das “ciências duras” ao assentar a produção do conhecimento no modelo biológico.

O terceiro eixo se constitui pela descrição da localização anatomopatológica da doença. Influenciado pelo movimento iluminista e pela abertura dos cadáveres, consolida-se num período que vai do final do século XVIII aos primeiros anos do século XIX, em que o saber médico vai se deter a descrição de lesões patológicas para localizar a doença no corpo do doente.

O quarto eixo diz respeito a clínica propriamente dita e ao processo de agrupamento dos sinais e sintomas em categorias diagnósticas, tomando por base o modelo das classificações¹¹ dos taxonomistas do século XVIII. Este eixo comporta o desenvolvimento de dois movimentos: a individualização e a generalização, assim sendo o caso individual é localizado no inventário de um grupo. Segundo Camargo Jr., nesse movimento, a clínica se aproxima da epidemiologia, cabendo a esta fornecer à clínica a evidencia necessária para sua legitimação, através de modelos matemáticos/probabilísticos. Assim como, a produção do conhecimento da epidemiologia está subordinada à clínica pela necessidade de definição das doenças, estando ambas as disciplinas subordinadas ao conhecimento biológico. A articulação entre essas duas disciplinas - a clínica e a epidemiologia - possibilita a caracterização genérica de uma dada doença, a partir do estabelecimento causal entre essa e os possíveis agentes etiológicos.

Tomando por base esses quatro eixos, podemos considerar o processo de construção de uma doença da seguinte maneira: há a identificação de um marcador biológico específico de uma determinada doença, seja um agente patógeno, causador da enfermidade (vírus, bactérias, parasitas de um modo em geral), ou a “descoberta” de uma lesão patognomônica no organismo; ou se realiza uma correlação de determinados marcadores biológicos em relação a uma média encontrada na população; e é feita a distinção entre a doença que acomete o enfermo de outras doenças, que podem gerar sintomas semelhantes.

Mas, para a construção das “doenças mentais” é feito esse mesmo movimento? Visto que a ausência do marcador biológico específico faz parte da própria (in)definição da psiquiatria¹² e, historicamente, ao se encontrar um marcador biológico, a patologia passa a ser

¹¹ Mais adiante descreveremos sobre o processo de classificação de doenças no capítulo: “O Desenvolvimento do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID)”.

¹² Como veremos adiante no sub-tópico: “O Nascimento da Psiquiatria como Especialidade Médica”.

de domínio de outra área da medicina, como a neurologia, no caso da Epilepsia, do Retardo Mental e da Paralisia Geral. Além disso, as “fronteiras” que separam uma perturbação mental de outra não são claras, logo várias enfermidades psiquiátricas podem apresentar (e geralmente apresentam...) sintomas semelhantes. Então, o que caracterizaria um diagnóstico psiquiátrico?

Para Aguiar (2004), o diagnóstico psiquiátrico é *sindrômico*, justamente por guardar sempre certo grau de indeterminação. Os instrumentos de levantamento do diagnóstico em psiquiatria são fundados no interrogatório e na observação daquele que sofre, assim sendo, o ato diagnóstico depende da avaliação subjetiva de ambos: profissional de saúde e paciente.

O processo se dá da seguinte forma: os sintomas são compreendidos a partir daquilo que a pessoa refere de seu processo de adoecimento e os sinais são definidos pela observação ao examiná-la. Na organização do raciocínio clínico, as síndromes são organizadas a partir da especificação do conjunto de sinais e sintomas conhecidos. Os diagnósticos psiquiátricos são *sindrômicos*, porque designam grupos de sinais e sintomas em que o processo patológico de base é totalmente desconhecido, o que não permite a aplicação de um diagnóstico nosológico, como nas doenças somáticas em geral.

Nesse sentido, as síndromes caracterizam enfermidades com causas desconhecidas¹³. Elas indagam o paradigma biomédico como estatuto de verdade, que sustenta o modelo clínico-epidemiológico de definição das doenças, tradicionalmente utilizado nas práticas médicas (conforme descrito anteriormente).

Para Aguiar (2004), a noção de transtorno (*disorder*) passou a ser utilizada no lugar da noção de doença (*disease*), justamente em função do uso inapropriado desse conceito, que não cabia às perturbações mentais¹⁴. Além disso, para discorrer sobre “transtorno”, precisamos refletir acerca dos conceitos de normal e patológico, bem como sobre os marcadores sociais, culturais e históricos que os atravessam.

Apesar de tão debatida, é importante trazer essa discussão para pensarmos como os diagnósticos psiquiátricos são construídos. Nesse intento, buscamos autores clássicos, como Dévereux (1956), Ruth Benedict (1934), Bastide (1967), para compreender os discursos que

¹³ Em estudo sobre a Síndrome hemolítico-urêmica e a fibromialgia, Belardo e Camargo Jr. (2016) analisaram a construção do conhecimento biomédico nessas duas enfermidades e descreveram como o uso do diagnóstico *sindrômico* para a fibromialgia, diferente da Síndrome hemolítico-urêmica, fundamentou doenças com causas orgânicas desconhecidas.

¹⁴ Outros autores, como Paulo Amarante (2007), questionaram os conceitos de doença mental e também de transtorno mental utilizados na literatura da área, e passaram a utilizar os termos *pessoa/sujeito em sofrimento psíquico/mental*, centrando-se na compreensão de um sujeito que sofre.

essa literatura produziu sobre o normal e o patológico, que ainda incidem sobre a forma como olhamos para os transtornos mentais nos dias atuais.

2.1 Discorrendo sobre o normal e o patológico

Alguns autores da psiquiatria têm apontado um valor universal aos quadros psiquiátricos, tomando, por vezes, a referência de “manuais descritivos” como ideais para caracterização diagnóstica, esses manuais, em sua maioria, apresentam de modo “neutralizado” e “objetivo” os sinais e sintomas psiquiátricos, a serem aplicados a diversas populações, em países distintos. Todavia, Ruth Benedict em “*Antropology and the Abnormal*” (1934) analisou que o conceito de normal é aprovado coletivamente, nesse sentido, cada sociedade constrói diferentes conjuntos de fatos para denomina-los normais ou patológicos. Nessa perspectiva, a proposta de categorias classificatórias universais para caracterizar o sofrimento mental não se sustenta, uma vez que as normas, as regras e os padrões de conduta, adotados por uma dada sociedade, dão sentido a determinados comportamentos, os quais são aceitos socialmente ou não.

Para John Foley Jr., em “*The criterium of abnormality*” (1935), o comportamento anormal caracteriza aquele que desvia da norma, ou seja, dentro de um padrão geral de uma dada população. Nesse sentido, o que prevalece é o mais comum, logo, tomado como normal, e aquele que desvia de tais comportamentos prevalentes é considerado anormal.

Grosso modo, esses discursos entoam que as formas de adaptação a padrões culturais determinados constitui a normalidade e a fuga a esses padrões demarca a patologia. Mas, com relação àqueles que escapam a esses padrões, os chamados “desviantes”, poderiam ser caracterizados como “doentes” em potencial? Ou poderíamos falar em sociedades doentes?

Dévereux (1956) em “*Normal and Abnormal: the key problem of psychiatric anthropology*” destacou que a adaptação social não é sinal de saúde mental, em várias situações o ato de conformar-se pode constituir formas patológicas, podemos citar como exemplo, o fascismo e o nazismo, preponderantes em populações de vários países da Europa, no século XX, e que vitimaram povos que divergiam dessas perspectivas. Nesse sentido, a adaptação não pode ser utilizada como critério de saúde. Além disso, para o autor, a desadaptação é uma consequência das perturbações mentais e não sua causa.

Para Wegrocki (1939), na obra “*A critique of cultural and statistical concepts of abnormality*”, com relação aos sintomas psicóticos, povos diferentes apresentam hábitos de vida diversos, todavia as perturbações biológicas condicionam os sujeitos, elas mantêm algo de

constante que caracteriza as perturbações primitivas, apesar das variâncias culturais de uma etnia para outra. “Se o cultural é variável, o biológico é caracterizado pela universalidade e pela permanência das suas leis” (p.72).

Voltamos, então, à proposição inicial de que há algo de constante na espécie humana, então, poderíamos falar de fenômenos patológicos universais? É o que definiria objetivamente o normal e o patológico em qualquer um de nós?

Para H. Ey (1950), não é a situação que causa a doença, ou constitui o normal, e sim o organismo do doente: “o que diferencia o homem normal do alienado é que o homem normal reage aos acontecimentos, sabe adaptar-se às modificações do meio, enquanto o psicótico é incapaz disso, nunca é reacional” (p. 84). É o indivíduo que adoece e não a sociedade.

Já o sociólogo francês Émile Durkheim (2000) refletiu em sua obra “O Suicídio: estudo de sociologia” que as perturbações orgânicas dependem da psiquiatria, ao mesmo tempo em que a “doença mental” caracteriza um elemento de desequilíbrio social, ou seja, só se é “louco” em relação a uma dada sociedade. Não é por acaso que aqueles que se suicidam se encontram em maior número nas profissões liberais, industriais, comerciais, ou seja, em determinados grupos urbanos.

Bastide (1967) discutiu na “Sociologia das Doenças Mentais” que as sociedades industriais, a ideologia de produção faz da loucura uma forma de improdutividade, esses sujeitos tornam-se improdutivos, pois não podem ser disciplinados como os demais, não se ajustam aos processos de organização dos corpos, controle do tempo e super-aproveitamento dos espaços, como fábricas, escolas, etc. Nas palavras do autor:

A própria definição que demos do normal e do patológico é tomada desta corrente. A antiga definição de adaptação situa-se no quadro duma sociedade industrial relativamente estável. A nova, a da normatividade, no quadro desta nossa nova sociedade, em que a velocidade das transformações técnicas é tal que a reconversão dos operários duma indústria numa outra, ou dum setor produtivo num setor sem relação comum com o primeiro, mais reclama a adaptabilidade do que a adaptação, ou, como dizem os psicólogos, a plasticidade humana (p. 233).

Essa plasticidade solicitada continuamente faz das perturbações mentais parte constitutiva desse processo produtivo, a “loucura da produção” continuada e super-atualizada, ao mesmo tempo em que aqueles que apresentam tais perturbações são excluídos desse processo. Todavia, podemos afirmar que tanto as perturbações mentais como as “formas normais” fazem parte dessa ordem coletiva, “a dinâmica da desordem mental inscreve-se num sistema em que colaboram ao mesmo tempo o desviante e a sociedade” (BASTIDE, 1967, p. 244).

Em suma, as sociedades precisam da loucura para diferenciar quem é são, uma vez que cada uma delas inscreve as maneiras de ser “louco”, “doente”, “insano”, “perturbado” e de não sê-lo. Aquele que padece necessita mostrar-se como tal, organizando seu comportamento de acordo com o que se espera da “loucura” ou da “doença mental”. Dévereux (1956) analisava que o doente era obrigado, para se fazer reconhecer doente, a conformar o seu comportamento com o comportamento tradicional que se esperava do “louco”. Desse modo, aquele que é tomado como “doente”, ou que se insere na “loucura manifesta”, se alimenta de imagens e sinais socioculturais, historicamente construídos, os quais conservam as leis formais do mundo que o cerca.

A partir da leitura desses autores, podemos considerar que trazemos em nós, o que pode sucumbir nossa razão e o que a faz manifestar-se continuamente, numa clemência incessante para que sejamos “normais”, mas imbuídos de uma lógica produtivista que exige uma plasticidade contínua. A “loucura” também representa a emergência de mitos e ritos de nossa cultura, que se apresentam, mesmo que as tenhamos negado como monstros temidos e tentações assustadoras, mesmo que continuemos elaborando sistemas de defesas e/ou mecanismo de controle dessa. Assim sendo, poderíamos concluir que é o *consensus* social que delimita as zonas da razão e da des-razão?

Para Bastide (1967), os psiquiatras (podemos estender também a outros profissionais, como clínicos gerais, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, etc.) tratam a loucura, procuram suas causas, tentam compreender o porquê do sofrimento manifesto, todavia é a sociedade que indica quais sujeitos tratar. Num jogo sutil de influências entre esses profissionais e a “massa”, são atribuídos nomes científicos a comportamentos atípicos, assim, se tornam públicas as categorias para as perturbações mentais. É neste meandro entre os profissionais que “vigiam” a loucura, o sujeito que adocece e as normas e os valores sociais que orientam as condutas ditas patológicas e normais, que os diagnósticos psiquiátricos e aqueles que os recebem são produzidos.

Como refere Bastide (1967):

O psiquiatra depende da sociedade, é ela que lhe fornece a sua definição da doença mental, que lhe impõe o ideal através do qual deve tratá-la, que lhe fornece os fins a investigar (...). O que faz com que, no limite, toda loucura seja uma loucura a dois, a do psiquiatra e a do doente, onde o psiquiatra representa o público (conjunto dos juízos coletivos sobre a loucura) e o doente se esforça por ajudar o diagnóstico do médico, tomando uma conduta contrária à dos homens normais, fazendo do conjunto das suas perturbações um ritual de rebelião (p. 243).

Fazendo uma relação entre o que foi analisado por esse autor com a obra de Machado de Assis (2008) “O Alienista”, é o psiquiatra Simão Bacamarte, representante “legítimo” da

sociedade, que tanto o indaga, aquele que diz quem ocupa os cômodos da Casa Verde e quem fica nas ruas de Itaguaí, mas são o vizinho, o coveiro, a fofqueira, o deputado, aqueles responsáveis por dizer-lhe quem “parece estar enlouquecendo”, para serem analisados pelo médico.

Se partirmos por tal lógica, então, podemos inferir que a “loucura” é social, variando de acordo com os lugares, os tempos e conforme o estabelecido pela coletividade, seus valores e normas dominantes, que distinguem o normal e o patológico. Mas, podemos negar que há um organismo biológico?

Tal como refletiram Cláudio Banzato e Mário Pereira (2014), tanto o fenômeno estudado, quanto a própria psiquiatria tem uma dupla face, que se apresentam na integridade do organismo, cunhada nas normas biológicas mas não redutíveis a ela, e nos fatos e valores, construídos sócio, cultural e historicamente. “Haveria, por assim dizer, uma tensão agonística de fundo na psiquiatria entre a objetividade biológica e a errância do humano que não pode ser eliminada ou evitada. Este seria seu verdadeiro nó górdio¹⁵” (p. 39-40).

Por outro lado, essa tensão agonística contribui para que possamos refletir sobre uma das características advindas do sofrimento humano, a possibilidade de lidar com nossa angústia¹⁶ vital, que constitui nossa existência, o nosso “ser-no-mundo” e perpassa a busca do sentido, que só pode ser encontrado na experiência singular, como bem destacava Heidegger (1996). Mas, nem todos os estudiosos deste fenômeno partiram de tal perspectiva, a história da constituição da Psiquiatria e de seu objeto de estudo é marcada por embates, controvérsias e disputas que se confundem. Assim sendo, o “nó górdio” que constitui essa especialidade médica, muitas vezes, foi observado (ou ainda é) como um problema complexo que precisa(va) ser solucionado. Destarte, há séculos alguns tentaram desatar esse nó, outros desistiram, houve, ainda, os que, sem êxito, tentaram cortá-lo. Nesse sentido, é importante observarmos essas

¹⁵ O nó górdio é uma lenda que envolve o rei da Frígia (Ásia Menor) e Alexandre, o Grande, que remonta ao século VIII A.C. É utilizada como metáfora para caracterizar um problema que parece impossível de ser resolvido, logo, "cortar o nó górdio", significa resolver um problema complexo de maneira simples e perspicaz.

¹⁶ O termo Angústia se constitui enquanto conceito-chave utilizado por várias escolas de pensamento, desde estudiosos de filosofia, sociologia, psicanálise, psicologia, psiquiatria, educação e gestão, dentre outros. Muito tem sido escrito sobre o tema, como o fizeram Giddens (2002), Heidegger (2006) e Sartre (1953, 1954); podemos falar também sobre a angústia em Freud (1919/1976) e Lacan (2005); ou ainda, as definições de angústia que vão em busca de classificações e medidas, passando pelas ciências naturais, e se encaminhando para a biologia (MERFERD JR., 1979), ou os estudos baseados em dados bioquímicos (PITTS; ALLEN, 1979). Neste trabalho, não vamos nos deter a extensão deste conceito, o trouxemos a roda de discussão para pontuar a complexidade de se trabalhar com o sofrimento humano e como este “mal-estar” aflige a todos, manifestando-se de formas variadas.

disputas teórico-epistemológicas e políticas que colaboraram para o nascimento da Psiquiatria e que nos ajudam a pensar sobre a emergência de determinados paradigmas que a fundamentaram.

2.2 O Nascimento da psiquiatria como especialidade médica

Ainda no século XVIII, o médico francês Philippe Pinel (1745-1826) forneceu o conjunto do *corpus* teórico da ciência alienista, como também foi o primeiro a caracterizar o conjunto dessa teoria na prática hospitalar. Sua obra teórica, “*Nosographie Philosophique*” (1797), foi um dos grandes sistemas classificatórios do século XVIII, fundamentado na coleta metódica de sinais e sintomas das perturbações mentais. A constituição de uma ciência da “alienação mental” começou a ocorrer na Europa através do “método filosófico” pineliano, que se voltava aos sinais e sintomas da loucura, em detrimento da busca pela sede da doença no organismo. Esse método consistia em agrupar, segundo a “ordem natural” em que a enfermidade se apresentava, as manifestações aparentes da “alienação mental”, calcando-se numa racionalidade fenomenológica para a construção da nosografia¹⁷ da loucura (CASTEL, 1978).

Paradoxalmente, esse modelo se afastou das práticas comuns a medicina no período, que se constituiu a partir da abertura dos cadáveres, tendo como foco a fisiologia e o organicismo, que inseriu as ciências médicas no rol das ciências da natureza (FOUCAULT, 1987). O posicionamento de Pinel se afastou de seus contemporâneos, orientados para a pesquisa do substrato orgânico da “doença mental”, para se fundamentar numa vertente moral, que aproximou as principais causas da loucura dos problemas sociais vigentes à época (CASTEL, 1978).

Essa disjunção epistemológica com a medicina em geral criou a primeira especialidade médica: a psiquiatria. Além disso, a leitura pineliana da “alienação mental” passou a formar outros especialistas, dentre eles, o psiquiatra francês Jean-Étienne Esquirol (1772-1840). Este se reuniu a Pinel e agrupou em torno de si aqueles que se tornaram grandes nomes do movimento alienista na Europa: Falret, Pariset, Ferrus, Georget, Voisin, Leuret. Deu-se, assim, uma marcação paradigmática da psiquiatria, que caminhou em direção contrária ao movimento da medicina, em busca de sua unidade (CASTEL, 1978).

¹⁷ Categorização e caracterização ou definição das doenças (AURÉLIO, 2010).

De acordo com Castel (1978), à medida que a primeira especialidade médica crescia, estabeleceu-se uma distância cada vez maior em relação a medicina em geral. O autor citou como exemplo o caso de Georget (1795-1828), psiquiatra francês, pioneiro da psiquiatria forense, que se pronunciava contra Pinel e Esquirol, ao destacar a necessidade da psiquiatria, enquanto braço da medicina, buscar a sede da loucura, ou melhor, as causas da “alienação mental” no corpo. Georget propôs a subordinação do tratamento da “alienação mental” a compreensão de um saber sobre o organismo, questionando, assim, o tratamento moral desenvolvido por Pinel e Esquirol.

Desse modo, não havia um posicionamento único acerca da compreensão da “alienação mental”, nem mesmo em Salpêtrière¹⁸. Nesse local de construção teórico-prática, dois modelos se digladiavam: um esquema fundado no paradigma organicista, que supunha uma lesão localizada no corpo, a qual responderia a causa da “alienação mental”; o outro modelo de nosografia moral e social dos sintomas da desordem, que remetia a uma psicopatologia das paixões e a um terreno social patogênico para a constituição da loucura. Em suma, essa distinção se materializava no conflito entre aqueles que tinham uma orientação tecnicista e modernista, no que se refere ao modelo médico desenvolvido nos hospitais gerais e nas clínicas de faculdade; e os “asilares”, aqueles que pretendiam defender e “melhorar” as condições de exercício da nova especialidade médica. Todavia, naquele momento, o segundo modelo tornou-se preponderante, estando o mesmo fundado numa concepção reativa e psicogênica da “doença mental”, que acabou fornecendo uma justificativa para o uso da tecnologia do tratamento moral.

Para Castel (1978), esse modelo se assentou em cinco elementos, a saber:

- a) *a sintomatologia*: a classificação nosográfica do modelo pineliano se dispôs através dos sinais e sintomas observados no trato com o alienado, em que era feita a distinção desses sinais e sintomas, comparando-os às condutas aceitas socialmente;
- b) *a desordem social*: havia uma profunda associação entre as manifestações da loucura e o contexto abalado pelos acontecimentos políticos e pelos conflitos sociais da época, nesse sentido, a “alienação mental” se constituiu enquanto “produto da sociedade das influencias intelectuais e morais” (p.81);
- c) *a preponderância das causas morais*: a loucura seria reativa a uma situação de desequilíbrio social, tendo por intermédio desse desequilíbrio uma etiologia passional que o sujeito alienado apresentaria, assim se fazia a ligação entre o

¹⁸ No período, funcionou como asilo e hospital psiquiátrico (CASTEL, 1978).

sintoma individual e o contexto social para constituir uma fenomenologia da desordem;

d) *o tratamento moral*: o emprego dos meios morais era utilizado para sanar a desordem moral, através da disciplina, do controle dos corpos e da reorientação das condutas, tomando por base o modelo das normas sociais vigentes. Nessa perspectiva, até os remédios mais físicos não poderiam agir sobre o alienismo, a não ser que houvesse uma reinterpretação moral;

e) *o asilo*: era o local *per se* terapêutico, espaço de ação do psiquiatra. O asilo se constituiu enquanto espaço de tratamento, pois era tomado como “local natural” em que o sujeito doente estaria afastado do agente patógeno (a família/ o meio social). A ordem era isolar para tratar. Além disso, nele se poderia exercer toda a autoridade do médico, através da vigilância constante desse e de uma rede de coerções muito bem organizada.

Contudo, as teorias de Pinel e Esquirol sobre o tratamento moral realizado nos asilos pareciam ser ineficientes e insuficientes, segundo a análise do psiquiatra franco-austríaco Benedict-Augustin Morel (1809-1873) e de outros psiquiatras a época, que defendiam a necessidade de localização de uma causa orgânica, para que fosse possível o tratamento da “alienação mental”, desse modo, buscava-se a delimitação da doença.

Em sua obra “*Traité des Dégénérescences*” (1857), Morel trabalhou com os pressupostos da teoria da degenerescência, a qual trazia em sua base a teoria da hereditariedade para fundamentar a “doença mental”. A teoria da degenerescência caminhava para se consagrar enquanto abordagem científica das doenças mentais, visto que, apesar dos esforços de médicos da época, adeptos da vertente organicista, não se conseguia localizar no cérebro as causas da doença. Mesmo diante da abertura de vários cadáveres e da procura incessante por um agente orgânico que produzisse os sintomas psíquicos, como observado na paralisia geral, identificada pelo psiquiatra francês Antoine-Laurent Bayle (1799-1858), através do método anátomo-clínico, e defendida por ele em sua tese de medicina em 1822 (CAPONI, 2010).

Segundo Serpa Jr. (1998), no século XIX, a teoria da degenerescência foi acolhida pelos seus contemporâneos, uma vez que a mesma era sustentada pela anatomopatologia do período e pela causalidade degenerativa do fenômeno patológico. Essa teoria se apresentava enquanto “libertadora” do modelo psicogênico pineliano, haja vista fazer uso de métodos da ciência positiva para localizar a medicina mental no rol das práticas da medicina em geral.

Morel tentou construir uma classificação nosológica das doenças mentais, tendo essa semelhança com a classificação das patologias orgânicas, utilizada pela medicina clínica. Tal

prática exigia o abandono das classificações por sintomas e sinais exteriores, na tentativa de se criar uma classificação etiológica das doenças mentais. Ele e outros adeptos da teoria da degenerescência buscaram os fatores que explicavam a herança mórbida; as lesões cerebrais, consideradas ao mesmo tempo como efeito e causa dos comportamentos desviantes; e a transmissão hereditária dos desvios (CAPONI, 2010).

Nesse período, a hereditariedade era pensada conjuntamente com os acontecimentos da geração e reprodução dos seres vivos, tendo de dar conta não só da transmissão de caracteres, que faziam os filhos semelhantes aos pais, mas também de todo processo de formação da prole durante a gestação, a partir da semente dos progenitores. Na leitura de Morel, incluía-se nesse processo os fatores sociais, como alcoolismo, prostituição e crimes, para compreensão da transmissão hereditária dos desvios, sendo observada uma forte influência da perspectiva de Lamarck¹⁹ (SERPA JR., 1998).

Para ele, a relação entre patologia e tipos sociais deveria estar mediada por fenômenos biológicos. Nesse sentido, era necessário um substrato orgânico patológico, desencadeado pelas experiências com o ambiente e transmitido através da hereditariedade. Essa relação fundamentava o componente biológico da “doença mental” (CAPONI, 2010).

Nas palavras de Serpa Jr. (1998):

O ‘Tratado’ de Morel se constitui, portanto, num legítimo representante de uma época que procurava naturalizar conflitos sociais, por um lado, e pretendia atribuir ao resultado de uma ‘escolha moral indevida’ o assombroso rosto que a parcela abastada da população enxergava nos miseráveis que se comprimiam na periferia das cidades, nas prisões e nos asilos. Indo ao encontro de alguns dos mais importantes medos coletivos da época, não é de se estranhar que a teoria da degenerescência tenha conhecido a difusão que teve e tenha servido como caução para a legitimidade social que a corporação psiquiátrica tanto buscava (p. 99).

A teoria moreliana, que foi abraçado por psiquiatras, alienistas e higienistas na segunda metade do século XIX, reapareceu nos textos de Emil Kraepelin (1856-1926) no começo do século XX, na obra “Psiquiatria Clínica” (1907) e nas edições posteriores de suas lições. Kraepelin, psiquiatra alemão considerado o fundador da psiquiatria moderna, lançou mão dessa perspectiva e atuou na construção de um novo movimento paradigmático. No mais, ainda manteve viva a ambição dos higienistas do século XIX, ao pensar os problemas sociais como categorias médicas e orgânicas (CAPONI, 2010).

¹⁹ Lamarck (1744-1829), naturalista francês, propôs que as formas de vida mais simples surgiram a partir da matéria inanimada e progrediam a um estágio de maior complexidade, por meio das modificações que sofriam pela relação com o ambiente, em sua obra “Filosofia Zoológica” (1809/1971).

A metodologia de investigação das doenças mentais proposta por Kraepelin trazia um novo modo de classificar as patologias psiquiátricas, tendo como interesse principal aprofundar os estudos de anatomopatologia cerebral, fazendo uso de dados estatísticos comparativos entre diferentes populações e regiões (a chamada psiquiatria comparativa), além disso, ele realizava vários estudos fazendo uso do conceito de hereditariedade para explicar as perturbações de caráter (CAPONI, 2010).

Tendo a mesma queixa de Morel, no que diz respeito ao aumento no número de pacientes psiquiátricos nos hospitais e a pouca resolutividade das formas de tratamento da época, ele buscava um substrato orgânico para o tratamento das doenças mentais. Kraepelin bebeu dos pressupostos da teoria da degenerescência com o objetivo de entender as alterações biológicas que causavam as patologias psiquiátricas (CAPONI, 2010). Além disso, buscava estabelecer padrões de ocorrência de sinais e sintomas ou síndromes (complexos sintomáticos) que permitissem um diagnóstico diferencial, o que contribuiu para construção de uma classificação sistematizada e delimitada de alguns quadros psiquiátricos, como a Demência Precoce (atualmente denominada Esquizofrenia) e a Psicose Maníaco-Depressiva (atualmente denominada Transtorno Bipolar).

Kraepelin caracterizava a faixa etária dos pacientes, a prevalência e a estabilidade dos sinais e sintomas, bem como o efeito desses na vida do enfermo, acompanhando os casos de forma longitudinal, além de analisar dados e observações de outros pesquisadores, através de uma análise estatística comparativa. Assim sendo, o psiquiatra rompeu com o método sintomático de classificação das doenças mentais, até então utilizado, e desenvolveu um método clínico para observação das doenças da mente (CAMARA, 2007).

Ele ainda buscou um substrato anatomopatológico e fisiopatológico para caracterização de síndromes específicas, através de pesquisas laboratoriais realizadas junto com o psiquiatra alemão Alois Alzheimer (1864-1915). Apesar de terem localizado o substrato anatomopatológico da Demência Senil, que foi rebatizada como Demência de Alzheimer, Kraepelin não conseguiu delimitar os substratos físicos de outras “doenças mentais” como pretendia. O que permaneceu até hoje como objetivo dos adeptos da Psiquiatria Biológica (CAMARA, 2007).

Jean-Martin Charcot (1825-1893), médico e cientista francês, havia chegado à mesma encruzilhada de Kraepelin sobre a investigação da causa anatomopatológica da histeria, não encontrando um substrato orgânico para localizá-la. Para isso, ele fez uso de práticas de hipnose em que aplicava um método de observação e descrição sistemáticos, oriundos de sua experiência como neurologista. Por meio desse método, conseguiu estabelecer regras para

induzir o ataque histérico em seus pacientes, que tinham suas paralisias ou tiques remetidos enquanto estavam sob a sugestão da hipnose. É marcante o fato de os médicos não conseguirem encontrar a causa orgânica para os sintomas apresentados por esses doentes. Nesse sentido, como a causa do adoecimento era desconhecida, visto que a lesão anatômica que caracterizaria a doença não era localizável, e os sintomas, muitas vezes, desapareciam de maneira totalmente aleatória, boa parte dos médicos tinham frustradas suas tentativas de cura dessa doença, e acabavam por rejeitar esses doentes – na maioria das vezes mulheres –, por considerá-los simuladores (QUINODOZ, 2007).

Fazendo uma análise acerca das práticas de Charcot, Foucault (2006) refletiu sobre a busca incessante do médico para localizar a histeria no mesmo plano de uma doença orgânica, com sintomatologia estável e diagnóstico diferencial. Ora, um dos problemas que se colocava à época era se o paciente era ou não simulador (questão que se coloca até os dias atuais). A busca de um quadro patológico consistia também da necessidade de resposta a esta questão. Por fim, o neurologista não encontrou lesão detectável, mas apresentou algo para vincular no nível da etiologia, de modo que a patologia na histeria fosse explicada: a concepção do traumatismo. Essa concepção se refere a:

(...) um acontecimento violento, uma pancada, um tombo, um medo, um espetáculo, etc. – que vai provocar uma espécie de estado de hipnotismo discreto, localizado, mas às vezes de longa duração, de modo que, em consequência desse traumatismo, determinada ideia entra na cabeça do indivíduo, inscreve-se em seu córtex e age como uma espécie de injunção permanente (FOUCAULT, 2006, p.411).

Desse modo, Charcot classificou a histeria entre as doenças nervosas funcionais ou neuroses, para distingui-las das afecções psiquiátricas de origem orgânica. Ele procurou demonstrar que os distúrbios histéricos eram de natureza psíquica e lançou a hipótese de uma “lesão dinâmica” cerebral de origem traumática, que poderia ser sua causa, tanto em mulheres como em homens, abrindo caminho para uma interpretação dinâmica dos fenômenos psíquicos (CAMARA, 2007).

Influenciado pelas práticas de Charcot e pelos êxitos obtidos por Breuer (1842-1925) - médico e fisiologista austríaco, que utilizou técnicas de sugestão e hipnose em pacientes -, Sigmund Freud (1856-1939) - médico neurologista austríaco -, passou a utilizar o método catártico²⁰ no tratamento de doentes com sintomas atribuídos à histeria. O método catártico, criado por Breuer, foi utilizado por ambos, tendo a descrição dos casos feita entre os anos de

²⁰ Esse método era uma forma de psicoterapia que permitia ao doente trazer à tona, através da fala, a lembrança dos acontecimentos traumáticos, a partir da aparição dos primeiros sintomas histéricos, que poderiam ser evocados pelas técnicas de sugestão e hipnose (QUINODOZ, 2007).

1881 e 1895. O relato de caso de pacientes, que sofriam dessa enfermidade, e que eram tratados por ambos, originou os “Estudos sobre a histeria” (1893-1895), que é considerada a obra fundadora da Psicanálise e na qual Freud e Breuer apresentaram os êxitos que obtiveram no tratamento de sintomas histéricos. Mas, a partir de 1896, Freud prosseguiu sozinho com suas pesquisas sobre histeria, deixando de lado as técnicas de hipnose e sugestão, para construir o método da associação livre²¹ (QUINODOZ, 2007).

Em suma, nos estudos iniciais de Freud (1886/1987), os sintomas da histeria, apresentados pelos pacientes, eram compreendidos como proporções muito maiores do que provavelmente os pacientes possuíam, além do que eles se modificavam e/ou se deslocavam, podendo uma anestesia de um membro superior passar ao membro inferior em semanas, sem prejuízo ao membro anteriormente afetado. Isso ocorria, pois as ideias conflitivas eram mantidas afastadas da consciência, produzindo uma dissociação entre a intenção e a ideia, mas, esses pensamentos não deixavam de existir, mantendo-se inconscientes. Quando essas ideias reapareciam sob novas formas, os conteúdos aflitivos eram revividos no corpo. Nesse sentido, o ataque histérico convocava o sujeito a deparar-se com o fenômeno traumático. O efeito catártico poderia ocorrer quando a pessoa que padecia acessava a lembrança responsável pelo elemento traumático e os afetos vinculados ao trauma, elaborando-os através da fala.

Com a metapsicologia, Freud (1915/1995) redimensionou sua obra, e a histeria passou a ser compreendida por meio de sua articulação com a hierarquização das pulsões²² e a resolução do Complexo de Édipo. Com a nova caracterização da dinâmica psíquica, a histeria passou a ser considerada uma defesa contra as demandas do Complexo de Édipo, sendo vivenciada como uma desvinculação da relação incestuosa mal sucedida com o genitor, o que levava a conflitos na vida adulta entre o impulso da relação incestuosa, submetido à repressão, e a energia que ele gerava, que passava a ser convertida em sintoma histérico.

²¹ Esse método consistia em pedir ao paciente para falar livremente sobre tudo o que lhe viesse a mente e, a partir dessa fala espontânea, as lembranças patogênicas, até então reprimidas, podiam vir à tona e serem trabalhadas (QUINODOZ, 2007).

²² Freud descreveu, inicialmente, Pulsão como sendo: “(...) um conceito situado na fronteira entre o mental e o somático, como representante psíquico dos estímulos que se originam dentro do organismo e alcançam a mente, como uma medida da exigência feita à mente no sentido de trabalhar em consequência de sua ligação com o corpo” (FREUD, 1915/1996, p. 129), ou seja, a Pulsão brota como fenômeno físico e orgânico e atinge a mente como fenômeno psíquico. Todavia, ele trabalhou esse conceito em vários momentos de sua obra, revendo-o. A partir da metapsicologia, o autor considerou duas pulsões básicas: *eros*, ou pulsão sexual, para a vida, e *tânatos*, ou pulsão agressiva, de morte. Todas as outras pulsões secundárias (desejos, sonhos, etc.) foram vistas como fruto da combinação dessas duas pulsões (FULGENCIO, 2003).

Para Caponi (2010), Freud analisou a mesma tese que preocupava Kraepelin, que seria a relação entre a vida moderna e as doenças mentais, todavia ambos tomavam perspectivas completamente diferentes, para explicar esse processo de adoecimento e montar as formas de tratamento. Freud considerava que a histeria²³ era um fenômeno predominantemente feminino e sua etiologia estava vinculada aos fenômenos sociais, culturais e morais, característicos da sociedade industrial do começo do século XX.

Segundo Bezerra Jr. (2014), as duas macrovisões de Kraepelin e Freud, sendo a primeira edificada no modelo somático-constitucionalista, baseado no fundamento do sintoma como sinal, e a segunda fundada no modelo psicodinâmico-reacional, baseado na ideia do sintoma como signo; somadas a uma terceira visão, a fenomenologia existencial de Karl Jaspers, Eugene Minkowski e Kurt Schneider, contribuíram para nortear os grandes paradigmas do século passado no campo da psicopatologia.

A despeito da contribuição dessas macrovisões citadas, ressaltamos a importância do uso do método de associação livre e a defesa da existência do aparelho psíquico, composto por três sistemas (consciente, pré-consciente e inconsciente), observados na obra freudiana, que trouxeram à tona a concepção de um sujeito dividido, descentrado, caracterizado pela ruptura e constituído também por pensamentos inconscientes, que poderiam encontrar um meio de expressão simbólico na palavra (FREUD, 1915/1980).

Isso contribuiu para uma mudança paradigmática na forma de se compreender e tratar as perturbações mentais. Freud passou a utilizar a fala daquele que adoecia como conteúdo indispensável para o tratamento das “doenças da mente”, que até então, estava posta para segundo plano, ou era utilizada apenas como instrumento para análise de lesões cerebrais, ou ainda de problemas degenerativos, que colocavam as perturbações mentais no rol da hereditariedade. A Psicanálise fez uso da hipótese etiológica do modelo dinâmico de compreensão das perturbações mentais, suprimindo o modelo biológico vigente até então.

Podemos falar, desse modo, de um novo movimento na Psiquiatria (apesar de a Psicanálise se constituir enquanto independente dessa), que atraiu a atenção de muitos

²³ A histeria constituiu um dos grandes estudos da obra freudiana, observada em várias tópicas, apresentando variações em sua caracterização ao longo de seus trabalhos. Para maior conhecimento da obra freudiana ver: FREUD, S. (1905). Fragmentos de análise de um caso de histeria. In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. 2. ed. Trad. J. Salomão. Vol. 7. Rio de Janeiro: Imago, 1987; FREUD, S. (1910). A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão. In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund*. 2. ed. Trad. J. Salomão. Vol. 11. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

psiquiatras e clínicos, não apenas na Europa, mas também nos Estados Unidos, como descreveremos a seguir.

2.3 A mudança de paradigma na psiquiatria americana

Analisando a constituição do campo psiquiátrico nos Estados Unidos, podemos relatar um duplo movimento que houve no século XX, por um lado a psicanálise, cujo impacto maior ocorreu no segundo quarto desse século, trouxe uma visão psicológica dos problemas mentais; por outro, o movimento antipsiquiátrico, veio questionando a “doença mental” e os modos como as pessoas com diagnóstico psiquiátrico eram tratadas. O segundo movimento se deu com uma releitura da psiquiatria biológica e a ascensão das neurociências, dos estudos em genética e da biologia molecular (RUSSO; VENÂNCIO, 2006; AGUIAR, 2004; SERPA JR., 1998).

Falaremos sobre esses movimentos, para tentar compreender a produção de diagnósticos psiquiátricos nos Estados Unidos, que também se refletem, *a posteriori*, em uma escala global, na construção do DSM. Nesse sentido, a importância de trazer esse cenário específico de análise, além disso, é necessário destacar que houve uma grande migração de psiquiatras europeus para este país, em especial judeus, no período entre as guerras mundiais, em decorrência de perseguições sofridas por esses pelos regimes fascista e nazista, tal fato também contribuiu para refletirmos sobre os rumos que a psiquiatria, e em especial a compreensão do fenômeno da “doença mental”, passou a tomar.

Segundo Aguiar (2004), na história da psiquiatria americana, no período pós-guerra, mais da metade dos chefes de departamento de psiquiatria das universidades eram membros de sociedades psicanalíticas. Havia grande influência de Adolf Meyer (1866-1950), que tinha treinado vários psiquiatras no Hospital Johns Hopkins entre 1910 e 1941 e que preparou o terreno para a grande aceitação que a psicanálise teve na psiquiatria americana do período pós-guerra.

A psiquiatria de base psicanalítica, denominada psicodinâmica, estava preocupada em compreender o conteúdo dos sintomas e sua relação com a história clínica do paciente, além disso, preocupava-se com os aspectos psicossociais em que esses estavam inseridos; a preocupação não estava na forma do sintoma especificamente e na necessidade de delimitação e diferenciação clara entre os diagnósticos. Nesse sentido, se questionava o modelo proposto por Krapelin, que tinha uma abordagem mais descritiva dos sinais e sintomas, objetivando a categorização de síndromes psiquiátricas (AGUIAR, 2004).

Russo e Venâncio (2006) destacaram que com a ascensão do nazismo e a perseguição a Freud e a seus seguidores também judeus, a difusão da doutrina psicanalítica deslocou-se da Europa central para os países de língua inglesa, como os Estados Unidos. Movimento semelhante também ocorreu no Brasil, nos anos 60, em que havia o predomínio do discurso psicanalítico e em sua forma de compreender as perturbações de ordem psiquiátrica. Nessa vertente, se reconheceu a doença enquanto processo, em vez de considerá-la uma entidade universal, delimitada e especificada, como outra categoria típica do modelo médico.

Outro movimento, também herdeiro da luta contra o nazifascismo na Europa e que se articulou a partir de 1968, foi fomentado pelo grupo da Antipsiquiatria, que era composto por psicólogos, psiquiatras, filósofos, pessoas com transtornos mentais, dentre outros, os quais consideravam que era necessário um rompimento total com o modelo científico psiquiátrico e suas instituições assistenciais, de modo que se lutava pela eliminação deste modelo. Logo, se questionou a “entidade” da “doença mental” e se indagou sua existência enquanto “essência”, como pôde ser observado nas obras de Thomas Szasz, *“The Myth Of Mental Illness: foundations of a theory of personal conduct”* (1961) (em português “O Mito da Doença Mental”) e *“A Fabricação da Loucura: um estudo comparativo da inquisição e do movimento de saúde mental”* (1971). Além disso, houve a indagação sobre as formas de tratamento a que as pessoas consideradas “doentes” eram submetidas, como isolamento em hospitais psiquiátricos, o uso de eletrochoque, banhos gelados, dentre outras práticas, através do questionamento do saber-poder psiquiátrico enquanto produtor de exclusão, institucionalização e sofrimento, como bem se observou na obra *“Manicômios, Prisões e Conventos”* (2010) de Erving Goffman e na *“História da Loucura na Idade Clássica”* (2010a), narrada por Michel Foucault.

Podemos incluir neste “movimento antipsiquiátrico”, as Psiquiatrias de Setor e Preventiva, as quais apontavam que o modelo hospitalar estava esgotado, sendo necessário seu desmonte, ao passo em que, paulatinamente, se constituísse a criação de serviços assistenciais de base comunitária, que iriam substituir os hospitais psiquiátricos e os quais iriam acolher os sujeitos que sofriam. Além das Comunidades Terapêuticas Inglesas²⁴ e da Psicoterapia Institucional, que objetivavam, em grande medida, devolver a palavra aquele que sofria e potencializar sua reinserção social; e a Psiquiatria Democrática, proposta por Franco Basaglia

²⁴ Essas comunidades terapêuticas representavam tentativas de aplicação da psicanálise ao aparato psiquiátrico e propunham a abertura do asilo, o desmonte da estrutura hierárquica, o reconhecimento e o chamado a pessoa para a condução de seu próprio tratamento. Um modelo muito distante das atuais propostas de funcionamento das comunidades terapêuticas brasileiras, de base tradicionalmente religiosa e fundamentadas na exclusão e reclusão das pessoas em sofrimento, sendo essas tratadas por meio de um regime de contenção disciplinar (DELGADO, 1992).

na Itália, que objetivava o fechamento dos manicômios e a recuperação da cidadania das pessoas ditas “loucas”, além de realizar um movimento político-epistemológico acerca da loucura e da retomada de direitos das pessoas diagnosticadas com problemas psiquiátricos (AMARANTE, 2007).

Aguiar (2004) destacava que houve um alargamento das fronteiras ocupadas pela psiquiatria, e uma menor delimitação entre um diagnóstico psiquiátrico e outro, estando essas fronteiras difusas, o que possibilitava uma posição crítica introduzida pelo movimento da antipsiquiatria. Todavia, também se abriu caminho para uma série de terapias de bases teórico-metodológicas não especificadas que ganharam espaço na sociedade americana, e que constituíram terreno fértil para a sociedade questionar a psiquiatria enquanto ciência e enquanto prática integrante da medicina.

Segundo o autor, alguns acontecimentos contribuíram ainda mais para o embaraço dos psiquiatras perante a sociedade no começo da década de 1970, como o caso da controvérsia gerada em torno do estatuto de doença dado à homossexualidade, que se encontrava entre os chamados desvios sexuais nos manuais de psiquiatria, sendo tomada enquanto doença e como objeto de tratamento médico. Um movimento de intelectuais e organização civil, denominado *The Gay Liberation Front*, lutava para a despatologização da homossexualidade²⁵.

Outro acontecimento foi o estudo de Rosenhan, com o título “*Being Sane in Insane Places*”. Nesse estudo, 19 pessoas mentalmente sadias se apresentavam em hospitais psiquiátricos americanos, declarando que estavam ouvindo vozes e pediam para ser internadas, logo em seguida todas foram hospitalizadas, e quando recebiam alta, obtinham o diagnóstico de “Esquizofrenia em Remissão”.

Ao passo em que as críticas aumentavam na sociedade americana, alguns psiquiatras passavam a postular uma maior necessidade de especificação dos diagnósticos, uma maior delimitação entre as fronteiras do normal e do patológico, descrição de sinais e sintomas, objetivando a padronização de categorias diagnósticas que pudessem ser universais. Além disso, houve um movimento silencioso, oriundo do campo da psicofarmacologia, que iria mudar o caminho da psiquiatria.

Russo e Venâncio (2006) relataram que o marco inicial dessa revolução da psicofarmacologia foi a testagem do primeiro medicamento antipsicótico, a Clorpromazina, em 1952. Em seguida, em 1957, foi lançado o primeiro antidepressivo tricíclico: a Imipramina. Logo depois, o Iproniazid (Inibidor de Monoamino-Oxidase-IMAO). Na década de 60, foi

²⁵ Sobre essa discussão ver Russo e Venâncio (2006); Freitas e Amarante (2015).

lançado o primeiro benzodiazepínico: Librium. Três anos depois o Diazepam, comercializado como Valium, e que ultrapassou o Librium em 1969 como a droga mais vendida nos EUA.

A criação desses medicamentos exigia pesquisas empíricas, baseadas no modelo das ciências biológicas, que apresentassem critérios de inclusão e exclusão muito bem definidos, além disso era necessário que a diferença entre as categorias diagnósticas estivessem bem delimitadas. Logo, se objetivava aquilo que alguns psiquiatras já entoavam há alguns anos, um modelo Krapeliano para categorização de síndromes psiquiátricas, assentado na urgência das indústrias farmacêuticas, mas também declamado por seguradoras de saúde, grandes instituições de pesquisa e familiares de pessoas com transtornos mentais (AGUIAR, 2004).

Passamos a falar do segundo grande movimento do século passado na psiquiatria: a constituição da psiquiatria biológica, que para o autor supracitado, emergiu na década de 1970 como reação à “psicologização” do campo psiquiátrico, passando a dominar a psiquiatria americana e mundial a partir de 1980.

Nas palavras de Serpa Jr. (1998):

A psiquiatria, que parecia fadada a conviver com uma paradoxal ‘crise crônica’, atormentada por debates internos e críticas vindas de toda parte, que mais parecia um terreno pantanoso, onde atolava-se em dúvidas e conflitos de opiniões, vislumbra-se uma saída. Eis que parece emergir uma certeza. Surge, com força, e começa a impor-se, uma psiquiatria fim-de-século, fisicalista e reducionista. Enfim, um solo firme, estável: a psiquiatria ao abrigo do tempo e dos acasos (p. 16).

Serpa Jr. fez uma revisão de artigos publicados em periódicos norte-americanos e europeus no período de 1989 e 1993. Nesse material, o autor analisou que a psiquiatria biológica era defendida como uma forma moderna, científica e mais adequada para tratar os problemas que o sofrimento mental acarretava. Nesse solo firme e estável em que a psiquiatria tentava se ancorar, o autor observou o foco nos estudos do cérebro, para que fosse possível garantir a cientificidade e a objetividade do saber e das práticas psiquiátricas. Logo, os psiquiatras que adotavam essa perspectiva, objetivaram livrar-se desse terreno pantanoso e de toda imprecisão que, segundo eles, quaisquer perspectivas psicológica e/ou psicossocial desencadeavam.

A psiquiatria ia caminhando para reiterar seu lugar enquanto prática médica, ou seja, fazendo uso dos mesmos métodos diagnósticos, das formas de investigação e etiologia, da terapêutica e da pesquisa epidemiológica. Mas, acima de tudo, voltava-se para dimensão da quantificabilidade, precisão e diferenciação no campo da nosologia psiquiátrica. Havia, ainda, o questionamento ao caráter “frouxo” do diagnóstico feito pela psiquiatria de abordagem psicodinâmica, a possível tendência em se negligenciar sintomas importantes, em detrimento de se privilegiar os conflitos intrapsíquicos ou os aspectos psicossociais do sofrimento (SERPA JR., 1998).

O autor supracitado descreveu um caso emblemático que materializa todo esse movimento, a querela judicial que envolveu o Dr. Osheroff contra a clínica Chestnut Lodge, nos EUA. O médico sofria de uma Depressão Maior com características psicóticas e estava fazendo tratamento psicoterápico individual, quatro vezes por semana, durante sete meses, em uma clínica que adotava terapias baseadas no modelo psicanalítico, por onde haviam passado grandes nomes da psicanálise, como Harry Sullivan e Frieda Fromm-Reichmann. A família transferiu o médico para uma outra clínica, onde foi medicado e os sintomas remeteram em algumas semanas. O caso teve grande divulgação na imprensa e ampla repercussão junto ao grande público, servindo de modelo para os críticos das abordagens psicológica e psicossocial e para defesa incontestável da abordagem biológica em psiquiatria.

Para aqueles que corroboravam com esse movimento, a psiquiatria biológica avançava de modo linear, possibilitando que, mais cedo ou mais tarde, todos os mecanismos biológicos (genéticos, neuroquímicos, etc.), subjacentes aos fenômenos psicopatológicos, fossem elucidados e reconhecidos, contribuindo para que intervenções psicofarmacológicas, cada vez mais “específicas” e “eficazes”, fossem aplicadas, sanando o que poderia ser considerado um desvio psicopatológico.

Serpa Jr. concluiu que essas aspirações eliminativistas do fisicalismo tem animado a psiquiatria nas últimas décadas e trazem consigo um reducionismo ontológico, epistemológico, ideológico. Para o autor, assistimos ao nascimento do Homem Neuronal, Homem Hormonal, Homem Genético, numa redução a um conjunto de fatores determinantes para explicar o desenvolvimento humano, de ordem biológica. Todavia, o autor apontou que os achados isolados provenientes da genética e das neurociências ainda eram bastante fragmentados e não existia nenhuma teoria biológica consistente e unificada que demarcasse cada categoria diagnóstica, delimitando os transtornos mentais, como a psiquiatria biológica propunha.

Corroboramos com o autor e partimos do entendimento que é importante questionar quando uma explicação se pretende unicausal, em especial, ao se tratar de seres humanos, que vivem em sociedade e são resultado de várias condicionantes: não apenas biológicas, mas culturais, sociais, históricas. Como bem refere ao autor, “O inato deixa uma grande parte de indeterminação que se abre para o adquirido. Como o ambiente ao qual estamos expostos é, numa larga proporção, um ambiente social e cultural, o ser humano é único, resultado de sua história pessoal e social (...)” (SERPA JR., 1998, p. 349).

Para Aguiar (2004), a busca por descrições biológicas para os fenômenos mentais não é novidade na história da psiquiatria, que desde sua origem, esteve sempre dividida entre tornar-se uma especialidade médica, fundada na descrição das causas biológicas dos quadros

psicopatológicos, ou se constituir como uma medicina diferenciada, que se voltava para o entendimento das causas psíquicas e sociais das perturbações mentais.

Nesse jogo paradigmático, os transtornos mentais vão sendo arquitetados, inseridos e retirados dos tratados de Psiquiatria, dos manuais diagnósticos, dos consultórios médicos, dos hospitais, dos serviços de saúde de um modo geral, das instituições de ensino e pesquisa, das ruas, das casas, das igrejas, assim sendo se torna importante compreender como essa mudança de paradigma contribui(u) para pensarmos as formas como os diagnósticos psiquiátricos são e foram construídos e que efeitos eles podem desencadear. Adiante, faremos uma descrição das mudanças ocorridas nos manuais DSM e CID, mediante a inserção, retirada e substituição de nomeações diagnósticas dos mesmos.

3 O DESENVOLVIMENTO DO MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS (DSM) E DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID)

O que nos chama atenção no processo de classificação diagnóstica não é a necessidade de organização e agrupamento das doenças como forma de categorizar as causas de morbidade, mas a urgência de padronização para uso mundial dessas categorias que foi se constituindo nos manuais classificatórios CID e DSM, e os efeitos decorrentes deste processo de padronização, isso nos traz a necessidade de olharmos para esses materiais.

Para tanto, faremos uma contextualização histórica do processo de constituição desses manuais, ressaltando que, apesar de realizarmos tal contextualização de modo bem definido temporalmente, separando cada período de modo didático, compreendemos a não linearidade dos eventos históricos, que são marcados por irrupções, mas também continuidades e contradições, as quais se manifestam em práticas discursivas e não-discursivas nos diversos momentos históricos, como bem destacava Foucault (2008b). Assim sendo, começaremos pela construção do sistema de classificação norte-americano para transtornos mentais, que realizou um movimento revolucionário no que concerne a lidar com as nomeações para o sofrimento psíquico.

3.1 A insurgência do DSM no cenário americano

Em meados do século XIX, o governo americano desenvolveu a primeira classificação psiquiátrica que apresentava apenas duas categorias: Idiotismo e Insanidade. Ao final desse século, o sistema classificatório estava dividido em sete categorias: Mania, Melancolia, Monomania, Paresia, Demência, Dipsomania e Epilepsia, todavia os consultórios médicos e os hospitais ainda adotavam classificações diversas, utilizando diagnósticos diferenciados para sinais e sintomas clínicos semelhantes, a depender do hospital ou da clínica em que o paciente se encontrava. No começo do século XX, a Associação Médico-Psicológica Americana (depois denominada APA) adotou um plano para uniformizar as nomeações e as estatísticas hospitalares de pacientes que apresentavam transtornos mentais. Esse sistema foi revisado em 1934, para ser incorporado à primeira edição da Nomenclatura Padronizada de Doenças da Associação Médica Americana (AGUIAR, 2004).

Todavia, na década de 1940, os médicos das Forças Armadas concluíram que essa classificação era insuficiente para ser utilizada com os combatentes da Segunda Guerra

Mundial, visto que esses apresentavam sinais e sintomas diferentes daqueles encontrados na população civil, como problemas psicossomáticos e transtornos de personalidade. Diante de suas necessidades classificatórias particulares, a Administração de Veteranos e a Marinha desenvolveram seus próprios sistemas. As classificações militares se basearam nas ideias de Willian Menninger, psiquiatra-chefe do Exército durante a Segunda Guerra Mundial, um dos difusores da psicanálise nos Estados Unidos (AGUIAR, 2004).

Com a publicação da CID-6, em 1948, as síndromes cerebrais crônicas, bem como os transtornos de personalidade, descritos pelos clínicos americanos, não estavam incluídos nessa classificação. Mediante tal fato, a Associação Médico-Psicológica Americana decidiu elaborar uma classificação própria, alternativa à CID-6, para uso nos Estados Unidos, publicando a primeira versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-DSM-I (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM-I*), em 1952 (AGUIAR, 2004).

Para Russo e Venâncio (2006), essa primeira versão estava baseada em uma compreensão “psicossocial” da “doença mental”, concebida como uma reação (um dos termos mais utilizados no manual) a problemas da vida e situações difíceis enfrentadas pelas pessoas, tendo essa versão uma forte influência da abordagem psicanalítica, observada também através dos termos “mecanismos de defesa”, “neurose” e “conflito neurótico”, utilizados no manual. Além disso, como descrevemos anteriormente, houve grande influência de Adolf Meyer no cenário da psiquiatria americana da época, trazendo à cena o paradigma psicanalítico para a clínica psiquiátrica do século passado, que ressoava também na Europa e no Brasil.

Na versão subsequente do manual, publicada em 1968, o modo psicanalítico de compreender as perturbações mentais tornou-se ainda mais evidente, como pode ser observado pelo uso do termo “neurose” como maior classe categorial presente no DSM-II. O manual abandonou a noção de reação e a concepção biopsicossocial dos transtornos mentais, enfatizando os aspectos da personalidade individual na compreensão do sofrimento psíquico (AGUIAR, 2004).

Em 1974, o psiquiatra Robert Spitzer, um dos principais colaboradores do *Research Diagnostic Criteria* (RCD), foi nomeado pela Associação Psiquiátrica Americana (*American Psychiatric Association-APA*) para chefiar uma Força Tarefa encarregada de elaborar uma nova classificação para a psiquiatria americana: o DSM-III (AGUIAR, 2004).

Esse manual se diferenciava do anterior, pois estava sendo construído em meio a uma disputa teórico-epistemológica e política para a definição de categorias “mais delimitadas” para os transtornos mentais, além disso não nos esqueçamos que a psiquiatria enquanto ciência estava em questionamento. Em meio a este jogo de forças, estavam aqueles que adotavam a

psiquiatria psicodinâmica e os que a contestavam, o movimento da antipsiquiatria e a emergência dos psicofármacos. Nesse interim, Spitzer vai se dedicar a selecionar profissionais mais voltados para a pesquisa em diagnósticos do que inseridos na discussão sobre a prática clínica. Abre-se o jogo para a possível mudança paradigmática, que começou a se constituir ainda na construção do manual.

De acordo com Aguiar (2004), mais da metade da Força Tarefa selecionada por Spitzer era composta por pessoas que tinham alguma ligação com a equipe da Universidade de Washington. Esse comitê era visto no meio psiquiátrico como sendo contrário aos interesses daqueles cuja prática e teoria derivavam da tradição psicanalítica, esse grupo demandava práticas embasadas em pesquisas empíricas, que pudessem ser testadas e padronizadas.

O relatório dos primeiros encontros desse grupo destacava a necessidade de definição estreita da “doença mental”, com marcada diferenciação entre o normal e o patológico, e apontava que as classificações anteriores tinham falhado em fornecer critérios claros de delimitação das fronteiras entre os diagnósticos, através de sua descrição geral e imprecisa, o que dificultava a prática dos clínicos. Além disso, havia uma restrição financeira imposta aos centros de pesquisa da área e ao reembolso de tratamentos psiquiátricos. As grandes seguradoras de saúde também impuseram restrições à cobertura dos procedimentos psiquiátricos, utilizando como justificativa a pouca delimitação entre as fronteiras diagnósticas para caracterização dos transtornos mentais. Somado a isso, as disputas ideológicas no campo faziam com que políticos e financiadores de sistemas de saúde manifestassem ceticismo quanto à capacidade dos psiquiatras diagnosticar e tratar seus pacientes (AGUIAR, 2004).

O modelo paradigmático da psicanálise e das abordagens psicossociais não atendia as necessidades impostas pelas seguradoras, pelos financiadores dos sistemas de saúde, pelos grupos de familiares e pacientes, que solicitavam mais especificidade diagnóstica para o tratamento de suas perturbações mentais. A regulação dos serviços médicos passou a impor uma demanda por serviços custo-efetivos, baseados em pesquisas empíricas, objetivas e replicáveis, as quais o modelo anterior não respondia (AGUIAR, 2004).

Em 1980, o DSM-III foi publicado, apresentando critérios diagnósticos explícitos e objetivos para cada categoria (modelo categorial), além de um sistema de avaliação multiaxial²⁶ que compreendia transtornos clínicos (eixo 1), transtornos de personalidade (eixo 2), condições

²⁶ “Nesse sistema, o diagnóstico de um transtorno específico é apenas o primeiro de cinco diagnósticos possíveis. O primeiro diz respeito à síndrome clínica propriamente dita, e os outros quatro focam os transtornos de desenvolvimento ou de personalidade; os transtornos e condições de natureza física; os fatores psicossociais e a avaliação funcional” (BEZERRA JR., 2014, p.22).

e distúrbios físicos (eixo 3), escalas de avaliação para a gravidade dos estressores sociais e avaliação global do funcionamento (eixos 4 e 5) (APA, 1980).

Para Russo e Venâncio (2006), a nova classificação implicou um aumento no número de categorias diagnósticas, visto que o manual passou de 180 categorias no DSM-II (que já era maior em relação ao DSM-I, com 106 categorias) para 295 no DSM-III. Essa publicação representou uma ruptura paradigmática com o modelo anterior, baseada em pressupostos “empiricistas” e adotando uma suposta posição a-teórica, com afinidades evidentes com uma visão fisicalista das perturbações mentais.

Para as autoras, essa ruptura paradigmática se deu em três níveis:

No nível da estrutura conceitual rompeu com o ecletismo das classificações anteriores presentes nos livros-texto clássicos majoritariamente utilizados na clínica psiquiátrica, propondo não apenas uma nomenclatura única, mas sobretudo, uma única lógica classificatória; no nível da hegemonia dos campos de saberes concorrentes, representou uma ruptura com a abordagem psicanalítica dominante no âmbito da psiquiatria norte-americana; e, por fim, no nível das representações sociais relativas ao indivíduo moderno, forjou não apenas novas concepções sobre o normal e o patológico, mas também participou do engendramento de grupos identitários (RUSSO; VENÂNCIO, 2006, p.464).

Deu-se a largada para o movimento da psiquiatria biológica, apresentado anteriormente. Mas, além disso, como as autoras bem destacaram, houve um aumento no número de categorias diagnósticas, sendo justificado pela necessidade de delimitação das fronteiras entre uma categoria e outra. Um exemplo desse processo é o que aconteceu com as “neuroses”: no DSM-I, as neuroses se agrupavam sob o rótulo de “Transtornos Psiconeuróticos”, contendo sete “reações psiconeuróticas”. No DSM-II, os “Transtornos Psiconeuróticos” transformaram-se em “Neuroses”, com 11 categorias diagnósticas. No DSM-III o grupo das “Neuroses” desapareceu e se dissolveu em pelo menos três agrupamentos, com um total de 18 transtornos. No DSM-IV, o número de transtornos que entraram “no lugar” das neuroses subiu para 24.

O termo neurose foi desaparecendo paulatinamente dos manuais, dando lugar aos “transtornos”, nesse processo vai se desenhando a “objetividade a-teórica” proposta pelo manual, não apenas neste, mas nas edições subsequentes. Para Russo e Venâncio (2006), essa transformação era fruto de uma aliança entre os “psiquiatras biológicos”, para quem a psicanálise era um entrave à neutralidade científica e o rigor da observação empírica, e os psiquiatras progressistas, os quais temiam que a psicanálise fosse patologizar os problemas cotidianos, em decorrência da grande dissipação desse discurso por vários espaços, não só acadêmicos, nas ruas, nas casas, nos bares, havia um “jargão psicanalítico” sendo utilizado.

Segundo Aguiar (2004), o DSM-III produziu uma mudança paradigmática no campo psiquiátrico, mas também teve como efeito a própria “salvação” da psiquiatria, que reiterava

seu lugar enquanto ciência médica, além do aumento de corporações privadas que se inseriram neste campo, tanto para realização de pesquisas, mas também para produção de medicamentos, sendo enlaçada uma união com a indústria farmacêutica e as grandes seguradoras de saúde. Um segundo fator que esse movimento desencadeou, foi um maior uso de psicofármacos para o controle de sintomas psiquiátricos, em decorrência das descrições exclusivamente sintomáticas presentes no DSM. Desse modo, se deixava de lado a tradição clínica que colocava no centro do tratamento a relação terapêutica.

O DSM-III não foi construído para ser um manual de diagnósticos psiquiátricos a ser utilizado apenas pelos americanos, mas se propunha a ser universal, posto que ao se constituir de modo “a-teórico”, “neutro” e “generalizável”, essa classificação foi apresentada como podendo ser utilizada em qualquer lugar do planeta, sem restrições, levando a uma globalização da psiquiatria norte-americana. Além do que o objetivo da nova abordagem era transformar o uso do diagnóstico, sendo esse utilizado não apenas para a prática terapêutica, mas também como instrumento de pesquisa básica para estudos epidemiológicos; ensaios controlados para avaliação de psicofármacos; pesquisas multicêntricas; reembolsos de seguradoras de saúde; programas de saúde organizados por gestores, dentre outros (BEZERRA JR., 2014).

Mas, voltemos para as versões do DSM, para compreender como se deu um novo movimento que contribuiu para um modo “diferenciado” de conceituar as perturbações mentais. Já em 1987 foi publicado o DSM-III-R, também sob a direção de Spitzer, esse manual continha 292 transtornos mentais. Essa versão manteve a adoção do modelo categorial, com a descrição de categorias diagnósticas bem delimitadas e a definição de seus critérios específicos, contudo passou a adotar o conceito de comorbidade²⁷ em detrimento da hierarquização dos diagnósticos, que ocorria na versão anterior. Tal forma de entender as perturbações mentais se manteve na versão seguinte do manual, que foi sujeita a diversas críticas, sustentadas na ideia de que a identificação dos quadros mórbidos era evasiva, o que provocava uma instabilidade diagnóstica, tão criticada nas primeiras versões do DSM (MATOS; MATOS; MATOS, 2005).

Em 1994, foi publicado o DSM-IV, contendo 297 transtornos mentais. A Força Tarefa foi chefiada pelo psiquiatra Allen Frances, que coordenava um comitê de direção de 27 pessoas. A principal alteração em relação às versões anteriores foi a inclusão de um critério de significância clínica para metade das categorias, que causavam sofrimento significativo ou que

²⁷ O conceito de comorbidade foi utilizado por Feinsten (1970), no artigo “*The Pre-therapeutic Classification of Co-morbidity in Chronic Disease*”, para definir “qualquer entidade clínica adicional distinta que tivesse existido ou que pudesse ocorrer durante o curso clínico de um paciente, que tinha uma doença índice em estudo” (p. 457). Tradução nossa para o trecho: “(...) to any distinct additional clinical entity that has existed or that may occur during the clinical course of a patient who has the index disease under study” (FEINSTEN, 1970, p. 457).

traziam prejuízo ao funcionamento social, ou ocupacional do sujeito. Os diagnósticos psiquiátricos foram organizados em cinco eixos: distúrbios clínicos, do desenvolvimento e de aprendizagem (eixo 1); retardo subjacente penetrante ou condições de personalidade (eixo 2); situações clínicas agudas e doenças físicas (eixo 3); fatores psicossociais e ambientais que contribuíam para a desordem (eixo 4); avaliação global de funcionamento (eixo 5) (DUNKER, 2014).

O DSM-IV se constituiu como uma classificação nosográfica de modelo categorial, “ateórica”, multiaxial, que admitia a inclusão de diagnósticos comórbidos, assim como o seu antecessor. Dentre as categorias inseridas nessa versão do manual, estavam o Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), caracterizado como um transtorno neurobiológico que atinge várias partes do cérebro, causando falta de atenção, desinteresse, inquietude, impulsividade, e a Síndrome de Asperger, definida como uma perturbação do desenvolvimento, caracterizada por dificuldades significativas a nível dos relacionamentos sociais, problemas na comunicação e vigência de padrões de comportamentos restritos e repetitivos (APA, 1994).

O que nos chama atenção na inserção dessas categorias é que, após a publicação do manual, o índice desses diagnósticos disparou em todo o mundo e várias críticas foram feitas a ele, entre elas, Evandro de Matos, Thania de Matos e Gustavo de Matos (2005) destacaram as principais: esse sistema classificatório produziu uma excessiva fragmentação dos transtornos mentais, haja vista muitas pessoas serem caracterizadas simultaneamente com vários diagnósticos em virtude do critério de comorbidade, pois os sintomas descritos por essas ultrapassavam os limites rígidos, propostos pelo manual. Além disso, a recomendação de se registrar todos os diagnósticos representava uma desvantagem e as listas dos sintomas não contemplavam as queixas apresentadas pelos pacientes na prática clínica.

Russo e Venâncio (2006) refletiram que a construção das versões subsequentes ao DSM-III assemelhavam-se ao que os cartógrafos do conto de Jorge Luis Borges objetivavam alcançar, quando estavam insatisfeitos com os resultados dos mapas do Império e resolveram construir um mapa do mesmo tamanho do território. As autoras concluíram que a abrangência classificatória dos DSMs iria se estender indefinidamente, colocando em risco a própria noção de ser do manual: demarcar a ausência ou a presença de patologia.

O DSM-IV-TR foi publicado em 2000, nessa versão apareceram mais 21 categorias, além das 297 já existentes na versão anterior. Houve uma supervalorização de comorbidades e de cruzamentos entre os eixos diagnósticos, e, conseqüentemente, uma crescente de críticas sobre a falta de operacionalização desses diagnósticos e retificações de muitas das categorias listadas (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011).

Além disso, algumas publicações científicas ressaltavam a problemática do uso dessas categorias diagnósticas nos serviços de atenção primária a saúde e demandavam diagnósticos específicos (GASK et al., 2008; GOLDBERG, 2014). Essa “demanda específica” refletiu na construção de uma versão para cuidados primários do DSM (DSM-IV-PC). Todavia, conforme destacaram Fortes et al. (2014), essa versão não foi utilizada, pois apresentava um sistema logarítmico de diagnósticos excessivamente complexo e de pouca praticidade para os médicos de família.

Para Pio-Abreu (2013), o DSM-IV e o DSM-IV-TR continuaram seguindo o padrão do DSM-III-R: o foco na pesquisa empírica, apoiada em escalas, entrevistas e em processos estatísticos, mas, a ausência dos critérios hierárquicos entre as categorias diagnósticas levou ao estudo das comorbidades e os quadros nosológicos continuaram com os limites esfumados entre as patologias. Por fim, o autor afirmou que, apesar dos inúmeros apelos feitos pela psiquiatria biológica, cessaram as esperanças de encontrar marcadores biológicos característicos para cada patologia específica, como bem concluía Serpa Jr. (1998) mais de uma década antes. Contudo, segundo Pio-Abreu, ainda sob influência das escalas psicométricas e entrevistas padronizadas, foi pensada a quinta versão do DSM, com a introdução de diagnósticos dimensionais, na expectativa de que estes se “adaptassem melhor” aos achados genéticos e bioquímicos das pesquisas do final da década de 1990.

Em 1999, a APA iniciou um processo de planejamento de pesquisa para o DSM-V, sob o auxílio do *National Institute of Mental Health* (NIMH), para montar uma agenda que estabelecesse as bases para a nova versão do DSM, tendo como objetivos transcender as limitações do DSM-IV-TR; adotar uma classificação baseada em etiologia e patofisiologia definida; bem como encorajar uma agenda que fosse “além das formas de pensar” dos manuais anteriores. Nesta primeira fase, especialistas em diversas áreas foram convidados a participar deste processo: estudiosos sobre família e gêmeos, genética molecular, neurociência básica e clínica, ciências cognitivas e comportamentais, desenvolvimento, questões de vida e incapacidade. Eles foram instruídos a considerar dados novos e emergentes de pesquisas na área, identificar lacunas de conhecimento e propor agendas de pesquisa que gerassem outros dados para preencher essas lacunas (KUPFER; FIRST; REGIER, 2002).

Segundo Kupfer, First e Regier (2002), os Grupos de Trabalho de Planejamento de Pesquisa foram encarregados do desenvolvimento de seis *white papers*, os quais abordavam vários tópicos transversais:

- a) um grupo de trabalho de Nomenclatura Básica se concentraria em questões de classificação;

- b) outro de Neurociência e Genética se focaria no desenvolvimento de uma futura classificação baseada na fisiopatologia;
- c) o de Ciências do Desenvolvimento trabalharia com os aspectos de desenvolvimento dos transtornos mentais;
- d) um grupo se dedicaria especificamente às lacunas do DSM-IV-TR, sendo enfocadas as inadequações dos transtornos cognitivos e transtornos relacionais;
- e) o grupo de Transtornos Mentais e Incapacidade desenredaria os conceitos de gravidade dos sintomas e incapacidade;
- f) o de Cultura e Diagnóstico Psiquiátrico consideraria questões transculturais nas categorias diagnósticas.

Embora essa agenda fosse desenvolvida em colaboração com o NIMH, não havia incentivos financeiros para que os pesquisadores implementassem qualquer uma de suas sugestões. Desse modo, a maioria dos participantes que colaboraram nesta primeira fase, se baseou na literatura existente e nas análises de dados secundários para propor sugestões a esta revisão do manual (KUPFER; FIRST; REGIER, 2002).

Ao final da primeira etapa, os seis *white papers* indicavam a presença de lacunas significativas nas bases de dados pesquisadas, lançando dúvidas sobre a probabilidade de qualquer tipo de mudança de paradigma no DSM-V. Por exemplo, a “Agenda de Pesquisa em Neurociência” alertou que seriam necessários anos (quicá décadas!) até que existisse uma classificação totalmente baseada em etiologia e patofisiologia bem delimitadas (KUPFER; FIRST; REGIER, 2002).

Em 2002, os seis *white papers* foram publicados pela APA em um livro intitulado “A *Research Agenda for DSM-V*”, logo após esta publicação, começou a segunda fase do processo de planejamento de pesquisa do DSM-V. Esta fase consistiu em 12 Conferências de Planejamento de Pesquisa (mais uma Conferência de Métodos), que ocorreram de 2004 a 2008, sob o título “O Futuro do Diagnóstico Psiquiátrico: Refinando a Agenda de Pesquisa” (*The Future of Psychiatric Diagnosis: Refining the Research Agenda*). Tais Conferências foram organizadas em colaboração com a OMS e foram cofinanciadas pela APA, NIMH, o Instituto Nacional de Alcoolismo e Abuso de Álcool (*National Institute of Alcoholism and Alcohol Abuse*), e o Instituto Nacional de Abuso de Drogas (*National Institute of Drug Abuse*) (FIRST, 2010).

Ao contrário dos *white papers* que enfocavam questões gerais e transversais, essas Conferências, na maioria das vezes, se voltavam para áreas específicas de diagnóstico, tendo como principais objetivos revisar a literatura atual em cada área, identificar lacunas na base de

conhecimento sobre o tema pesquisado e fazer sugestões sobre futuros esforços de pesquisa que pudessem servir para preencher essas lacunas. Os objetivos secundários eram promover a colaboração internacional nos primeiros estágios de desenvolvimento do DSM-V, a fim de que se pudesse minimizar as diferenças futuras entre essa nova versão do manual e a CID-11. Os resumos das Conferências foram publicados no site do DSM-V, bem como em formato de livros pela APA (FIRST, 2010).

Havia alguns temas comuns na execução das Conferências, a maioria incluía apresentações que exploravam a possibilidade de incorporação de conteúdos de genética, neuroimagem, testes biológicos e biomarcadores nos critérios diagnósticos para os transtornos mentais; além disso, grande parte dos esforços de seus formuladores estava focado em questões de avaliação e mensuração. Por exemplo, um grupo de estudo foi estabelecido pela APA para trabalhar com os outros Grupos de Trabalho, no intuito de facilitar o desenvolvimento de instrumentos e determinar métricas dimensionais que pudessem ser utilizadas para a constituição das medições (FIRST, 2010).

Desse modo, avaliações de severidade dimensional estavam sendo propostas para cada transtorno do DSM-V. Ademais, a Assembleia dos membros da APA, realizada em 2004, aprovou um documento de ação pedindo a eliminação do sistema multiaxial, sob o argumento de que não havia evidência que a maioria dos praticantes usasse este recurso. Por outro lado, neste embate acerca do modelo a ser utilizado na nova versão do DSM, o NIMH propôs o projeto *Research Domain Categories* (comumente chamado de RDoCs), o qual se focava na criação de categorias diagnósticas que tomavam por base os componentes comportamentais fundamentais (por exemplo, funcionamento executivo e regulação do afeto) que poderiam estar relacionados aos sistemas neurobiológicos, esses explicariam as síndromes descritivas apresentadas no DSM (FIRST, 2010).

O processo de revisão do DSM-V foi, formalmente, iniciado em abril de 2006 com a nomeação de David Kupfer, chefe do departamento de psiquiatria da Universidade de Pittsburgh, para presidente da Força Tarefa que elaboraria esse manual, e como vice-presidente Darrel Regier, cientista sênior e professor adjunto de psiquiatria no Centro para o Estudo do Estresse Traumático, Departamento de Psiquiatria, *Uniformed Services University*, em Bethesda, Maryland. Kupfer e Regier recomendaram a nomeação dos vários membros para essa Força Tarefa, sendo anunciados pela APA os nomes daqueles que compunham os 12 Grupos de Trabalho do DSM em 2007 (FIRST, 2010).

Em 2013, houve o lançamento do DSM-V realizado pela APA, com um acréscimo de 12% de categorias diagnósticas em relação a versão anterior e a introdução do conceito de

“dimensão” neste manual, que foi debatido nas últimas décadas do século passado e no começo do séc. XXI (APA, 2013). Entretanto, ainda em seu processo de elaboração, o DSM-V foi encharcado de críticas, nos focaremos nas realizadas por Thomas Insel, diretor do NIMH, e Allen Frances, chefe do Grupo de Tarefas que elaborou o DSM-IV, pela visibilidade e relevância dessas figuras no processo de construção das versões desse manual.

Pouco antes da publicação do DSM-V, Thomas Insel anunciou em seu *blog* que o NIMH abandonaria a utilização da classificação proposta pela APA, substituindo-a pelo RDoC, visto que essa versão do manual se tratava de uma lista de sintomas sem sustentação científica sólida (INSEL, 2013). Como descrito anteriormente, o RDoC foi um projeto de pesquisa organizado pelo NIMH, que teve como objetivo estabelecer bases neurológicas e comportamentais para as nomeações psiquiátricas.

Para Sandra Caponi (2014), as críticas postadas por Insel em seu *blog* se potencializaram em função da posição institucional que o mesmo ocupava, sendo diretor de uma das maiores organizações científicas dedicadas à pesquisa, compreensão, tratamento, prevenção e promoção da saúde mental. Além do que as críticas postadas por ele também foram publicadas na página principal do NIMH. Segundo a autora, o que Insel conceituava como “sustentação científica sólida” eram as bases teórico-epistemológicas da psiquiatria biológica, que partiam dos esforços de localizar as perturbações mentais no organismo por meio da anatomopatologia e da explicação neuroquímica. “Não é mais do que um retorno aos sonhos frustrados do século XIX, quando a psiquiatria surgiu como um espaço de saber que toma emprestado do saber médico sua dignidade e prestígio” (p.746-747).

De acordo com Benilton Bezerra Jr. (2014), o objetivo dessa manobra, feita por Insel, era promover uma base de pesquisa para transformar a abordagem nosológica dos transtornos mentais então vigente, tendo como aposta um projeto reducionista, que visava encontrar substratos biológicos para fundar uma nosologia psiquiátrica nos moldes do conhecimento científico tradicional. Compreendemos que Insel e o NIMH tinham grandes interesses na nova versão do DSM, principalmente, com a proposta inicial da APA de modificação no modelo deste manual. Então, não à toa esse instituto esteve envolvido no processo de constituição do DSM-V desde sua primeira fase, contudo o projeto RDoC não foi adotado como modelo para esta classificação, o que, provavelmente, contribuiu para o “mal-estar” de Insel com relação a ela.

Já o psiquiatra Allen Frances, ensejou um verdadeiro “bombardeio” de críticas ao DSM-V, quando esse ainda se encontrava em processo de discussão e elaboração. No artigo intitulado: “*Opening Pandoras Box: The 19 Worst Suggestions For DSM 5*”, publicado em 2010, o

psiquiatra ressaltou que essa versão do manual estava contribuindo para transformar os problemas cotidianos em transtornos mentais, produzindo um processo crescente de medicalização da vida. Segundo ele, mais tipos de comportamento estavam sendo classificados como patológicos, abrindo grandes campos lucrativos para a indústria farmacêutica.

Em 2013, Frances publicou o livro: “*Saving Normal: an Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*”, no qual ele relatava que o DSM-V estava transformando nossa atual “inflação diagnóstica” em “hiperinflação”, ao converter milhões de “pessoas normais” em “pacientes com transtornos mentais”, o que estaria ocasionando um uso desnecessário e prejudicial de medicamentos, havendo, ainda, uma má alocação de recursos médicos e uma drenagem dos orçamentos do Estado e das famílias para sustentar esse fenômeno. Enquanto isso, a “*Big Pharma*” continuava obtendo lucros multibilionários.

Para Caponi (2014), a crítica de Frances era pertinente, pois possibilitava pensar o DSM-V como uma estratégia biopolítica²⁸ de governo das populações, própria das sociedades liberais e neoliberais, que se articulava em torno da obsessão dos sujeitos por antecipar e prevenir todos os riscos possíveis. Além disso, tinham outros mecanismos neste manual que colaboravam como produtores de biopoder: o uso de estatísticas, de médias e desvios populacionais, através da aplicação de testes e de *checklists*, junto com as valorações dimensionais para os transtornos mentais e suas pontuações de severidade, constituíam as bases empíricas para produzir discursos de verdade sobre o normal e o patológico, a saúde e a doença, fundamentando esse manual.

Todavia, é preciso reconhecer que essa característica não era exclusiva do DSM-V, mas podia ser estendida também às edições anteriores deste sistema classificatório, inclusive o DSM-IV, coordenado por Frances. Então, podemos considerar que havia “algo vantajoso” em questionar o modelo de classificação atual, que suplantou a proposta adotada em uma versão anterior do manual que ele coordenou. Apesar disso, as críticas realizadas por Frances não precisam ser descartadas e/ou invalidadas, elas se sustentam enquanto argumentos que desvelam a complexidade do processo de construção diagnóstica e os vários jogos de força e interesses envolvidos neste processo. Ademais, outros profissionais também ressaltaram a exacerbação do uso de diagnósticos psiquiátricos na população, ocorrida após a publicação deste manual.

²⁸ Foucault (1992, 2008a) discorreu sobre biopolítica em suas obras ao analisar um tipo de poder exercido nos estados modernos com relação à vida da população europeia no séc. XVIII.

Para exemplificar tal afirmação, Resende (2014) partiu do conceito de *spectrum*²⁹, para falar sobre os “limites rompidos” entre o diagnóstico de depressão e ansiedade, que passaram a ser consideradas expressões de uma mesma “patologia mista”, classificada através do diagnóstico de Transtorno Depressivo Importante (Maior), no qual foi agregado o especificador “com ansiedade”. Segundo a autora, os sintomas inespecíficos adotados nesta categoria diagnóstica batiam com comportamentos que eram amplamente observados na população em geral e, portanto, existia a possibilidade deste se tornar um dos diagnósticos mais utilizados no cotidiano dos serviços de saúde.

Para Pio-Abreu (2013), se voltarmos às bases nosológicas da psiquiatria, é possível observar que não há tanta novidade no uso do conceito de *espectro*, visto que o mesmo traz a noção de dimensão interna aos diagnósticos, já utilizada por autores clássicos em estudos psicopatológicos:

A ideia de um espectro de doenças estava implícita na definição das entidades psicóticas pelos psicopatologistas clássicos, desde Kraepelin até Bleuler e Jaspers (...) Acontece que os estudos no interior de cada um destes espectros levam a incluir neles certas perturbações que, à partida, foram definidas como independentes (...) Esta inclusão é ditada pela semelhança de alguns sintomas (p. 10).

Em contrapartida, David Goldberg (2009)³⁰, professor do Instituto de Psiquiatria do *King's College* de Londres, discorreu sobre a importância desse “novo” modelo para a identificação e o tratamento do sofrimento mental. Segundo Goldberg, os psiquiatras precisavam abandonar o hábito de subdividir transtornos como depressão e ansiedade em uma infinidade de subtipos e evitar listar comportamentos normais como sintomas de doenças. Os sintomas de transtorno de humor e ansiedade estavam relacionados uns com os outros e essa relação foi observada em várias pesquisas epidemiológicas e estudos multicêntricos realizados em todo o mundo. Então, “por que não falamos em ‘depressão ansiosa’, que é o tipo mais comum de transtorno, ou ‘ansiedade com sintomas somáticos’, se essas são as combinações que se costuma encontrar?” (p. 3), além do que “há áreas em que olhar para os transtornos subclínicos é útil, do ponto de vista preventivo” (p. 5).

Em meio a essa disputa teórico-epistemológica e política, Hacking (2013) analisou que o risco do DSM-V estava no intento de seus formuladores buscarem uma versão correta do

²⁹ Na física, o conceito de *spectrum* (em português espectro) é tomado como uma representação das amplitudes ou intensidades dos componentes ondulatórios de um sistema (comprimento das ondas), que produz energia. Essas ondas são discriminadas umas das outras em função de suas frequências (AURÉLIO, 2010). Ou seja, esse termo é utilizado como uma metáfora do fenômeno físico da decomposição da luz, que ocorre ao passar por um prisma.

³⁰ Entrevista dada por Goldberg a Folha de São Paulo, em 4 de dezembro de 2009.

manual e, nessa corrida, revisão após revisão, se perpetuava a ideia consagrada de que, com o conhecimento recente, as variedades reconhecíveis de transtornos mentais deveriam se enquadrar em blocos de classificação, à maneira de plantas ou animais. Todavia, o DSM não é uma representação da natureza ou da realidade das variedades de transtornos mentais. Nas palavras do autor, “talvez, ao fim e ao cabo, o DSM seja visto um dia como uma *reductio ad absurdum* do projeto botânico no campo da insanidade” (p. 311).

Mas é possível classificar, ao fim e ao cabo, o sofrimento humano? E com relação à Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) ocorreu, ou tem ocorrido, movimento semelhante de mudanças e jogos de interesse no processo de caracterização desse sofrimento? Estaremos refletindo sobre essas questões ao longo deste trabalho, sem objetivar esgotá-las, mas com o intuito de problematizar a constituição dos processos classificatórios e seus possíveis efeitos.

3.2 A confecção da CID e as mudanças ocorridas na seção para as “perturbações mentais”

Podemos falar da necessidade de nomear e agrupar as doenças desde Hipócrates (460 a. C. - 370 a.C.). Indo mais adiante, podemos trazer as classificações dos taxonomistas dos séculos XVII e XVIII. Entrar elas, a fixada por um jovem botânico e médico sueco, chamado Lineu (1707-1778), que em 1735, trouxe consigo o primeiro esboço de um sistema classificatório que dividia a natureza em três reinos, organizados por ordens, classes, gêneros e espécies: as plantas, os animais e os minerais. Em 1793, esse sistema taxonômico foi utilizado por um contemporâneo de Lineu, para constituição de um manual médico de diagnósticos, a “*Nosologia Methodica*”, de François Boissier de Sauvages de Lacroix (1706-1767), médico e botânico francês. Sauvages apontava dez classes de doenças, divididas primeiro em gêneros, depois em espécies, produzindo 2.400 tipos de males. Dessas classes, a oitava correspondia a “loucura” (HACKING, 2013).

Sauvages trouxe uma classificação sistemática das doenças, como se fazia na Botânica, agrupando-as e ordenando-as, incluindo as “Doenças Vesânicas” (problemas mentais) em Delirantes, Imaginantes e Apetitivas. Ainda na época de Sauvages e Lineu, o químico e psiquiatra britânico William Cullen (1710-1790) organizou uma classificação que foi adotada nos Registos Centrais da Inglaterra para a definição das causas de morte da população (PIO-ABREU, 2013).

Em seguida, o epidemiologista britânico William Farr (1807-1883) usou essa classificação para o desenvolvimento de estudos sobre cólera, os quais demonstraram que esta

provinha de certas zonas onde a água estava infectada. Após os estudos de Farr, várias reuniões internacionais foram realizadas para pensar as classificações, até que em um dos encontros em 1891, o médico francês Jacques Bertillon (1851-1922), chefe dos Serviços de Estatística da cidade de Paris, apresentou uma lista que sintetizava as classificações germânica, suíça e inglesa, seguindo as indicações de Farr. Essa lista constituiu a 1.^a Edição da Classificação Internacional das Causas de Morte, também conhecida como Classificação Bertillon. As próximas edições seriam revistas de 10 em 10 anos, sendo estendida a esta uma lista de todas as morbidades, incluindo as que não levavam à morte. Ao chegar a sua quarta revisão, essa classificação obteve o apoio da Organização de Saúde da Liga das Nações, através do médico chefe da Comissão de Peritos em Estatística, Emil Eugen Roesle (1875-1962) (PIO-ABREU, 2013).

Em 1946, a Conferência Internacional para a sexta revisão da Lista Internacional de Doenças e Causas de Morte, ocorrida em Paris, teve como resultado a Classificação Estatística Internacional de Doenças, Traumatismos e Causas de Morte, que foi aprovada na Primeira Assembleia Mundial de Saúde, em 1948, data da publicação do primeiro manual, pautado pela Organização Mundial de Saúde (*World Health Organization-WHO*)³¹ e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)³², a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde-CID (*International Classification of Diseases and Related Health Problems-ICD*). A inserção dos transtornos mentais na CID, só ocorreu em sua sexta edição, especialmente, em função do destaque para doenças não fatais neste manual (BENEDICTO et al., 2013).

O capítulo V – “Perturbações mentais, psiconeuroses e modificações da personalidade” da CID-6 organizava os transtornos mentais em três agrupamentos, 26 categorias, 60 subcategorias com códigos indo de 300 a 326, que incluíam os casos de melancolia, neurose e psicose. Em 1955, foi publicada a CID-7 e o mesmo capítulo passou a ser denominado “Doenças mentais, psiconeuroses e perturbações da personalidade”, todavia, sem o aumento do número de agrupamentos, categorias ou subcategorias, mas com a inclusão do conceito de

³¹ A Organização Mundial de Saúde (OMS) é uma agência internacional especializada, subordinada a Organização das Nações Unidas (ONU), que se volta para o enfrentamento de problemas de saúde globais. A ONU foi proposta pelo governo norte-americano após o fim da Segunda Guerra Mundial e conta com seis organismos voltados para a sustentação da segurança e da paz mundial, entre eles a OMS (OMS, 2018).

³² Em 1902, foi criada a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), sendo essa uma agência internacional especializada em saúde voltada para ações nos países das Américas. A integração à ONU ocorreu em 1948, quando a OPAS se tornou Oficina Regional para as Américas da OMS, que só foi possível mediante o acordo firmado entre o diretor geral da OMS, Brock Chisholm e Fred Soper, diretor da OPAS, de modo que esse organismo não perderia sua identidade (LIMA, 2002).

“doença mental”, que marcou a legitimação do sofrimento psíquico no reino das patologias (BENEDICTO et al., 2013).

No início dos anos 1960, o Programa de Saúde Mental da OMS desenvolveu vários estudos que visavam “melhorar” a caracterização dos transtornos mentais na CID, tornando-a mais específica. Na época, a OMS convocou uma série de reuniões para revisar o conhecimento das edições anteriores desse manual, essas reuniões envolviam representantes de diferentes disciplinas e escolas de pensamento em psiquiatria, citadas anteriormente. Os resultados das pesquisas feitas sobre critérios de classificação e confiabilidade diagnóstica, oriundos dessas reuniões, foram utilizados na elaboração da Oitava Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-8), que foi aprovada em 1965 com o capítulo V recebendo uma nova titulação - “Transtornos Mentais” (OPAS, 1969).

A retirada da nomeação “doença mental” e a inserção do termo “transtorno mental”, de uma maneira em geral, marca a diferenciação entre as doenças clínicas e as manifestações psiquiátricas, que não apresentam um marcador biológico específico que as caracterize e diferencie, ou ainda um agente patógeno que fundamente o processo de morbidade psíquica, como foi refletido anteriormente. Essa diferenciação neste manual é uma ressalva significativa acerca de como o sofrimento psíquico estava sendo compreendido no período, bem como sobre os suportes teórico-epistemológicos que o sustentavam, tanto que esta nomeação “transtorno” continuou sendo utilizada em versões posteriores da CID até os dias atuais. *Grosso modo*, apesar da luta empreitada pela psiquiatria biológica, “ainda” não há um marcador assentado na anatomofisiopatologia que defina um diagnóstico psiquiátrico e o diferencie de outros.

Com relação ao capítulo V da CID-8, este permaneceu com três agrupamentos de transtornos, 26 categorias e 131 subcategorias. Ao se comparar com a sétima revisão, observamos que o número de agrupamentos e categorias não sofreu alterações, contudo as subcategorias obtiveram um aumento de 60 para 131 (BENEDICTO et al., 2013).

Após a construção da oitava revisão da CID, novas mudanças continuaram a ser desenvolvidas. Em 1974, para acompanhar essa versão do manual, um glossário de termos foi desenvolvido para o capítulo de Transtornos Mentais, sob a justificativa de que suas versões anteriores apresentavam exclusivamente os nomes dos transtornos e os termos de inclusão e exclusão, o que contribuía para a produção de significados diferentes para os mesmos diagnósticos, utilizados ao redor do mundo. Isso contrariava o objetivo desse sistema classificatório que se propunha universal, além do que a comunicação entre psiquiatras, bem como entre esses e outros profissionais de saúde se tornava cada vez mais difícil (FIRST et al., 2015).

Doravante, a OMS passou a incentivar a uniformidade do uso de termos descritivos nas versões posteriores da CID, para que existisse uma compreensão cada vez mais generalizável e replicável das nomeações psiquiátricas, de modo que essas pudessem ser aplicadas a nível mundial. Isso possibilitava não apenas a identificação de morbidades e o seu tratamento, mas também funcionava como instrumento para catalogação hospitalar, realização de auditorias médicas, levantamento de estatísticas para seguros de saúde, pagamento de equipes de serviços médicos, padronização de dados para pesquisas, dentre outros. Como pode ser observado na CID-9, publicada em 1975, em que houve uma grande participação dos estados-membros dessa agência internacional na elaboração desta versão do manual. Quarenta e seis países participaram da construção da CID-9, sendo encarregadas tarefas específicas para cada um dos estados-membros, de modo que esses colaboradores avaliassem o uso de cada nomenclatura a ser inserida no manual e sua viabilidade. Por fim, foram mantidos os 3 agrupamentos de transtornos, com aumento de categorias e subcategorias diagnósticas, 30 e 180, respectivamente (CATANI, 2014).

Neste período, havia uma grande discussão em torno da confecção do DSM-III, tal repercussão do manual norte-americano fez com que o Grupo de Saúde Mental da OMS vislumbrasse a incorporação da metodologia científica utilizada nesse manual para a próxima edição de seu sistema classificatório. Em 1978, a OMS firmou um projeto colaborativo de longo prazo com a Administração em Saúde Mental e Abuso de Álcool, Drogas (*Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration-ADAMHA*) dos Estados Unidos com o objetivo de auxiliá-los neste processo. Então, uma série de *workshops* reuniu estudiosos de várias abordagens psiquiátricas, que revisaram o conhecimento em áreas específicas para a formulação de transtornos mentais e desenvolveram recomendações para pesquisas futuras neste âmbito (OMS, 1993).

Como consequência desses encontros, em 1982, a OMS e a ADAMHA organizaram a Conferência Internacional sobre a Classificação e o Diagnóstico de Transtornos Mentais e Problemas Relacionados com Álcool e outras Drogas, em Copenhague, Dinamarca. Nessa Conferência, foram revistas as recomendações das oficinas realizadas em 1978 e se delineou uma agenda de pesquisa, bem como as diretrizes para a formulação da próxima versão da CID. Nesse interim, a OMS financiou pesquisas em escalas globais, como um estudo realizado por Robins et al. (1989) envolvendo 17 países, que teve como objetivo a construção e validação da *Composite International Diagnostic Interview*, um instrumento utilizado para a realização de estudos epidemiológicos de transtornos mentais na população em geral. Nesses estudos, se observou a necessidade de converter critérios diagnósticos em algoritmos de diagnóstico, sendo

esses incorporados a instrumentos de avaliação. Desse modo, foi elaborada a 10ª edição da CID (OMS, 1993).

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) foi endossada em maio de 1990 pela 43ª Assembleia Mundial da Saúde e em 1993 foi publicada para uso mundial, apresentando uma nomeação diferente da utilizada desde a sexta revisão deste sistema classificatório (OMS, 1993). Essa mudança no título com o uso do termo “Estatística” fala da amplitude dos estudos epidemiológicos e do uso de escalas psicométricas que fundamentaram a confecção deste manual; além disso, podemos refletir que essa alteração produziu um resgate da formatação inicial deste sistema, que se assentava, majoritariamente, em dados estatísticos para fazer um levantamento sobre a mortalidade e, posteriormente, morbidade da população.

O capítulo V, que vinha sendo nomeado “Transtornos Mentais”, passou a ser denominado “Transtornos Mentais e Comportamentais”, em virtude das bases de estudos do comportamento que fundamentaram boa parte das pesquisas realizadas. Somado a isso, o modelo de construção desse manual se fundamentou no processo de avaliação multiaxial e no modelo de classificação categorial, já utilizado no DSM desde sua terceira edição. Ademais, houve uma expansão substancial de categorias e agrupamentos diagnósticos, comparado a sua versão anterior: de 3 agrupamentos, 30 categorias e 180 subcategorias na CID-9, para 11 agrupamentos, 78 categorias, 274 subcategorias na CID-10, sendo utilizados códigos que iam de F00-F99 (BENEDICTO et al., 2013).

Segundo Reed et al. (2019), a organização do capítulo da CID-10 sobre Transtornos Mentais e Comportamentais refletia o capítulo originalmente usado no livro *Textbook of Psychiatry*, de Kraepelin, que começava com os transtornos orgânicos, seguidos por psicoses, transtornos neuróticos e transtornos de personalidade. Ademais, essa revisão buscava uma linguagem comum para a comunicação entre os profissionais da área de saúde mental ao redor do mundo e o incentivo à realização de pesquisas, com metodologias que pudessem ser utilizadas de modo universal.

Não à toa, o modelo kraepeliniano é adotado neste capítulo do manual, pois havia o interesse dos grupos que coordenaram esta nova edição da CID de aprofundar os estudos de anatomopatologia e de análise do comportamento, fazendo uso de dados estatísticos comparativos entre diferentes populações e regiões, para produzir diagnósticos cada vez mais generalizáveis, sem margem para uso com significados diversos. Além do que se objetivava o desenvolvimento de pesquisas “neutras e replicáveis” que pudessem ser utilizadas para gerar dados a gestores a nível mundial, que fundamentariam o financiamento de políticas de saúde, o

reembolso de profissionais, a organização de redes de serviço, mas também serviriam para gerar materiais para seguros de saúde e a produção de novos medicamentos pela indústria farmacêutica. Ademais, esse processo marcou uma mudança neste manual, pois houve uma maior aproximação com o modelo adotado no DSM, que era o objetivo inicial dos encontros realizados entre a OMS e a ADAMHA.

Somado a isso, o Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da OMS desenvolveu, em paralelo a CID-10, algumas versões do capítulo de Transtornos Mentais e Comportamentais para usos específicos: atividade clínica (livro azul), pesquisa (livro verde), uma versão estatística e uma para cuidados primários. Do ponto de vista desse Departamento, essas versões eram necessárias para atender às necessidades de seus diversos usuários (REED et al., 2019).

A versão estatística da CID-10 continha definições curtas de glossário para cada categoria de transtorno mental e comportamental, mas não era recomendada para profissionais de saúde, se destinava somente ao uso de “codificadores ou trabalhadores administrativos”, como também servia como ponto de referência para comparação com outros sistemas classificatórios. Para uso clínico geral, educacional e dos serviços havia o “livro azul” (cuja nomeação se referia a cor de sua capa), no qual para cada transtorno era fornecida uma descrição de suas principais características clínicas, sendo essas seguidas por diretrizes diagnósticas mais operacionalizáveis, que foram projetadas para auxiliar os clínicos de saúde mental a fazer um diagnóstico confiável. Desse modo, o Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias incluiu maior especificidade diagnóstica neste livro, através da descrição de categorias de modo mais detalhado, o que o diferenciava da versão estatística (FIRST et al., 2015).

O “livro verde” (sua nomeação também advinha da cor da capa) continha critérios diagnósticos para pesquisa (*Diagnostic Criteria for Research-DCR*) que eram “deliberadamente restritivos”, pois possibilitavam a seleção de grupos de pessoas, cujos sintomas e outras características se assemelhavam de maneira evidente, mas impunha limiares de sintomas fixos (com o uso da seguinte indicação “pelo menos quatro dos seguintes sintomas”) e requisitos de frequência/duração (por exemplo, “pelo menos duas vezes por semana durante 3 meses”). A terceira versão da Classificação de Transtornos Mentais e Comportamentais da CID-10 era destinada ao uso na atenção primária (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde para Atenção Primária-CID-10-AP), continha apenas 26 categorias diagnósticas, selecionadas, em parte, pela exclusão de transtornos raramente diagnosticados na “CID principal” e, em parte, por transtornos aglutinantes, que foram observados em outras versões desse manual e que tinham necessidades

de gerenciamento semelhantes aos casos comumente observados nos contextos de cuidados primários. Esse livro incluía para cada transtorno as queixas apresentadas, as características diagnósticas, os diagnósticos diferenciais e as diretrizes de manejo (FIRST et al., 2015).

Voltamos nossa atenção para a CID-10-AP em decorrência da mudança que essa classificação específica ensejou para pensar os transtornos mentais, mas também pela importância desta versão do manual para nosso estudo, uma vez que, a partir dela, se passou a olhar para uma população anteriormente não observada, caracterizada por transtornos mentais “leves”. Essa versão do capítulo V da CID-10 foi publicada em 1995 e finalizada após uma série de testes de campo em diferentes países do mundo. A CID-10-AP não abordava a medição de gravidade, incapacidade ou cronicidade associadas aos transtornos mentais, nem os problemas sociais que os acompanhavam, os quais se manifestavam em ambientes de atenção primária (GASK et al., 2008).

Para um entendimento maior dessas questões, que se manifestavam nos espaços de cuidados primários, havia a Classificação Internacional de Atenção Primária-CIAP (*International Classification of Primary Care - ICPC*). A CIAP foi desenvolvida pela Organização Mundial de Médicos de Família (*World Organization of Family Doctors- WONCA*) e publicada pela primeira vez em 1987³³. Tratava-se de um sistema de classificação biaxial, organizado em 17 capítulos e 7 componentes. Os capítulos tinham referência com sistemas orgânicos (por exemplo, capítulo dos olhos, músculo-esquelético, circulatório, etc.), além de um capítulo geral menos específico e outro sobre problemas sociais. A CIAP não se tratava de um sistema classificatório alternativo a CID, mas de uma ferramenta que podia ser utilizada junto com este, não só para classificar os problemas diagnosticados pelos profissionais de saúde, mas também para especificar os motivos da consulta e as intervenções acordadas com os pacientes e seus familiares, seguindo a sistematização SOAP (subjetivo, objetivo, avaliação e plano), concebida por Lawrence Weed na década de 60 do século passado (WONCA, 2009).

A CIAP não seguia o formato da CID principal, pois a organização de seus capítulos tomava por base os sistemas anatômicos e partia da perspectiva de que a “pessoa” tem primazia

³³ 1978, a OMS nomeou um Grupo de Trabalho responsável pelo desenvolvimento de uma Classificação Internacional de Motivos da Consulta em Atenção Primária. Os membros deste grupo, sendo a maioria composta pelo Comitê de Classificação da WONCA, desenvolveram uma Classificação de Motivos da Consulta (CMC), que mais tarde ficou conhecida como Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP). A Classificação dos Motivos da Consulta centrava-se em elementos da perspectiva do paciente, sendo orientada para o encontro com este e não para o foco na localização da doença pelo profissional de saúde. O médico ou profissional de saúde, em geral, precisava “trazer à luz” a razão por trás da marcação da consulta ou do pedido de cuidados do paciente, antes de fazer o diagnóstico do problema de saúde ou de tomar uma decisão quanto ao tipo de cuidado a ser adotado (WONCA, 2009).

sobre a “etiologia”, ao utilizar três elementos importantes: os motivos que levavam à marcação da consulta, os diagnósticos ou problemas e os procedimentos. A ligação entre esses elementos permitia a categorização dos sintomas desde o início da consulta até sua conclusão (WONCA, 2009).

Como ressaltaram Fortes et al. (2014), além desse manual agregar a anatomia e os sintomas gerais para caracterizar um diagnóstico, a inclusão de conteúdos psicossociais ampliavam as possibilidades de diagnóstico e o registro das morbidades, o que viabilizava o atendimento integral centrado na pessoa de modo longitudinal³⁴. Com relação à saúde mental, os códigos P desse instrumento se referiam a sintomas psicológicos e transtornos mentais, que abarcavam as manifestações do sofrimento psíquico, estando esses sinais e sintomas apresentados de forma sindrômica.

A relação entre a CIAP e a CID-10-AP é complexa, cada uma tem conceitos para os quais não existe correspondente exato na outra, todavia, grande parte das rubricas de um desses sistemas corresponde a uma ou mais rubricas do outro. Ademais, há uma alta prevalência de quadros mistos com sintomas de mais de uma morbidade, observados em ambientes de atenção primária, que levam ambos os sistemas a organizarem categorias diagnósticas que tendem a se sobrepor de modo mais sindrômico e menos específico, o que as aproxima sistematicamente (FORTES et al., 2014).

A CID-10-AP continha 26 categorias diagnósticas, as quais estavam incluídas em 8 grupos: Transtornos Mentais Orgânicos; Abuso de Substâncias Psicoativas; Transtornos Psicóticos; Transtornos de Humor, Ansiedade e Relacionados ao Estresse; Transtornos Fisiológicos; Retardo mental; Transtornos da Infância e Adolescência (OMS, 1998). O maior grupo de categorias estava contido nos Transtornos do Humor, Ansiedade e Relacionados ao Estresse, como pode ser observado na Tabela 1.

³⁴ Esse modelo se baseia no Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), que foi desenvolvido nos estudos dos canadenses Ian McWhinney e Moira Stewart, bem como do sul-africano Joseph Levenstein, sobre os atendimentos médicos e os motivos que levaram as pessoas a buscá-los, de modo que se contemplasse as necessidades, preocupações e vivências dessas relacionadas à saúde e à doença (STEWART; BROWN; WESTON, 2010).

Tabela 1 - As 26 categorias diagnósticas incluídas na CID-10-AP

Transtornos Mentais Orgânicos (F0):

F00 Demência

F05 Delirium

Abuso de Substâncias Psicoativas (F1):

F10 Transtorno por uso de álcool

F11 Transtorno por uso de drogas

F17.1 Transtorno por uso de tabaco

Transtornos Psicóticos (F2)

F20 Psicose Crônica

F23 Psicose Aguda

Transtornos do Humor, Ansiedade e Relacionados ao Estresse (F3 e F4):

F31 Transtorno bipolar

F32 Depressão

F40 Transtornos fóbicos

F41.0 Transtorno de pânico

F41.1 Ansiedade generalizada

F42.2 Transtorno misto de ansiedade e depressão

F43 Transtorno de ajustamento

F44 Transtorno dissociativo (Histeria de Conversão)

F45 Queixas somáticas inexplicáveis

F48.0 Neurastenia

Transtornos Fisiológicos (F5):

F50 Transtorno alimentares

F51 Transtornos do sono

F52 Disfunções sexuais (masculina e feminina)

Retardo mental (F7):

F70 Retardo Mental

Transtornos da Infância e Adolescência (F9):

F90 Transtorno hipercinético (Déficit da Atenção)

F91 Transtorno de conduta

F98.0 Enurese

Z63.0 Luto

Para Fortes et al. (2014), não à toa esse agrupamento apresentava o maior número de categorias, uma vez que essas eram comumente observadas pelos profissionais de cuidados primários em suas práticas cotidianas. Esses autores, ainda, ressaltaram que uma classificação específica em saúde mental para a atenção primária se justificava, uma vez que as pessoas apresentavam sintomas mistos de diagnósticos, sendo esses mais inespecíficos do que os observados nos tradicionais critérios para definir os diagnósticos psiquiátricos, utilizados na CID principal e no DSM. Além do que os critérios destes manuais eram organizados a partir de pacientes atendidos em serviços de saúde mental especializados (casos mais graves), nos quais os diagnósticos e as formas de tratamento eram definidos por um limiar de classificação muito bem delimitado.

Toda essa discussão aglutinada em torno da CID-10 e da CID-10-AP nos faz pensar quais os efeitos essas classificações produziram na vida das pessoas? O que viria em seguida a essas mudanças na CID? Quais a propostas para as próximas edições desses manuais?

Após o desenvolvimento da CID-10, um extenso intervalo de tempo se deu até que a CID-11 fosse construída. Notavelmente, esse intervalo foi o mais longo entre as revisões da CID, desde o início do processo de sua confecção, no final do século XIX. Mais de 20 anos após a publicação da CID-10, no dia 18 de junho de 2018, a OMS lançou a 11ª Classificação Internacional de Doenças para Estatísticas de Mortalidade e Morbidade-CID-11 (*International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics-ICD-11*)³⁵ para visualização e consulta virtual a nível mundial, que poderia ser acessada pelo link: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> (WHO, 2018).

O diretor-geral dessa agência internacional, o político etíope e acadêmico Tedros Adhanom Ghebreyesus destacou a inovação proposta por esse manual, o qual, pela primeira vez, apresentava uma consulta virtual, que permitia que os países planejassem sua utilização, preparassem suas traduções e treinassem seus profissionais de saúde. Além disso, sendo uma versão completamente eletrônica, seu formato facilitava o acesso em escala global. A CID-11 foi aceita pela 72ª Assembleia Mundial da Saúde da OMS, realizada em Genebra, na Suíça, em maio de 2019, e entrará em vigor em 1º de janeiro de 2022, tendo em sua estrutura uma codificação alfanumérica flexível, que permite um número maior de agrupamentos diagnósticos, baseados em evidências científicas e nas necessidades da prática clínica (OPAS, 2018, 2019).

³⁵ Novamente, houve alteração de nomenclatura nesse manual, mas o termo “Estatística” se manteve central na nova versão, ressaltando a base numérica que fundamentou a coleta de dados em estudos populacionais.

O Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da OMS foi responsável por coordenar o desenvolvimento de quatro capítulos desta edição: Transtornos Mentais, Comportamentais e do Neurodesenvolvimento; Transtornos do Sono-Vigília; Doenças do Sistema Nervoso; e Condições Relacionadas à Saúde Sexual (em conjunto com o Departamento de Pesquisa e Saúde Reprodutiva da OMS). Especificamente com relação ao agrupamento que se refere aos transtornos mentais (Capítulo 06), esse Departamento empreendeu um programa sistemático e abrangente de estudos de campo formativos e avaliativos, que estavam focados particularmente na aplicabilidade global e na utilidade clínica³⁶ das Diretrizes de Diagnóstico e Descrições Clínicas para os Transtornos Mentais, Comportamentais e do Neurodesenvolvimento (REED et al., 2019).

De acordo com First et al. (2015), esse Departamento montou Grupos de Trabalho para discutir agrupamentos de transtornos específicos, esses grupos deveriam levar em conta resultados validados e replicados de novas categorias diagnósticas, tomando por base a utilidade clínica dessas, pois havia a justificativa de que seria prematuro tornar os estudos científicos, ainda embrionários, como principais determinantes das definições específicas dos transtornos mentais. Em suma, “(...) a utilidade clínica merecia ser uma prioridade organizadora para a revisão, desde que não sacrificasse a validade estabelecida pela melhor ciência disponível”³⁷ (p. 82).

Para Reed et al. (2018), esse foco na implementação de uma classificação em contextos clínicos poderia fornecer uma aproximação mais completa das sutilezas do processo de avaliação, interpretação e tomada de decisão, que estão envolvidos na realização de diagnósticos em pacientes reais. Por isso, esses Grupos de Trabalho utilizaram estudos de campo de implementação ecológica em vários países, para investigar a confiabilidade diagnóstica e a utilidade clínica do Capítulo 06, proposto para a CID-11. Esse processo envolveu vários especialistas na área, membros de grupos consultivos e de trabalho, bem como a colaboração dos estados-membros da OMS, o apoio de agências financiadoras e de sociedades profissionais e científicas. Segundo esses autores, o desenvolvimento do capítulo de Transtornos Mentais, Comportamentais e do Neurodesenvolvimento foi o processo de revisão

³⁶ A utilidade clínica para transtornos mentais e comportamentais constitui uma categoria de classificação que depende de: valor de comunicação; características de implementação na prática clínica; facilidade de utilização e tempo requerido para uso; utilidade na seleção de intervenções, bem como tomada de decisões para gestão clínica (REED, 2010).

³⁷ Tradução nossa para a frase: “(...) clinical utility deserved to be an organizing priority for the revision so long as it did not sacrifice validity as established by the best available science” (FIRST et al., 2015, p. 82).

mais global, multilíngue, multidisciplinar e participativo já implementado para uma classificação de transtornos mentais.

Com relação à aplicabilidade global dessas categorias diagnósticas, Reed et al. (2018, 2019) destacaram que os Grupos de Trabalho incluíram representantes de todas as regiões dos países-membros da OMS (África, Américas, Europa, Mediterrâneo Oriental, Sudeste Asiático e Pacífico Ocidental), que realizaram pesquisas *in loco* em seus países-sede para testar as categorias a serem utilizadas na CID-11. Esses autores também chamaram atenção para a proporção substancial de pessoas que participaram dessas pesquisas, as quais viviam, em sua maioria, em países em desenvolvimento, que representavam mais de 80% da população mundial.

Concomitante a este processo, o Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias montou uma rede internacional e multilíngue de profissionais de saúde mental e atenção primária, denominada Rede Global de Prática Clínica – RGPC (*Global Clinical Practice Network* – GCPN), para auxiliar na construção do Capítulo 06 desse manual. Os membros da RGPC faziam parte de uma comunidade global de profissionais voluntários (mais da metade dos membros eram médicos, predominantemente psiquiatras, e 30% eram psicólogos), que participaram de estudos de campo realizados através da internet, revisando materiais e fornecendo *feedback* sobre ideias e conceitos que estavam sendo desenvolvidos como parte da CID-11 (OMS, 2019).

Não podemos deixar de considerar também que o Capítulo 06 da CID-11 foi sendo elaborado no período em que o DSM-V foi desenvolvido e havia a proposta da APA e da OMS de que as novas revisões do DSM e da CID apresentassem “categorias harmônicas”, de modo que se evitasse grandes divergências entre esses manuais. Desse modo, o Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da OMS solicitou aos Grupos de Trabalho que considerassem a utilidade clínica e a aplicabilidade global do material que foi desenvolvido para a constituição do DSM-V, como bem ressaltou Reed et al. (2019). Isso contribuiu para pensarmos sobre algumas aproximações entre essas classificações, como uso de critérios dimensionais para o desenvolvimento de construtos diagnósticos, que serão discutidos mais adiante.

Mas, além de ser “cl clinicamente útil” e “globalmente aplicável”, o capítulo de Transtornos Mentais, Comportamentais e do Neurodesenvolvimento deveria ser “cientificamente válido”. Para isso, esse Departamento solicitou aos Grupos de Trabalho que revisassem evidências científicas relevantes pertinentes às suas áreas, como base para o desenvolvimento de suas propostas para o manual (REED et al., 2019). Assentado nos

pressupostos de utilidade clínica, aplicabilidade global e evidência científica, o Capítulo 06 da CID-11 foi elaborado, contendo os seguintes grupos diagnósticos, apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 - Capítulo 06: Transtornos mentais, comportamentais e do neurodesenvolvimento³⁸

6A0 Transtorno do Neurodesenvolvimento

6A2 Esquizofrenia e outros Transtornos Psicóticos Primários

6A4 Catatonia

6A6-6A8 Transtornos do Humor

6B0 Ansiedade e Transtornos Relacionados ao Medo

6B2 Transtornos Obsessivo-compulsivos e Relacionados

6B4 Transtornos Especificamente Associados ao Estresse

6B6 Transtornos Dissociativos

6B8 Alimentação e Transtornos Alimentares

6C0 Transtornos de Eliminação

6C2 Transtornos do Estresse Corporal e da Experiência Corporal

6C4-6C5 Transtornos Devido ao Uso de Substâncias ou Comportamentos Aditivos

6C7 Transtornos do Controle dos Impulsos

6C9 Comportamento Disruptivo e Transtornos Dissociais

6D1 Transtornos de Personalidade e traços relacionados

6D3 Transtornos Parafílicos

6D5 Transtornos Factícios

6D7-6E0 Transtornos Neurocognitivos

6E2 Transtornos Mentais e Comportamentais Associados à Gravidez, Parto e Puerpério

6E40 Fatores Psicológicos e Comportamentais que Afetam Transtornos ou Doenças Classificadas em Outra Parte

³⁸ Tradução nossa para os vocábulos - Mental, Behavioural or Neurodevelopmental Disorders; Neurodevelopmental disorders; Schizophrenia or other primary psychotic disorders; Catatonia; Mood disorders; Anxiety or fear-related disorders; Obsessive-compulsive or related disorders; Disorders specifically associated with stress; Dissociative disorders; Feeding or eating disorders; Elimination disorders; Disorders of bodily distress or bodily experience; Disorders due to substance use or addictive behaviours; Impulse control disorders; Disruptive behaviour or dissocial disorders; Personality disorders and related traits; Paraphilic disorders; Factitious disorders; Neurocognitive disorders; Mental or behavioural disorders associated with pregnancy, childbirth or the puerperium; Psychological or behavioural factors affecting disorders or diseases classified elsewhere; Secondary mental or behavioural syndromes associated with disorders or diseases classified elsewhere; Other specified mental, behavioural or neurodevelopmental disorders; Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders, unspecified (WHO, 2018).

6E6 Síndromes Mentais e Comportamentais Secundárias Associadas a Transtornos e Doenças Classificadas em Outra Parte

6E8Y Outros Transtornos Mentais, Comportamentais e do Neurodesenvolvimento Especificados

6E8Z Transtornos Mentais, Comportamentais e do Neurodesenvolvimento Não-Especificados

Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018.

Outrossim, o Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias manteve a proposta da revisão anterior de publicar versões diferentes para este capítulo, nos deteremos, especificamente, a versão para cuidados primários pelos argumentos apresentados anteriormente. Para a construção da nova Classificação Internacional de Doenças para Estatísticas de Mortalidade e Morbidade para Atenção Primária-CID-11-AP (*ICD-11-Primary Health Care-PhC*), esse Departamento nomeou um Grupo de Consulta de Cuidados Primários, que consistia em um pequeno conjunto de profissionais da atenção primária e especialistas em saúde mental os quais representavam países desenvolvidos e em desenvolvimento. Esse conjunto de profissionais se reportava ao Grupo Consultivo Internacional (*International Advisory Group*) para discutir as categorias a serem inseridas neste manual. O Grupo de Cuidados Primários foi encarregado de desenvolver e testar em campo o conjunto completo de transtornos a serem incluídos na CID-11-AP (LAM et al., 2013).

Segundo Lam e colaboradores, nesta nova revisão, a OMS e o Grupo Consultivo Internacional ratificaram a proposta de que era necessário desenvolver uma versão desse capítulo para cuidados primários, mas essa seria elaborada, simultaneamente, com a versão da especialidade, e tomaria por referência a diversidade e particularidade dos cuidados de saúde realizados na atenção primária, mediante as características dos profissionais que trabalhavam nesse contexto. Ao passo em que os construtos diagnósticos para transtornos mentais que sobrevivessem aos testes de campo na atenção primária, deveriam ter uma categoria equivalente na CID principal.

Para Goldberg (2011a), a OMS estava ciente de que muitos profissionais não usavam a classificação da CID-10 para atenção primária, que havia sido produzida para profissionais de saúde mental e, portanto, encomendou uma versão especialmente modificada e adequada para configurações clínicas gerais. Nesse sentido, era necessário que o novo sistema tivesse uma equivalência (mas não exata) com a CID principal e deveria apresentar descrições clínicas (e não critérios operacionais) para cada uma das categorias. Desse modo, esse sistema descreveria

as queixas típicas de apresentação para cada transtorno, bem como suas características e o diagnóstico diferencial, além de informações que poderiam ser dadas ao paciente e à família acerca do transtorno diagnosticado, bem como sugestões de tratamentos psicológicos e medicamentosos eficazes para esse e orientações de encaminhamento para especialistas, quando observada a necessidade.

Nesse sentido, a nova versão da CID-AP se aproxima da segunda edição da Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP-2), ao tomar como base para sua constituição as demandas particulares e características desse nível de atenção, incluindo tanto os transtornos mentais que são mais frequentes, quanto os que são reconhecidos como importantes pelos profissionais da atenção primária a saúde a nível mundial, além das indicações de orientação que podem ser utilizadas pelos profissionais de saúde, quando eles precisarem lidar com o sofrimento vivido pelo paciente (FORTES et al., 2014).

Com relação a CID-10-AP, alguns dos diagnósticos presentes nessa edição serão mantidos na CID-11-AP, mas há novos construtos sugeridos, assim como existem transtornos que serão removidos. A proposta mais radical neste processo de mudança é o abandono da distinção entre Transtornos de Ansiedade e Transtornos do Humor, os quais estarão reunidos sob o mesmo agrupamento dos "Transtornos Disfóricos" (GOLDBERG, 2011a). Com isso, esse novo manual contará com 28 diagnósticos, sendo a maioria deles já existentes na CID-10-AP e alguns presentes na CIAP-2, os quais estão descritos na Tabela 3 abaixo:

Tabela 3 - As 28 categorias diagnósticas que constarão na CID-11-AP³⁹

Transtornos da Infância

1. Transtorno do Desenvolvimento Intelectual (foi Retardo Mental)
 2. Transtorno do Espectro do Autismo (novo)
 3. Incapacidade Específica de Aprendizagem (nova)
 4. Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)
 5. Transtorno de Conduta
-

³⁹ Tradução nossa para os construtos diagnósticos: Childhood Disorders: Intellectual development disorder (was mental retardation), Autism spectrum disorder (new), Specific learning disability (new), Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD), Conduct disorder, Enuresis, encopresis; Psychotic disorders: Acute psychosis, Chronic psychosis, Bipolar disorder; Dysphoric Disorders: Anxious depression (new), Depressive disorder, Anxiety disorder, Distress disorder, Post-traumatic stress disorder (PTSD) (new), Panic/agoraphobia (was panic disorder); Body Distress Disorders: Bodily distress syndrome (new – was unexplained somatic complaints), Health preoccupation (new), Conversion disorder (was dissociative disorder); Bodily Function Disorders: Sexual function disorder male, Sexual function disorder female, Sleep disorder, Eating disorder; Substance Use Disorders: Alcohol use disorders, Drug use disorders, Tobacco use disorders; Personality disorder: Borderline personality (new); Acquired neurocognitive disorders: Dementia, Delirium (GOLDBERG, 2011a).

6. Enurese, Encoprese

Transtornos Psicóticos

7. Psicose Aguda

8. Psicose Crônica

9. Transtorno Bipolar

Transtornos Disfóricos

10. Depressão ansiosa (nova)

11. Transtorno Depressivo

12. Transtorno de Ansiedade

13. Transtorno do Estresse

14. Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) (novo)

15. Pânico/Agorafobia (Transtorno do Pânico)

Transtornos do Estresse Corporal

16. Síndrome do Estresse Corporal (novo - foi Queixas Somáticas Inexplicáveis)

17. Ansiedade com a Saúde (nova)

18. Transtorno de Conversão (foi Transtorno Dissociativo)

Transtornos da Função Corporal

19. Transtorno da Função Sexual Masculina

20. Transtorno da Função Sexual Feminina

21. Transtorno do Sono

22. Transtorno Alimentar

Transtornos por Uso de Substâncias

23. Transtornos por Uso de Álcool

24. Transtornos por uso de Drogas

25. Transtornos por Uso de Tabaco

Transtornos de Personalidade

26. Personalidade Borderline (novo)

Transtornos Neurocognitivos Adquiridos

27. Demência

28. Delirium

Fonte: GOLDBERG, 2011a.

Ao longo deste trabalho, nos deteremos a três dos novos diagnósticos que serão introduzidos na CID-11-AP: Depressão Ansiosa, Síndrome do Estresse Corporal e Ansiedade

com a Saúde, considerando a relação que essas categorias estabelecem com o conceito de Transtornos Mentais Comuns e o movimento que elas podem desenlaçar ao se constituírem na interlocução entre a psiquiatria e a clínica médica. Mas, antes de discorrermos sobre as mesmas, discutiremos o modelo teórico que as embasou em comparação com o(s) outro(s) que foram invisibilizado(s) nesse processo de construção diagnóstica.

3.3 O “embate” entre os modelos categorial e dimensional nas classificações diagnósticas

Os defensores de um modelo de caracterização diagnóstica “bem delimitado” para os transtornos mentais argumentam que esses podem ser divididos em um conjunto de categorias separadas que são mutuamente excludentes, semelhante a classificação sistemática e tradicional de doenças, fundada no modelo utilizado na Botânica. Contudo, como descrevemos anteriormente, não há um limite evidente entre os transtornos mentais, como também não existe uma marcação rígida e específica entre o normal e o patológico. Nesse interim, há grupos que tentam sustentar tal modelo e existem também os que o contestam, aqueles que não concordam com esse modelo propõem que há outras formas de caracterizar o fenômeno do sofrimento psíquico; mas, existem, ainda, os que sugerem o total abandono dos processos de classificação do sofrimento humano, partindo da compreensão de que esse sofrimento é inerente a própria vida, por isso não deve ser patologizado.

A discussão sobre os embates, encontros e desencontros entre esses grupos é transversal a este trabalho, por isso, nos deteremos a descrever os modelos de classificação diagnóstica que têm fundamentado essas lutas, para entendermos de que forma eles sustentam a produção de determinados construtos em detrimento de outros, bem como embasam a constituição de classificações, como a CID e o DSM; as quais orientam profissionais de saúde, gestores, formuladores de políticas, dentre outros, na lida com o sofrimento mental em suas práticas cotidianas.

Para Goldberg (2011b), de uma maneira em geral, existem três modelos que têm fundamentado o processo classificatório das perturbações mentais: o primeiro se assenta em categorias hierárquicas, o segundo em categorias múltiplas, o terceiro se refere à dimensão dos transtornos. O primeiro modelo organiza os construtos diagnósticos em uma hierarquia, com as manifestações orgânicas em seu topo, sendo essas seguidas pelas psicoses graves, já as neuroses e os transtornos de personalidade estão na “parte inferior”. Em cada nível “superior” é possível que diagnósticos “inferiores” estejam presentes, todavia se consideram preponderantes os “sintomas superiores” em detrimento dos “sintomas inferiores”. Por exemplo, o diagnóstico de

Transtorno Bipolar e Esquizofrenia prevalecem sobre as categorias de Depressão e Síndrome do Pânico, assim como os sintomas orgânicos são hierarquicamente prevalentes com relação às psicoses. Desse modo, esse modelo Categorical de compreensão Hierárquica se assenta numa distinção evidente entre fenômenos “orgânicos” e “psíquicos”, que reitera um dualismo mente-corpo, bem como demarca uma diferenciação bem delimitada entre os transtornos, em meio a uma separação de “níveis” entre eles, já que as psicoses suplantariam as neuroses.

Segundo First (2010), uma abordagem categórica é usada em classificações médicas por várias razões, uma delas é que classificar o mundo em categorias é uma característica fundamental da interação humana, incorporada nos substantivos da fala cotidiana. Além disso, a prática clínica é caracterizada por numerosas decisões de “sim” ou “não”, por exemplo, se “deve ou não” tratar e se “deve ou não” hospitalizar; desse modo, uma abordagem categórica para o diagnóstico facilita essa tomada de decisão. Na Figura 1 (APÊNDICE B), representamos a organização desse modelo para sua melhor compreensão.

Entretanto, uma das críticas a essa concepção categorial se dá no sentido de que esse modelo de classificação não consegue responder à sobreposição de sintomas, que se apresentam mais comumente no âmbito da psiquiatria do que no campo da medicina geral. Ademais, uma classificação diagnóstica, exclusivamente categórica, também não permite enfrentar o problema da “heterogeneidade intrínseca à categoria”, visto que, muitos dos sintomas e sinais apresentados pelos sujeitos que sofrem, são manifestos de formas diversas e nem sempre estão descritos no limiar da mesma categoria. Somado a isso, esse modelo não lida com a “sintomatologia subclínica”, pois descarta o que está abaixo de um limiar de classificação para transtorno grave e não atenta aos “fenômenos contínuos” do sofrimento humano (LAIA, 2011).

O segundo modelo parte do entendimento de que vários diagnósticos podem se manifestar concomitantemente em um mesmo processo mórbido, são as chamadas categorias múltiplas, que constituem o modelo Categorical organizado em torno de Comorbidades. Allan Frances, Widiger e Fyer (1990) desenvolveram o seguinte esquema para o entendimento de dois transtornos comórbidos: o transtorno A predispõe ao transtorno B; o transtorno B predispõe ao transtorno A; A e B estão influenciados pelo fator subjacente C, predisponente ou causal. Então, a associação entre A e B ocorre porque seus sintomas estão sobrepostos. Além disso, esse modelo distingue também o transtorno primário do secundário, como por exemplo, no caso em que a Depressão é secundária ao Transtorno de Pânico: a pessoa apresenta sintomas para Transtorno de Pânico, todavia pode desenvolver sintomas secundários de transtorno de humor, que podem remeter com o tratamento específico para Transtorno de Pânico, que é considerada a morbidade primária e causal (MATOS; MATOS; MATOS, 2005).

A diferença de ambos os modelos categoriais se dá de modo que, no processo de hierarquização, uma pessoa diagnosticada com Esquizofrenia não pode receber o diagnóstico simultâneo de Transtorno de Pânico, pois a patologia “mais grave” é considerada hierarquicamente superior a “menos grave”. Já no modelo em que a comorbidade é adotada, pode ser realizada a classificação simultânea de dois ou mais diagnósticos para a mesma pessoa, além do que esse modelo considera os transtornos mentais como sendo produzidos por uma alteração de qualidade, que é distinta para cada um dos transtornos (MATOS; MATOS; MATOS, 2005). Na Figura 2 (APÊNDICE C), simbolizamos o modelo de classificação categorial com a adoção de comorbidades.

A crítica a essa abordagem classificatória se baseia na leitura de que, no modelo categorial, os transtornos mentais são analisados através de critérios bem delimitados entre o normal e o patológico, ou ainda numa cisão claramente demarcada entre saúde e doença, mesmo sendo utilizado o critério de comorbidade. Mediante tal fato, não há limite para o número de categorias possíveis a serem diagnosticadas, por vezes, um sintoma adicional aciona um novo diagnóstico. Nessa perspectiva, *flashbacks* após um evento traumático distinguem um Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) de uma Depressão Ansiosa, apesar deles compartilharem o mesmo conjunto básico de sintomas (GOLDBERG, 2011b).

A terceira alternativa considera que os transtornos mentais são intrinsecamente dimensionais, e argumenta que a tentativa de definir as categorias fora do espaço dos sintomas é inevitavelmente um exercício confuso. Numa perspectiva dimensional, há um *continuum* de gravidade de sintomas, que vão desde um sofrimento psíquico, o qual pode remeter sem intervenções, até os casos mais graves, que necessitam de cuidados específicos em saúde mental (GOLDBERG, 1996; GASK et al., 2008; GOLDBERG, 2014).

De acordo com Rosanville et al. (2002), a concepção dimensional dos transtornos mentais se assenta em questionamentos ocorridos nas últimas décadas do século passado, que voltam a indagar sobre a doença enquanto *entidade*, de modo que se passa a considerar que os transtornos mentais tem zonas de interpenetração e não apresentam limites evidentes entre si, alguns desses transtornos chegam até “a se misturar à normalidade” (p.12). Para Laia (2011), a perspectiva dimensional apresenta uma variação quantitativa entre os diferentes transtornos, possibilitando sua classificação sem restringi-los aos limites rígidos entre uma categoria e outra e sem uma leitura restritiva de “sim” ou “não” (há ou não fenômeno mórbido). Desse modo, as

perturbações mentais, “assim como as cores de uma cartela ‘pantone’⁴⁰, variam mais em função de seus graus do que das diferenças específicas entre uma e outra” (p.7). Este modelo está representado na Figura 3 (APÊNDICE D).

Segundo Fortes, Tófoli e Gask (2018), nesta perspectiva, as perturbações mentais se apresentam como um mesmo *continuum* fenomenológico, que vai desde padrões culturais de manifestação do sofrimento emocional a pessoas gravemente debilitadas e difíceis de tratar, com convicções predominantes de estarem muito doentes em “termos orgânicos”. Esse é um grande desafio para os manuais DSM e CID, especialmente no que diz respeito a atenção primária, ainda assim, esses sistemas taxonômicos, projetados por especialistas em transtornos mais graves, apresentam uma abordagem mais baseada em categorias para a classificação de transtornos mentais, do que em uma abordagem dimensional.

Apesar do discurso apresentado pelos autores acima citados, há várias críticas feitas com relação à abordagem dimensional. Freitas, Amarante (2015) e Resende (2014) destacaram que esse modelo de classificação pode levar a um aumento significativo de medicalização da existência. Uma vez que, ao se observar as categorias diagnósticas enquanto um *continuum*, ao menor sinal, uma futura patologia passa a ser construída, numa tentativa de se prever um possível “prejuízo associado” às vivências do cotidiano, que desencadeiam sofrimentos.

Para Goldberg (2011b), existe um grande problema nesta abordagem: ainda não há um acordo entre os estudiosos sobre o número de dimensões que são necessárias para caracterizar um transtorno, ademais, é importante definir um ponto em que é necessário oferecer tratamento aquele que sofre, “quando isso tiver sido feito, um horizonte realmente terá sido aberto em meio ao nevoeiro” (p. 2).

Observamos que, no final do século passado, novamente, se destacava a necessidade de delimitação das fronteiras entre os diagnósticos psiquiátricos e as outras doenças, com intuito de uma demarcação do lugar da psiquiatria enquanto ciência e enquanto integrante da medicina. Nesse jogo paradigmático, a psiquiatria se encontrou com as neurociências, os estudos em genética e com a biologia molecular numa “tentativa contemporânea” de localizar no corpo a “doença mental”⁴¹. Alguns autores, citados anteriormente, refletiram sobre o perigo do aumento

⁴⁰ Pantone é uma empresa sediada em Carlstadt, estado de Nova Jérsei, Estados Unidos. É mundialmente conhecida por sua *Pantone Matching System*, ou Escala de Cores Pantone, seu sistema de cores largamente utilizado na indústria gráfica.

⁴¹ Denominamos tentativa contemporânea, visto que ainda no final do século XIX, se estendendo ao começo do século XX, houve um outro movimento na Psiquiatria, centrado no modelo organicista, que buscava uma causalidade biológica para fundamentar a “doença mental”, por meio da teoria da degenerescência de Morel e de seu discípulo Magnan (CASTEL, 1978; SERPA JR., 1998).

de categorias diagnósticas nos manuais DSM e CID, em função dessa extrema delimitação e da necessidade de demarcação das categorias psiquiátricas.

Nos últimos anos, temos observado um novo movimento de dissolução entre as fronteiras diagnósticas e se passa a refletir sobre uma nova virada em psiquiatria, essa virada constituiria uma mudança de paradigma, tendo como efeito um novo processo de medicalização social⁴², que alargaria a “ilha da loucura” para os fenômenos cotidianos, inserindo várias pessoas na casa dos transtornos mentais? Ou se estaria colaborando para não-fragmentação das perturbações mentais, por meio de uma concepção dimensional, que possibilitaria um olhar amplo sobre o sofrimento humano e contribuiria para um cuidado adequado aqueles que sofrem, sem produzir novos processos de adoecimento? Em qual ou quais desses movimentos se assentou a construção dos Transtornos Mentais Comuns? Que efeitos essa construção possibilitou? Considerando esses questionamentos, estaremos discutindo o conceito de Medicalização em Psiquiatria.

⁴² Chamamos atenção para um “novo processo de medicalização”, visto que Roberto Machado et al. (1978), em “Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil”, e Robert Castel (1978), em “A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo”, já analisavam que a medicina do final do século XIX se constituía em meio a um projeto de medicalização da sociedade, que procurava problematizar a questão da saúde, para intervir na população de maneira global. A psiquiatria, em especial, neste período, assentada na medicina social, abrangeu não somente a “doença mental”, mas todo desvio do comportamento normal, como dos epiléticos, sífilíticos, alcoolistas e criminosos.

4 MEDICALIZAÇÃO EM PSIQUIATRIA

O termo medicalização surgiu na década de 1960, em estudos feitos no campo da sociologia, com autores como Parsons, Freidson e Zola, tendo como destaque a crescente apropriação dos problemas cotidianos pelo discurso e a prática médicos. Esses estudos faziam uma crítica negativa ao processo de medicalização da sociedade, nas décadas de 1960 e 1970 (CONRAD, 2007).

Para Peter Conrad (1992), o foco dado pelos estudos da sociologia médica estava centrado no desvio da norma, produzido por alguns grupos específicos, que incluíam os alcoolistas, as pessoas que apresentavam perturbações mentais e alimentares, os homossexuais, os delinquentes, aqueles que apresentavam disfunção sexual, as crianças com dificuldades de aprendizagem, dentre outros. O que esses autores denunciavam sobre o processo de medicalização era como determinados comportamentos considerados imorais, passaram a ser definidos como patologias, ou seja, entraram na ordem médica.

Conrad (2007) apontou que, no últimos anos, houve um aumento na captura de problemas que passaram a ser definidos como questões médicas, antes não tratados como problemas médicos, como por exemplo, o nascimento, o envelhecimento e a morte, a menstruação, o sono, a fome, as emoções. Todavia, destacava que havia uma complexidade de atores envolvidos nesse processo, não apenas profissionais médicos, desde a indústria farmacêutica e de equipamentos, até os consumidores de serviços de saúde, profissionais de saúde e a sociedade civil de uma maneira em geral.

Para Zorzanelli, Ortega e Bezerra Jr. (2014), na década de 1970, autores como Zola, Illich e Szasz, desenvolveram o conceito de medicalização sob grande influência do marxismo. Esses estudos se centravam numa crítica ao poder médico e ao alcance da ação dessa profissão na vida das pessoas. Após esse período, na década de 1990, o conceito de medicalização passou a ser entendido como processo não restrito à medicina, com ênfase em sua difusão por atores não médicos, tendo como um dos principais autores Peter Conrad. Ao longo dos anos 2000, houve uma excessiva ampliação desse conceito, que passou a constituir qualquer processo cotidiano capturado pelo saber médico, mas que era exercido por diversas instancias, como usuários de serviços de saúde, seus familiares, meios de comunicação, indústria farmacêutica, órgãos governamentais, dentre outros.

Nesse trabalho, apresentaremos os principais conceitos de medicalização, utilizados por autores precursores nas décadas de 1950 a 1970, e retornando aos estudos nos dias atuais. Em seguida, trataremos conceitos sobre medicalização em psiquiatria, apresentando como algumas

categorias diagnósticas foram construídas, para que possamos compreender que efeitos esse processo produz em pessoas que recebem diagnósticos psiquiátricos.

4.1 Os conceitos de medicalização nas décadas de 1960 e 1970

O trabalho do sociólogo estadunidense Talcott Parsons (1951) em textos como “*The social system*”, é considerado pioneiro nas discussões sobre medicalização, uma vez que o autor refletiu sobre a medicina enquanto instituição de controle, mas sendo essa necessária a manutenção do equilíbrio social. Parsons destacava o papel social do doente no processo de legitimação do desvio da norma, neste sentido, o doente e a doença eram produzidos socialmente, todavia caberia ao médico (demais profissionais de saúde) tratar e regularizar a disfunção encontrada.

Para Gaudenzi e Ortega (2012), na perspectiva de Parsons, o desvio social era representado através da doença, sendo essa entendida como um fato objetivo de que o sujeito não se conformava às normas sociais. Para os autores, o sociólogo influenciou o desenvolvimento das análises sobre medicalização, ao refletir que as normas médicas funcionavam como formas culturais de controle social, que criavam expectativas sobre o corpo das pessoas, seus comportamentos e o que era considerado doença.

Outro sociólogo, Eliot Freidson (1970), na obra “*Profession of Medicine: a study of the sociology of applied knowledge*”, discorreu sobre o controle social assegurado e organizado pela medicina, a partir do momento em que as doenças passaram a ser tratadas e legitimadas pelo saber médico, fazendo com que a medicina, enquanto ciência da vida, passasse a assumir a função de regulação social. O que configuraria um saber não apenas sobre a doença, mas sobre qualquer ação que pudesse ser vinculada a ela.

Irving Zola (1972) conceituou o termo medicalização, fazendo uso da expressão “medicalização da sociedade”, através do texto “*Medicine as na Institution of Social Control*”. O sociólogo analisou que a medicina adquire a função de controle social, antes realizada pela religião e pela lei, se constituindo enquanto uma ciência que avalia moralmente os comportamentos sociais, utilizando, para isso, sua posição de neutralidade e objetividade científicas.

Os sociólogos Irving Zola e Eliot Freidson destacavam à época que os problemas sociais estavam sendo medicalizados, ou seja, sendo tomados pelo prisma da medicina como doenças, que precisavam ser tratadas. Falava-se, desse modo, de uma expansão da jurisdição da profissão médica a novos domínios, como o espiritual e o moral, o legal e o criminal. Esses autores faziam

críticas à medicalização, a partir de perspectivas marxistas e humanistas, que fundamentavam os movimentos políticos das décadas de 1960 e 1970.

Nesse mesmo período, Ivan Illich (1976) publica “Nemesis Médica: a expropriação da saúde”⁴³, trazendo uma forte crítica à medicina moderna e abordando o processo de medicalização a partir do “imperialismo médico”, ou seja, a partir de uma vigília sobre todos os aspectos da vida. O autor descreveu a perda de autonomia das pessoas que se tornavam dependentes do saber médico⁴⁴, destacando o conceito de iatrogênese para falar sobre os modos como a medicina moderna era produtora de doenças. Para ele, “o estabelecimento médico se tornou a maior ameaça à saúde” (p. 9).

Segundo Zorzanelli, Ortega e Bezerra Jr. (2014), essa obra produziu um impacto no campo da sociologia da saúde e exerceu grande influência para os movimentos de contracultura dos anos 1960 e 1970, em especial, na discussão sobre medicalização nas sociedades ocidentais, trazendo como foco as diversas formas de iatrogenia: clínica, social e cultural.

A iatrogenia clínica se refere às doenças causadas pelos próprios cuidados de saúde, como os efeitos indesejados dos medicamentos, intervenções cirúrgicas desnecessárias, constituição de traumas psicológicos, negligência, etc. A iatrogenia social diz respeito à dependência que a população apresenta das prescrições médicas. Como também o controle social realizado pelo diagnóstico, que é resultado da medicalização de categorias sociais. A iatrogenia cultural diz respeito às normas criadas pelos profissionais de saúde, que dizem como as pessoas devem comer, dormir, portar-se diante da vida, construindo uma obediência cega ao “como fazer”, proposto por esses profissionais. Essa última forma de iatrogenia destaca com mais ênfase a perda de autonomia que as pessoas adquirem frente ao saber biomédico (ILLICH, 1976).

Como bem destacaram Gaudenzi e Ortega (2012), Illich radicalizou e inovou na crítica a medicina moderna, ao chamar atenção para o fato de que o estabelecimento médico no ocidente representava uma ameaça à saúde, ao retirar das pessoas a sua capacidade de lidar com os processos da vida, entre eles, o sofrimento. Como afirma Illich (1976): “Parece-me que a medicalização progressiva da linguagem da dor, da resposta à dor e do diagnóstico do sofrimento está em vias de determinar condições sociais que paralisam a capacidade pessoal de sofrer a dor” (p. 110).

⁴³ A obra em inglês, intitulada “*Medical Nemesis: The Expropriation of Health*”, foi publicada em 1974.

⁴⁴ Podemos inserir não apenas esses profissionais, mas toda a leva de profissões que trabalha na lógica do cuidado em saúde: psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, enfermeiros, assistentes sociais, dentre outros.

Nesse direção, podemos trazer também os estudos de Michel Foucault (1992, 1999, 2005, 2006, 2008a) sobre o processo de medicalização social, levando em consideração que esse autor, inicialmente, chamou atenção para um período histórico anterior ao apresentado por Zola, Freidson e Illich. Estes autores centraram-se no decorrer do século XX, no período pós-Segunda Guerra Mundial, dando ênfase à dimensão social e política de uma maneira em geral, podemos considerar que eles realizaram uma análise macrossocial. Foucault falou sobre o contexto europeu nos séculos XVIII e XIX, enfatizando a constituição microsocial do processo de medicalização, trazendo para discussão como o controle dos corpos passou da vigília sobre o sujeito, através do poder disciplinar, para o controle da população.

No início dos anos 1970, Foucault (1992, 2006, 2008a) identificou o movimento da medicalização, estando esse relacionado a noção de biopoder, todavia o autor não se deteve ao conceito de medicalização, ele discorreu sobre um poder exercido nos estados modernos com relação à vida da população europeia no séc. XVIII. Para o autor, o biopoder se exercia nos corpos dos sujeitos através de uma tecnologia disciplinar, que visava abarcar uma sociedade em explosão demográfica e num processo de industrialização. A medicina entrou nesse processo estabelecendo diversas medidas de controle sobre os corpos dos sujeitos, possibilitando o exercício cada vez mais refinado do poder sobre a vida.

Desse modo, o Estado trouxe para si questões relacionadas à população, como essa se configurava: quantos homens, mulheres e crianças existiam, qual prevalência de maior faixa etária, qual número de óbitos, de nascimentos, quantas pessoas adoeciam, etc. O conhecimento sobre a população permitia seu melhor governo, assim sendo tal conhecimento passou a ser necessário, sendo expresso através de números e quantificações. Lembrando que, ao falar a respeito de um poder exercido sobre a população, Foucault (1999) não fazia referência a um poder que limitava ou constrangia, mas discorria sobre um poder regulador, feito por cada pessoa sobre si e sobre o outro, que produzia condutas de um e de muitos sujeitos ao mesmo tempo.

Ao longo do séc. XIX ainda existiram práticas corporais e higiênicas não mediadas pela ciência médica. Todavia, no começo do séc. XX, o autor chamou a atenção para o controle de estados não apenas mórbidos da população, mas também para a definição de modelos de saúde que abarcavam as formas de produção de saúde e se exerciam por meio da pedagogização do sexo das crianças, da histerização das mulheres, da psiquiatrização das perversões (FOUCAULT, 2005, 2010b).

Foucault (2010b), em conferência⁴⁵ intitulada “Crise da medicina ou crise da antimedicina”, discorreu sobre o processo de medicalização no período pós-Segunda Guerra Mundial, partindo da análise do Plano Beveridge que, na Inglaterra e em outros países europeus, serviu de modelo à organização dos sistemas de saúde. Para o autor, esse plano instituiu o direito das pessoas manterem seu corpo em boa saúde, sendo esse direito objeto de ação do Estado.

Foucault analisou a formulação de um novo direito, uma nova moral, uma nova economia, uma nova política do corpo. O corpo das pessoas se configurou como um novo objeto de intervenção do estado, mas essa intervenção não se dava do mesmo modo que no século anterior, a intervenção estatal agia no cuidado sobre o corpo, mas não apenas o corpo doente, objetivando potencializar a saúde da população como indicador de cidadania.

Nesse jugo, a medicina foi chamada, novamente, a agir no corpo social, todavia, nesse momento, sua ação recaiu sobre a nomeação e avaliação dos comportamentos cotidianos, para caracterizá-los como normais ou anormais. Por exemplo, a sexualidade, o comportamento sexual, os desvios ou as anomalias sexuais foram e são alvo de intervenção médica. “O que caracteriza, nesta curva geral, o período presente é que a medicina dos últimos decênios, além de se ocupar de coisas diversas dos doentes e doenças, começa a não mais ter campo exterior” (FOUCAULT, 2010b, p. 183), ou seja, se vivencia um processo de medicalização ilimitado.

Nesse interim, Zorzanelli, Ortega e Bezerra Jr. (2014) destacaram que, na obra de Foucault, há dois sentidos para o termo medicalização: o primeiro associado a medidas coletivas que o Estado realizou para que houvesse a contenção, o controle e o registro das doenças. O segundo, que se organizou como desdobramento do primeiro, estava situado no período pós-Segunda Guerra Mundial, em que a intervenção estatal lançou o olhar sobre o cuidado dos corpos dos sujeitos de uma forma diferenciada, de modo que cada pessoa passasse a se tornar responsável por sua saúde. Desse modo, tomando como instrumento de exercício de poder o saber médico que se diluía pela população, passava-se a desenvolver uma medicalização indefinida, mediante a ampliação do campo de ação da medicina para além de si e da demanda de cura de um sofrimento.

Outro autor que podemos trazer para discussão sobre medicalização é o psiquiatra Thomas Szasz (1971), que discorreu sobre a fabricação da “doença mental” a partir do estudo de como a psiquiatria moderna transformou comportamentos sociais em doenças. Apesar de o autor não utilizar o termo medicalização, Szasz, na obra *“The Myth Of Mental Illness:*

⁴⁵ Conferência realizada por Michel Foucault, no Instituto de Medicina Social na Universidade do Estado da Guanabara, atual Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em 1974.

foundations of a theory of personal conduct”, escrita no início da década de 1950, discutiu como a sociedade tem se relacionado com a homossexualidade, o alcoolismo, o consumo de drogas ilícitas, os comportamentos desviantes de crianças e adolescentes e a loucura, transformando-os em conceitos médicos.

Um dos temas mais destacados na obra do autor é o questionamento a entidade “doença mental”, nesse sentido, Szasz apresentou como essa era produzida ao longo da história, de modo que comportamentos transgressivos e desviantes, relacionados às normas sociais vigentes, em um determinado período sócio-histórico, eram tomados como doenças, que precisavam ser tratadas.

Atualmente, boa parte dos autores não questiona a existência da “doença mental”, mas chama atenção para o alargamento do conceito de doença para problemas cotidianos, esse processo faz com que o domínio do saber médico passe a se expandir para todas as manifestações da vida, quer sejam o sofrimento, o medo, a raiva, a dor, a tristeza, reduzindo a “curva de normalidade” e, em larga medida, tornando cada vez mais restritos e normativos os modos de viver.

4.2 Os atuais usos dos conceitos de medicalização

Freitas e Amarante (2015), em “Medicalização em Psiquiatria”, destacaram o conceito de medicalização como sendo “o processo de transformar experiências consideradas indesejáveis ou perturbadoras em objetos de saúde, permitindo a transposição do que originalmente é da ordem do social, moral ou político para os domínios da ordem médica e práticas afins” (p.14). Eles ressaltaram que não apenas os profissionais médicos contribuíam para esse processo, mas também demais profissionais de saúde (enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, dentre outros), planos e seguros de saúde, escritórios de advocacia, grupos organizados de pacientes e familiares, a indústria farmacêutica e de tecnologias de saúde, como também pesquisadores que davam suporte a esse processo através de supostas bases científicas.

Esses autores, ainda, destacaram que o movimento da luta antimanicomial no Brasil fez duras críticas ao processo de estigma, vivido pelas pessoas com problemas psiquiátricos, que foram pertinentes nas décadas de 1970, 1980 e nos anos de 1990, pois asseguraram a (re)definição das formas de tratamento para a “loucura” no país e a afirmação de direitos das pessoas com transtornos mentais. Todavia, esse movimento utilizou como bandeira de luta o *slogan* “de perto ninguém é normal”, que associado a aliança da psiquiatria com a indústria

farmacêutica, contribuiu para potencializar o discurso de que todos nós estamos inseridos, de alguma forma, em alguma categoria psiquiátrica.

O Jornalista Robert Whitaker (2017) trouxe em seu livro: “Anatomia de uma Epidemia – pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental” a discussão sobre uma suposta epidemia de diagnósticos psiquiátricos que estava havendo nos Estados Unidos nos últimos anos, com consequente uso exacerbado de psicotrópicos pela população em geral e o pouco questionamento feito, a longo prazo, sobre os efeitos danosos desses medicamentos.

Segundo esse autor, a psiquiatria tem primeiro nomeado as perturbações mentais, para, em seguida, buscar suas causas biológicas. Desse modo, os problemas da vida cotidiana são tornados transtornos mentais, a partir do aparente consenso entre um grupo de psiquiatras, que legitimam o reconhecimento e a inserção de um determinado transtorno mental nos manuais diagnósticos, em especial, o DSM.

Márcia Angell (2011) fez uma discussão sobre os diferentes aspectos do processo de medicalização em psiquiatria, no artigo “A epidemia da doença mental”, publicado na revista Piauí. A autora citou as obras de Whitaker, do psiquiatra americano Daniel Carlat e do psicólogo Irving Kirsch, da universidade de Hull, no Reino Unido, para falar sobre essa “epidemia”. Segundo Angel, Carlat analisou como sua profissão se aliou à indústria farmacêutica e é manipulada por ela na produção de diagnósticos psiquiátricos para venda de psicotrópicos. Irving Kirsch fez uma análise dos usos de antidepressivos no Reino Unido e os efeitos que eles tem produzido na população em larga escala. Whitaker questionou se as drogas psicoativas não criavam problemas piores do que elas se propunham a resolver.

De um modo geral, as três referências citadas por Angell, discutiram o aumento do número de casos de transtornos mentais nos últimos anos e a provável não eficácia dos tratamentos farmacológicos utilizados, visto que seus usuários permaneciam utilizando psicotrópicos durante toda a vida, mas continuavam apresentando crises e consequentes internações em hospitais psiquiátricos ou outros serviços de saúde, sem resolução do quadro. Segundo a autora, a quantidade de americanos, incapacitados por transtornos mentais e que acessam o direito a receber a renda de seguridade suplementar ou o seguro por incapacidade, aumentou quase duas vezes e meia entre 1987 e 2007, passando de 1 em cada 184 pessoas para 1 em cada 76.

Angell reiterou que esses números tem aumentado, uma vez que os diagnósticos em psiquiatria são “subjetivos” e “expansíveis”, o que dificulta a diferenciação entre o uso de uma determinada categoria diagnóstica e outra. Tal fato diferencia a “doença psiquiátrica” de outros

ramos da medicina, porque não há sinais ou exames objetivos para detectar os transtornos mentais e as fronteiras entre o normal e o patológico são pouco claras. O que aumenta a possibilidade de que mais pessoas sejam diagnosticadas como tendo um problema psiquiátrico, ao invés de serem compreendidas e acolhidas como sujeitos que apresentam problemas e angústias cotidianos que precisam ser ouvidos.

Martins (2012) em sua Tese de Doutorado “O Governo da Conduta: o poder médico e a liberdade dos indivíduos na sociedade contemporânea” chamou atenção para o aumento do número de pessoas que possuíam diagnósticos psiquiátricos e que se tornaram exceção aquelas que não entraram em nenhuma categoria diagnóstica. Segundo o autor, esse processo é característico do desenvolvimento do campo terapêutico de cuidado em saúde mental que se dá pela medicalização do diagnóstico, sustentado atualmente por um paradigma biológico e tecnologias fisicalistas, que têm se expandido e englobado um número cada vez maior de perturbações mentais.

Todavia, há estudos que questionam esses usos do conceito de medicalização, em que as pessoas são tomadas como alvos passivos deste processo e dos dispositivos de controle médicos. Há diferentes jogos de força e interesses, que incluem usuários de serviços de saúde e familiares, os quais fazem uso do saber médico de modo não passivo, para darem coerência aos sintomas que apresentam, objetivando que suas patologias sejam reconhecidas socialmente, legalmente e politicamente.

Nessa vertente, a difusão do conhecimento médico não serviria apenas aos interesses supostamente malévolos da autoridade médica e da indústria farmacêutica, mas o ato de diagnosticar um conjunto de sinais e sintomas, aparentemente difusos, contribuiria para a organização dos males e das perturbações vividas pelos sujeitos, dando sentido ao sofrimento apresentado por esses.

Conrad (2007) é um dos principais nomes que ilustrou a medicalização como processo irregular e complexo em que o grupo social que é alvo dessa, apresenta posicionamentos variáveis, anômalos, desiguais e que podem demandar respostas diversas. Por exemplo, o autor chamou atenção para o papel exercido pelas associações para crianças com dificuldades de aprendizagem, em que o rótulo de doença é utilizado por esses grupos como facilitador de acesso a direitos. Assim sendo, o sofrimento que alguns grupos apresentavam por não ter sua patologia reconhecida socialmente e legalmente fez com que esses permanecessem categorizados por meio de comportamentos desviantes, que são moralmente repreensíveis. Ao entrar na categoria doença, essas pessoas ou grupos saem da condenação moral e do julgamento negativo que a sociedade manifesta. Assim sendo, para o autor, mais do que a criação de

categorias, a medicalização constitui uma transformação do *pathos* em experiências medicamente descritas e manejadas, havendo um benefício real para o “desviante” em padecer de uma doença.

Clarke et al. (2003) também trabalharam com o tema da medicalização, destacando algumas falhas das teorias tradicionais sobre esse processo, ao analisar o saber médico e suas práticas como uma força de repressão e controle social. Para os autores, essa análise é insuficiente para compreender os processos de medicalização que correm hoje, pois não considera a diversidade e a dinâmica das instancias que fazem parte desse processo, como os pacientes, os profissionais não médicos, as companhias de seguro, os administradores governamentais, as tecnologias e os instrumentos diversos. Apesar da importância desses estudos e da crítica social aprofundada por eles, a maioria ainda enfoca o poder sobre as pessoas de modo repressivo, abordando pouco o papel dos movimentos sociais e das organizações de pacientes como atores ativos no processo de medicalização.

Para Gaudenzi e Ortega (2012), cada vez mais grupos de pessoas em sofrimento intenso e seus familiares tem reivindicado o estatuto de doença para determinadas condições de vida, como forma de luta para garantia a pesquisas, a tratamento e a compensações diversas, que os saberes médicos produzem na construção e legitimação de uma determinado diagnóstico. Essa reivindicação só é possível, e, em especial, nos diagnósticos psiquiátricos, porque as classificações nosológicas estão frequentemente sujeitas à negociação. Como descrevemos anteriormente, os limites entre as categorias psiquiátricas são muito tênues, o que possibilita a circulação de determinados sinais e sintomas entre categorias diferentes.

Belardo e Camargo Jr. (2016) ao realizarem um estudo comparativo entre duas enfermidades: a Síndrome Uremico Hemolitico (SUH) e a Fibromialgia, destacaram a importância da legitimidade de uma síndrome, como a Fibromialgia, enquanto categoria diagnóstica para as pessoas que sofrem dela, justamente porque essa enfermidade não poderia ser localizada em todos os eixos (epidemiológico, explicativo, morfológico, semiológico)⁴⁶ que caracterizam o processo de construção da doença na medicina moderna, conforme descreveu Camargo Jr. (2013).

Não estando caracterizadas neste modelo, as pessoas que sofrem dessa enfermidade comumente são avaliadas como pacientes poliqueixosos, que fingem, mentem ou exageram na descrição dos sintomas que apresentam, para fugirem das obrigações cotidianas, ou são tomadas como pessoas mais frágeis ou suscetíveis às problemáticas da vida do que o resto da população.

⁴⁶ Descritos anteriormente no primeiro capítulo, intitulado “A Construção de Diagnósticos Psiquiátricos”.

Algumas pessoas que apresentam fibromialgia não querem que esta síndrome seja classificada como uma “doença psicossomática”, pois ela opera no imaginário médico, e na sociedade de maneira em geral, como sendo um tipo de transtorno “inventado”, com descrições de sintomas que não podem ser verificados em exames clínicos ou laboratoriais.

Os autores ressaltaram que em vários países, como na Argentina, as pessoas que apresentam sintomas para Fibromialgia estão se organizando em associações civis para que essa síndrome seja considerada uma doença. Essa legitimidade está sendo construída pelo âmbito social e político, através de um projeto de lei federal, já que não há como se constituir por meio do campo biomédico. Assim, essas pessoas lutam para que o diagnóstico possa ter legitimidade frente aos profissionais de saúde, mas também para seus familiares, amigos, vizinhos, de modo que elas tenham acesso a cuidados em saúde, através dos quais seu sofrimento não permaneça sendo desqualificado ou minimizado.

Esse processo constitui o que Dumit (2006) chamou de “doenças que temos de lutar para ter”, pelas quais as pessoas lutam para que seu diagnóstico seja reconhecido e elas possam ter acesso a direitos sociais, antes não existentes. Essa luta depende da aceitação pela comunidade, pelos especialistas e por outras instancias legais, que tem a alcunha social para legitimar o que é doença e o que não é.

Nesse sentido, podemos nos questionar de que forma o processo de medicalização contribui para a construção de uma doença? Para tentar responder a essa questão, apresentaremos três casos em que o processo de medicalização em psiquiatria possibilitou a legitimação de determinados conjuntos de sinais e sintomas para uma “doença”, mas também os efeitos que esse processo de legitimação do diagnóstico acarretou para o grupo que vivenciou/vivencia a medicalização.

4.3 O caso da Homossexualidade

O que nos chama atenção no caso da homossexualidade foi o movimento político-identitário realizado por vários grupos, que se organizaram para questionar o processo de medicalização social que essas pessoas estavam vivenciando na segunda metade do século XX, através do reconhecimento da homossexualidade enquanto doença.

No começo do século passado, havia o uso da nomeação “doença” para caracterizar essa população, uma vez que essas pessoas eram vinculadas a práticas moralizantes, secularmente condenadas pela igreja e pelos dispositivos legais. Sendo tomada como doença, a homossexualidade passou a ser instrumento do saber médico e de práticas de cuidado, logo

precisava ser tratada. Na história da psiquiatria moderna, ela surgiu como categoria diagnóstica específica pela primeira vez na segunda versão do DSM, em 1968, sendo caracterizada como um dos desvios sexuais (FREITAS; AMARANTE, 2015).

Segundo Russo e Venâncio (2006), a homossexualidade estava inserida nos distúrbios da personalidade, ainda na primeira e segunda edições do DSM. Os distúrbios de personalidade incluíam o comportamento antissocial, caracterizado em criminosos, cleptomaníacos, drogaditos e também nas perversões sexuais. Inserida nas “perversões”, a homossexualidade era analisada a partir de uma leitura não propriamente física, nem psíquica das perturbações mentais, mas moral.

No DSM-I, era tomada como comportamento patológico, associado ao travestismo, a pedofilia, ao fetichismo e ao sadismo sexual. No DSM-II, a homossexualidade foi categorizada como desvio sexual, estando junto a outros “desvios”: fetichismo, pedofilia, travestismo, exibicionismo, voyeurismo, sadismo, masoquismo. No DSM-III, o grupo das “parafilias” praticamente repete a lista publicada no DSM II, assegurando as antigas “perversões” em um mesmo grupo. Todavia, a homossexualidade sai deste grupo para ser nomeada como “Homossexualidade ego-distônica”, que foi inserida em outros transtornos psicossociais (RUSSO; VENÂNCIO, 2006).

Freitas e Amarante (2015) analisaram que este processo de saída da categoria das perversões para os transtornos psicossociais, foi iniciado com a publicação do relatório Kinsey⁴⁷, em 1948, o qual descrevia que a homossexualidade era um fenômeno muito mais frequente do que a sociedade estadunidense desejava admitir. O relatório demonstrava que 37% dos homens haviam tido experiência de orgasmo com alguém do mesmo sexo pelo menos uma vez na vida. 13% das mulheres declararam ter vivenciado alguma relação homossexual. A homossexualidade, até então classificada como desvio sexual, era um fenômeno mais frequente nas práticas sexuais dos americanos do que a maioria deles acreditava. Após a publicação do relatório, grupos organizados passaram a se unir em defesa do direito de homossexuais serem tratados no âmbito da saúde.

Todavia, as violências contra essas pessoas permaneciam, mesmo com a publicação do relatório Kinsey, que chocou a sociedade americana na época. Foi somente em 27 de junho de 1969, a partir da rebelião de *Stonewall Inn* (um bar localizado no bairro de Greenwich, Manhattan, Nova York), que homossexuais passaram a questionar o estatuto de doença, o qual

⁴⁷A principal característica do relatório Kinsey foi a obtenção de informações sobre masturbação, homossexualidade, sexo pré-conjugal e a natureza do orgasmo feminino em norte-americano(a)s branco(a)s entre os anos de 1938 e 1963, sendo realizadas 18.216 entrevistas, que duravam entre uma e duas horas (SENA, 2010).

era atribuído a seus comportamentos, mediante o enfrentamento de práticas invasivas e agressivas, realizadas pela polícia americana em seus pontos de encontro. Nesse período, vários protestos correram após este episódio e marcaram uma mudança cultural importante, em que as pessoas foram às ruas para defender práticas, até então, tomadas como “desvios sexuais”. Criou-se o Movimento de Liberação Gay (*The Gay Liberation Front*), que passou a lutar pelo direito de a homossexualidade ser considerada um estilo de vida e não mais uma patologia (FREITAS; AMARANTE, 2015).

O movimento dos homossexuais invadiu os espaços reservados para os profissionais de saúde mental e cientistas durante a elaboração do DSM-III, questionou os relatórios de pesquisadores, elaborados para o manual, e a teoria psicodinâmica do funcionamento patológico do psiquismo homossexual, uma das teorias explicativas para o comportamento homossexual, vigente na época. Esses grupos organizados passaram a se autodenominar *gays*, realizando uma crítica ao estatuto de doença que o termo homossexualidade carregava, o que disparou uma luta por direitos dessas pessoas enquanto cidadãos. Apesar do diagnóstico ainda estar presente no DSM-III, sob a forma de “Homossexualidade ego-distônica”, o desfecho das lutas da comunidade *gay* foi a supressão desse diagnóstico na revisão de 1987, no DSM-III-R (FREITAS; AMARANTE, 2015).

Como bem descreveram Russo e Venâncio (2006), no início dos anos 1970, o movimento *gay* norte-americano produziu um fato histórico: a retirada de uma categoria diagnóstica do DSM, no momento em que a psiquiatria biológica ganhava espaço na sociedade americana e a construção da terceira versão do manual erguia uma luta paradigmática contra a abordagem psicanalítica. Para as autoras, “a ideia da produção de personagens que encontram nas definições médicas tanto uma espécie de ancoragem identitária quanto algo contra o que se bater, certamente atinge outros tipos de ‘desviantes’” (p. 472), e conseqüentemente, produz outros efeitos a longo prazo, funcionando como espelho para a organização de grupos na tentativa de inserção, ou retirada, de determinadas enfermidades dos manuais diagnósticos.

4.4 O Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT)

Durante os anos de 1960, os americanos veteranos da Guerra do Vietnã, chamavam atenção para o fato de não estarem recebendo o tratamento adequado quando voltaram ao seu país, ao contrário, enfrentavam duras críticas sociais, em especial dos ativistas antiguerras. Muitos deles sofriam de problemas psicológicos graves, em decorrência dos eventos brutais vivenciados na guerra, todavia, seus comportamentos eram interpretados como covardia, medo,

pânico e, outras vezes, como deserção, quando retornavam para casa sem sequelas físicas de combate (FREITAS; AMARANTE, 2015).

Essas pessoas apresentavam reações de fuga exacerbadas, coração acelerado, transpiração excessiva, medo de morrer, distúrbios do sono, dificuldade de concentração, irritabilidade, hipervigilância, sentimentos de impotência e perda de esperança em relação ao futuro. Também relatavam ter pesadelos, revivendo momentos de extrema violência ou tensão, que tinham vivenciado nos campos de batalha. Todavia, os problemas apresentados pelos veteranos não eram considerados questões de saúde, muito menos responsabilidade de cuidado pelo Estado, por isso eles não eram tratados pelos serviços de saúde com a urgência que essas pessoas necessitavam. Foi necessário travar uma nova batalha para que os sinais e sintomas apresentados pelos veteranos de guerra fossem reconhecidos enquanto doença, para que esses tivessem acesso a serviços de saúde e de previdência (AGUIAR, 2004).

Na década seguinte, os relatos chocantes divulgados pela imprensa das ações cometidas pelos soldados americanos e o entorpecimento psíquico que esses vivenciaram, ganhou dimensão na sociedade americana, promovendo uma onda de comoção e solidariedade da população com relação a essas pessoas. Um evento emblemático foi a maratona de um dia de relatos dos veteranos em uma estação de rádio, sobre as vivências na guerra e os efeitos que essas trouxeram para suas vidas e a de seus familiares, além das falas de psiquiatras, como Shatan e Lifton, corroborando a existência da síndrome e de seus efeitos deletérios, que contribuíram para uma grande audiência na cidade de Nova York. Começaram, então, a surgir vários artigos na imprensa que destacavam a “síndrome pós-Vietnã” (FREITAS; AMARANTE, 2015).

Essas pessoas lutavam para qualificar o que seriam as respostas a serem desencadeadas por alguém que viveu situações traumáticas e pelo reconhecimento dos quadros patológicos que vivenciavam. O embate para que houvesse o reconhecimento do Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) ocorreu mediante várias negociações, lances estratégicos e a solidariedade de grupos distintos, sendo mediados por um campo profundamente social e político (FREITAS; AMARANTE, 2015).

A partir das pressões feitas pelos movimentos populares com relação ao diagnóstico de Homossexualidade, a problemática dos veteranos da Guerra do Vietnã transformou-se em uma pauta importante na discussão para a formulação da terceira versão do DSM. Sob pressão dos veteranos de guerra e seus familiares, vários psiquiatras, programas na mídia e ida de pessoas às ruas, Robert Spitzer criou o Comitê Social sobre Transtornos Reativos. Em 1978, o TEPT foi reconhecido como transtorno mental e inserido no DSM-III (AGUIAR, 2004).

A luta social e política pela legitimação do TEPT enquanto doença, fez com que essa síndrome fosse inserida no manual como uma nova categoria nosológica até então não adotada ou estudada pelos profissionais de saúde, ou cientistas à época. Logo, o reconhecimento da doença se deu não pela produção de conhecimento derivada do campo biomédico, visto que os sintomas para o TEPT não estavam enquadrados nas quatro eixos, que caracterizam o processo de construção da doença na medicina moderna; sua legitimação se deu pelo âmbito político.

4.5 O caso do “Autismo”

Atualmente inscrito na caracterização de *espectro*, o autismo vem sendo alvo de estudos nos últimos anos, em especial, mediante o que se tem nomeado de epidemia dos transtornos mentais na infância. Assim como Márcia Angell (2011) relatou a “epidemia da doença mental” em adultos, observa-se um número exacerbado de crianças sendo diagnosticadas com o Transtorno do Espectro Autista⁴⁸.

Clarice Rios et al. (2015) questionaram se há uma epidemia do autismo, no que diz respeito ao aumento do número de casos nos últimos 10 anos, ou se existia uma subnotificação dos casos em decorrência da pouca visibilidade dada ao transtorno. Fazendo uma análise das concepções sobre o autismo na mídia impressa brasileira, no período de 2000 a 2012, os autores observaram um número crescente de citações a pesquisas na área de neurodesenvolvimento e genética, que vem sendo realizadas em busca da identificação de um marcador biológico para a patologia.

Segundo Ortega (2009), houve um deslocamento do modo como se explicava e compreendia o autismo: da passagem dos estudos de base psicanalítica de Leo Kanner, Bruno Bettelheim, Margareth Mahler e Francis Tustin nas décadas de 40 e 50 do século passado, que tinham como foco as falhas no estabelecimento das relações objetivas, construídas no laço parental (relação mãe e filho, em especial); para o enfoque nas explicações orgânicas, de ordem cerebral, na década de 1980, que culminaram com a inclusão do autismo nos transtornos abrangentes do desenvolvimento, na terceira edição do DSM, separando-o do grupo das psicoses infantis.

Apesar do enfoque atual se assentar no paradigma biológico, não há uma definição clara sobre o estatuto ontológico do autismo. Há, portanto, uma evidente complexidade e uma

⁴⁸ Este diagnóstico foi inserido no DSM-V e passou a incluir as categorias de Autismo, Transtorno Desintegrativo da Infância e a Síndrome de Asperger (APA, 2013).

heterogeneidade nas manifestações dos sinais e sintomas, além de debates e incertezas quanto a seu tratamento, como bem destacaram Clarice Rios et al. (2015). Esse conflito para definir a etiologia da doença faz parte do próprio processo de construção dos diagnósticos psiquiátricos e da constituição dessa especialidade médica, como foi descrito anteriormente.

O próprio uso de conceito de *espectro* para esse transtorno, no DSM-V, abre por si um leque de características sutis que vão de sintomas “menos intensos”, observados na Síndrome de Asperger⁴⁹, para “mais intensos”, característicos de pessoas com estados mais graves de comprometimento cognitivo e funcional (RESENDE, 2014). O que quer dizer que cada sujeito com diagnóstico do transtorno é caracterizado de uma maneira, assim sendo, cada pessoa apresenta sintomas que se manifestam em uma amplitude e intensidade únicas, dentro de um conjunto de características que dizem respeito a perturbações do comportamento e da interação social.

Os principais sintomas do Transtorno do Espectro Autista são: dificuldade no contato visual, repetição de palavras, ações e frases, interesses obsessivos, reações inesperadas a sons, cheiros, sabores e tato das coisas, irritabilidade frente às vivências do cotidiano (APA, 2013). Essas são características tradicionalmente relatadas por pais de crianças que chegam, em sua maioria, desesperados aos consultórios de pediatras ou nos atendimentos psiquiátricos, sendo guiados por indicações de escolas ou pela leitura de algumas matérias em revistas e jornais, ou ainda *posts* em *facebook* e programas de televisão.

O que nos chama atenção neste caso são as disputas que tem ocorrido nos espaços sociais: de um lado engendrada por pais, amigos e familiares de crianças diagnosticadas com o Transtorno do Espectro Autista, que lutam pela visibilidade da “doença” e pela busca de direitos em educação e saúde, constituídos a partir de políticas públicas estruturadas. Do outro, estão militantes que se autodenominam autistas e reiteram essa posição enquanto diferença, que precisa ser respeitada e não medicalizada. Essas pessoas, em sua maioria adultos que apresentam características da síndrome de Asperger, se constituem enquanto sujeitos que falam por si e não desejam ser tomados como alguém que apresenta uma doença, mas um modo de ser no mundo.

Traremos os posicionamentos de ambas as vertentes, objetivando apresentar como o processo de medicalização na construção do diagnóstico psiquiátrico perpassa não somente o discurso médico, mas também se estende a outras categorias sociais, que disputam saberes, conceitos e práticas, objetivando alcançar visibilidade e direitos sociais.

⁴⁹ Na atual edição do DSM, a síndrome de Asperger foi incluída no diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista. O termo foi usado por Lorna Wing em 1981, em referência ao trabalho de Hans Asperger, contemporâneo de Leo Kanner.

Ortega (2009) destacou que o deslocamento do modelo psicanalítico e a aproximação das neurociências possibilitou a construção de grupos de pais e familiares de pessoas com diagnóstico de autismo, uma vez que contribuiu para que esses pais fossem desresponsabilizados pelo adoecimento de seus filhos. Isso implicou em questionar uma culpabilização que por anos foi feita, mediante teorias como a “mãe geladeira” de Kanner, ou as metáforas de “fortalezas vazias”, “tomadas desligadas”, “conchas”, “carapaças”, “ovos de pássaros” e “buracos negros”, que destacavam as falhas desses pais no estabelecimento de relações de afeto com seus filhos.

Para o autor, o estatuto “orgânico do autismo” legitimou esse movimento de construção de grupos atuantes de pais e familiares de pessoas com diagnóstico desse transtorno, produzindo organizações de grupos em vários países do mundo, sendo contribuído pela promulgação da Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, pela Organização das Nações Unidas-ONU (*United Nations-UN*), em dezembro de 2006, que chamou atenção a nível mundial para o autismo e seu impacto na luta pelos direitos das pessoas que apresentavam esse diagnóstico.

No Brasil, Nunes e Ortega (2016) realizaram um estudo com os principais grupos de pais-ativistas no Rio de Janeiro, destacando a luta por direito a tratamento de crianças com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista no estado. Os autores ressaltaram que esses grupos participavam de várias audiências públicas, mobilizavam e-mails para autoridades e organizavam grupos virtuais na internet, além de realizarem manifestações pelo país para aprovação de projetos de lei a nível estadual e federal. Um desses projetos se concretizou na lei nº 12.764, que instituiu a Política Nacional de Proteção aos Direitos das Pessoas com Transtorno do Espectro Autista⁵⁰.

A obtenção de direitos, benefícios e acesso a tratamentos específicos, em sua maioria, se dá a partir do reconhecimento médico-jurídico-identitário de uma categoria diagnóstica. No caso desses grupos de pais, familiares e profissionais, o reconhecimento se deu no âmbito sócio-

⁵⁰ São diretrizes da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista: a intersetorialidade no desenvolvimento das ações e das políticas e no atendimento à pessoa com o transtorno; a participação da comunidade na formulação de políticas públicas voltadas para essas pessoas e o controle social da sua implantação, acompanhamento e avaliação; a atenção integral às necessidades de saúde da pessoa com o transtorno, objetivando o diagnóstico precoce, o atendimento multiprofissional e o acesso a medicamentos e nutrientes; o estímulo à inserção da pessoa com transtorno no mercado de trabalho, sendo observadas as peculiaridades da deficiência e as disposições da Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente); a responsabilidade do poder público quanto à informação pública relativa ao transtorno e suas implicações; o incentivo à formação e à capacitação de profissionais especializados no atendimento à pessoa com transtorno, bem como a pais e responsáveis; o estímulo à pesquisa científica, com prioridade para estudos epidemiológicos tendentes a dimensionar a magnitude e as características do problema relativo ao transtorno do espectro autista no país (BRASIL, 2012).

político. Tal fato também foi observado no estudo realizado pelos sociólogos americanos Gil Eyal e Brendan Hart (2010), os quais analisaram como pais de crianças com diagnóstico para autismo se tornaram especialistas em seus próprios filhos, ainda na segunda metade do século passado, a partir da construção de uma nova modalidade de intervenção, baseada no intercâmbio de saberes e práticas entre pais, ativistas, pesquisadores e terapeutas.

A partir das ações em San Diego, na Califórnia, os ativistas-pesquisadores-psicólogos-pais, criaram programas quase-experimentais em suas casas, estudando e utilizando técnicas de base comportamental, ao mesmo tempo em que trocavam informações diretamente entre si e com outros pais de crianças com o diagnóstico para autismo, objetivando o desenvolvimento de métodos para trabalhar com seus próprios filhos (EYAL; HART, 2010).

Esta vertente que constitui o processo de medicalização do Transtorno do Espectro Autista, é corroborada por pais e familiares de pessoas que apresentam esse diagnóstico, mas também por profissionais de saúde, que buscam não somente a cura para o autismo, se apoiando em terapias comportamentais e farmacológicas. Mas também, atuam na busca pela produção de novos conhecimentos sobre esse transtorno, a possibilidade de novos tratamentos, a formulação de legislações, que assegurem direitos específicos para esses sujeitos.

Uma outra vertente é composta pelo movimento de auto-advocacia do autismo, que é precedido pela publicação de relatos autobiográficos de adultos com diagnóstico do *espectro* autista, os quais fazem uma crítica a obsessão pela cura e pelas formas de tratamento, buscadas por grupos de pais, familiares e profissionais de saúde. Com o lema “por autistas para autistas”, essas pessoas tem formado grupos organizados nos Estados Unidos e na Austrália desde a década de 1990. O movimento *Autism Network International* (ANI), criado por Jim Sinclair e Donna Williams, exige a presença de autistas na tomadas de decisões sobre suas vidas e realiza uma crítica aos movimentos de associações de pais e especialistas pró-cura para o autismo. No Brasil, em 2005, foi criado o Movimento Orgulho Autista Brasil, que integra uma rede de países, os quais promovem um *empowerment* da cultura autista, incluindo a comemoração do Dia de Orgulho Autista, inspirado pelo dia do orgulho *gay*. Nesse mesmo ano, foi realizado em Brasília, no dia 18 de junho, o evento mundial do Dia do Orgulho Autista (ORTEGA, 2009).

Essas pessoas contestam uma visão negativa do autismo, no que respeito a considera-lo como uma doença. Para esses grupos, o autismo é uma diferença e a busca pela cura constitui uma tentativa de apagá-la, como anteriormente foi feito com o diagnóstico de homossexualidade. Eles tomam por base os estudos sobre deficiência para construir uma marcação identitária, através da afirmação de uma auto-categorização: “sou autista”. Essa

afirmação permite um deslocamento dos discursos de dependência, doença e anormalidade para a construção de uma identidade e da marcação da diferença (GAUDENZI; ORTEGA, 2016).

Esse movimento se assenta também no conceito de neurodiversidade, que foi cunhado, em 1999, pela socióloga Judy Singer, num texto intitulado “*Why can't you be normal for once in your life? From a 'problem with no name' to the emergence of a new category of difference*”. Para a autora, que também apresenta a síndrome de Asperger, o conceito salienta que há uma conexão neurológica atípica no funcionamento cerebral dessas pessoas, todavia isso não caracterizaria uma doença, mas uma diferença humana que deve ser respeitada. Assim sendo, os autistas não são neuroatípicos, são neurologicamente diferentes (ORTEGA, 2009).

De um lado, há famílias de crianças com o diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista, lutando pela visibilidade do autismo enquanto doença e pelo acesso a tratamentos e terapias específicas. Do outro, há ativistas autistas que consideram o movimento pró-cura um grande passo para a negação, a intolerância à diferença e à diversidade, que adquire, em última instância, a implementação de políticas eugênicas e genocidas.

Ana Maria Rocha e Ana Elizabeth Cavalcanti (2014) analisaram que há duas visões inerentes a essa discussão, que diz respeito ao conceito de normalidade. Na primeira, a normalidade é definida como regularidade e se apoia numa média estatística para defini-la, tomando como normais todos os comportamentos que se enquadram nessa média, e anormais ou patológicos, todos os que destoam dela. Na segunda, ser normal é ser normativo, ter a capacidade de recriar normas de vida frente as adversidades do ambiente. As autoras se apoiaram em uma leitura de Canguilhem sobre o conceito de normalidade, para falar sobre o processo de patologização do sofrimento psíquico que ocorre atualmente, sobretudo em crianças.

Mais especificamente com relação aos diagnósticos psiquiátricos, elas analisaram que esses são bem acolhidos e buscados pela população, em especial, os legitimados pela psiquiatria biológica, pois essas pessoas os utilizam como referências identitárias. Algumas delas se dizem confortáveis ao receberem um diagnóstico psiquiátrico, pois ele ressignifica suas experiências, como por exemplo, pessoas que foram tomadas como pouco inteligentes, desinteressadas ou preguiçosas na infância, e que deram um outro significado a suas vidas, quando receberam o diagnóstico de Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH). Além disso, ser classificado com tais diagnósticos propicia a experiência de pertencimento a grupos, os quais se organizam em torno de marcas identitárias, buscando acesso a direitos sociais antes não existentes.

Mas, as autoras chamaram atenção para o fato de que a questão se complica muito quando se trata de diagnosticar crianças, sobretudo as muito pequenas que, chegam para tratamento ainda bebês⁵¹. Ao invés dessas crianças ressignificarem suas experiências, elas podem ter suas vidas precocemente marcadas e traçadas por diagnósticos psiquiátricos, como ocorre no caso do autismo.

Ana Maria Rocha e Ana Elizabeth Cavalcanti (2014) trouxeram o exemplo de duas famílias com crianças que apresentavam suspeita do diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista, avaliado pelas escolas em que essas estudavam. Numa família, os pais, mesmo preocupados com a suspeita do diagnóstico, não vinculavam os comportamentos da criança aos sintomas desse transtorno. Nas palavras das autoras: os pais “mantinham-se atentos aos seus gostos, preferências, e até encontravam em seus comportamentos esquisitos ou bizarros semelhanças com eles próprios ou com algum familiar (...) que representava uma espécie de resistência saudável, a imprimir-lhe uma marca identitária de autista” (p. 239-240).

Em outra família, assustada pela possibilidade do diagnóstico, os pais compreendiam a maioria das expressões do filho como sintomas de autismo. Para essa família, havia o impacto na relação com a criança que era devastador. As autoras observaram que, neste caso, o diagnóstico ainda não havia sido confirmado, mas já desencadeava efeitos iatrogênicos.

Elas reiteraram que “esses relatos mostram como um diagnóstico pode des-subjetivar as pessoas e influenciar decisivamente na forma como elas passam a ser vistas, faladas e cuidadas” (p. 241), especialmente em crianças, precocemente avaliadas. E concluem que é preciso ter cuidado na afirmação de um diagnóstico, eles são importantes, mas também é necessário levarmos às últimas consequências o entendimento de que a diversidade faz parte da vida e que ela não pode ser entendida como desvio de regra em seu sentido restrito. Logo, devemos nos habituar a acolher as mais diversas expressões do humano, não as patologizando de antemão.

Observamos movimentos diferentes nos casos apresentados, um em que houve a luta para que um diagnóstico fosse retirado do DSM, no caso da homossexualidade, o outro em que se realizou um combate para que um conjunto de sinais e sintomas fosse classificado e reconhecido como doença, para ser inserido nesse manual, o caso do TEPT. Ambos

⁵¹ Em Abril de 2017, foi sancionada a Lei 13.438/2017, que altera o Estatuto da Criança e do Adolescente, tornando “obrigatória a aplicação a todas as crianças, nos seus primeiros dezoito meses de vida, de protocolo ou outro instrumento construído com a finalidade de facilitar a detecção, em consulta pediátrica de acompanhamento da criança, de risco para o seu desenvolvimento psíquico” (BRASIL, 2017). Desde sua publicação, um conjunto de instituições e profissionais tem alertado para o perigo que esse tipo de lei implica, através do discurso de benefícios na detecção e cuidado precoces a todas as crianças brasileiras, possibilitando a patologização de comportamentos na infância de modo precoce, contribuindo para um processo de medicalização na infância em larga escala.

desencadeados por lutas sociais e políticas, engajadas por grupos específicos, que mobilizaram toda a sociedade, num determinado contexto histórico. Por fim, tivemos o caso do “autismo”, no qual a mesma categoria nosológica é disputada por grupos diversos, envolvidos na luta com o mesmo transtorno: por um lado, grupos formados, em sua maioria, por familiares de crianças diagnosticadas com transtorno do espectro autista, que lutam pela legitimação social desse espectro. Por outro, pessoas que são diagnosticadas com “autismo” e reiteram a importância desse transtorno ser caracterizado enquanto manifestação de uma diferença e não como uma doença.

Para Freitas e Amarante (2015), ao se reconstruir a história de categorias diagnósticas, é possível verificar como os critérios de classificação mudam historicamente, seguindo disputas epistemológicas, morais, políticas e institucionais, as quais permitem que uma determinada categoria seja incluída ou excluída dos manuais diagnósticos. Este processo de inclusão e exclusão constitui um fenômeno que precisa ser estudado, pois essas categorias diagnósticas ganham novos sentidos e novas normas sociais com as quais interagimos todos os dias, produzindo práticas que incidem na vida das pessoas.

No caso do nosso trabalho, o enfoque é sobre os diagnósticos construídos na interface entre a clínica médica e a psiquiatria, tendo como estudo de caso os Transtornos Mentais Comuns, que não se encontravam inseridos em categorias diagnósticas nas versões da CID e do DSM, o que tornava esse “conjunto” um ponto de interrogação, pois, aparentemente, ele não se constituía da mesma maneira que os diagnósticos, citados ao longo deste tópico. Então, de que forma ele foi reconhecido?

5 O CAMINHO PARA A PRODUÇÃO DO CONCEITO DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS

Mediante a análise do material lido, dentre eles resumos de congressos, artigos científicos, trabalhos de conclusão de curso (graduação, mestrado e doutorado), publicados em base de dados nacionais e internacionais, nos centramos nos textos chaves que poderiam contribuir com a análise da construção de categorias diagnósticas desenvolvidas nos meandros entre a clínica médica e a psiquiatria, tomando por base a elaboração histórica dos Transtornos Mentais Comuns, conforme os objetivos propostos neste estudo. Assim sendo, foram analisados noventa e três documentos, a grande maioria em língua inglesa, que discorriam desde a “Morbidade Psiquiátrica Evidente” (*Conspicuous Psychiatric Morbidity*), observada nas práticas de médicos generalistas e descrita na obra de Kessel em 1960, até publicações feitas em 2019, sobre novas categorias diagnósticas na CID-11-AP – Síndrome do Estresse Corporal (*Bodily Distress Syndrome*), Ansiedade com a Saúde (*Health Anxiety*); Depressão Ansiosa (*Anxious Depression*) – descritas pelo Grupo Especial de Trabalho, composto por pesquisadores de vários países (Brasil, China, Índia, México, Paquistão, Espanha, dentre outros) e criado para rever a CID-10-AP e o capítulo V - Transtornos Mentais e Comportamentais da CID-10.

Então, sejam bem-vindos a uma “contação de história” que parte da construção dos Transtornos Mentais Comuns para discorrer sobre a constituição de novos construtos diagnósticos, por meio da análise da literatura médico-científica dos anos de 1960 até 2019, através da qual não objetivamos construir uma linha temporal, rigorosamente demarcada, que conte uma história linear, com passado e presente bem definidos, mas elucidaremos a ruptura discursiva dos objetos, conceitos e métodos sócio-historicamente edificados que contribuíram para a produção do conhecimento científico.

5.1 O sistema de saúde britânico no começo do século XX

Na segunda metade do século passado, estudos realizados na Inglaterra chamavam atenção para o aumento de casos de neurose em hospitais psiquiátricos e ambientes de atenção primária a saúde. Assim sendo, para analisar tais estudos e os efeitos que esses desencadearam, começaremos apresentando como o sistema de saúde britânico se organizou no início do século XX, para compreendermos o contexto que possibilitou a realização desses trabalhos.

No início do século XIX, o Movimento Cartista⁵², defendido pelos trabalhadores ingleses, promoveu várias manifestações e denúncias às péssimas condições de trabalho nas fábricas no período. As duas Reformas Industriais tinham produzido uma urbanização desordenada e uma estratificação social, as quais moldaram um terreno fértil para as primeiras organizações sindicais britânicas. Nesse interim, a classe trabalhadora inglesa influenciou fortemente os debates sobre a proteção social no final deste século (PEREIRA, 2000).

As organizações sindicais britânicas sustentaram pressões sociais por melhores condições de trabalho e serviços de saúde no começo do século XX. Em meio a essas pressões, em 1911, foi implantado o seguro social de saúde inglês *National Health Insurance*, o qual segurava trabalhadores que ganhavam um teto salarial mínimo (menos de 320 libras por ano) e tinham garantia de assistência médica em atenção primária, mas sem cobertura hospitalar, sendo esta prestada por hospitais filantrópicos. Os médicos generalistas (*General Practitioners – GPs*) trabalhavam como autônomos na atenção primária e os especialistas recebiam, na maioria das vezes, por remuneração em hospitais. Cerca de 1/3 da população era coberta por esse seguro social e seu financiamento era oriundo de contribuições sociais de trabalhadores, empregadores e tinha participação governamental (FILIPPON et al., 2016).

O Plano de 1911 foi o mais robusto até então apresentado⁵³, pois adotava novas estruturas de proteção no campo da saúde e do desemprego, além de estabelecer as primeiras pensões pagas pelo Estado, contudo este seguro apresentava uma abrangência limitada, bem como se observava diversas formas de marginalização dos assistidos, que impulsionaram debates posteriores para o desenvolvimento de um sistema mais amplo e equânime que esse aplicado (PEREIRA, 2000).

⁵² O Cartismo caracterizou-se como um movimento social inglês que se iniciou na década de 30 do século XIX, advindo de protestos realizados pelo operariado britânico contra salários baixos, péssimas condições de trabalho e turnos excessivos feitos pelos trabalhadores. O nome do movimento teve sua origem na carta escrita por William Lovett, em maio de 1838, a chamada Carta do Povo, na qual estavam registradas todas as reivindicações que os participantes do movimento desejavam que fossem implementadas: Sufrágio universal masculino (o direito de todos os homens ao voto); Voto secreto através da cédula; Eleição anual; Igualdade entre os direitos eleitorais; Participação de representantes da classe operária no parlamento; Parlamentares remunerados (THOMPSON, 1984).

⁵³ Desde o início do séc. XVII, uma série de Leis dos Pobres (*Poor Laws*) já regularizava e organizava a assistência social de modo sistemático na Grã-Bretanha. O estatuto de 1601 fixava os primeiros parâmetros da *Old Poor Law*. Essa lei visava três classes de indigentes: os válidos, os inválidos e as crianças; os auxílios deveriam ser organizados pelas paróquias, sendo alimentados por uma taxa especial. As crianças e os inválidos necessitados recebiam subsídios monetários, com relação ao pobres válidos, as paróquias ficavam na obrigação de “socorrê-los”, ou seja, fornecer-lhes trabalho. Já o *Poor Law Amendment Act* (1834) instaurou um sistema mais centralizado, unificando geograficamente os auxílios, mas tornando esse sistema muito mais seletivo, pois a situação do pobre assistido deveria ser muito menos vantajosa que a do trabalhador (ROSANVALLON, 1997). É possível observar que a perspectiva de pobreza, representada por essas leis, estava associada a culpa e a responsabilidade individual, de modo que o fenômeno da pobreza não era compreendido como problema social.

Segundo Pereira (2000), as guerras e a depressão econômica, que os países europeus estavam enfrentando no início do século XX, intensificaram os processos supracitados, o que possibilitou o encorajamento da solidariedade social. Além disso, a incidência das guerras trouxe consigo características como a absorção dos desempregados, o estímulo aos serviços médicos, mas também criou escassez de habitação e crises de abastecimento. Logo, tudo isso obrigou o governo a assumir novas responsabilidades sobre o bem-estar da população e a partilha dos riscos fez com que o projeto de uma nova sociedade surgisse no seio daquela atmosfera conflituosa.

Em meados de 1941, durante a Segunda Guerra Mundial, um governo de coalizão, composto por conservadores e trabalhistas, e chefiado pelo Primeiro-ministro conservador Winston Churchill, encomendou a formação de uma comissão interministerial (*Committee on Social Insurance and Allied Services*), que tinha como objetivo planejar e propor reformas ao serviço de seguridade social então vigente. Churchill anteviu demandas políticas e econômicas ao término do conflito mundial, nesse sentido, as políticas sociais poderiam servir como um mecanismo de estabilidade macroeconômica necessário para “manter a ordem” em períodos críticos como aquele. No ano seguinte, foi publicado o *Report on Social Insurance and Allied Services*, também conhecido como Relatório Beveridge, Informe Beveridge ou Plano Beveridge⁵⁴, que tinha por objetivo corrigir as diversas lacunas do Plano de 1911 e responder a novas demandas que surgiam (PEREIRA, 2008).

De acordo com Pereira (2008), o grande mérito deste relatório foi apresentar de maneira pioneira um plano político concreto, com propostas de reformas sociais abrangentes e universalistas. Ele superava as experiências realizadas até então, ao montar um modelo que se propunha a atender toda a população, mediante um esforço conjunto do Estado e da sociedade. Assim, foi capaz de implantar um avançado regime de proteção social que obteve ampla aceitação e repercussão.

O Relatório Beveridge foi pioneiro na proposição de políticas sociais redistributivas para a constituição de um Estado de Bem-Estar Social⁵⁵. De acordo com esse relatório, os

⁵⁴ No começo do século XX, William Beveridge tinha sido um dos secretários de Beatrice e Sydney Webb, que compunham a comissão de estudo para a reforma do sistema de assistência pública britânico. Ele foi eleito mais tarde deputado liberal e, em 1941, foi encarregado de elaborar um relatório sobre a organização de um sistema britânico de previdência social. Em 1942, foi publicado seu relatório intitulado “*Social Insurance and Allied Services*”, que serviu de base para construção desse sistema britânico (ROSANVALLON, 1997).

⁵⁵ Existem muitos debates em torno do conceito de Estado de Bem-estar Social (*Welfare State*), os estudiosos utilizam e adjetivam o conceito conforme a perspectiva de cada abordagem. Gosta Esping-Andersen (1990), por exemplo, parte da leitura de que há regimes distintos para sua caracterização e a desmercadorização contribuiria para pensar a diferença entre esses regimes, mas também a lógica de acesso e de gestão dos serviços os caracterizariam. Nessa perspectiva, o autor destacou três tipos de regimes: Liberal, Conservador-cooperativista,

benefícios deveriam ser ajustados para compreender as necessidades básicas das pessoas e de suas famílias, sem que essas tivessem a obrigatoriedade de apresentar comprovação de necessidades, ao passo em que a duração desses benefícios era ilimitada até a resolução do problema (BEVERIDGE, 1942).

Esse relatório estabeleceu as bases teóricas para um dos principais sistemas de saúde pública do mundo, o *National Health Service* (NHS), que teve suas atividades iniciadas como Sistema Universal de Saúde em 1948, sendo composto, inicialmente, por 14 Autoridades Sanitárias Regionais (*Regional Health Authorities*) e três Escritórios Provinciais: País de Gales, Escócia e Irlanda do Norte⁵⁶. As 14 Autoridades Sanitárias eram responsáveis pela gestão de serviços de saúde em um território determinado e executavam um orçamento de base populacional, para prover os serviços comunitários e hospitalares (FILIPPON et al., 2016).

Para Jardanovski e Guimarães (1993), a instituição do Sistema Nacional de Saúde Britânico estava intimamente relacionada com o descontentamento popular com o sistema até então vigente, além dos impactos gerados pela Segunda Guerra Mundial, que pressionavam a revisão das relações Estado/Sociedade. A explicitação mais marcante deste processo foi a queda do partido conservador no Parlamento e a ascensão do Partido Trabalhista (*Labour Party*), tendo como repercussão alterações nas prioridades da agenda política, que fortaleceram o Estado de Bem-Estar. Tanto que a principal preocupação de Aneurin Bevan, Ministro da Saúde no governo de Clement Richard Attlee de 1945 a 1951, era com a supressão das relações de mercado nos serviços de saúde britânicos. Assim sendo, contou-se com fortes lideranças que empreenderam esforços no sentido de aprovar um vigoroso sistema público de saúde.

Esse sistema originou-se centrado na figura do médico generalista (*General Practitioner - GP*), que recebia por capitação, ou seja, conforme o número de pacientes que compunham sua lista de atendimentos. Os GPs realizavam serviços ambulatoriais e agiam como porta de entrada (*gatekeepers*) para assistência hospitalar não-emergencial. Uma pessoa podia estar vinculada a apenas um GP, que era responsável pelo primeiro atendimento e, se necessário, ele encaminhava o paciente para um especialista. Caso existisse demanda por Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) ou para hospitalização, somente o médico generalista estaria habilitado a fornecer autorização para o encaminhamento (TANAKA; OLIVEIRA, 2007).

Social-democrata. O Plano Beveridge possuiria características do modelo Social-democrata ao constituir-se como um sistema universalista, com benefícios uniformes, democráticos, igualitários, desmercadorizantes e universalizantes.

⁵⁶ Desde 1999, cada país membro do Reino Unido conta com um sistema nacional de saúde independente: o NHS escocês, o NHS da Irlanda do Norte, o NHS do País de Gales e o NHS inglês (FILIPPON et al., 2016).

O sistema provinha cobertura universal baseada no princípio de equidade e integralidade, com algumas exceções (tratamento dentário, oftalmológico e dispensação de medicamentos). Mas, os serviços de atenção primária não eram restritos às atividades médicas, estavam incluídos enfermeiros, *visitors* e assistentes sociais, sendo feitas ações de vacinação, pré-natal, prevenção, etc. A hospitalização era realizada sem qualquer ônus para o paciente, mesmo para intervenções complexas e de longa duração. A única distinção colocada era com relação ao tipo de leito, visto que uma pequena taxa era cobrada para aqueles que optavam por uma modalidade mais "privativa"⁵⁷ (JARDANOVSKI; GUIMARÃES, 1993).

Do ponto de vista estrutural, os hospitais eram de propriedade estatal, ou seja, diretamente dirigidos e financiados pelo Estado. Os trabalhadores eram assalariados, com exceção de GPs e odontólogos, os quais atuavam como profissionais autônomos, mas com dedicação exclusiva ao NHS. Para empreender todas as atividades, o sistema de saúde contava basicamente com recursos provenientes dos impostos (90%) e uma pequena parcela de contribuições especiais e taxas. Os recursos financeiros, oriundos do Tesouro, eram geridos pelo Departamento de Saúde (FILIPPON et al., 2016).

Dentre a clientela, que atraía maior ênfase para o tratamento diferenciado, eram os idosos, pessoas com transtornos mentais, gestantes e crianças. Mais explicitamente, as políticas desenhadas para atender as vicissitudes desses usuários sublinhavam a relevância do relacionamento hospital/comunidade/família. Por este caminho, pretendia-se alterar a lógica da prestação do serviço no sentido de maior efetividade (leitos especiais, centros de treinamento etc.), além da contenção de custos (serviços locais, hospitais menores etc.). Apesar desses esforços, que exigiam tratamento com taxas de longa permanência em hospitais e serviços comunitários, a atenção voltada especificamente para os idosos e as pessoas com transtorno mental não receberam prioridade significativa para os cuidados que demandavam. Aparentemente, a dificuldade estava em fazer valer as diretrizes centrais do sistema em meio a disputa para alocação de recursos e, nessa disputa, esses grupos não tinham condições de fazer pressão ao longo do processo de implementação das políticas no sistema (JARDANOVSKI; GUIMARÃES, 1993).

É neste contexto que se inserem os estudos de Neil Kessel, na década de 1960, os quais chamavam atenção para o aumento de casos de neurose atendidos por médicos generalistas

⁵⁷ Os leitos privativos não se mantiveram ao longo dos anos, em decorrência dos problemas que esse esquema implicava, como privilégios, corrupção, dentre outros. Essa proposta foi abandonada em meados dos anos 70 do século passado (JARDANOVSKI; GUIMARÃES, 1993).

entre 1949 e 1958, tomando por base a prevalência de morbidade psiquiátrica na Inglaterra, desde a introdução do NHS, em 1948.

5.2 Morbidades psiquiátricas “evidente” e “oculta” e o desenvolvimento do “*General Health Questionnaire*” (GHQ)

Kessel (1960) destacava que a maioria das pessoas com diagnóstico de neurose apresentavam queixas físicas, e não psicológicas para o mal-estar que vivenciavam, e estavam dispostas a receber diagnósticos e tratamentos somáticos para o que sentiam. Com relação aos atendimentos ambulatoriais e em cirurgia geral, uma minoria dos casos atendidos pelos médicos generalistas eram encaminhados para o psiquiatra e as indicações para especialidades médicas eram realizadas para excluir definitivamente a suspeita de uma doença orgânica. Esses pacientes tinham consultas acima da média e as mulheres apresentavam uma frequência maior do que os homens nas idas ao médico. Além disso, poucos apresentavam sinais e sintomas de transtornos psiquiátricos graves, como as psicoses.

O autor, então, cunhou o termo “Morbidade Psiquiátrica Evidente” (*Conspicuous Psychiatric Morbidity*), para caracterizar pacientes que se queixavam de estar ansiosos, deprimidos ou com medo, irritados, nervosos ou incapazes de lidar com a rotina da vida; outros apresentavam sintomas somáticos que não poderiam ser explicados por doença física, como insônia e palpitações. Alguns, ainda, apresentavam reações psicológicas “exacerbadas” para determinadas doenças, verificadas no exame clínico. Ele observou que essas pessoas apresentavam quadros de ansiedade, reações hipocondríacas, depressivas e sintomas característicos dos quadros de histeria e fobia.

Kessel destacava que o médico generalista deveria cuidar da maioria dos chamados “pacientes neuróticos”, todavia relatava a necessidade de critérios diagnósticos mais precisos para essa morbidade psiquiátrica, destacando as dificuldades desses médicos em delinear e classificar “doenças psicológicas”. Semelhante a outros profissionais da época, ele chamava atenção para os limites “mal definidos” das categorias diagnósticas em psiquiatria e a urgência na construção de uma classificação que levasse em consideração os estudos epidemiológicos.

Essa “necessidade” de desenvolvimento de uma classificação que pudesse ser utilizada em vários países, em estudos comparados sem aparente “conflito” nas nomeações usadas, com limites característicos bem definidos, foi analisada nos trabalhos de Aguiar (2004), Russo e Venâncio (2006), que discutiam a disputa teórico-epistemológica e política, travada no século passado, com relação a mudança na forma de classificar os transtornos mentais.

Outros trabalhos (KESSEL; SHEPHERD, 1962; GOLDBERG, 1967; GOLDBERG; BLACKWELL, 1970; GOLDBERG; KAY; THOMPSON, 1976; GOLDBERG, 1979) analisaram um quadro de morbidade geral com incapacidade psiquiátrica, relatado por pacientes em consultas com médicos generalistas em Londres. Um dos que nos chamou atenção foi o trabalho “*The Assessment of The Severity of Non-psychotic Psychiatric Illness by Means of a Questionnaire*”, que dá o título de Medicina Psicológica ao médico David Goldberg, em 1967.

O estudo apontava uma subnotificação de casos de morbidade psiquiátrica atendidos por médicos generalistas em Londres. Goldberg projetou, então, um teste de rastreio para identificação desses casos potenciais não observados. Em seu trabalho, o autor destacou objeções aos métodos de identificação de casos, utilizados no período, e apontou que nenhuma escala tinha sido construída especificamente para esse uso. Somado a isso, ressaltou que a maioria dos testes existentes não distinguiam entre traços de personalidade e sintomas, e quase sem exceção, não levavam em consideração os problemas de viés de resposta (sim ou não).

Goldberg construiu um questionário autoavaliativo com o objetivo de fornecer dados sobre os sinais e sintomas que definiam doença psiquiátrica não psicótica em uma população inglesa, fazendo parte desse estudo cerca de trezentas pessoas, que foram divididas em três grupos: “normais”, “levemente doentes” e “gravemente doentes”. O primeiro grupo foi composto por pessoas que viviam em Londres e responderam ao questionário aplicado porta a porta por cinco entrevistadores. O segundo era formado por pessoas que estavam em cuidados no departamento de pacientes externos do Hospital Maudsley e foram triados como casos “leves” pelo médico que os atendia. O terceiro grupo compunha pessoas das enfermarias dos hospitais psiquiátricos de St. Francis, St. Johns e Cane Hill, classificadas pelos psiquiatras dessas instituições como sendo gravemente doentes, sendo excluídos os casos diagnosticados de esquizofrenia, hipomania, demência e epilepsia.

O questionário continha 142 itens para calibração, que enfatizavam a situação da pessoa no “aqui e agora” e não focavam em como ela se sentiu ou se comportou no passado. Cada item consistia em uma pergunta, a qual questionava se o respondente experimentou um determinado sintoma em uma escala variando de “menos do que o habitual” para “muito mais do que o habitual”. A escala de resposta de quatro pontos foi tratada como sendo bimodal, de modo que apenas os “desvios patológicos” eram somados com pontuação de 1. Este método de pontuação foi chamado de “GHQ - SCORE”, então o nome do questionário - “*The General Health Questionnaire*” (GHQ).

A primeira área do questionário incluía itens para depressão; a segunda, para ansiedade; a terceira área compunha itens para avaliação de comportamento observável, a quarta área consistia em itens para avaliação de hipocondria. O questionário começava com perguntas com um viés somático, à medida que se passava por ele, os itens tornavam-se mais explicitamente psiquiátricos, e questões que eram potencialmente mais perturbadoras, como ideias de suicídio, eram deixadas para o final do instrumento.

Segundo o autor, a escala foi concebida para identificar potenciais casos psiquiátricos em estudos epidemiológicos, não para realizar diagnóstico psiquiátrico; para isso, era necessária a avaliação posterior de um especialista. Em outros estudos, Goldberg e colaboradores aplicaram e validaram o instrumento com várias versões 60, 30, 28 e 12 itens (GOLDBERG, 1972), sendo o GHQ-12 desenvolvido por Goldberg a partir dos 12 itens mais relevantes⁵⁸ do questionário de saúde geral de 60 itens (GOLDBERG; WILLIAMS, 1988).

A validação do GHQ com 60 itens foi realizada através de um estudo de Goldberg e Blackwell (1970), intitulado: “*Psychiatric Illness in General Practice. A Detailed Study Using a New Method of Case Identification*”. Participaram do estudo 450 pacientes de uma clínica do subúrbio de Londres, que preencheram o questionário na sala de espera enquanto aguardavam atendimento médico. Em seguida, foram avaliados por Goldberg, que utilizava uma entrevista padronizada, projetada para uso em clínica geral, denominado Programa de Entrevistas Clínicas (*Clinical Interview Schedule - CIS*). O CIS foi projetado para uso em pesquisas comunitárias e para pessoas que não se percebiam como apresentando problemas psiquiátricos. Consistia em uma investigação detalhada e sistemática sobre quaisquer sintomas psiquiátricos que o paciente podia ter experimentado na semana anterior. Os sintomas eram registrados em dez áreas: queixas somáticas, fadiga, distúrbios do sono, irritabilidade, falta de concentração, depressão, ansiedade, fobias, obsessões e despersonalização. A intensidade e a duração de cada sintoma durante a semana anterior eram avaliadas e classificadas em uma escala de cinco pontos (HUXLEY; GOLDBERG; MAGUIRE, 1979).

Um dos objetivos dessa pesquisa, além da validação do GHQ-60, era avaliar o conceito de Morbidade Psiquiátrica Evidente (desenvolvido por Kessel), num estudo em que o médico generalista também era psiquiatra. Assim sendo, as avaliações do clínico geral foram comparadas tanto com as feitas por Goldberg, utilizando o CIS, quanto com as pontuações obtidas no GHQ. Além disso, os autores avaliaram também o que eles denominaram de "Morbidade Psiquiátrica Oculta" (*Hidden Psychiatric Morbidity*), que se referia a pacientes que

⁵⁸ Itens que apresentaram maiores escores e alta correlação no processo de validação.

não eram observados como psiquiatricamente doentes pelo médico generalista, mas que foram selecionados como casos pela entrevista clínica, feita pelo psiquiatra, e também pelo questionário de triagem.

De acordo com esses autores, a dificuldade do médico generalista em identificar a Morbidade Psiquiátrica Oculta se dava pelo fato de que os pacientes formulavam seus problemas em termos somáticos não apenas para o médico, mas também para si mesmos, deixando de lado as “queixas psicológicas”, diferente da Morbidade Psiquiátrica Evidente, em que essas queixas se tornavam mais visíveis. O que poderia fundamentar esse comportamento é que o paciente podia ter aprendido que médicos lidam com doenças, cuja legitimação se dá através de queixas físicas; além disso, a pessoa atendida poderia ter tido “sintomas físicos” por algum tempo, mas estava passando por um momento de sofrimento intenso, que piorava o que sentia. Ademais, as pessoas podiam refletir que é mais aceitável socialmente ser fisicamente do que emocionalmente doente, pois elas temiam o estigma de serem pensadas como um “caso psiquiátrico”, o que já havia sido observado por Kessel (1960) em seu estudo sobre pessoas com diagnóstico de neurose.

O termo Morbidade Psiquiátrica Evidente continuou aparecendo em estudos subsequentes (GOLDBERG; KESSEL, 1975; GOLDBERG; KAY; THOMPSON, 1976; MARI; WILLIAMS, 1984), todavia “saiu de cena” para emergir o uso do termo Morbidade Psiquiátrica Oculta, tanto nos trabalhos de Goldberg, quanto nos estudos de seus contemporâneos, ao descreverem casos de sofrimento mental não tratados por clínicos em vários contextos, desde ambientes de cirurgia, atendimento ambulatorial em hospitais gerais, até clínicas de atenção primária a saúde (HUXLEY; GOLDBERG, 1975; JOHNSTONE; GOLDBERG, 1976; GOLDBERG; HILLIER, 1979; GOLDBERG, 1979). As pessoas que esses autores passaram a denominar de “subclínicamente perturbadas” (*subclinically disturbed*) caracterizavam esses casos que, segundo eles, podiam ser identificados pelos médicos generalistas por meio do uso do GHQ, justificando que esse questionário autoadministrado poderia alertar os médicos para sentimentos e sensações que os pacientes não manifestavam de forma voluntária.

A palavra “*hidden*” (oculto, em português) no termo *Hidden Psychiatric Morbidity* pode ser usada como sinônimo de “*abstruse*” (obscuro, em português), indicando aquilo que está oculto, escondido, obscuro. Então, podemos analisar que essa nomeação foi utilizada nos textos, referidos acima, para indicar que os médicos generalistas não percebiam essa morbidade, sendo necessário que ela fosse “iluminada” pelo saber da psiquiatria, cujo conhecimento específico não é assimilado pelo corpo teórico-prático da medicina moderna. Mas, não somente o saber

psiquiátrico é necessário para elucidar essa morbidade, a escala autoavaliativa (GHQ) é utilizada como instrumento que vai medir e avaliar aquilo que a percepção humana deixa passar, como um microscópio é utilizado para enxergar os micro-organismos vivos que causam doenças e apresentar aquilo que não se via a “olho nu”, mostrando sua existência.

Somado a isso, é trazido à tona a “palavra não dita”, aquilo que o paciente não fala para o médico e que está guardado em si e “disfarçado” por sintomas físicos, aquilo que vai ser revelado, não pelo método da Hipnose *a la Charcot*, ou pelo método da associação livre de base freudiana, a palavra vai ser desvelada por uma avaliação “neutra” e “objetiva”, um instrumento de avaliação de base psicométrica.

A legitimidade desse instrumento vai ser sustentada pela “materialidade” do número, herdada das “ciências duras”, materialidade essa que vai ser representada pela quantidade/extensão do fenômeno observado, desse modo se constitui a base dessa tecnologia, que fundamenta o *locus* de verdade do discurso psiquiátrico. Do mesmo modo, o estatuto científico dos testes psicométricos foi legitimado a partir do diálogo entre o saber da psicologia na interface com a estatística, como bem destacou Luís Pasquali (2010) ao descrever a história dos instrumentos psicológicos.

Nesse sentido, assim como os diagnósticos nosológicos da medicina geral são confirmados por meio de “testes objetivos”, como o uso do eletrocardiograma para identificação de infarto do miocárdio ou os exames de glicemia em jejum para a suspeita de *diabetes melito*, as escalas de avaliação se constituem enquanto instrumentos de medição utilizados para materializar o fenômeno psíquico. Ademais, utilizando questionários avaliativos, a psiquiatria se localiza, novamente, no terreno fértil da medicina, ao fazer uso de testes de rastreio para dar visibilidade a doenças que ainda não se apresentaram.

Outro dado que nos chamou atenção foi a nomeação “Distúrbio Afetivo Menor” (*Minor Affective Disturbance*), utilizado no artigo de Goldberg e Blackwell (1970) para falar sobre pessoas que apresentavam perturbações de humor de natureza transitória e que seus sintomas remetiam em menos de seis meses. É importante destacar que, na década de 70 do século passado, não havia um diagnóstico que abarcasse os casos “menos graves” de transtorno de humor. As categorias de referência, utilizadas para caracterizar os quadros depressivos, descreviam casos graves, como o diagnóstico de Psicoses Afetivas, que estava inserido no agrupamento das Psicoses no capítulo V da CID-8. O que se poderia caracterizar como casos “mais leves” seriam localizados no grupo das Neuroses, Transtornos de Personalidade e Outros Transtornos Mentais Não-psicóticos deste sistema classificatório, com o diagnóstico de Neurose Depressiva (OMS, 1965). Este diagnóstico também estava presente no DSM-II, na

seção das Neuroses, e caracterizava um conflito interno relacionado à perda de um objeto de amor. O termo “Distúrbio Afetivo Menor” foi utilizado neste manual para definir a seção que qualificava os transtornos de humor, sendo destacado o diagnóstico de Melancolia Involuntiva, que se referia ao sentimento de culpa e preocupação somática frequentes, vividos em decorrência de problemas cotidianos (APA, 1968).

Esse termo vai aparecer novamente em um segundo estudo (GOLDBERG et al., 1976), mas com algumas alterações, sendo denominado “Transtorno Afetivo Menor” (*Minor Affective Disorder*). Tal estudo descrevia práticas de saúde em uma comunidade nos Estados Unidos, na qual se observou uma alta correlação entre os sintomas de ansiedade e depressão nas pessoas atendidas pelos clínicos gerais, fazendo uso da versão do GHQ-30. Em outro texto da década de 1980 (BRIDGES; GOLDBERG, 1984), foi descrita uma pesquisa em que havia prevalência de morbidade psiquiátrica em pacientes internados com distúrbios neurológicos, sendo utilizada a nomenclatura “Transtorno Afetivo Menor” para caracterizar os casos de depressão subclínica, estados mistos de depressão e ansiedade, ansiedade, transtorno de personalidade com dependência de álcool e psicose com sintomas de ansiedade.

Segundo Rezende (2008), os termos “distúrbio” e “transtorno” têm sido utilizados em linguagem médica para expressar uma alteração da normalidade, seja de modo estrutural, funcional ou comportamental. Distúrbio abrange alterações de ordem estrutural e funcional, já Transtorno é um deverbal regressivo do verbo transtornar, que possui acepção de alteração da personalidade, conforme observado em dicionários do século XIX, “Constancio” (1845) e “Vieira Frei Domingos” (1871-1874). Para Aguiar (2004), a noção de “transtorno” (*disorder*) passa a ser utilizada para indicar enfermidades com causas desconhecidas, no lugar de doença (*disease*), que não cabe às perturbações mentais, visto que essas não se inserem no paradigma biomédico.

“Distúrbio” e “Transtorno” estão associados ao diagnóstico sindrômico, que designa grupos de sinais e sintomas em que o processo patológico de base é totalmente desconhecido. Todavia, o termo “distúrbio” vai caindo em desuso nas classificações diagnósticas, sendo substituído paulatinamente pelo vocábulo “transtorno”⁵⁹. De acordo com Lima et al. (2015), no DSM-IV-TR o termo “distúrbio” já não aparecia no manual, assim como o mesmo não se fazia mais presente na CID desde sua oitava versão, na qual seu capítulo V passou a ser denominado Transtornos Mentais.

⁵⁹ Apesar das diferenças observadas entre essas nomeações nas versões deste manual em língua portuguesa, no texto base em inglês o termo “*disturbance*” foi utilizado poucas vezes, sendo logo substituído por “*disorder*”.

No que diz respeito à publicação na década de 1980, o DSM-III já incluía, no agrupamento dos distúrbios do humor, o Episódio Depressivo Maior e os Distúrbios Depressivos (Depressão Maior, Distímia e Distúrbio Depressivo Sem Outra Especificação) para caracterizar os quadros depressivos graves, não havendo um diagnóstico para os casos “menos graves” (APA, 1980). Na CID-9, as Psicoses Afetivas, localizadas no grupo das Psicoses, classificavam pessoas com sinais e sintomas mais graves de transtornos de humor, mantendo os diagnósticos da versão anterior. Já os Transtornos Neuróticos comportavam casos que poderiam apresentar manifestações de depressão, mas apesar de caracterizar casos “menos graves”, estes não poderiam ser classificados como uma depressão subclínica, bem como não abarcavam a correlação entre os sintomas de ansiedade e depressão (OMS, 1978), observada nos estudos que discorriam sobre o Transtorno Afetivo Menor. Ambos os sistemas classificatórios tentavam realizar uma demarcação bem delimitada entre as patologias, seguindo o modelo categorial de classificação diagnóstica, diferente de suas versões anteriores. Na contramão deste processo, os estudos de Goldberg e colaboradores já apontavam um certo “borramento” entre as fronteiras diagnósticas das perturbações mentais.

Em pesquisas subsequentes (HUXLEY; GOLDBERG, 1975; GOLDBERG; KAY; THOMPSON, 1976; MARI; WILLIAMS, 1984; MARI; WILLIAMS, 1985; GRAYSON et al., 1987; CORNEY, 1988), os autores vão passar a dar visibilidade aos termos “Morbidade Psiquiátrica Menor” (*Minor Psychiatric Morbidity*), “Transtorno Psiquiátrico Menor” (*Minor Psychiatric Disorder*) ou “Doença Psiquiátrica Menor” (*Minor Psychiatric Illness*) para caracterizar a chamadas Morbidades Psiquiátricas Evidente e Oculta.

5.3 O comportamento de doença e o Transtorno Psiquiátrico Menor

A nomeação Transtorno Psiquiátrico Menor vai caracterizar pessoas com sintomas de ansiedade, humor deprimido, fadiga e sintomas somáticos que apareciam nos casos que procuravam atendimento com médico generalista (GOLDBERG, 1979). Em pesquisa realizada na Inglaterra (SHEPHERD et al., 1966), boa parte dos pacientes que procuravam atendimento médico estavam significativamente deprimidos e ansiosos, sendo diagnosticados como tendo “neurose afetiva mista” pelos profissionais que os atendiam. Nos Estados Unidos, os pesquisadores ressaltaram que o maior grupo atendido por médicos de família se inseria nos diagnósticos de “Neurose Afetiva Mista”, ou ainda, “Neurose Afetiva Mista com Sintomas Somáticos” (GOLDBERG; RICKELS; HESBACHER, 1976). Nos dois estudos, os sintomas predominantemente observados nas avaliações médicas eram de ansiedade e depressão, todavia

a apresentação desses sintomas se dava através de queixas somáticas feitas pelos pacientes, por isso a denominação de Neurose.

Dados semelhantes foram descritos em um estudo de Goldberg (1979), em que o autor comparava populações de atendimento clínico, vistas em um cenário de atenção primária na Inglaterra e nos Estados Unidos, e afirmou que havia um número substancial de pessoas cujas desordens afetivas apresentavam sintomas somáticos, mas necessitavam de cuidados em saúde mental.

Harding et al. (1980)⁶⁰, em uma pesquisa realizada em quatro países em desenvolvimento (Cali, na Colômbia; Haryana, na Índia; uma zona agrícola na província de Cartum, no Sudão; Manila, nas Filipinas) observaram que as pessoas, as quais buscavam atendimento com médico generalista, apresentavam sintomas físicos como motivo para o atendimento: dor de cabeça, dor, tosse, sintomas genito-urinários e febre. Poucas citaram sintomas psicológicos, como ansiedade, depressão e distúrbios do sono. Contudo, a grande maioria delas sofria de “doença neurótica”. Pacientes com condições neuróticas, que apresentavam sintomas somáticos, tendiam a consultar os serviços de atenção primária em períodos sucessivos, buscavam ajuda em outro lugar e recebiam tratamento medicamentoso inadequado para seus casos.

Dhadphale, Ellison e Griffin (1983), ao realizarem um estudo com pacientes ambulatoriais de hospital geral em área rural e semi-urbana do Quênia, verificaram que um quarto de todos os pacientes tinham uma substancial morbidade psiquiátrica, grande parte da qual não era reconhecida e tratada pelos clínicos. Outros estudos como os de Smartt (1956) na África Oriental, Holmes e Speight (1975) na Tanzânia, German e Arya (1969) em Uganda, McEvoy e McEvoy (1976) e Ndeti e Muhangi (1979) no Quênia, Orley e Wing (1979) em duas pequenas aldeias em Uganda, também destacaram a frequência de distúrbios psiquiátricos entre as diferentes amostras. Esses autores relataram que as pessoas, as quais apresentavam morbidade psiquiátrica, buscavam atendimento médico e descreviam queixas somáticas ou sintomas vagos “mal definidos” para caracterizar seu processo de adoecimento, recebendo apenas tratamento sintomático ou sendo submetidas a investigações infrutíferas.

⁶⁰ Nesse estudo, Harding et al. (1980) desenvolveram um instrumento de rastreio, denominado *Self Reporting Questionnaire* (SRQ), para estudar morbidade psiquiátrica na atenção primária nos países em desenvolvimento. Os itens desse instrumento foram extraídos de escalas de triagem psiquiátrica já existentes, o PASSR (CLIMENT; PLUTCHIK, 1979); o PGI (VERMA; WIG, 1977); o GHQ (GOLDBERG, 1972); e a versão mais curta do PSE (WING; COOPER; SARTORIUS, 1974). A versão completa do SRQ continha 24 itens, 20 para triar morbidade não-psicótica e 4 itens para detectar sintomas psicóticos.

Goldberg, Kay e Thompson (1976) destacaram que pessoas as quais viviam ao sul de Manchester (noroeste da Inglaterra), cuja perturbação não era reconhecida pelo seu médico de família, tinham muitos sintomas psiquiátricos, todavia não exibiam tal “comportamento de doença” (*illness behaviour*), pois apresentavam suas queixas manifestas em sintomas somáticos, uma vez que elas aprenderam que os médicos lidavam com os sintomas físicos e achavam que eles esperavam que o paciente produzisse esses sintomas para serem tratados.

A expressão “comportamento de doença”, utilizada também em outros estudos (MARI; WILLIAMS, 1986), foi cunhada pelo sociólogo David Mechanic (1977), que a definiu como sendo “às diversas percepções, pensamentos, sentimentos e atos que afetam a forma de significar, a nível pessoal e social, os sintomas, a doença, suas incapacidades e consequências” (p.79)⁶¹. Segundo Mechanic, a forma como percebemos e damos resposta à doença se constitui em decorrência dos padrões socialmente aprendidos e desenvolvidos no começo da vida, devido à exposição a estilos culturais específicos, a valores étnicos ou à socialização dos papéis de gênero. Nós também percebemos a doença tomando por base nossas primeiras experiências com o adoecimento, que podem ser formadas por motivações particulares, fatores situacionais ou necessidades adaptativas da época em que os sintomas e a incapacidade ocorreram. Assim sendo, a magnitude da doença e sua incapacidade são produtos da experiência subjetiva e de definições sociais (tanto quanto a severidade, a qualidade dos sintomas e a incapacidade física), de necessidades motivacionais e de respostas a estratégias de enfrentamento.

Desse modo, há variações na capacidade de enfrentamento *de* e definições sociais *para* a doença, que levam algumas pessoas a minimizar os sintomas que apresentam e seus prejuízos, enquanto outras magnificam os mesmos, de modo que esses afetam suas vidas substancialmente. Nesse interim, as avaliações médicas seriam influenciadas tanto pelo comportamento de doença, apresentado pelos pacientes, quanto pelos fatores objetivos ou mensuráveis do estado dessa. Os médicos acabariam tratando o comportamento de doença tanto quanto a doença, embora eles não analisassem a questão dessa forma.

Quando os autores citados afirmam que o “comportamento de doença” apresentado pelos pacientes indicam sintomas somáticos, os profissionais de saúde tendem também a tomar esse comportamento como referência, respondendo a essas manifestações e tratando somente esses sintomas, de modo que as pessoas continuam circulando por vários serviços de saúde, objetivando que suas queixas sejam acolhidas e tratadas. Por fim, muitas vezes, acabam recebendo cuidado inadequado para seus casos.

⁶¹ Tradução nossa para a frase: “(...) the varying perceptions, thoughts, feelings, and acts affecting the personal and social meaning of symptoms, illness, disabilities and their consequences” (MECHANIC, 1977, p.79).

Goldberg (1979) destacou que a detecção precoce de um transtorno afetivo, que se manifesta em sintomas somáticos, poderia encurtar o curso da doença e poupar o paciente de investigações físicas desnecessárias, que tenderiam a reforçar os padrões de sintomas hipocondríacos. Somado a isso, as pessoas que experimentaram distúrbios de humor comumente se tornaram hipervigilantes e acabaram por examinar suas sensações corporais mais de perto e de forma mais exacerbada do que normalmente o fariam, assim sendo isso contribuiria para que elas magnificassem essas sensações, de modo que o sofrimento vivido afetasse intensamente suas vidas.

Mas, será que a identificação prévia desses casos contribuiria para um cuidado adequado, evitando encaminhamentos e tratamentos desnecessários e, quiçá, a cronificação de determinadas morbidades psíquicas?

Em uma pesquisa realizada por Johnstone e Goldberg (1976), intitulada “*Psychiatric Screening in General Practice: a controlled trial*”, eles investigaram a eficácia do GHQ na prevenção secundária de “Doença Psiquiátrica Menor” em um ambiente de atenção primária numa área residencial do West Yorkshire, Inglaterra, entrevistando 1093 pacientes de clínica geral. Os pacientes foram divididos em três grupos e os casos foram acompanhados por um ano, sendo classificados como: "transitórios" (aqueles que apresentavam pontuações altas na consulta inicial, cujo distúrbio psiquiátrico durou menos de um mês), "leves" (pontuações altas na consulta inicial, cujo distúrbio foi leve, mas durou mais de um mês), ou "graves" (maiores pontuadores com uma perturbação grave que durou mais de um mês).

Os autores analisaram que a detecção dos casos parecia dar a todos os grupos de pacientes uma perspectiva melhor a curto prazo e contribuía para modificar o comportamento subsequente de doença, havendo uma tendência desses a apresentar problemas emocionais ao invés de sintomas físicos em visitas subsequentes ao clínico geral. Eles destacaram, ainda, que a mudança na apresentação de reclamações (queixas psicológicas em detrimento de queixas somáticas) não tornou a consulta mais demorada e foi importante o reconhecimento do componente emocional em problemas de saúde acompanhados da produção de sintomas físicos, antes que esses sintomas se tornassem muito bem estabelecidos.

Os estudos citados chamaram atenção para manifestações psiquiátricas não-psicóticas que ocorriam nos serviços de atenção primária e eram frequentes, mas que não estavam sendo visibilizadas pelos médicos na atenção primária a saúde, um dos motivos era que os pacientes apresentavam apenas sintomas somáticos como comportamento de doença. Para legitimar esse discurso, os autores utilizaram escalas psicométricas, como o GHQ, e realizaram pesquisas

epidemiológicas, para produzir a doença a partir de medidas estatísticas de massa, que se ancoravam no paradigma biomédico (CAMARGO JR., 2013).

Além disso, os autores se assentaram no discurso da prevenção, apontando que, caso as pessoas com sintomas de Morbidade Psiquiátrica Menor, fossem identificadas com antecedência, poderia haver uma redução nos encaminhamentos desnecessários aos serviços e a realização de vários exames, assim como essas pessoas não fariam uma verdadeira peregrinação em busca de tratamentos. Esse discurso se baseou no modelo característico do movimento da Medicina Preventiva, que emergiu no começo do séc. XX.

Segundo Arouca (1975), o movimento da Medicina Preventiva se sustentou no projeto de uma nova organização do conhecimento médico, que incluía reformas nos currículos das faculdades de medicina e a criação de departamentos e cátedras de medicina preventiva. Esse projeto teve como princípios as proposições de Leavell e Clark (1965) e o paradigma da história natural das doenças. Nesse sentido, a Medicina Preventiva fazia, inicialmente, uma crítica às bases de formação e prática médicas, caracterizadas pela medicina curativa, para, em seguida, defender seu próprio projeto. A medicina curativa se constituiu enquanto uma prática médica que se esgotava no diagnóstico e na terapêutica, tendo seu enfoque dado à doença e à morte, já a prevenção e a reabilitação seriam secundárias nesse processo.

Nas palavras do autor:

A Medicina Preventiva instaura uma totalidade que agrupa o conjunto das condutas preventivas e as difunde entre o corpo médico, uma totalidade composta de duas unidades, que, naturalmente, não são contraditórias, mas, que assim se tornam pelo saber médico. Portanto, temos a unidade das determinações (período pré-patogênico) e a unidade do processo mórbido (período patogênico). Esta totalidade define e situa o sujeito da atenção médica diante de suas responsabilidades. Não se trata mais do encontro do médico com o paciente em sua dimensão punctual de caso clínico. O discurso preventivista proclama o encontro do médico com o homem, no pleno espaço e tempo de sua vida (AROUCA, 1975, p. 18).

Apesar da aparente inovação desse projeto, a incorporação de atitudes preventivistas ficou diretamente ligada ao aumento da produtividade do trabalho daquele que adoecia, mantendo a mesma lógica conservadora e funcional do capitalismo, semelhante ao efeito produzido pela medicina curativa, esse processo foi denominado por Arouca como “dilema preventivista”. Partindo dessa perspectiva, o enfoque dos estudos analisados nesta pesquisa centrou-se na patogênese, quando a doença já está manifesta e são aplicadas medidas de prevenção secundária e terciária, através do diagnóstico clínico, para desenvolvimento do tratamento e da reabilitação. Assim sendo, por meio da detecção dos casos de Morbidade Psiquiátrica Menor e da expansão dos cuidados médicos, se contribuiria para uma “melhor

forma de lidar” com a doença e o desenvolvimento do seu tratamento, que se reflete na recuperação da força de trabalho.

Somado a isso, para fundamentar a produção de um novo conhecimento científico, os autores realizaram estudos em várias partes do mundo, utilizando os mesmos instrumentos de rastreio para garantir que os valores de objetividade, universalidade e replicabilidade do método, tão caros aos tradicionais estudos científicos (COMTE, 1988), fossem alcançados. Os pesquisadores precisavam garantir que os casos de Morbidade Psiquiátrica Menor existiam, mas não estavam sendo visibilizados pelos profissionais de saúde, então, eles usaram desses recursos teórico-metodológicos, legitimados cientificamente, para afirmar que faltavam instrumentos adequados de avaliação para auxiliar os médicos generalistas a identifica-los. O primeiro passo era “trazer à luz” esses casos e comprovar que eles existiam, o segundo era questionar as classificações diagnósticas vigentes que não os abarcavam.

5.4 A seara das classificações diagnósticas e o misto de ansiedade e depressão nos casos atendidos na atenção primária a saúde

O texto de Dean, Surtees e Sashidharan (1983), denominado “*Comparison of Research Diagnostic Systems in an Edinburgh Community Sample*”, descrevia uma comparação entre sistemas diagnósticos em uma pesquisa realizada com 576 mulheres da comunidade de Edimburgo, na Escócia. Esses autores ressaltaram que havia um acordo pobre entre as classificações diagnósticas até então existentes, de modo que não era possível decidir até que ponto os diferentes esquemas de diagnóstico captavam os mesmos casos. Eles, ainda, chamaram atenção para sintomas de ansiedade e depressão, apresentados de maneira concomitante na população observada. Suas conclusões foram baseadas em comparações de taxas de casos e em tabulações cruzadas entre as várias classificações diagnósticas.

Segundo os autores, boa parte das mulheres que participaram do estudo apresentaram sintomas característicos de ansiedade e depressão que não preenchiam, necessariamente, os critérios diagnósticos da CID-9 e do DSM-III, mas, mesmo assim, havia o comprometimento das atividades cotidianas dessas, que se consideravam diferentes de seu estado habitual. Isso poderia ser utilizado como argumento para a criação de novos critérios classificatórios, os quais permitiriam que tais casos fossem classificados sistematicamente.

Ainda na perspectiva de repensar os sistemas classificatórios de morbidade psiquiátrica vigentes no período, Busnello, Lima e Bertolote (1983) realizaram um estudo conjunto da OMS para avaliar estratégias para extensão dos cuidados de saúde mental em países em

desenvolvimento. Os autores avaliaram 242 pacientes, que frequentavam os postos de saúde na Vila São José de Murialdo, em Caxias do Sul-RS, Brasil, e selecionaram 118 que apresentavam aspectos psiquiátricos. Destes, 70% apresentavam distúrbios neuróticos de personalidade, adaptativos e psicossomáticos, os 30% restantes apresentavam outros problemas psiquiátricos, como deficiência mental. Eles destacaram que as classificações internacionais em uso no período não eram apropriadas para essas condições, observadas em ambientes de atenção primária a saúde:

A CID-9 precisa ser estendida para além de seus conceitos Kraepelianos de entidades nosológicas hospitalares, chegando a incluir um conjunto de morbidade psiquiátrica qualitativamente diferente, que não parece ser uma extremidade de um contínuo, mas uma área de descontinuidade qualitativa até aqui não identificada (BUSNELLO; LIMA; BERTOLOTE, 1983, p. 208)

Os autores supracitados ainda apontaram que um dos problemas desses sistemas classificatórios era tentar descrever e classificar as perturbações mentais a partir do conceito de doença da medicina moderna; além do que esses sistemas pretendiam ser utilizados universalmente, todavia, os comportamentos e afetos desviantes, comumente encontrados em locais de cuidados primários, dificultavam este processo. O conhecimento médico e psiquiátrico que produziu a CID-9 e o DSM-III foi desenvolvido em ambientes culturais relativamente estáveis e homogêneos, já no Brasil e em outros países em desenvolvimento se observava o contrário disso, logo, esses métodos de avaliação e construção diagnósticas eram inadequados para o tratamento da população de cuidados primários nesses países. Somado a isso, uma minoria da população, que utilizava os serviços na atenção primária, era caracterizada por sintomas psiquiátricos bem nítidos, como aqueles descritos nos diagnósticos desses sistemas de classificação, a maioria apresentava morbidade psiquiátrica em nível subclínico, que necessitava de critérios diferentes desses diagnósticos.

Por fim, esses autores consideraram que era possível almejar a construção de instrumentos simples, que facilitassem o trabalho daqueles que lidavam com cuidados primários e tivessem validade e fidedignidade para estabelecer níveis de incapacidade da população, a serem utilizados para identificar transtornos psiquiátricos. Isso possibilitaria também a construção de construtos aplicáveis, tanto em países em desenvolvimento, quanto naqueles desenvolvidos, que tivessem a capacidade de balancear tanto os conceitos internacionais sobre as perturbações mentais, quanto os aspectos locais de manifestação das morbidades psiquiátricas, sem perder de vista as diferenças culturais e individuais que constituem esse processo. Nas palavras de Busnello, Lima e Bertolote (1983): “Parece-nos que o trabalhador em cuidados primários de saúde só fará diagnósticos confiáveis e válidos quando

estas condições adquirirem um *status* próprio, com conceitos pertinentes para descrever, identificar e categorizá-las” (p. 208).

Não somente neste estudo, mas outros trabalhos (BRIDGES; GOLDBERG, 1985; BRIDGES; GOLDBERG, 1987; GOLDBERG et al., 1987; GRAYSON et al., 1987; GOLDBERG; HUXLEY, 1992; SARTORIUS et al., 1993; GOLDBERG et al., 1994; ORMEL et al., 1993; GOLDBERG, 1996, dentre outros) destacaram sinais e sintomas de morbidade psiquiátrica, apresentados pelas pessoas em ambientes de atenção primária a saúde, que eram diferentes daqueles descritos nos diagnósticos dos sistemas classificatórios existentes. Essas pessoas apresentavam características de somatização, como também descrições para transtornos de ansiedade e de humor, que interferiam substancialmente em suas vidas, todavia esses casos eram caracterizados como subclínicos.

Bridges e Goldberg (1987) relataram um estudo que avaliou os correlatos e possíveis determinantes de somatização por pacientes que consultavam seu médico de família, descrevendo uma “nova doença”, que foi comparada com os critérios diagnósticos do DSM-III. Mais de dois terços das morbidades psiquiátricas diagnosticadas na pesquisa foram caracterizadas como doenças físicas pelos clínicos gerais, menos de 10% dos pacientes tinham uma doença inteiramente psiquiátrica.

Essa “nova doença” que aparecia com frequência nas investigações epidemiológicas realizadas na atenção primária, na década de 1980, foi descrita também na pesquisa de Goldberg et al. (1987), intitulada “*Dimensions of Neuroses Seen in Primary-Care Settings*”, na qual pacientes de quinze clínicas gerais na área da grande Manchester, Inglaterra, que esperavam para ser vistos pelos médicos, responderam a versão de 28 itens do GHQ. Os autores utilizaram o método de análise de traços latentes⁶² para examinar as relações entre os sintomas psiquiátricos, que constituíam os transtornos mais comuns encontrados em ambientes de atenção primária. Duas dimensões de sintomas altamente correlacionadas de ansiedade e depressão foram observadas nesse estudo.

Esses autores fundamentaram uma crítica ao modelo categorial de classificação diagnóstica, ressaltando, primeiro, que os fenômenos da “doença neurótica” só poderiam ser compreendidos a partir de uma descrição dimensional; segundo, que os clínicos gerais estavam

⁶² A análise de traços latentes pode ser considerada uma forma de análise fatorial dicotômica, que assume um espaço latente (uni- ou multidimensional), cujas dimensões (os traços latentes) podem ser consideradas como representando aspectos de algum construto hipotético. Os sujeitos da pesquisa são caracterizados por sua posição em um ou mais traços latentes. Os traços são latentes porque não podem ser observados diretamente, mas devem ser inferidos por meio de itens de teste (dicotômicos), que, neste caso, são sintomas psiquiátricos (DUNCAN-JONES; GRAYSON; MORAN, 1986; GRAYSON, 1986).

insatisfeitos com os diagnósticos que lhes eram oferecidos pelos manuais de psiquiatria e suas avaliações desses casos diferiam, pois eles concordavam pouco com as avaliações de pesquisas feitas por psiquiatras, realizadas, geralmente, em ambientes especializados de média e alta complexidade.

No mesmo período, o estudo de Grayson et al. (1987) vai comparar os diagnósticos de IDCATEGO (WING; STURT, 1978), DSM-III, Bedford College (FINLAY-JONES et al., 1980) e de médicos generalistas, utilizando a técnica de análise de traços latentes. Os autores tentaram verificar a representação dimensional dos sintomas de Transtorno Psiquiátrico Menor, observada no artigo de Goldberg et al. (1987).

Eles verificaram que as pessoas com contagens moderadas ou altas de sintomas de depressão apresentavam altas contagens de sintomas de ansiedade. Aquelas com contagem de sintomas de ansiedade moderada ou baixa tiveram uma contagem de sintomas de depressão baixa ou mesmo zero. Consideraram que esses dados poderiam sugerir uma estrutura de doença dimensional, na qual a ansiedade e a depressão, descritas como doenças distintas, estariam substancialmente correlacionadas. Concluíram que os diagnósticos psiquiátricos realizados pelos clínicos gerais eram claramente insatisfatórios e subestimavam a extensão da morbidade psiquiátrica existente na atenção primária. Por fim, reiteraram que os Transtornos Psiquiátricos Menores seriam melhor mensurados “dimensionalmente” do que pela imposição de dicotomias hierárquicas, observadas no DSM-III, vigente no período.

No começo da década de 1990, Goldberg e Huxley (1992) publicaram o livro: “*Common Mental Disorders: a Bio-Social Model*”, utilizando o termo “Transtornos Mentais Comuns” (*Common Mental Disorders*) pela primeira vez para caracterizar as morbidades psiquiátricas não-psicóticas mais frequentes, observadas nos serviços de atenção primária a saúde. Daí a definição desses transtornos como sendo um conjunto de sinais e sintomas caracterizados por síndromes depressivas e ansiosas de caráter agudo, associadas a queixas difusas e inespecíficas de ordem somática e/ou psicológica, de difícil identificação diagnóstica.

Na obra, Goldberg e Huxley argumentaram que algumas pessoas vão ao clínico geral e não tem seus problemas psiquiátricos reconhecidos. Todavia, os clínicos poderiam aprender a reconhecer os Transtornos Mentais Comuns e tratar tais problemas, fazendo uso de instrumentos de avaliação, como o GHQ. Eles, ainda, apresentaram vários estudos em que esse questionário autoavaliativo foi utilizado, já apresentados anteriormente, que ratificavam sua validade e fidedignidade no reconhecimento de potenciais casos de Transtornos Mentais Comuns. Destacaram também a importância desse reconhecimento para evitar procedimentos desnecessários, invasivos e custosos, além disso, reduziria a probabilidade de fixar o paciente

em um padrão somatizante pela perseguição infrutífera de sempre solicitar mais um exame laboratorial.

No que diz respeito aos modelos de classificação dos transtornos mentais, os autores reiteraram que a utilização do modelo categorial, mesmo com as imperfeições existentes, poderia ser usado para caracterizar transtornos psicóticos, mas, para os padrões de queixas menos graves e mais frequentes, um modelo dimensional proporcionaria um retrato da realidade clínica muito mais abrangente e adequada. Ademais, na atenção primária a saúde, o modelo categorial simplesmente não atendia às necessidades dos médicos generalistas, havia a coexistência de ansiedade e depressão na maioria dos pacientes, muitas vezes acompanhados de sintomas somáticos, e muitas pessoas em sofrimento não se enquadravam nos padrões das categorias diagnósticas vigentes para os transtornos de ansiedade ou transtornos de humor, por não se sentirem gravemente adoecidas. *Grosso modo*, o modelo categorial para os Transtornos Mentais Comuns não se sustentava, para isso ele deveria conter categorias diagnósticas mutuamente excludentes, o que não ocorria, visto que as diversas síndromes, observadas na prática clínica, frequentemente coexistiam.

Eles refletiram, ainda, que apesar de não haver uma linha rígida que separasse a normalidade e os transtornos mentais, os diagnósticos eram necessários, tanto para o paciente quanto para o médico. Para o paciente porque ele queria que o médico interpretasse o significado de seu infortúnio, visto que o diagnóstico dado e sua explicação não apenas legitimavam a experiência do adoecimento, mas moldavam sua expressão. Para o médico, servia para embasar o tratamento, sendo possível visualizar o curso provável da doença. Além do que era essencial para realizar prognósticos, tornando possível incluir situações individuais em classes de pacientes similares, facilitando a comunicação acerca de transtornos mentais específicos e pacientes específicos. Ou seja, nomear o problema importava.

É importante destacar que, neste período, a OMS havia lançado a 10ª edição da CID e a primeira versão da CID-10-AP, preparada por sua Divisão de Saúde Mental, estava em teste para uso e caracterizava diagnósticos para o contexto da atenção primária, nos quais se começava a apresentar o “borramento” das fronteiras entre os sinais e sintomas das perturbações mentais. Por exemplo, ambas as classificações tinham introduzido o conceito “misto de ansiedade e depressão”, a CID-10 já trazia o Transtorno Misto Ansioso e Depressivo, que se destinava a abranger transtornos comumente observados na clínica médica em que os sintomas ansiosos e depressivos estavam presentes, mas esses sintomas se manifestavam abaixo do limiar necessário, tanto para o diagnóstico de Episódio Depressivo quanto para o de Transtorno de Ansiedade Generalizada. Quando tanto os sintomas ansiosos quanto os depressivos estavam no

nível de gravidade de “caso”, podia-se fazer dois diagnósticos separados e destacar a “comorbidade” entre eles (OMS, 1993).

Em 1994, Goldberg fez uma defesa incisiva ao modelo dimensional, publicando o artigo intitulado: “*A Bio-Social Model for Common Mental Disorders*”, em que o autor reiterava que havia duas grandes dimensões de sintomas subjacentes aos Transtornos Mentais Comuns: os pertinentes à depressão e os sintomas ansiosos, que estavam reciprocamente relacionados entre si. Ele argumentava que a psiquiatria social e a psiquiatria biológica deveriam articular-se entre si, usando taxonomias semelhantes, de modo que os diagnósticos deveriam explicar a relação entre variáveis sociais, por um lado, e variáveis biológicas, por outro, usando conceitos clínicos de doença.

O autor fez duras críticas ao modelo categorial, destacando que a CID-10 reconhecia 26 tipos diferentes de episódios depressivos, e o DSM-III-R distinguia 17 tipos diferentes de ansiedade e transtornos de somatização. Havia uma notável sobreposição entre as sub-variedades de transtornos e essa sobreposição era tratada pelos taxonomistas recorrendo ao conceito de “comorbidade”. Todavia, a aparente diversidade de diagnósticos categóricos se devia ao fato de existirem várias maneiras das pessoas responderem à angústia de desenvolver sintomas de depressão e ansiedade, ou de “reduzir o senso de auto-responsabilidade” pela situação problemática de vida, como ocorria nos quadros de somatização, ou nos estados de fadiga.

No mesmo ano, Goldberg e colaboradores apresentaram, no IX Congresso Mundial de Psiquiatria, os resultados preliminares de um estudo multicêntrico longitudinal, realizado em 15 locais diferentes ao redor do mundo. Na Conferência intitulada: “*Psychological Disorders in General Medical Settings: results of the WHO study*”, eles destacaram que 24% dos pacientes demonstraram ter transtornos psicológicos de acordo com a CID-10, e 8% tinham múltiplos transtornos mentais; as dores e outras queixas somáticas somavam 61.2% das queixas apresentadas. Em nenhum dos centros, nos quais a pesquisa foi realizada, os transtornos mentais foram apresentados como queixas psicológicas. Apenas 50.1% dos transtornos mentais foram reconhecidos pelos clínicos gerais. Os sintomas apresentados pelos pacientes estavam fortemente relacionados à depressão e ansiedade.

Esse estudo colaborativo investigou a forma, a frequência, o curso e o resultado dos problemas psicológicos observados na atenção primária a saúde em: Ancara, Turquia; Atenas, Grécia; Berlim e Mainz, Alemanha; Bangalore, Índia; Ibadan, Nigéria; Groningen, Holanda; Manchester, Reino Unido; Nagasaki, Japão; Paris, França; Rio de Janeiro, Brasil; Santiago, Chile; Seattle, Wash; Xangai, República Popular da China; e Verona, Itália. O estudo,

financiado pela OMS, foi publicado no livro: “*Mental Illness in General Health Care Across the World: an international study*”, organizado por Norman Sartorius e T. Bedirhan Üstün (1995).

Os pesquisadores utilizaram o GHQ de 12 itens como instrumento de rastreio para Transtornos Mentais Comuns, em seguida, selecionaram o total de 5604 pessoas para exames detalhados, usando avaliações da *Composite International Diagnostic Interview-Primary Health Care* e *Social Disability Schedule*, juntamente com os 28 itens do GHQ, um Questionário de Incapacidade e Questionários de Uso de Medicamentos. Essas pessoas foram acompanhadas por 3 meses e 1 ano, para fornecer informações sobre o curso e o resultado das morbidades psiquiátricas observadas. Um dos principais achados do estudo foi que os transtornos psicológicos constituíram níveis substanciais de morbidade nos pacientes de atenção primária a saúde nos lugares investigados, independentemente dos centros, tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento. A maioria dos transtornos psicológicos observados foram: humor, ansiedade, transtornos somatoformes⁶³ e neurastenia⁶⁴.

Nesse contexto, é relevante apontar dois movimentos que contribuíram para o desenvolvimento de pesquisas em saúde mental neste período:

- a) o financiamento de estudos e o “fornecimento de ideias” para a formulação de políticas e ações em saúde, realizados por agências internacionais⁶⁵ durante a década de 1990;
- b) os estudos em Saúde Global (*Global Health*) e o uso de índices de Carga Global de Doença (*Global Burden of Disease*) desenvolvidos nos anos 90, que

⁶³ De acordo com Bombana, Leite e Miranda (2000), os Transtornos Somatoformes foram inseridos na CID-10, em 1993, e no DSM-III, em 1980. Essa categoria diagnóstica se apresentava através de queixas pelos pacientes, sendo esses acometidos por sintomas característicos por um longo período, de meses a anos; havia caracterização de sintomatologia física sem substrato orgânico detectável; podendo existir, ainda, efeitos decorrentes do uso problemático de álcool e outras drogas; outras comorbidades psiquiátricas associadas e, caso existisse alguma doença orgânica presente, a queixa central não se justificava pela sintomatologia apresentada nos atendimentos.

⁶⁴ Na tese de Doutorado de Rafaela Zorzanelli (2008), intitulada “Da neurastenia à síndrome da fadiga crônica: limites e controvérsias da objetividade científica”, a autora analisou como a neurastenia se configurou com uma entidade nosológica própria, reunindo várias queixas e modelos explicativos em uma única categoria, que era compatível com as ideias científicas da virada do século XIX. Para a autora, três hipóteses principais apareciam como causas para essa categoria diagnóstica na obra médica: a civilização e seus impactos sobre o sistema nervoso, a lesão funcional e a hereditariedade.

⁶⁵ Utilizamos o conceito de agência internacional adotado por Mattos (2000), que se caracteriza pela participação de pelo menos três países na constituição e sustentação financeira e política de uma organização. Os governos que constituem e financiam essas agências são denominados países-membros.

se constituíram enquanto marcadores para analisar o impacto sanitário de transtornos mentais no cotidiano das pessoas ao redor do mundo.

Com relação ao primeiro, Ruben Mattos (2000) em sua tese de doutorado, intitulada “Desenvolvendo e ofertando ideias: um estudo sobre a elaboração de propostas de políticas de saúde no âmbito do Banco Mundial⁶⁶”, analisou o processo de “oferta de ideias” existente no debate internacional acerca das políticas de saúde para as nações em desenvolvimento, realizado pelas agências e fundos das Nações Unidas e pelo Banco Mundial, que tem uma importância considerável para os formuladores de políticas econômicas a nível global.

Marcadamente nesse período, o Banco Mundial toma a dianteira com seu relatório sobre o desenvolvimento humano voltado para o setor saúde, intitulado “Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 1993: Investindo em Saúde”, e se destaca no cenário internacional na disputa pelo domínio das estratégias mundiais de saúde, ao intervir e prescrever diretrizes para os sistemas nacionais de saúde, em um campo antes predominantemente ocupado pela OMS. Nas palavras de Mattos (2001):

O Banco Mundial conquistou lugar proeminente nessa oferta de ideias, ao lograr apresentar um conjunto de sugestões sobre as reformas dos sistemas de saúde e das próprias atribuições dos governos no setor. No final da década, contudo, assistimos a um esforço da OMS para assumir a liderança no que diz respeito ao aconselhamento junto aos governos sobre o andamento das reformas e reestruturações dos sistemas de saúde (p. 388).

O que nos chama atenção nesse processo é a disputa dessas agências internacionais para apresentar recomendações sobre os sistemas de saúde e o controle de doenças nos países membros, em especial aqueles em desenvolvimento, ou como denominou o Banco Mundial, os países de baixa e média renda⁶⁷, sendo essas recomendações pautadas em pesquisas multicêntricas que eram financiadas para fundamentar as reformas desses sistemas. Nessa direção, são considerados nesses estudos, entre outros critérios, as doenças prioritárias sobre as quais se deve intervir, a eficácia de tratamento em razão dos custos e da aceitabilidade social e isso é feito a partir da coleta e combinação de informações sobre fatores de risco, carga de morbidade, padrões de utilização de serviços para a população, etc. Então, como ressaltaram

⁶⁶ O Banco Mundial, assim como o Fundo Monetário Internacional (FMI), é uma agência internacional proposta pelo governo norte-americano na conferência de Bretton Woods, para traçar os contornos da nova ordem econômica mundial, após a vitória dos aliados na Segunda Grande Guerra. A missão do banco consistia não apenas em oferecer recursos financeiros, mas também, ideias sobre formulações de políticas aos países membros, em especial, países em desenvolvimento. OMS também se constituiu, ao longo dos anos, como uma agência internacional que oferece ideias aos governos dos países-membros sobre problemas de saúde, formas de enfrentamento e reformas em seus sistemas nacionais de saúde (MATTOS, 2000).

⁶⁷ Essa classificação toma como referência a renda per capita, a diversificação das exportações e a integração no sistema financeiro global em sua divisão (WORLD BANK, 2016).

Whiteford et al. (2013), desde o relatório “Investindo em Saúde”, do Banco Mundial, a atenção global no que diz respeito ao setor saúde se concentrou na carga relativa associada à morbidade de doença, e não apenas à mortalidade. Essa mudança para incorporar os efeitos da morbidade de doença foi fundamental para enfatizar a importância dos transtornos mentais nos estudos em saúde.

Desse modo, caminhamos para o segundo movimento que foi a constituição dos estudos em Saúde Global e o uso da medida integrada de Carga de Doença. Na tese de doutorado de Gustavo Matta: “A Medida Política da Vida: A invenção do WHOQOL e a construção de políticas de saúde globais”, o autor descreveu o movimento técnico-político que possibilitou a construção do enunciado de Saúde Global (*Global Health*), iniciado na década de 1990. Segundo Matta (2005), a Saúde Global estava relacionada às transformações do mundo globalizado e suas repercussões para a saúde de cada país e entre os países a nível global, sendo articulada por instituições governamentais, como o *Office of Global Health*, do Departamento de Saúde e Serviços Humanos do governo norte-americano; instituições acadêmicas, como a Universidade de Pittsburgh, nos Estados Unidos; organizações não-governamentais, como o *Global Health Council*; programas de grandes organizações e corporações econômicas, como o *Global Health Initiative*, do Fórum Econômico Mundial; programas e políticas de agências internacionais como a OMS, o Banco Mundial e o Unicef.

No artigo intitulado “Saúde global: uma análise sobre as relações entre os processos de globalização e o uso dos indicadores de saúde”, Gustavo Matta e Arlinda Moreno (2014) destacaram que o fenômeno político da Saúde Global representou a construção de uma nova agenda para a saúde do mundo. Nessa perspectiva, as lutas e as discussões sobre a política de saúde internacional abandonaram o território geográfico dos países e passaram a trabalhar com uma certa “transterritorialidade” de demandas, avaliações e procedimentos de saúde. Desse modo, discussões sobre atenção primária, controle de doenças, avaliação de sistemas de saúde vão compor um painel para planejamento e ações globais, baseado na interdependência econômica e tecnológica dos estados nacionais. Nesse processo, os indicadores de saúde têm um papel fundamental, pois seu uso retórico nos estudos em saúde global tem contribuído para a construção de políticas para países pobres e em desenvolvimento.

Segundo Matta e Moreno (2014), na literatura, há duas formas de se definir os indicadores de saúde: com relação à finalidade (indicadores de eficiência, de eficácia e de efetividade) e no que concerne ao conteúdo (demográficos, socioeconômicos, mortalidade, morbidade e fatores de risco, recursos, cobertura etc.). Todavia, essas definições atribuem aos indicadores um grande poder de utilidade e resolutividade para diversas questões relacionadas

a saúde, funcionando, inclusive, como “determinantes” na tomada de decisão para o desenho de modelos de gestão ou para a formulação de políticas ou, mesmo, para a elaboração de sistemas nacionais de saúde.

A medida de Carga de Doença se constituiu neste bojo das discussões sobre Saúde Global, sendo utilizada como um dos indicadores para mensurar a morbidade em saúde a nível mundial. Ela foi estimada através dos anos de vida ajustados por incapacidade (*Disability-Adjusted Life Years* - DALYs), que combinava perda de anos de vida por mortalidade prematura (*Years of Life Lost to Premature Mortality* - YLLs) e anos vividos com incapacidade (*Years Lived with Disability* - YLDs). O primeiro estudo *Global Burden of Disease*, realizado na década de 1990 pela OMS, mostrou que os transtornos neuropsiquiátricos - um grupo que incluía transtornos neurológicos e demência, bem como transtornos mentais e de uso de substâncias - respondiam por mais de um quarto do ônus não fatal, medido em anos vividos com incapacidade (YLD). Cinco das dez principais causas de incapacidade foram incluídas na categoria de transtorno neuropsiquiátrico e a depressão foi o transtorno mais incapacitante do mundo medido em YLDs, e a quarta principal causa de Carga Global de Doença medida em anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs) (WHITEFORD et al., 2013).

Assim sendo, os estudos em Saúde Global, fazendo uso de indicadores de saúde, passaram a mover seu foco para os transtornos mentais, centrando-se na carga e no impacto sanitário desses para a vida das pessoas, sendo destacadas as necessidades de cuidados em saúde mental não atendidas, especialmente, nos países de baixa e média renda. Wenceslau e Ortega (2015) ressaltaram que entre 1990 e 2010, os transtornos mentais e comportamentais responderam por cerca de um quarto de todos os anos perdidos por incapacidade no mundo. No mesmo período, os anos de vida perdidos ajustados por incapacidade atribuíveis a transtornos mentais, neurológicos e de abuso de substâncias aumentaram 38% e representaram 7,4% da carga mundial total de problemas de saúde.

Mediante este cenário de visibilidade de ações em saúde mental a nível mundial, vários autores realizaram mais estudos e divulgações em congressos, artigos científicos e revistas para sedimentar o modelo dimensional, que estaria subjacente à estrutura dos Transtornos Mentais Comuns, observados na atenção primária à saúde. Ormel et al. (1995) desenvolveram uma pesquisa que replicou o modelo bidimensional de depressão e ansiedade e desenvolveu uma análise de traços latentes do estudo original de Manchester (GOLDBERG et al., 1987), relacionando-o com dois estudos holandeses, um na cidade de Groningen, outro em Nijmegen. Diferente do estudo de Goldberg et al. (1987), esses autores averiguaram que, dos sintomas

psiquiátricos observados na amostra, fez-se emergir uma terceira dimensão para ansiedade, além da dimensão de depressão já verificada.

A dimensão anterior de ansiedade se dividiu entre um eixo de ansiedade específica, caracterizado pela ansiedade com esquivas situacional e fóbica, e um eixo de ansiedade não específica, caracterizado pela ansiedade flutuante, que continha vários sintomas relacionados a tensão, irritabilidade e inquietação. Desse modo, esses autores propuseram um modelo dimensional com três eixos de sintomas psiquiátricos comuns, que explicavam a variação compartilhada entre os sintomas de ansiedade e depressão.

Já em um artigo publicado em 1996, nomeado “*A Dimensional Model for Common Mental Disorders*”, Goldberg propôs um modelo dimensional, com dois eixos correlacionados, correspondendo a ansiedade e a depressão, e o terceiro eixo composto por sintomas somáticos, com conteúdo de sintomas diferente dos outros eixos. O autor iniciou o artigo defendendo o modelo dimensional em detrimento do categorial, para os casos de Transtorno Mental Comum. Para tanto, ele se fundamentou na classificação das perturbações psíquicas, feita por Karl Jasper (1923), para o qual não havia uma linha claramente delimitada que definisse o que era saudável e o que não era nos quadros de neurose, para defender que, nesses casos, o diagnóstico deveria permanecer tipológico e multidimensional. Para fazer uma crítica ao modelo categorial, ele utilizou Kendell (1975), o qual especifica que na discussão sobre modelos categorial *versus* dimensional, as vantagens de um modelo categorial eram maiores nas psicoses, mas o inverso era verdadeiro para a doença neurótica.

Goldberg ainda argumentou que, quando se utiliza o modelo de classificação categorial, as pessoas ocupam mais de um eixo de sintomatologia diagnóstica para transtornos mentais da CID-10 ou do DSM-IV, sendo frequente que o paciente satisfaça mais de um conjunto de critérios para um diagnóstico, e esse é, então, referido como se estivesse sofrendo de mais de um transtorno mental, sendo o sintoma menos evidente característico de uma comorbidade. Ele fez uma crítica ao uso desse termo, pois refletiu que a comorbidade só tinha algum significado quando era referida a combinações de diabetes e esquizofrenia, por exemplo, mas não quando se compreendia que um ou dois sintomas de domínios correlacionados fossem tratados como se produzissem fenômenos diferentes.

Ele ressaltou as vantagens do modelo dimensional, assentando-o nos estudos de base genética e nas variáveis ambientais, de modo que nesse modelo não haveria perda de informação e no sistema classificatório seria possível registrar a gravidade de um transtorno em vários níveis, em vez de separar todos os graus de um transtorno em um limiar arbitrário, que subdividiria os sinais e sintomas em várias categorias diagnósticas.

Goldberg concluiu o artigo afirmando que havia uma correlação entre ansiedade e depressão, já a somatização estaria relacionada a cada um deles, apontando a possibilidade de um modelo dimensional com três eixos correlacionados, que constituiriam os Transtornos Mentais Comuns. Ele descreveu os sistemas dimensionais como um exercício de construção de um modelo possível e, apesar dos sistemas CID-10 e DSM-IV, terem suas forças e fraquezas visibilizadas, ainda, não poderiam ser descartados.

Apesar de destacar que as classificações vigentes não poderiam ser descartadas, Goldberg e seus contemporâneos fizeram várias críticas ao modo como as categorias diagnósticas estavam sendo apresentadas na CID e no DSM: o questionamento ao modelo categorial, como forma de compreender e descrever os diagnósticos psiquiátricos não-psicóticos; a discordância com relação ao uso do conceito de comorbidade, para caracterizar dois ou mais diagnósticos psiquiátricos constitutivamente sindrômicos; e a proposição do uso do modelo dimensional, fundamentado num *continuum* fenomenológico para compreender as categorias diagnósticas em saúde mental.

Além disso, alguns desses autores participaram como integrantes da comissão responsável pela edição do DSM-V e do grupo de trabalho da OMS que estava propondo alterações no capítulo V-Transtornos Mentais e Comportamentais da CID-10 para o desenvolvimento do capítulo Transtornos Mentais, Comportamentais e do Neurodesenvolvimento da CID-11, e uma classificação revisada de transtornos mentais para atenção primária à saúde - a nova versão da CID-AP. Os grupos de trabalho, que contribuíram e/ou estão contribuindo para desenvolver essas classificações, discutiram a possibilidade de trazer o modelo dimensional como forma de caracterizar as síndromes psiquiátricas. Mas, podemos analisar que houve uma ruptura com o paradigma dominante? Ou esses sistemas classificatórios estariam realizando apenas um “*aggiornamento*”⁶⁸, uma “atualização” de formas anteriores de nomear as pessoas, que produzem categorias diagnósticas e uma patologização de “modos de ser e agir” cotidianos?

Para construir um novo paradigma é necessário interrogar o conhecimento anteriormente produzido, fazer emergir um novo modelo de pensamento e ter a ratificação dos “pares” para que essa nova produção de saber seja reconhecida como legítima, utilizando, para

⁶⁸ *Aggiornamento* é um termo italiano, que significa "atualização". Esta palavra foi a orientação chave dada como objetivo para o Concílio Vaticano II, convocado pelo Papa João XXIII em 1962. O Concílio Vaticano II tinha por objetivo “atualizar” a Igreja, mas sem mudar os seus dogmas nem o seu depósito de fé (ROMA, 1963). O uso do vocábulo *Aggiornamento* neste trabalho se faz através de uma metáfora em que analisamos se, de fato, estamos observando uma ruptura no modelo de classificação diagnóstica para os transtornos mentais, ou apenas uma adaptação de modelos anteriores descrita em uma “nova roupagem”.

tanto, o *modus operandi* do novo saber para questionar o modelo anterior (KUHN, 2006). Mas, para que esse novo saber seja universalmente reconhecido, também é necessário que ele possa ser utilizado na vida das pessoas, uma dessas formas é o processo de formulação de políticas, neste caso especialmente políticas de saúde. Nesse sentido, por meio do desenvolvimento e da “oferta de ideias”, agências internacionais, como o Banco Mundial e a OMS, tem orientado a formulação de políticas de saúde que são “ofertadas” aos seus países membros e são direcionadas para o enfrentamento de problemas e o “aprimoramento” dos seus sistemas de saúde, principalmente nos países de baixa e média renda (MATTOS, 2000). Essas orientações são feitas através de relatórios, embasados em pesquisas, as quais utilizam de indicadores de saúde globais (como a Carga Global de Doença, que foi usada para mensurar a morbidade em saúde a nível mundial) para a construção de políticas.

Ademais, é importante um contexto favorável a essa nova produção: além do reconhecimento dos “pares” para a fabricação do novo conhecimento científico; da “utilidade” desse na vida das pessoas, legitimado por meio da formulação de políticas de saúde, através de instituições governamentais e não-governamentais; as pessoas que sofrem, seus familiares, os profissionais de saúde precisam “carimbar” a existência do “novo saber”, ou seja, a doença e/ou a síndrome necessita ser materializada no corpo e/ou reconhecida enquanto sofrimento, ela precisa sair do “laboratório” e adentrar o espaço social para que possa existir (LATOUR; WOOLGAR, 1986). Então, uma nova categoria diagnóstica passa a nomear as pessoas, sendo produzida e produzindo modos de ser sujeito (HACKING, 2006)⁶⁹.

Embebidos desses questionamentos, analisamos até o momento como os Transtornos Mentais Comuns foram construídos, de que forma a literatura científica visibilizou-os, além de identificarmos os elementos discursivos que lhes deram legitimidade, mediante a apreciação de documentos produzidos das décadas de 1960 a 1990. Doravante, seguiremos analisando os trabalhos publicados nas décadas seguintes a respeito desses Transtornos, para compreendermos que efeitos esses enunciados produziram, em especial, no que diz respeito a constituição de novos diagnósticos, localizados nos meandros entre a clínica médica e a psiquiatria.

⁶⁹ É importante destacar que existem vários caminhos para a construção de classificações diagnósticas, como por exemplo, o caso do TEPT em que as pessoas lutaram para que sua patologia fosse legitimada, e elas pudessem ter acesso a direitos sociais, antes não existentes.

6 A CONSTITUIÇÃO DOS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS COMO CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS

No começo do século XXI, foram efetuados vários estudos ao redor do mundo com enfoque em saúde mental, isso esteve associado a um maior financiamento para pesquisas na área, feito por organismos internacionais, órgãos de pesquisa, instituições governamentais e não-governamentais. Esses trabalhos estavam voltados, especialmente, para os ambientes de atenção primária a saúde e sua realização contribuiu para mudanças significativas nas classificações DSM e CID, inclusive na discussão sobre a sustentação dos modelos categorial e/ou dimensional nesses sistemas classificatórios. Doravante, apresentaremos o contexto em que esses estudos foram construídos, que possibilitou a constituição dos Transtornos Mentais Comuns como categorias diagnósticas.

6.1 O contexto da saúde mental no começo do século XXI

No início deste século, a OMS retomou a busca pela hegemonia técnica e política sobre o mercado da saúde global, ofuscada na década de 1990 pela “oferta de ideias” do Banco Mundial e pela articulação de recursos voltados para a saúde feita por esse banco e o Unicef⁷⁰. A partir da gestão de Gro Harlem Brundtland, ex-primeira-ministra da Noruega que assumiu a direção da OMS em 1998, esta agência internacional recuperou o assento nas mesas de negociações para reaver o seu lugar na liderança do cenário sanitário internacional, por meio da capacidade de monitorar e influenciar outros atores e fortalecer sua situação financeira, especialmente pela organização de parcerias globais e fundos globais (MATTA, 2005; LIMA, 2014).

Segundo Lima (2014), a partir de então, o que se verificou foi uma aproximação cada vez maior com o Banco Mundial e outros organismos internacionais, não somente para o financiamento de projetos e pesquisas em saúde, como também para a própria definição de

⁷⁰ O Fundo Internacional de Emergência para a Infância é um órgão das Nações Unidas formado por um grupo de países reunidos pela ONU, que foi criado em 1946 como um fundo de emergência para ajudar as crianças e os adolescentes que sofreram com as consequências da segunda grande guerra. Atualmente, está presente em 191 países (UNICEF, 2018). Em 1981, o Unicef se afastou das teses universalistas de Alma-Ata, desarticulando a parceria com a OMS, e assumindo uma proposta de difusão de um pacote mais seletivo de ações voltadas para a atenção primária, no que diz respeito a redução da mortalidade infantil. Na década de 1990, o Unicef assumia um papel de destaque no cenário internacional e passava a aglutinar grandes volumes de recursos, financiados pelo Banco Mundial, por entidades privadas e agências de ajuda ao desenvolvimento. Para maior aprofundamento dessa discussão, ver Mattos (2000).

políticas de desenvolvimento, especialmente o que passou a ser denominado de “sistemas de saúde eficazes”⁷¹ – isto é, a construção de políticas de apoio às reformas do setor que priorizassem as intervenções de maior custo-benefício baseadas no ‘novo universalismo’ e em parceria com o setor privado” (p. 240).

A gestão de Brundtland centrou-se na necessidade de mudança e no estabelecimento de prioridades de ações e programas para o desenvolvimento do setor saúde nos países membros, em especial, aqueles classificados como sendo de baixa e média renda. Essas ações deveriam ser oriundas de evidências científicas, baseadas na noção de Carga de Doença e na avaliação dos diversos sistemas de saúde dos países que a compunham, a partir dessas evidências, construídas com o uso de indicadores compostos e transculturais, seriam propostas estratégias e ações para o desenvolvimento da saúde no mundo (MATTA, 2005).

Mediante essa reformulação administrativa, financeira e política da instituição, os países doadores solicitaram maior controle sobre a destinação de recursos para programas específicos, em vez de destiná-los à estrutura da OMS. Estas mudanças culminaram no que se nomeou “Determinações Estratégicas” que deveriam ser aplicadas a cada uma das 35 áreas de concentração da OMS, sendo 11 dessas áreas prioritárias, as quais seriam: malária; tuberculose; HIV/Aids; câncer, doenças cardiovasculares e diabetes; tabaco; saúde materna; desnutrição; saúde mental; segurança no sangue; sistemas de saúde e investindo em mudanças na OMS. Essas prioridades foram escolhidas pelo grupo executivo mediante a avaliação dos principais problemas de saúde do mundo, tendo como ênfase as iniquidades sanitárias entre os países e dentro deles, a necessidade de novas tecnologias, a construção de consensos e políticas e uma maior demanda de suporte aos países membros (MATTA, 2005)

Posteriormente a esse processo, a OMS publicou em 2001 o Relatório Mundial de Saúde, com o tema “Saúde mental: Nova Conceção, Nova Esperança” (*Mental Health: New Understanding, New Hope*). O relatório era uma revisão geral sobre os principais fatores que contribuíam para a constituição das perturbações mentais e o seu “peso” (identificação, diagnóstico, prevalência e impacto dos transtornos mentais) atual e futuro a nível mundial. Além disso, ele abordava a prevenção em saúde mental; a disponibilidade e os obstáculos para

⁷¹ A OMS realizou uma pesquisa multicêntrica para avaliar os sistemas de saúde em seus países membros, fazendo uso da combinação do cálculo dos custos com medidas de eficácia das intervenções e sua utilização para determinar prioridades nesses sistemas de saúde. O resultado do estudo originou o Relatório Mundial de Saúde de 2000, intitulado “Sistemas de saúde: melhorando a performance”. Por meio deste relatório, a OMS aproximou-se do modelo político proposto no documento “Investindo em Saúde” (1993), feito pelo Banco Mundial. Segundo Lima (2014), no relatório foi desenvolvida a ideia de um “novo universalismo” (atualmente denominado Cobertura Universal de Saúde), com base no argumento central de que os recursos públicos para a saúde eram e vão continuar sendo escassos, assim sendo essa proposta se direcionava para ampliar o ingresso de capital privado na área de saúde.

o seu tratamento; a prestação e o planejamento de serviços nos países membros; a formulação de políticas de saúde mental, necessárias para assegurar o fim do estigma e da discriminação, bem como para implantar a prevenção e o tratamento eficaz de transtornos mentais com os recursos disponíveis nos países membros.

A mensagem da diretora-geral Gro Harlem Brundtland no relatório destacava que:

(...) falar sobre saúde sem falar em saúde mental é como afinar um instrumento e deixar algumas notas dissonantes. A OMS está a fazer uma declaração muito simples: a saúde mental – negligenciada durante demasiado tempo – é essencial para o bem-estar geral das pessoas, das sociedades e dos países, e deve ser universalmente encarada sob uma nova luz (OMS, 2001, p. 8).

Apesar de Gro Harlem Brundtland não ter incentivado a realização de pesquisas que teriam como foco ações em saúde na atenção primária durante sua gestão, a diretora-geral da OMS chamou atenção para a problemática da saúde mental, trazendo-a à cena dos estudos globais. O chamado “*gap*”, ou a “lacuna” de tratamento⁷² dos casos de transtorno mental ao redor do mundo, antes não visibilizada, ou como descreveu Brundtland, “negligenciada”, foi “encarada sob uma nova luz”. Todavia, este foco luminoso não estava voltado para os países desenvolvidos, mas aqueles em desenvolvimento, para os quais foram sugeridas formulações nos sistemas de saúde.

O relatório de 2001⁷³ orientava que os organismos técnicos e de desenvolvimento das Nações Unidas poderiam ajudar os países de baixa e média renda no incremento da infraestrutura de saúde mental, na formação de recursos humanos e no fortalecimento da capacidade de pesquisa. Os três cenários para ação seriam:

a) cenário A: países economicamente mais pobres, onde a infraestrutura, a formação de recursos humanos e a capacidade de pesquisa estavam completamente ausentes ou eram muito limitadas. Nesses casos, podiam-se

⁷² Segundo Robert Kohn et al. (2004), o *gap* ou hiato terapêutico (*mental health gap*) considera que grande parte das pessoas com transtornos mentais ao redor do mundo não recebe tratamento adequado ou nem mesmo é reconhecida e diagnosticada com estes problemas.

⁷³ Dez recomendações feitas no Relatório Mundial de Saúde de 2001:

1. O tratamento da saúde mental deve ser acessível na atenção primária;
2. Drogas psicotrópicas precisam estar prontamente disponíveis;
3. O cuidado deve ser desviado das instituições e direcionado para instalações comunitárias;
4. O público deve ser educado sobre saúde mental;
5. Famílias, comunidades e consumidores devem estar envolvidos na advocacia, formulação de políticas e formação de grupos de autoajuda;
6. Programas nacionais de saúde mental devem ser estabelecidos;
7. A formação de profissionais de saúde mental deve ser aumentada e melhorada;
8. Links com outras instituições governamentais e não governamentais deve ser aumentado;
9. Os sistemas de saúde mental devem ser monitorados usando indicadores;
10. Mais apoio deve ser fornecido para pesquisa (OMS, 2001).

aplicar ações específicas, tais como preparação de pessoal, disponibilização de medicamentos essenciais em todos os serviços de saúde e retirada da prisão de pessoas com transtornos mentais;

b) cenário B: países com níveis moderados de recursos. Entre outras ações, sugeriu-se o fechamento dos hospitais custodiais para pessoas em sofrimento mental e outras medidas, no sentido de integrar os cuidados de saúde mental aos cuidados de saúde geral;

c) cenário C: países que tinham mais recursos, para os quais foram propostos aperfeiçoamento do tratamento em cuidados primários de saúde, acesso mais fácil a novos medicamentos e serviços de cuidados comunitários que proporcionassem 100% de cobertura.

Em seguida, a OMS adotou o Programa de Ação Global para a Saúde Mental (*Mental Health Gap Action Programme-mhGAP*), com o objetivo de implementar as recomendações do Relatório Mundial de Saúde de 2001. O Programa baseava-se em quatro estratégias que deveriam ajudar a melhorar a saúde mental das populações: aumentar e melhorar a informação para tomada de decisões e transferência de tecnologia para maximizar a capacidade do país; aumentar a conscientização sobre os transtornos mentais, através da educação e defesa de mais respeito pelos direitos humanos e menos estigma; assistir os países na elaboração de políticas e no desenvolvimento de serviços de saúde mental abrangentes e eficazes; construir capacidade local para pesquisa em saúde mental pública em países mais pobres (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Todavia, apesar desses esforços, a agência não conseguia mobilizar a contento recursos necessários para ações em saúde mental nos países membros, em especial, os de baixa e média renda. Então, em 2005, a OMS lançou o *slogan* “Não Há Saúde Sem Saúde Mental” (*No Health Without Mental Health*), que foi endossado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), pelo Conselho de Ministros da União Europeia, a Federação Mundial de Saúde Mental e o *Royal College of Psychiatrists* do Reino Unido, chamando atenção para a Carga de Doença dos transtornos mentais e o efeito desses sobre os problemas de saúde no mundo (PRINCE et al., 2007).

Somado a isso, uma série de artigos foi publicada em 2007 no número especial da revista *The Lancet*, denominado *Global Mental Health*, originando o Movimento para a Saúde Mental Global, que se caracterizou enquanto uma coalizão de 95 instituições e mais de 1700 pessoas de mais de 100 países, que representavam profissionais e sociedade civil organizados para pensar e planejar ações sobre os problemas de saúde mental no mundo (PATEL et al., 2011). O

editor-chefe da revista Richard Horton abriu esse número especial com o artigo “*Launching a New Movement for Mental Health*”, destacando que a OMS não era a única instituição com a responsabilidade de fortalecer os serviços de saúde mental a nível mundial, além dela o Banco Mundial, doadores de países (como EUA, Reino Unido e União Europeia), fundações (como as Fundações Gates e Rockefeller), órgãos de financiamento de pesquisa (por exemplo, os Institutos Nacionais de Saúde dos EUA) e associações profissionais deveriam tornar a saúde mental um tema central de suas estratégias e fluxos financeiros.

Além disso, ele fez uma crítica às ações em saúde mental ao redor do mundo, destacando a negligência com relação aos cuidados a pessoas com transtornos mentais; a necessidade de maior apoio financeiro para estudos na área, especialmente com relação aos países de baixa e média renda; a atenção primária como âmbito privilegiado para o desenvolvimento de ações em saúde mental; a necessidade de indicadores para medir essas ações. Nas palavras de Horton (2007):

Primeiro, a saúde mental é um aspecto negligenciado do bem-estar humano, que está intimamente ligado a muitas outras doenças de importância para a saúde global. Em segundo lugar, os recursos para a saúde mental são inadequados, insuficientes e distribuídos de maneira desigual. Terceiro, já existe uma forte base de evidências sobre a qual ampliar os serviços de saúde mental. Em quarto lugar, a maioria dos países de baixa e média renda atualmente dedica pouquíssimos recursos à saúde mental. Quinto, há lições críticas para aprender com os sucessos e fracassos do passado com relação à liderança política e definição de prioridades, ao aumento do apoio financeiro, à descentralização dos serviços de saúde mental, à integração da saúde mental aos cuidados primários, ao aumento do número de profissionais de saúde treinados em saúde mental e ao fortalecimento das perspectivas de saúde pública em saúde mental. Finalmente, qualquer chamada à ação exige um conjunto claro de indicadores para medir o progresso no nível nacional⁷⁴ (p. 806).

No artigo escrito por Prince et al. (2007), publicado neste mesmo número da revista com o título “*No Health Without Mental Health*”, os autores ressaltaram que os transtornos mentais se constituíam enquanto fatores de risco para o desenvolvimento de doenças transmissíveis e não transmissíveis e contribuía para lesões acidentais e não acidentais. Ademais, para algumas doenças infecciosas, os transtornos mentais em pessoas infectadas aumentavam o risco de transmissão. Nesse sentido, a saúde mental poderia contribuir para a consecução de vários

⁷⁴ Tradução nossa para o parágrafo: “First, mental health is a neglected aspect of human wellbeing, which is intimately connected with many other conditions of global health importance. Second, resources for mental health are inadequate, insufficient, and inequitably distributed. Third, there is already a strong evidence base on which to scale up mental health services. Fourth, most low-income and middle-income countries currently devote far too few resources to mental health. Fifth, there are critical lessons to learn from past successes and failures for political leadership and priority setting, for increasing financial support, for decentralising mental health services, for integrating mental health into primary care, for increasing health workers trained in mental health, and for strengthening public health perspectives in mental health. Finally, any call to action demands a clear set of indicators to measure progress at country level” (HORTON, 2007, p. 806).

Objetivos de Desenvolvimento do Milênio⁷⁵, por exemplo, com relação a promoção da igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres, a redução da mortalidade infantil, a melhoria da saúde materna e a reversão da propagação do HIV/AIDS, caso houvesse um investimento estratégico para o desenvolvimento de ações na área, todavia essa relação não estava sendo reconhecida. Para reverter este quadro, os autores destacaram que a prioridade dos estudos em saúde mental para os próximos anos deveria ser: aumentar a base de evidências para interações entre transtornos mentais e outros problemas de saúde em países de baixa e média renda.

Com relação a tentativa de visibilidade às ações em saúde mental na atenção primária, podemos lembrar os estudos de Neil Kessel em 1960, realizados na Inglaterra, após a introdução do Serviço Nacional de Saúde, que propunha a atenção primária como *locus* prioritário para os cuidados aos problemas de saúde da população no Reino Unido. Além disso, a “Declaração de Alma-Ata” e as “Recomendações de Alma-Ata”, elaboradas ao final da Primeira Conferência Internacional sobre Atenção Primária a Saúde⁷⁶, que ocorreu em Alma-Ata, no Cazaquistão, em 1978, propostas pela OMS em parceria com o Unicef, já discutiam e avaliavam a situação da saúde e da assistência sanitária em todo o mundo em sua relação com a atenção primária (OMS, 1978). Outro resultado desse evento foi a reafirmação e a divulgação da meta “Saúde para todos no ano 2000”, inspirada em um dos princípios constitucionais da OMS: a saúde como direito fundamental do ser humano.

Mais recentemente, podemos observar o Relatório Mundial de Saúde de 2008 (OMS, 2008), intitulado “Cuidados de Saúde Primários - Agora Mais Que Nunca” (*Primary Health Care - Now More Than Ever*)⁷⁷. Esse relatório deu destaque para o aperfeiçoamento do modelo de prevenção de doenças e de promoção da saúde, sendo destacada a importância da detecção precoce de enfermidades; a melhora na relação médico-paciente, de modo que fosse incluída a participação deste na tomada de decisões em seu processo de tratamento; o desenvolvimento

⁷⁵ Em 2000, a ONU, ao analisar os maiores problemas mundiais, estabeleceu oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) para o ano de 2015: acabar com a fome e a miséria; educação básica de qualidade para todos; igualdade entre sexos e valorização da mulher; reduzir a mortalidade infantil; melhorar a saúde das gestantes; combater a aids, a malária e outras doenças; qualidade de vida e respeito ao meio ambiente; e todo mundo trabalhando pelo desenvolvimento (ONU, 2000).

⁷⁶ Mattos (2000) e Matta (2005) analisaram que a realização dessa Conferência marcou um nova política da OMS, em que essa organização não apenas assistia seus países membros em uma perspectiva doença-centrada, mas também, intervinha e propunha políticas e estratégias sanitárias e sociais para os países membros.

⁷⁷ Para Lima (2014), esse relatório pressupõe medidas que redirecionam as práticas de saúde para a atenção ambulatorial, atendimento domiciliar e a ênfase na atenção primária e saúde pública, todavia diferentes da proposta de Alma-Ata, que preconizava a saúde como direito fundamental do ser humano.

de aptidões sociais, conhecimentos biomédicos e especializados pelas equipes profissionais para garantir o cuidado a população; o investimento no setor e a disponibilidade de recursos apropriados para efetuar ações adequadas às necessidades das pessoas atendidas.

Esse documento vai na direção proposta pelo Relatório Mundial de Saúde de 2000: “Sistemas de Saúde: Melhorando a Performance” (*Health Systems: Improving Performance*) (WHO, 2000), no que diz respeito a ideia da Cobertura Universal de Saúde⁷⁸, e caminha ao lado do Relatório Mundial de 2001: “Saúde mental - Nova Concepção, Nova Esperança”, no que concerne ao destaque a atenção primária como local privilegiado para articulação dos cuidados de saúde, a serem desenvolvidos através de medidas de promoção e prevenção, que seriam averiguadas e ratificadas por evidências científicas.

Além disso, podemos citar o documento “*Integrating Mental Health into Primary Care: a Global Perspective*” (WHO; WONCA, 2008), editado em conjunto pela OMS e pela WONCA, que reúne diretrizes globais e relatos de experiências de diversos países sobre a integração entre saúde mental e atenção primária. No documento é analisado que, num sistema hierarquizado de saúde, a atenção primária deve incluir entre seus serviços essenciais: a identificação precoce de transtornos mentais; o tratamento de Transtornos Mentais Comuns; o manejo de pacientes psiquiátricos estáveis e o encaminhamento para outros níveis, quando necessário; a atenção às necessidades de saúde mental de pessoas com outros problemas de saúde e a prevenção e promoção de saúde mental.

Observamos, então, a produção de vários documentos que destacavam a necessidade de ações em saúde mental a nível mundial, sendo essas ações a serem realizadas, preferencialmente, nos ambientes de atenção primária a saúde. Outro material que fundamentou essa discussão foi a publicação de um novo número especial da revista *The Lancet* sobre saúde mental, quatro anos após a publicação da série de 2007. Este novo número contou com uma coletânea de artigos selecionados pelos membros do Movimento para a Saúde Mental Global, em que 40% dos 52 autores da série analisavam pesquisas feitas nos países de baixa e média renda e outros 15% tinham sido ancorados em agências de desenvolvimento da ONU, ou de outros organismo internacionais, para realizar seus estudos. Esses trabalhos trouxeram temas sobre o acompanhamento dos objetivos sintetizados na primeira série de 2007 e o

⁷⁸ A Cobertura Universal de Saúde se constitui por meio da privatização de instituições públicas, de parcerias público-privadas e de modalidades de planos de pré-pagamento e seguros-saúde, que sinalizam a construção de um modelo de proteção social de matriz liberal e não a constituição de um modelo de proteção social público de atenção à saúde (LIMA, 2014). Esse modelo de universalização da saúde também aparece como referência para os países membros da OMS no Relatório Mundial da Saúde de 2010, intitulado: “Financiamento dos Sistemas de Saúde: o Caminho para a Cobertura Universal”.

preenchimento de lacunas no tratamento em saúde mental a nível mundial, como descreveu Patel et al. (2011).

O psiquiatra, cofundador e ex-diretor do Centro de Saúde Mental Global, Vikram Patel e colaboradores abriram este novo número da revista com o artigo “*A Renewed Agenda For Global Mental Health*”, relatando que havia motivos para celebrar com relação às ações em saúde mental, devido às respostas globais e nacionais aos cuidados na área. Segundo os autores, diversas iniciativas globais foram lançadas nos últimos anos, principalmente: as diretrizes de intervenção mhGAP da OMS; os “Grandes Desafios em Saúde Mental Global” (*Grand Challenges in Global Mental Health*), que apoiavam uma nova geração de pesquisas na área; e o próprio Movimento para a Saúde Mental Global. Nos níveis locais, vários países estavam dando passos ousados para desenvolver políticas de saúde mental e planos para intensificar os seus cuidados; havia um grande crescimento na base de evidências para tratamentos na área e sistemas de atendimento (por exemplo, para a saúde mental infantil e em contextos humanitários); novos programas de capacitação estavam sendo lançados; e uma presença crescente de diversas comunidades de interessados, particularmente advindos de países de baixa e média renda, exerciam papéis de liderança na realização de pesquisas e intervenções em saúde mental.

No entanto, eles destacaram que ainda havia um longo caminho a percorrer, com muitos desafios a serem enfrentados. Em primeiro lugar, a questão dos direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental, que deveriam ser colocados em primeiro plano da saúde global. Segundo, os sistemas de saúde precisavam de mais recursos para ampliar os cuidados em saúde mental, que estavam sendo subfinanciados. Terceiro, ainda havia muito a ser aprendido sobre como oferecer tratamentos eficazes a todos e as diretrizes do mhGAP poderiam contribuir para este processo, se tornando a abordagem padrão para os países e setores de saúde. Quarto, desastres naturais, bem como conflitos nacionais e internacionais, demandavam não apenas uma grande necessidade, mas também uma oportunidade única de ampliar o atendimento à população afetada com transtornos mentais.

Dentre as iniciativas globais, citadas por Patel et al. (2011), que poderiam colaborar para o enfrentamento desses desafios, estava a produção do documento “Grandes Desafios em Saúde Mental Global” (*Grand Challenges in Global Mental Health*), publicado na revista *Nature* em 2011 e desenvolvido pelos pesquisadores Pamela Y. Collins; Vikram Patel; Sarah S. Joestl; Dana March; Thomas R. Insel e Abdallah S. Daar, os quais ressaltavam que Esquizofrenia, Depressão, Epilepsia, Demência, Dependência de Álcool e outros transtornos mentais,

neurológicos e de uso de substâncias constituíam 13% da Carga Global de Doença, superando tanto as doenças cardiovasculares quanto o câncer.

Para abordar esta problemática, eles identificaram prioridades para a pesquisa em saúde mental nos próximos 10 anos, que teriam impacto na vida das pessoas com transtornos mentais em todo o mundo, sendo essas prioridades apontadas por 594 pesquisadores e 422 clínicos, os quais trabalhavam em mais de 60 países, que concordaram em participar do estudo. Eles foram solicitados a responder à pergunta “Quais são os grandes desafios para a saúde mental global?”. A lista final contou com 25 grandes desafios, os quais iam desde questões pré-clínicas, a etiologia e o tratamento de transtornos mentais, neurológicos e de uso de substâncias, até a implementação e as necessidades políticas para intensificar as intervenções efetivas na área. Todos os desafios enfatizavam a necessidade de cooperação global na condução de pesquisas, para criar acesso compartilhado a dados, conhecimento e oportunidades de capacitação.

O estudo havia sido financiado pelo Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA (*National Institute of Mental Health-NIMH*) em Bethesda, Maryland e apoiado pela Aliança Global para Doenças Crônicas (*Global Alliance for Chronic Diseases-GACD*), com sede em Londres. O esforço dos autores para construção desse material se justificava, uma vez que eles esperavam construir uma ampla comunidade de financiadores para realização de pesquisas em transtornos mentais, neurológicos e de uso de substâncias. Nesse sentido, eles chamavam atenção para o fato de que “um conjunto mais amplo de partes interessadas também deve ser envolvido, particularmente em problemas que exigiam pesquisa integrada e intervenções políticas” (p.30)⁷⁹. As “partes interessadas” incluíam Banco Mundial, bancos regionais de desenvolvimento, agências nacionais de desenvolvimento, fundações, organizações não-governamentais e a comunidade empresarial global, devido a “íntima relação” entre desenvolvimento econômico e social e as necessidades das pessoas com transtornos mentais, neurológicos e de uso de substâncias, apontada pelos autores ao longo do texto. Nesse interim, a OMS também foi convocada a disseminar informações sobre os 25 desafios, citados neste documento, para os ministérios de saúde e conselhos de pesquisa de seus países membros, a fim de moldar as prioridades de pesquisa e ação em saúde mental a nível mundial.

Eles concluíram o texto solicitando ações e investimentos urgentes na área e ressaltando que lidar com os grandes desafios da Saúde Mental Global poderia levar a benefícios econômicos significativos para os estados nacionais, incluindo reduções no uso inadequado dos cuidados de saúde e aumento da produtividade nos próximos anos, que superariam muito os

⁷⁹ Tradução nossa para o trecho: (...) “a wider set of stakeholders must also be engaged, particularly in problems that require integrated research and policy interventions” (COLLINS et al., 2011, p. 30).

custos de investimento na área, apesar de que a estabilização de transtornos mentais, neurológicos e de uso de substâncias pudesse não ser atingida nos próximos 10 anos.

No que diz respeito à discussão sobre desenvolvimento econômico e social e saúde mental, feita no estudo de Collins et al. (2011), um novo evento contribuiu para dar visibilidade a esse processo: a inclusão da saúde mental nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável da ONU em 2015. Esses substituíram os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que estabeleciam metas universais para combater a pobreza extrema e a fome, a prevenção de doenças e a expansão da educação primária, dentre outras prioridades. Os 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, endossados por todos os estados membros das Nações Unidas, são parte da Resolução 70/1 de sua Assembleia Geral: “Transformando o Nosso Mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável” (*Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*), os que seriam: Erradicação da pobreza; Fome zero; Boa saúde e bem-estar; Educação de qualidade; Igualdade de gênero; Água limpa e saneamento; Energia limpa e acessível; Emprego digno e crescimento econômico; Indústria, inovação e infraestrutura; Redução das desigualdades; Cidades e comunidades sustentáveis; Consumo e produção responsáveis; Combate às alterações climáticas; Vida debaixo d’água; Vida sobre a terra; Paz, justiça e instituições fortes; Parcerias em prol das metas (UNITED NATIONS, 2015).

Para Lund et al. (2018), essa agenda representa um plano ambicioso para o desenvolvimento humano sustentável até 2030 e, especificamente com relação a saúde mental, o item “Saúde e bem-estar” enfatiza a inclusão dos cuidados de saúde mental na Cobertura Universal de Saúde. Esse destaque se dá, uma vez que o sofrimento humano global e os custos financeiros associados aos transtornos mentais tem sido apontados como substanciais e crescentes. Além disso, esses autores destacaram que os investimentos em saúde mental têm o potencial de aumentar as capacidades e a produtividade das pessoas e de suas famílias afetadas, como apontava o documento “Grandes Desafios em Saúde Mental Global”.

O Relatório da *Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development*, publicado no Dia Mundial da Saúde Mental em 2018, celebrou a inclusão da saúde mental nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e destacou as estreitas ligações entre essa e a maioria das questões relevantes apresentadas na Resolução 70/1. Esse relatório apresentava as evidências científicas para a priorização e o investimento nos cuidados em saúde mental ao redor do mundo, a partir do preenchimento de três lacunas: o acesso a cuidados, a qualidade dos cuidados e a prevenção dos transtornos mentais (PATEL et al., 2018).

Segundo o relatório, os transtornos mentais eram responsáveis por grande parte da Carga Global de Doença, ou seja, por mais anos vividos com incapacidade (32,4%) do que outras morbidades e por quase tantos anos de vida ajustados por incapacidade (13,0%) quanto doenças cardiovasculares (13,5%). Esse documento, ainda, destacava o custo anual dos transtornos mentais por dia de trabalho perdido, 12 bilhões de dólares, em contrapartida, por cada \$1 USD investido nos Transtornos Mentais Comuns, haveria um retorno de \$3-5 USD. Entre 2011-2030, isso custaria à economia global perdas no rendimento econômico de \$16 USD trilhões, valor mais elevado que o do câncer, da diabetes e das doenças respiratórias combinados. Havia, ainda, o destaque que pessoas com transtornos mentais eram frequentemente excluídas das intervenções para a promoção de desenvolvimento, nesse sentido, a investigação mostrou uma relação cíclica entre a má saúde mental e as desigualdades ao nível educacional, financeiro, de nutrição, de habitação e de apoio social.

Por fim, a Comissão estabeleceu sete recomendações principais: Abordar a saúde mental em todos os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável; Incluir a saúde mental nos serviços essenciais para a Cobertura Universal de Saúde; Adotar uma abordagem de saúde pública para a prevenção e promoção; Assegurar a inclusão das pessoas com transtorno mental; Aumentar o investimento em saúde mental; Utilizar os resultados da investigação para impulsionar a mudança; Medir o progresso relativamente aos compromissos existentes. E assinalou que: “Com isso, décadas de ciência e defesa da saúde mental para alcançar seu lugar de direito na agenda do desenvolvimento global finalmente tiveram sucesso”⁸⁰ (PATEL et al., 2018, p. 1554).

Observamos mudanças no processo de visibilidade da saúde mental no cenário global e o consequente aumento no financiamento de pesquisas e ações na área, que vão desde o Relatório Mundial de Saúde de 2001, com o tema “Saúde mental: Nova Conceção, Nova Esperança”; passando pela criação do *slogan* “Não Há Saúde Sem Saúde Mental”, lançado pela OMS em 2005; somado a isso, as publicações da série de artigos na revista *The Lancet* em 2007 e 2011, bem como a criação do Movimento para a Saúde Mental Global; até a inclusão dessa nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, com o lema “não há desenvolvimento sustentável sem saúde mental”.

É neste contexto de maior visibilidade dos transtornos mentais, através do uso das medidas de perdas decorrentes das morbidades psiquiátricas a nível global e dos consequentes custos dessas para o mercado de trabalho e os cuidados em saúde, que se estendem os estudos

⁸⁰ Tradução nossa para a frase: “With this, decades of science and advocacy for mental health to achieve its rightful place in the global development agenda had finally succeeded” (PATEL et al., 2018, p.1554).

sobre *continuum* de sinais e sintomas, os quais caracterizam os Transtornos Mentais Comuns. Esses estudos reiteram o argumento que o modelo dimensional caracteriza de forma mais equânime e pragmática o sofrimento psíquico não abarcado pelos diagnósticos de transtornos mentais graves, descritos nos manuais CID e DSM. Desse modo, tais estudos propõem novas categorias diagnósticas, forjadas numa abordagem dimensional, para descrever misturas de sintomas ansiosos, depressivos e somáticos, observados nas pessoas atendidas pelos profissionais de saúde nos serviços de atenção primária ao redor do mundo.

6.2 A abordagem dimensional dos Transtornos Mentais Comuns e a proposição de novas categorias diagnósticas

Gask et al. (2008), no artigo intitulado “*Capturing complexity: the case for a new classification system for mental disorders in primary care*”, analisaram que as revisões planejadas da CID e do DSM poderiam atender melhor às necessidades da atenção primária se refletissem uma abordagem mais dimensional do que categórica. O olhar desses autores se voltou para a atenção primária a saúde e a necessidade de visibilidade dos problemas observados pelos profissionais nesses serviços, que não estavam “representados” nas classificações existentes até então.

Eles ressaltaram, ainda, que tais classificações eram baseadas em pesquisas e experiências em contextos psiquiátricos, nesse sentido, os pacientes de cuidados primários, que eram “menos prejudicados” do que suas coortes psiquiátricas e menos propensos a ter um transtorno mental perceptível, não eram visibilizados e devidamente tratados. Somado a isso, eles apontaram que o DSM-IV e a CID-10 eram descendentes diretos de diagnósticos oriundos de pesquisas desenvolvidas nos EUA e na Europa Ocidental. Assim sendo, eles eram baseados em uma estrutura conceitual ocidental de doença, sendo provável que algumas de suas categorias diagnósticas tivessem validade limitada em outras partes do mundo e que algumas condições importantes em outras culturas não ocidentais tivessem representação limitada ou imprecisa no DSM e na CID. Por fim, os autores ainda destacaram a necessidade de uma classificação apropriada para a atenção primária que deveria incluir os problemas pessoais e sociais (psicossociais) dos sujeitos que sofriam, não para medicaliza-los, mas para reconhecer que eles existiam, eram importantes e afetavam direta e indiretamente o cuidado prestado em clínicas de atenção primária.

Grosso modo, esses autores chamavam atenção para as pessoas que buscavam os serviços na atenção primária e, frequentemente, apresentavam uma mistura de problemas

psicológicos, físicos e sociais. A flutuação de sintomas, desencadeada por esses problemas, dificultava a avaliação feita pelos profissionais que atendiam nesses serviços, contribuindo para pouco reconhecimento e um tratamento inadequado dos problemas de saúde mental. Mesmo quando essas pessoas preenchiam os critérios diagnósticos para transtornos específicos descritos nas classificações, seus sintomas alternavam com o tempo e sua variação poderia ser transitória. Nesse sentido, eles ressaltavam a necessidade de uma classificação apropriada para atender essa problemática.

Nessa direção, um estudo multicêntrico realizado por Löwe et al. (2008) com 2091 pacientes em 15 clínicas de atenção primária nos Estados Unidos, objetivou caracterizar a sobreposição diagnóstica de depressão, ansiedade e somatização nos casos atendidos na atenção primária. Segundo esses autores, em mais de 50% dos casos havia uma sobreposição entre sinais e sintomas de depressão, ansiedade e somatização. Essa sobreposição de síndromes deveria ser levada em consideração na feitura de futuras classificações, e poderiam ser descritas em um único transtorno global, o qual incluiria critérios básicos das três síndromes. Esses resultados apontados por Löwe e colaboradores questionavam a posição refletida no DSM-IV e na CID-10 de que as três síndromes eram distintas entre si e apoiavam a inclusão de modelos dimensionais em futuras revisões dos sistemas de classificação⁸¹.

Corroborando com os resultados da pesquisa de Löwe e colaboradores e com as análises realizadas pelo estudo de Gask et al. (2008), Simms et al. (2012) reiteraram que havia uma “comorbidade” observada entre os transtornos de humor, ansiedade e sintomas somáticos, manifestados em pacientes na atenção primária a saúde, que aglutinavam características comuns desses transtornos. Além disso, as pesquisas realizadas neste período apresentavam crescentes evidências de que os Transtornos Mentais Comuns emergiam sobre os princípios básicos da estrutura dimensional, o que não havia era um consenso sobre se e como implementar tal modelo no DSM-V e na CID-11.

Simms e colaboradores utilizaram os dados do *Collaborative Study of Psychological Problems in General Health Care* da OMS para analisar como os sintomas somáticos, de ansiedade e de depressão se encaixavam nos modelos dimensionais existentes. Para isso, esses pesquisadores examinaram a estrutura de 91 sintomas em uma amostra de 5433 pessoas

⁸¹ A CID-10 e a CID-10-AP já tinham adotado o conceito do “misto de ansiedade e depressão” nos diagnósticos de “Transtorno Misto Ansioso e Depressivo” e “Transtorno Misto de Ansiedade e Depressão”, respectivamente. Todavia, esses diagnósticos eram utilizados para os casos com características subclínicas dessas síndromes (OMS, 1993; OMS, 1998). Já no DSM-IV, em seu apêndice B, aparece um conjunto de critérios para estudos adicionais, entre eles se insere o Transtorno Misto de Ansiedade-Depressão, que é caracterizado como uma categoria a ser explorada (APA, 1994).

atendidas na atenção primária em 14 centros: Ancara, na Turquia; Atenas, Grécia; Bangalore, Índia; Berlim e Mainz, Alemanha; Groningen, Holanda; Ibadan, Nigéria; Paris, França; Manchester, Reino Unido; Nagasaki, Japão; Rio de Janeiro, Brasil; Santiago, Chile; Xangai, China; Seattle, EUA; e Verona, Itália.

Os resultados desse estudo confirmaram a presença de um forte fator geral ao longo do qual ansiedade, depressão e sintomas somáticos poderiam ser organizados, o que contribuía para reiterar a construção de uma nosologia que explicasse características comuns e únicas observadas nos transtornos psiquiátricos. Esses autores, ainda, destacaram que eram necessários métodos de diagnóstico (por exemplo, administração de medidas) que permitissem a análise eficiente de tais elementos comuns e únicos em contextos clínicos, ademais se ressaltava a importância de analisar a utilidade clínica dos diagnósticos psiquiátricos e sua aplicabilidade a nível mundial.

Nesse interim, um grupo de consulta, que consistia em um conjunto de profissionais da atenção primária e especialistas em saúde mental, os quais representavam países desenvolvidos e em desenvolvimento, foi convocado pela OMS para liderar a construção do capítulo para transtornos mentais da CID-11 e sua versão para a atenção primária. Esse grupo foi encarregado de desenvolver e testar em campo o conjunto completo de síndromes a serem incluídas na CID-11-AP. Lam e colaboradores compunham tal grupo, que publicou o artigo: “*Proposed new diagnoses of anxious depression and bodily stress syndrome in ICD-11-PhC: an international focus group study*”, em 2013, no qual se analisava as opiniões de profissionais, que trabalhavam em serviços de atenção primária a saúde, sobre a construção de novas categorias diagnósticas. Para tanto, foram desenvolvidos grupos focais que discutiam a viabilidade clínica do uso dessas novas categorias em vários países do mundo: Áustria, Brasil, Hong Kong, Nova Zelândia, Índia, Paquistão, Tanzânia e Reino Unido.

As categorias a serem inseridas na CID-11-AP eram: Depressão Ansiosa (*Anxious Depression*)⁸² e Síndrome do Estresse Corporal (*Bodily Stress Syndrome*)⁸³. A primeira se destinava a abranger os transtornos em que os sintomas ansiosos e depressivos estavam

⁸² Nas palavras de Goldberg, Reed, Robles et al. (2017), Depressão Ansiosa é conceituada como sendo: “(...) when patients met the requirements of both current depressive episode and current anxiety, and to yield a diagnosis of subclinical mixed depression and anxiety to patients who had significant symptoms of both depression and anxiety but did not meet the full diagnostic requirements of either disorder separately” (p. 8).

⁸³ Goldberg et al. (2016) definem Síndrome do Estresse Corporal como: “(...) the co-occurrence of symptoms falling into cardiopulmonary, musculoskeletal, and gastrointestinal clusters and explicitly linking these symptom clusters to ‘functional’ syndromes of non-cardiac chest pain, fibromyalgia, and irritable bowel syndrome. This conceptualization was subsequently expanded to include an additional cluster of ‘general’ symptoms (e.g., concentration difficulties, memory impairment, fatigue) theorized as corresponding to chronic fatigue syndrome” (p. 5).

presentes, desde o baixo limiar que não caracterizava o diagnóstico de Transtorno Depressivo e Ansiedade Generalizada, até os casos mais graves, em que os sinais e sintomas de ambas as síndromes apresentavam-se misturados. A segunda caracterizaria pacientes com sintomas somáticos persistentes, que foram anteriormente diagnosticados como tendo Transtorno de Somatização, Transtorno Somatoforme, ou Sintomas Medicamente Inexplicáveis.

Para esse grupo de pesquisadores, a atenção primária a saúde era o *locus* privilegiado dessa discussão, visto que a maioria das pessoas com transtornos mentais se dirigiam, principalmente, para os ambientes de atenção primária quando buscavam ajuda para seus problemas, logo, cuidar delas nesses espaços era crucial, inclusive para a redução da Carga de Doença dos Transtornos Mentais a nível global, especialmente nos países de baixa e média renda. Nesse sentido, um diagnóstico de fácil compreensão e aplicabilidade, que pudesse ser utilizado pelos clínicos gerais e demais profissionais de saúde, com o intuito de visibilizar pessoas com necessidades de saúde mental para tratá-las, era necessário.

Os resultados do estudo apontaram que a adição da categoria Depressão Ansiosa na CID-11-AP foi bem recebida pelos profissionais da atenção primária nos grupos focais realizados em diferentes países. Muitos desses profissionais já estavam operando com este conceito, mesmo sem a inclusão formal de uma categoria específica na CID-10. Com relação a Síndrome do Estresse Corporal, enquanto os profissionais concordaram que os sintomas somáticos eram comuns e importantes para serem tratados no contexto da atenção primária, houve menos acordo sobre a proposta de categorização dos sintomas a serem usados na atribuição de um diagnóstico que os incluíssem. Alguns profissionais acreditavam que um único sintoma persistente e grave deveria qualificar essa síndrome, enquanto outros discordavam sobre o número ou a gama de sintomas necessários para o diagnóstico. Por fim, os autores da pesquisa refletiram que o reconhecimento de uma ou outra categoria se fazia como uma estrada, por onde você poderia virar para a esquerda ou para a direita, ou seja, uma pessoa que apresentasse uma mistura de sintomas somáticos, de ansiedade e de depressão poderia “mover” seu sofrimento emocional mais efusivamente em direção ao diagnóstico de Depressão Ansiosa ou para a Síndrome do Estresse Corporal.

Para fundamentar a legitimidade de inclusão dessas categorias diagnósticas na CID-11-AP, um outro estudo de campo foi desenvolvido por esse grupo em cinco países: Brasil (São Paulo e Rio de Janeiro), República Popular da China (Hong Kong), México (Jalisco), Paquistão (Rawalpindi) e Espanha (Oviedo), contando com a participação de 124 médicos, que trabalhavam na atenção primária nesses países e foram capacitados para o uso dessas categorias. A pesquisa foi realizada no período entre outubro de 2013 e julho de 2015, sendo dividida em

três partes: (1) foi feita a avaliação de escalas breves para a identificação de depressão, ansiedade e Depressão Ansiosa na atenção primária⁸⁴; (2) foi realizada uma avaliação das categorias de Síndrome do Estresse Corporal e Ansiedade com a Saúde e sua relação com os transtornos depressivos e ansiosos e (3) foi desenvolvida uma avaliação dos pontos de vista dos clínicos gerais sobre a implementação de mudanças propostas para a CID-11-AP. No artigo “*Primary Care Physicians’ use of the Proposed Classification of Common Mental Disorders for ICD-11*”, Goldberg, Lam, Minhas et al. (2017) descreveram a realização desse estudo de campo:

- a) parte 1: solicitou-se que clínicos gerais treinados, os quais se disponibilizaram a participar do estudo, selecionassem até 30 pessoas suspeitas de estarem psicologicamente perturbadas. Para aquelas que concordaram em participar da pesquisa, os clínicos gerais administraram duas escalas, contendo 5 itens de depressão e 5 itens de ansiedade⁸⁵, e também fizeram análises da gravidade dos sintomas e da incapacidade apresentadas por essas pessoas. Como resultado do uso dessas avaliações, a Depressão Ansiosa foi a categoria diagnóstica mais comumente observada em todos os centros;
- b) parte 2: solicitou-se que os clínicos gerais elegessem até 10 pessoas com três ou mais sintomas somáticos que não eram totalmente atribuíveis a uma patologia física conhecida, sendo esses associados a sofrimento e/ou a incapacidade significativos, ou com altos níveis de Ansiedade com a Saúde. A Ansiedade com

⁸⁴ As escalas foram compostas por questões de resposta ao item sim ou não, elaboradas para médicos generalistas utilizarem com os usuários do serviço, quando esses suspeitarem que um paciente está emocionalmente perturbado. A montagem dessas escalas foi descrita no estudo Goldberg, Prisciandaro, Williams (2012), intitulado: “*The Primary Health Care Version of ICD-11: The detection of common mental disorders in general medical settings*”.

⁸⁵ - Questões da Escala de Depressão de cinco itens:

D1 Você se sente deprimido todos os dias nas últimas duas semanas?

D2 Durante as últimas duas semanas, você teve menos interesse ou prazer com atividades?

Itens adicionais (para ser perguntado se a resposta for positiva a qualquer item de triagem):

D3 Durante as últimas duas semanas, você teve pouca concentração?

D4 Durante as últimas duas semanas, você experimentou sentimentos de inutilidade?

D5 Durante as últimas duas semanas, você sentiu que queria morrer ou teve pensamentos de morte?

- Questões da Escala de Ansiedade de cinco itens:

A1 Você se sentiu nervoso ou ansioso durante as últimas duas semanas?

A2 Durante as últimas duas semanas, você descobriu que não é capaz de controlar sua preocupação?

Itens adicionais (para ser perguntado se a resposta for positiva a qualquer item de triagem):

A3 Durante as últimas duas semanas, você teve problemas para relaxar?

A4 Durante as últimas duas semanas, você se sentiu tão inquieto que foi difícil ficar quieto?

A5 Durante as últimas duas semanas, você sentiu medo de que algo terrível pudesse acontecer? (GOLDBERG; PRISCIANDARO; WILLIAMS, 2012).

a Saúde (*Health Anxiety*)⁸⁶ aparece descrita neste estudo como uma doença relacionada a Síndrome do Estresse Corporal e que poderia ser diagnosticada quando o paciente apresentava ideias ou medos persistentes e intrusivos de ter uma doença, ou ainda, uma preocupação intensa com “sensações corporais menores”, ou problemas que eram mal interpretados como sinais de doença grave. Os resultados desta etapa sugeriram que depressão, ansiedade e somatização eram diferentes apresentações de um fenômeno latente comum. Já a sobreposição entre Síndrome do Estresse Corporal e Ansiedade com a Saúde foi substancial, o que indicava que Ansiedade com a Saúde por si só era raro;

c) parte 3: Como base para a comparação dos diagnósticos apresentados pelos clínicos gerais na Parte 1 e na Parte 2 do estudo, avaliações foram feitas usando uma entrevista psiquiátrica computadorizada o *Clinical Interview Schedule - Revised* (CIS-R), que utilizava algoritmos de diagnóstico baseados na CID-10. Como resultado, os testes de campo apoiaram as diretrizes de diagnóstico revisadas e o *feedback* dos clínicos gerais, com base em sua experiência de uso das novas categorias diagnósticas, foi favorável. Utilizando as diretrizes diagnósticas propostas para a CID-11-AP, os clínicos gerais foram capazes de usar um modelo dimensional de sintomas, destacando a gravidade e a incapacidade associadas para definir os casos de Transtornos Mentais Comuns.

Ratificando os estudos anteriores, o grupo de consulta concluiu que os diagnósticos presentes na CID-10 e no DSM-V não forneciam uma maneira de integrar os aspectos dessas síndromes, observadas nos atendimentos clínicos. Para isso, era necessário que as futuras classificações fornecessem categorias que melhor correspondessem às apresentações clínicas dos Transtornos Mentais Comuns nos ambientes de atenção primária a saúde, para melhorar as avaliações dos profissionais que trabalhavam nesses espaços. Nessa perspectiva, a abordagem dimensional poderia contribuir para o reconhecimento de problemas de saúde mental e seu consequente tratamento, o que possibilitaria uma redução da lacuna de tratamento nessa área a nível global.

A partir dos materiais analisados, podemos considerar que os Transtornos Mentais Comuns estavam saindo de uma conceituação mais ampla de sinais e sintomas não-psicóticos

⁸⁶ “Health Anxiety (HA) is a related condition, diagnosed when the patient exhibits persistent, intrusive ideas or fears of having illness or intense preoccupation with minor bodily sensations or problems that are misinterpreted as signs of serious disease” (GOLDBERG; LAM; MINHAS et al., 2017, p. 2).

de difícil identificação diagnóstica, observados em pessoas que buscavam os serviços de atenção primária a saúde (GOLDBERG; HUXLEY, 1992), para serem estabelecidos em categorias diagnósticas, que estavam sendo construídas para serem inseridas na versão para atenção primária da CID-11. Para que isso fosse possível, alguns movimentos ocorreram:

- a) a crítica com relação às versões da CID e do DSM até então publicadas, que foram sustentadas no argumento de que a sobreposição de sintomas somáticos, de ansiedade e de depressão, observada em ambientes de atenção primária a saúde, não era visibilizada nessas classificações, então, a necessidade de que um sistema classificatório abarcasse a mistura dessas síndromes, ou seja, que as legitimasse. Para isso, era necessário um modelo que fundamentasse esse conjunto de sinais e sintomas e a abordagem dimensional “caiu como uma luva” para fundamentar a construção de novas categorias diagnósticas a serem inseridas num sistema classificatório, uma vez que o paradigma categórico descritivo, utilizado nas classificações anteriores, não sustentava essa proposta;
- b) era importante a construção de categorias diagnósticas, assentadas em pesquisas feitas em vários países ao redor do mundo, utilizando o mesmo *modus operandi*, para confirmar sua “existência” (COMTE, 1988). Desse modo, foram realizados vários estudos que continuavam utilizando escalas psicométricas para medir os sinais e sintomas de transtornos mentais, todavia, diferente das pesquisas iniciais, realizadas por Goldberg e seus contemporâneos, nas quais eram usados os questionários autoavaliativos, como o GHQ ou o SRQ, outros instrumentos de avaliação passaram a ser aplicados pelos clínicos gerais e/ou médicos de família, que trabalhavam nos ambientes de atenção primária, para o reconhecimento desses novos diagnósticos, como as escalas de 5 itens para identificação de depressão e ansiedade (GOLDBERG; PRISCIANDARO; WILLIAMS, 2012). Assim sendo, o saber da psiquiatria se ancorava no conhecimento da medicina moderna e na “materialidade” do número, ao fazer uso da clínica médica, de instrumentos de rastreio e de dados estatísticos, para estabelecer a existência de morbidades psiquiátricas. Legitimados por estudos epidemiológicos e pela clínica propriamente dita (CAMARGO JR., 2013), os diagnósticos de Depressão Ansiosa, Síndrome do Estresse Corporal e Ansiedade com a Saúde estavam sendo construídos;
- c) a elaboração do discurso de “quebra” do processo de medicalização, o qual é feito através dos argumentos: se está visibilizando aqueles que sofrem de

perturbações mentais, não observadas nos ambientes de atenção primária a saúde, para evitar o uso inadequado de medicamentos e de serviços médicos desnecessários, sem produzir novos processos de adoecimento; para isso, se faz uso de estratégias variadas, não só os fármacos, mas também intervenções psicossociais de base comportamental, que poderiam melhorar a vida das pessoas com Transtornos Mentais Comuns. Desse modo, se nomeia a patologia e desenvolve suas formas de tratamento concomitantemente (FREITAS; AMARANTE, 2015; WHITAKER, 2017);

d) o uso de medidas de Carga Global de Doença e da Lacuna de Tratamento, ensejadas pela OMS, além da emergência do Movimento de Saúde Mental Global, foram fundamentais para destacar a necessidade de pesquisas e ações voltadas para a saúde mental na atenção primária a nível mundial, especialmente nos países em desenvolvimento, para que essas fossem financiadas por organismo internacionais, fundações globais e órgãos de pesquisa. Esses discursos entoavam o papel dos transtornos mentais na produção de incapacidade na vida das pessoas e os altos custos desses para os estados nacionais, que necessitavam ser sanados. Nessa perspectiva, a construção de diagnósticos que contribuíssem para a identificação e o tratamento de transtornos mentais na atenção primária, possibilitaria a redução da Carga de Doença, minimizaria a lacuna de tratamento na área e a diminuição dos custos nos cuidados em saúde mental, daí a sua significância.

Compreendendo a importância da articulação desses movimentos para a constituição dessas novas categorias diagnósticas - Depressão Ansiosa, Síndrome do Estresse Corporal e Ansiedade com a Saúde -, apresentaremos como se deu a construção de cada uma delas, para que seja possível entender melhor o processo de mudança dos Transtornos Mentais Comuns: da passagem de uma “conceituação ampla” de um conjunto de sinais e sintomas não-psicóticos, para o nascimento de Diagnósticos Clínico-Psiquiátricos, a serem visibilizados em uma classificação utilizada mundialmente.

6.3 Discorrendo sobre a categoria Depressão Ansiosa

A construção desta categoria diagnóstica perpassa as discussões sobre o misto de sintomas ansioso e depressivo, descrito na literatura médica e observado nos serviços de saúde, desde os casos atendidos em ambientes de atenção primária a serviços especializados, mas

pouco perceptíveis nos sistemas diagnósticos existentes, o que justificaria a constituição desta nova categoria e sua inserção nesses sistemas.

Silverstone e Studnitz (2003) apontaram que um grupo de pacientes com sintomas mistos de depressão e ansiedade não eram bem classificados. Todavia, a literatura científica já discorria sobre esses sintomas. Então, esses autores objetivaram determinar com maior precisão este quadro, pesquisando na literatura médica, artigos que continham esses termos e foram publicados após 1994 até o começo do séc. XXI. A escolha por esse período ocorreu, tomando por base as publicações das versões do DSM que, antes do DSM-III-R, apresentavam uma classificação diagnóstica hierárquica, com sintomas de ansiedade sendo incluídos no Transtorno Depressivo Maior, somente depois do DSM-III-R foi utilizado o diagnóstico de comorbidades. Ademais, o Transtorno de Ansiedade Generalizada só foi reconhecido em sua forma atual no DSM-IV, estudos antes dessa publicação não eram diretamente comparáveis com estudos após este período.

Os trabalhos analisados por Silverstone e Studnitz destacavam que havia um crescente reconhecimento de que boa parte dos transtornos de ansiedade e dos transtornos depressivos eram diagnósticos comórbidos, bem como o risco de incapacidade aumentava quando eles ocorriam juntos. Esses materiais também descreviam os quadros depressivos e ansiosos de maneiras diferentes: como comorbidade de Transtorno Depressivo Maior e algum dos Transtornos de Ansiedade; como Transtorno Depressivo Maior com ansiedade subclínica; como Depressão subclínica com Ansiedade subclínica.

Um dos estudos sugeria que o termo Depressão Ansiosa poderia ser utilizado quando houvesse comorbidade entre as síndromes ansiosa e depressiva. No entanto, esse uso ignoraria dois grupos: pessoas com Depressão Maior que apresentavam sintomas de ansiedade subclínicos, os quais não satisfaziam critérios para um diagnóstico específico de algum dos transtornos de ansiedade; pessoas que apresentavam sintomas depressivos e de ansiedade subclínicos, que não preenchiam os critérios para diagnósticos separados de transtornos de depressão e ansiedade. Embora esta última ocorrência fosse comumente vista por médicos da atenção primária e reconhecida na CID-10 com o diagnóstico de Transtorno Misto Ansioso e Depressivo, não era reconhecida no DSM-IV.

Mediante a análise dos estudos, Silverstone e Studnitz propuseram que os seguintes termos poderiam ser usados para classificar o misto das síndromes ansiosa e depressiva:

- a) Transtorno Depressivo Maior observado junto com um Transtorno de Ansiedade deveria continuar sendo descrito como comórbido;

- b) Transtorno Depressivo Maior com sintomas de ansiedade subclínica deveria ser denominado Depressão Ansiosa;
- c) Quando os sintomas de depressão e ansiedade fossem subclínicos, deveriam continuar a ser denominados Transtorno Misto Ansioso e Depressivo, como na CID-10;
- d) Quando estudos apresentassem mais de um desses grupos, o termo “Espectro de Depressão Ansiosa” seria usado.

Eles concluíram que o termo Depressão Ansiosa fosse reservado a pessoas que preenchiem critérios diagnósticos para Transtorno Depressivo Maior e apresentavam sintomas subclínicos de um dos transtornos de ansiedade (aqueles que não preenchiem os critérios diagnósticos para Transtorno de Pânico, Transtorno de Ansiedade de Separação, ou Transtorno de Ansiedade Generalizada). No entanto, problemas potenciais em relação a esse conceito proposto precisavam ser reconhecidos: primeiro, não havia nenhuma evidência que demonstrasse que a Depressão Ansiosa pudesse ser diferenciada de maneira confiável do conceito de comorbidade e do Transtorno Misto Ansioso e Depressivo; segundo, esse conceito não esclarecia se um caso de Transtorno de Ansiedade com depressão subclínica estaria relacionado a essa categoria.

Os trabalhos posteriores, que responderiam as dúvidas apontadas no estudo de Silverstone e Studnitz (2003) sobre o conceito de Depressão Ansiosa, começaram a ser delineados a partir do artigo publicado por Kessler et al. (2005), “*Rethinking the Duration Requirement for Generalized Anxiety Disorder: evidence from the National Comorbidity Survey Replication*”. Esses autores utilizaram dados epidemiológicos comunitários para estudar a relação entre a duração necessária do episódio de Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) no intervalo de 1 a 12 meses e uma gama de correlatos: início, curso, deficiência, comorbidade, TAG parental e sociodemográfica. Os dados provinham da *National Comorbidity Survey Replication* (NCS-R), uma pesquisa face-a-face realizada com uma amostra de 9282 pessoas da população doméstica dos EUA, conduzida entre 2001 e 2003.

Os pesquisadores analisaram que o requisito de duração mínima para os sintomas do Transtorno de Ansiedade Generalizada no DSM-III era de 1 mês quando o TAG foi introduzido no manual. Entretanto, estudos clínicos apontaram que o TAG raramente ocorria na ausência de outros transtornos de humor ou de ansiedade comórbidos, sugerindo que essa síndrome poderia ser melhor conceituada como sintomas iniciais de uma patologia, como sendo

residual⁸⁷, ou como marcador de gravidade, do que um transtorno independente. Novamente utilizando estudos clínicos, o grupo de trabalho do DSM-III-R, resolveu manter o TAG, aumentando o requisito de duração para 6 meses, ao observar que a comorbidade diminuía substancialmente com a duração mais longa do episódio. Além disso, foi incluída nessa versão do manual, a exigência de que "preocupação irrealista, difícil de controlar" estivesse presente para melhorar a distinção entre essa síndrome, o Transtorno Afetivo Não-Específico e outros transtornos de humor, bem como entre o TAG e outras síndromes ansiosas. O requisito de 6 meses de duração foi mantido no DSM-IV, o que significava que os episódios de menor duração não receberiam diagnóstico, mesmo se ocorressem durante anos. Os critérios da Classificação para pesquisa da CID-10 também exigiam uma duração de 6 meses, mas os da CID-10 para a prática clínica assumiam uma posição intermediária na duração, exigindo que o TAG demorasse alguns meses.

Os resultados do estudo apontaram que existia um grande número de pessoas com uma síndrome clinicamente significativa semelhante ao TAG, mas caracterizada por episódios de menos de 6 meses de duração. Os entrevistados com episódios curtos, às vezes tinham recorrências dentro de um único ano e esses episódios apresentavam flutuações na gravidade entre casos subclínicos e crônicos. Mediante tais resultados, os autores sugeriram a possibilidade de duração de menos de seis meses para identificação do episódio de TAG e complementaram dizendo que os casos com curta duração deveriam ser incluídos em um sistema diagnóstico, como reconhecimento de sua significância clínica.

A proposta de redução do tempo de duração para caracterizar um episódio de TAG nos sistemas diagnósticos, feita por Kessler et al. (2005), foi importante para a caracterização da Depressão Ansiosa, uma vez que essa limitação temporal dos sintomas de ansiedade poderia ser utilizada para definição de casos com misto de sintomas depressivos e ansiosos concomitantes. Desde o DSM-III-R, já havia a redução para o mínimo de duas semanas para caracterizar os transtornos depressivos (APA, 1989), assim como a CID-10 também utilizava um período mínimo para a definição de episódios depressivos. Todavia, o estado misto de depressão e ansiedade ainda não constituía um diagnóstico presente no DSM, apenas como critério para uso em pesquisa observado no DSM-IV, bem como em sua versão revisada, com a ressalva de que ainda eram necessários mais estudos para seu estabelecimento (APA, 2000). Já o diagnóstico de Transtorno Misto Ansioso e Depressivo era utilizado na CID-10 para

⁸⁷ Após anos de manifestação de um transtorno mental, nos quais vários surtos foram se sucedendo, a pessoa que sofre pode desenvolver o chamado "estado residual", apresentando apenas sinais e sintomas que são sequelas deste processo de adoecimento (DALGALARRONDO, 2008).

aplicação clínica desde 1993 (OMS, 1993) e, posteriormente, foi adotado na CID-10-AP com a nomeação de Transtorno Misto de Ansiedade e Depressão (OMS, 1998).

Com relação ao estabelecimento do Transtorno Misto de Ansiedade-Depressão no DSM-V, um ano antes da publicação deste manual, Batelaan et al. (2012) já faziam a crítica a sua possível inserção, alegando que os critérios para o Transtorno Misto Ansioso e Depressivo, presente na CID-10, não foram definidos com muita precisão. Para o DSM-V, os critérios desse diagnóstico preliminar seriam: três ou quatro dos sintomas de Depressão Maior deveriam estar presentes, como humor deprimido e/ou anedonia, sendo acompanhados por dois ou mais sintomas de angústia ansiosa, os quais seriam: preocupação irracional, preocupação com questões desagradáveis, dificuldade para relaxar, tensão motora e medo de que algo terrível possa acontecer. Esses sintomas deveriam ter duração de pelo menos duas semanas, ocorrerem ao mesmo tempo e nenhum outro critério do DSM, que caracterizasse os diagnósticos específicos de ansiedade ou de depressão, deveria estar presente.

Analisando os resultados divergentes de pesquisas anteriores, Batelaan e colaboradores argumentaram que essa categoria proposta foi investigada usando diferentes conjuntos de critérios e, como conclusão, os resultados de prevalência e curso de morbidade foram inconsistentes. Quando os critérios eram muito rigorosos, a prevalência dessa síndrome era marginal, o que limitava a utilidade clínica do diagnóstico. Quando os critérios eram muito “frouxos”, existia um risco de falso-positivo, isto é, de se fazer um diagnóstico quando não era indicado. Como não havia exigência nos critérios do DSM-V para considerar o contexto em que o misto de sintomas depressivos e ansiosos surgiam, muitos eventos de vida estressantes poderiam desencadear ansiedade e sintomas depressivos, se atendessem ao período de duração de 2 semanas, e muitos desses sintomas, provavelmente, seriam uma resposta transitória a esses eventos, ou seja, eles remitiriam.

Em suma, eles destacaram que o novo critério poderia inflar taxas de prevalência em comparação ao DSM-IV, já que a duração dos sintomas seria reduzida para duas semanas; esse “afrouxamento” dos critérios poderia aumentar o número de falsos positivos, levando a tratamentos desnecessários; poucas diferenças foram encontradas entre transtorno misto de ansiedade e depressão subclínica e outras categorias diagnósticas, portanto, a necessidade de uma categoria separada era questionável; além do que havia uma preocupação quanto à validade do diagnóstico, uma vez que ele apresentava baixa estabilidade ao longo do tempo.

Esses autores, ainda, consideraram que em pessoas com histórico de transtorno de ansiedade ou transtorno depressivo, a adoção de uma perspectiva longitudinal era mais racional, logo, ao invés de inserir uma categoria diagnóstica diferente no DSM-V, se devia prestar

atenção aos sinais precoces de recorrências e às flutuações a longo prazo no nível dos sintomas de ansiedade e transtornos depressivos, de modo que esses sintomas poderiam ser classificados como parte das trajetórias dos Transtornos de Ansiedade ou Transtornos Depressivos separadamente, como acontecia nas versões anteriores do manual. Com relação aos casos de pessoas sem transtorno de ansiedade e transtorno depressivo prévios, que apresentavam ansiedade e sintomas depressivos concomitantes de relevância clínica, esses sintomas poderiam ser classificados como depressão subclínica e ansiedade subclínica nas categorias não-especificadas para Transtornos Depressivos e Transtornos de Ansiedade, mantendo um sistema de classificação consistente nos níveis clínico e subclínico.

Batelaan e colaboradores defendiam, implicitamente, a permanência do modelo categorial, para caracterizar os transtornos mentais descritos na nova versão desse manual diagnóstico. De fato, a categoria Transtorno Misto de Ansiedade-Depressão não foi inserida no DSM-V, sob a justificativa de que os estudos de campo apresentavam baixa confiabilidade teste-reteste e esse transtorno não poderia ser separado de forma confiável do Transtorno Depressivo Maior ou do Transtorno de Ansiedade Generalizada. Em seu lugar, o comitê do DSM-V adicionou um especificador de ansiedade ao Transtorno Depressivo Maior, como forma de incorporar sintomas ansiosos comuns aos sintomas depressivos⁸⁸ (APA, 2013). Mesmo assim, tal inserção rompeu com o modelo multiaxial aplicado desde o DSM-III, se fundamentando em princípios básicos da abordagem dimensional.

Em contrapartida, Goldberg (2014) analisava que há anos, os médicos estavam cientes de que existia uma forma ansiosa de Depressão Maior, que possuía características distintas da depressão sem ansiedade, sendo muito comum em ambientes de atenção primária. Com relação ao DSM-IV, ele pontuou que essa categoria não tinha sido inserida nesta versão, porque os instrumentos de pesquisa utilizados para sua construção não permitiam o diagnóstico de Transtorno Misto de Ansiedade-Depressão, essa falta dificultava seriamente a tarefa de justificar o diagnóstico, por isso incluí-lo apenas no apêndice desta publicação como uma área a ser explorada. É importante destacar que até o DSM-IV, os médicos, que desejavam registrar o fato de que um paciente estava ansioso e deprimido, precisavam fazer duas avaliações

⁸⁸ Já na preparação para o DSM-V, a Conferência que teve como tema “Comorbidade entre Depressão e Transtorno de Ansiedade Generalizada”, considerou a sobreposição substancial de sintomas de depressão e ansiedade em termos de risco genético, temperamento antecedente, resposta ao tratamento e padrões de comorbidade, e examinou a relação entre Transtorno Depressivo Maior e Transtorno de Ansiedade Generalizada. Ao final da Conferência, houve a recomendação de que, embora esses dois transtornos fossem distintos, eles estavam intimamente relacionados, logo deveriam ser classificados dentro do mesmo grupo diagnóstico superordenado (FIRST, 2010).

separadas: uma para Transtorno Depressivo Maior, desde que os sintomas tivessem durado 2 semanas, e outra para Transtorno de Ansiedade Generalizada, desde que os sintomas ansiosos durassem 6 meses. Entretanto, os sintomas ansiosos e os sintomas depressivos frequentemente aumentavam e diminuía alternadamente, então, parecia arbitrário que os sintomas de ansiedade só pudessem ser reconhecidos se durassem muito mais do que os sintomas depressivos⁸⁹.

No que diz respeito a quinta versão desse manual, o autor destacou que essa categoria diagnóstica não sobreviveu aos testes de campo, porque os avaliadores foram autorizados a usá-la como um diagnóstico adicional, em vez de um diagnóstico residual, como esses testes foram realizados em clínicas psiquiátricas, onde as pessoas eram diagnosticadas com transtornos neuropsiquiátricos graves, a definição teria de ser alterada para enfatizar a natureza residual dessa síndrome. Contudo, o comitê do DSM-V adotou o diagnóstico de Transtorno Depressivo Importante (Maior), aceitando o especificador “com Ansiedade”. Para Goldberg, essa alteração foi bem-vinda, mas não respondia ao problema dos sintomas mistos de ansiedade e depressão, uma vez que, se uma pessoa não satisfizesse totalmente os critérios para depressão grave, ela não estaria inserida neste diagnóstico.

Ademais, apesar dos estudos longitudinais disponíveis indicarem que os casos de Transtorno Misto de Ansiedade-Depressão provavelmente remitissem, havia possibilidade de eles prosseguirem para um quadro mais grave, visto que existiam dois tipos principais de manifestação desse transtorno: aquele em que pessoas, as quais apresentavam sintomas mistos de ansiedade e depressão, se recuperavam de um episódio subclínico espontaneamente, e aquelas que desenvolviam um limiar acima. Essa variação acontecia porque os transtornos mentais comumente observados na atenção primária eram diagnósticos instáveis, e o misto de ansiedade e depressão não era exceção.

No que concerne ao diagnóstico de Transtorno Misto Ansioso e Depressivo, presente na CID-10, este enunciado foi introduzido para indicar um estado clínico em que havia sintomas característicos de ansiedade e depressão, mas ambos ficavam aquém do necessário para um diagnóstico formal de Episódio Depressivo ou de Transtorno de Ansiedade⁹⁰. O principal argumento a favor desse transtorno foi que ele era muito comum em ambientes de atenção

⁸⁹ Observamos, então, a importância do estudo de Kessler et al. (2005) para fundamentar a redução do tempo de manifestação e duração dos sintomas para caracterizar o episódio de “Transtorno de Ansiedade Generalizada”.

⁹⁰ A mesma comparação pode ser aplicada ao diagnóstico de Transtorno Misto de Ansiedade e Depressão, descrito na CID-10-AP.

primária, bem como os sintomas de “ansiedade extra”, observados nesses quadros, poderiam justificar um diagnóstico, além do que o número total desses sintomas era pelo menos comparável a quantidade observada em outros Transtornos Mentais Comuns. As pessoas que os apresentavam estavam significativamente angustiadas ou tinham incapacidade acentuada, por isso procuravam os serviços de saúde.

Todavia, o Transtorno Misto Ansioso e Depressivo, conforme descrito na CID-10, só poderia ser diagnosticado em um grau subclínico do misto de ansiedade e depressão, e os casos mais graves⁹¹? Nesse sentido, Goldberg ressaltou que existia uma continuidade entre o Transtorno Misto Ansioso e Depressivo e suas formas mais graves, por isso a necessidade de uma nova categoria diagnóstica, que seria nomeada Depressão Ansiosa. O Transtorno Misto Ansioso e Depressivo constituiria, portanto, um nível “subclínico” desta nova categoria proposta. O autor concluiu o artigo reiterando que os sintomas depressivos e somáticos eram muito marcantes nas consultas às populações na atenção primária, de modo que a complexidade desses transtornos só poderia ser alcançada com um sistema dimensional ou pseudodimensional, este último consistia em produzir critérios para graus leves, moderados e severos de cada um dos diagnósticos propostos.

Entretanto, realizando uma revisão da literatura sobre o conceito de Depressão Ansiosa, Ionescu et al. (2013) apontaram que essa proposição diagnóstica era confusa e controversa, visto que os termos "depressão ansiosa", "transtorno misto de ansiedade e depressão", “ansiedade e depressão mista” eram frequentemente usados de forma intercambiável, complicando ainda mais esse diagnóstico, tanto do ponto de vista clínico quanto de pesquisa. Eles realizaram uma pesquisa no PubMed para artigos escritos em inglês, publicados até outubro de 2012, sendo analisados 29 estudos, usando os critérios diagnósticos de Feighner⁹²

⁹¹ Idem nota 90.

⁹² Em um artigo publicado em 1972, Feighner e colaboradores propuseram um conjunto de critérios diagnósticos padronizados para definir uma variedade de síndromes psiquiátricas, como forma de melhorar a consistência diagnóstica dos transtornos mentais. Os cinco critérios diagnósticos propostos para uso em pesquisa psiquiátrica foram:

1. Descrição clínica: Descreve o quadro clínico do distúrbio (isto é, uma característica marcante ou uma combinação de características que se acredita estarem associadas entre si). Exemplos: raça, sexo, idade de início, fatores precipitantes e outros itens que podem definir precisamente o quadro clínico.
2. Estudos laboratoriais: Achados químicos, fisiológicos, radiológicos e anatômicos (biópsia ou autópsia), bem como certos testes psicológicos.
3. Delimitação de Outros Transtornos: Especifica critérios de exclusão para que pacientes com outras doenças não sejam incluídos no grupo de estudo.
4. Estudos de Acompanhamento: Determina se os pacientes originais estão ou não sofrendo de algum outro transtorno definido que poderia explicar o quadro clínico original. A evolução da doença original para outro transtorno sugere que os pacientes originais não eram de um grupo homogêneo.
5. Estudos da Família: A maioria das doenças psiquiátricas ocorre em famílias. Aumento da prevalência do mesmo transtorno entre parentes próximos.

para organizar os achados discrepantes e para revisar e comparar as evidências existentes, que apoiavam a definição de Depressão Ansiosa como um diagnóstico independente.

Após a análise dos estudos, Ionescu e colaboradores concluíram que o uso dos critérios das versões do DSM e da CID-10 produziam um quadro clínico de uma síndrome que era geralmente mais leve e transitória do que um diagnóstico de transtornos depressivos ou de ansiedade, colocando em questão a utilidade clínica e para pesquisa do diagnóstico de Depressão Ansiosa. Segundo esses critérios, esse diagnóstico poderia representar variantes transitórias do humor normal e estados sindrômicos para transtornos de ansiedade e de humor. Contudo, eles destacaram que, em resposta à dificuldade de capturar uma síndrome “verdadeira”, usando apenas os critérios da CID-10 ou do DSM, definir Depressão Ansiosa de maneira dimensional produziria um quadro clínico consideravelmente mais sério e poderia ser a maneira mais útil de diferenciar essa categoria de outros tipos de transtornos de humor e ansiedade. Por fim, reiteraram a importância de mais estudos que examinassem a estabilidade da categoria Depressão Ansiosa ao longo do tempo, utilizando critérios dimensionais, que poderiam elucidar, inclusive, a utilidade desse diagnóstico tanto para clínicos como para pesquisadores, e determinar se um estado misto de ansiedade e depressão garantiria um diagnóstico separado em futuras edições do DSM e da CID.

A inserção dessa categoria diagnóstica em um sistema classificatório seria possível após a realização de estudos de campo, feitos pelo grupo de consulta convocado pela OMS para liderar a construção da CID-11-AP, apresentados anteriormente. Algumas publicações recentes, realizadas por este grupo, descreveram esses estudos (GOLDBERG et al., 2016; GOLDBERG; REED; ROBLES et al., 2017; GOLDBERG; LAM; MINHAS et al., 2017; FORTES et al., 2018; ZIEBOLD et al., 2018; ZIEBOLD et al., 2019), contudo, nos centraremos nos artigos publicados por Goldberg, Reed, Robles et al. (2017) e Ziebold et al. (2019), a respeito de uma pesquisa dividida em três partes, realizada em cinco países, entre outubro de 2013 e julho de 2015. Nos focaremos nestes textos, pois eles trouxeram a Depressão Ansiosa como sua temática central.

Ziebold et al. (2019), no artigo: “*Diagnostic Consequences of a New Category of Anxious Depression and a Reduced Duration Requirement for Anxiety Symptoms in the ICD-11 PHC*”, avaliaram as mudanças propostas para a CID-11-AP, com base na inclusão da Depressão Ansiosa nesse sistema diagnóstico. Os dados incluídos neste trabalho foram coletados durante as duas primeiras partes da grande pesquisa. Esses autores descreveram a proposta para esta categoria diagnóstica, evidenciando que o paciente deveria cumprir os critérios tanto para ansiedade, quanto para depressão atuais, utilizando a mesma duração de 2

semanas para ambas. Os sintomas depressivos para a CID-11-AP incluiriam: sentir-se deprimido todos os dias; sentir menos interesse ou prazer em atividades (ao menos uma destas duas deveria estar presente); concentração ruim; sentimentos de desvalorização e querer morrer ou ter pensamentos sobre morte. Os sintomas de ansiedade na CID-11-AP incluiriam: sentir-se nervoso ou ansioso, ser incapaz de controlar a preocupação (ao menos um destes dois primeiros sintomas de triagem deveriam estar presentes); dificuldade para relaxar; sentir-se tão cansado que era difícil ficar parado; e ter medo de que alguma coisa horrível pudesse acontecer.

De acordo com os autores supracitados, essa conceituação da CID-11-AP representava um salto significativo com relação a outros sistemas de classificação diagnóstica, visto que a versão para pesquisa da CID-10⁹³ e o DSM-V exigiam que os sintomas de ansiedade persistissem por seis meses, antes que o TAG pudesse ser diagnosticado, enquanto um Episódio Depressivo poderia ser diagnosticado depois de um período de 2 semanas, logo, as classificações CID-10 e DSM-V suprimiam a identificação de ansiedade clinicamente significativa em uma duração mais curta. Além disso, segundo os critérios da CID-10, o Transtorno de Ansiedade Generalizada e o Transtorno Misto Ansioso e Depressivo não deveriam ser diagnosticados na presença de um Episódio Depressivo (não existia tal regra de exclusão para Transtorno de Pânico e/ou Fobias)⁹⁴. Já com relação ao DSM-V, as pessoas com sintomas mistos de ansiedade e depressão só poderiam ser classificadas com o diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior, aceitando o especificador “com Ansiedade”, se satisfizessem totalmente os critérios para depressão grave. Desse modo, o efeito prático desses sistemas de classificação era desencorajar a identificação e o tratamento de sintomas de ansiedade significativos, quando eles coexistiam com transtornos depressivos.

Os resultados deste estudo apontaram que os pacientes com duração mais curta dos sintomas de ansiedade, seja ou não no contexto de um Episódio Depressivo, eram clinicamente semelhantes a pacientes com maior duração de sintomas de ansiedade. Estes resultados poderiam contribuir para facilitar a identificação precoce dos sintomas de ansiedade, sua melhor conceituação e um manejo mais eficaz pelos profissionais de saúde. Logo, a classificação diagnóstica proposta para a CID-11-AP poderia incentivar a identificação e, portanto, o manejo adequado na atenção primária de sintomas significativos de ansiedade, particularmente quando estes coocorriam com a Depressão. A inclusão da categoria Depressão Ansiosa na CID-11-AP

⁹³ A versão clínica da CID-10 requeria uma duração de “no mínimo algumas semanas” e “normalmente alguns meses” para o TAG (OMS, 1993, p.116).

⁹⁴ O mesmo serviria para os diagnósticos da CID-10-AP.

e o qualificador “sintomas proeminentes de ansiedade com episódios de humor”, utilizado para codificar a coexistência de sintomas depressivos e ansiosos na CID-11, tinham o objetivo de preencher este vazio.

Os autores concluíram o estudo destacando que, em comparação com a CID-10-AP, houve uma migração substancial de pessoas com o diagnóstico de Depressão para o de Depressão Ansiosa, isso poderia refletir o fato de que esses pacientes tinham sintomas proeminentes e clinicamente significativos de ansiedade, os quais ficavam “ocultos” pelas convenções diagnósticas atuais. Desse modo, usando novos critérios para a CID-11-AP, a Depressão Ansiosa foi o diagnóstico mais frequente entre os pacientes que participaram da pesquisa.

É importante destacar que o diagnóstico “Transtorno Misto de Depressão e Ansiedade” (*Mixed Depressive and Anxiety Disorder*) está sendo inserido no grupo dos Transtornos Depressivos na CID-11, para caracterizar os quadros mistos de ansiedade e depressão, e apresenta a seguinte definição:

Transtorno Misto de Depressão e Ansiedade é caracterizado por apresentar os sintomas tanto de ansiedade quanto de depressão pelo período de até duas semanas. Nenhum dos conjuntos de sintomas, se considerados separadamente, são suficientemente graves, numerosos ou persistentes a ponto de justificar um diagnóstico de episódio depressivo, distímia, transtorno relacionado ao medo ou algum transtorno de ansiedade. Humor deprimido ou interesse diminuído em atividades devem estar presentes, acompanhados de sintomas depressivos adicionais, assim como múltiplos sintomas de ansiedade. Os sintomas resultam em dificuldade ou incapacidade significativas nas áreas de funcionamento pessoal familiar, social, educacional, ocupacional ou outras que sejam significativas. Não admite nenhuma mania, hipomania ou episódios mistos, os quais poderiam indicar a presença de um transtorno bipolar⁹⁵ (WHO, 2018).

A caracterização desse transtorno, feita a partir de um período mais curto (até duas semanas) para identificação dos sinais de ansiedade, os quais passaram a se tornar concomitantes a duração mínima para definição de estados depressivos, contribui para conceituação do misto de ansiedade e depressão neste sistema diagnóstico. Esta redução no tempo de duração para definir a ansiedade mórbida aproxima tal classificação do diagnóstico de Depressão Ansiosa, a ser utilizado na CID-11-AP. Entretanto, ambos se diferenciam porque o Transtorno Misto de Depressão e Ansiedade continua mantendo sua conceituação no nível de

⁹⁵ Tradução nossa para o trecho: “Mixed depressive and anxiety disorder is characterized by symptoms of both anxiety and depression more days than not for a period of two weeks or more. Neither set of symptoms, considered separately, is sufficiently severe, numerous, or persistent to justify a diagnosis of a depressive episode, dysthymia or an anxiety and fear-related disorder. Depressed mood or diminished interest in activities must be present accompanied by additional depressive symptoms as well as multiple symptoms of anxiety. The symptoms result in significant distress or significant impairment in personal, family, social, educational, occupational or other important areas of functioning. There have never been any prior manic, hypomanic, or mixed episodes, which would indicate the presence of a bipolar disorder” (WHO, 2018).

casos menos graves, ou subclínicos, diferente da categoria de Depressão Ansiosa, que se estende num *continuum*, o qual vai desde os sintomas de sofrimento mental “leve” a casos mais graves, para definir o misto de sintomas de ansiedade e depressão.

Já o “Transtorno Depressivo Maior (com ansiedade)”, incluído no DSM-V, conceitua os casos mistos de ansiedade e depressão, mantendo a duração de seis meses para a identificação dos casos de ansiedade mórbida (APA, 2013). Além disso, não é feita a inserção de uma nova categoria diagnóstica específica para caracterizar os sintomas mistos ansioso e depressivo neste manual. Desse modo, observamos um distanciamento entre as novas classificações da CID-11 e CID-11-AP com relação ao DSM-V, apesar do intento da APA de minimizar as diferenças entre esses sistemas classificatórios, como foi discutido nas Conferências para o desenvolvimento deste manual, que contava com a colaboração da OMS, do NIMH e dos americanos: Instituto Nacional de Alcoolismo e Abuso de Álcool e Instituto Nacional de Abuso de Drogas, como bem descreveu First (2010).

Goldberg, Reed, Robles et al. (2017) descreveram a primeira parte da grande pesquisa no artigo: “*Screening for Anxiety, Depression, and Anxious Depression in Primary Care: A field study for ICD-11 PHC*”, apresentando, especificamente, a avaliação de escalas breves para a identificação de depressão, ansiedade e Depressão Ansiosa na atenção primária, tendo como objetivo determinar os melhores escores limiares dessas escalas para detectar os casos de depressão e ansiedade, que seriam inseridos na CID-11 e na CID-11-AP.

Esses autores iniciaram o documento descrevendo o processo de construção da categoria diagnóstica Depressão Ansiosa e o contexto que a possibilitou. Segundo eles, um dos fatores que contribuiu para este processo foi a criação de duas escalas breves de cinco itens cada para identificação de sintomas de depressão e ansiedade em ambientes de atenção primária. Esse trabalho foi apresentado por Goldberg, Prisciandaro e Williams (2012), no artigo: “*The Primary Health Care Version of ICD-11: the detection of common mental disorders in general medical settings*”. Tal estudo compunha a análise de resposta ao item dos dados de uma pesquisa anterior da OMS, organizada por Norman Sartorius e T. Bedirhan Üstün em 1995 e publicada no livro: “*Mental Illness in General Health Care Across the World: An International Study*”, que discutiam sobre transtornos mentais em ambientes de atenção primária em 14 países. A partir da análise dos dados, Goldberg e colaboradores ratificaram que havia uma correlação significativa entre sintomas ansiosos e depressivos em contextos de atenção primária a saúde, sendo essa correlação mais comum do que a comorbidade de sintomas de ansiedade e depressão, em que a pessoa atendia aos requisitos diagnósticos de um “Episódio Depressivo” e de “Transtorno de Ansiedade Generalizada”, usando um requisito de duração de 6 meses para

sintomas de ansiedade. Eles consideraram que as duas escalas curtas foram propostas para permitir que um clínico, em qualquer ambiente médico geral, fizesse uma avaliação da gravidade da ansiedade e da depressão, quando suspeitasse que um transtorno psicológico pudesse estar presente, sem a necessidade de recorrer a um teste de lápis e papel.

Outro fator que contribuiu para essa construção, foi o estudo de Kessler et al. (2005), o qual destacou que sintomas ansiosos, manifestados em um período inferior a 6 meses, poderiam produzir um episódio característico de “Transtorno de Ansiedade Generalizada”, o que possibilitou a confirmação de que durações mais curtas de sintomas de ansiedade também eram preditivas de psicopatologia subsequente e causavam incapacidade, tanto quanto uma duração mais longa desses sintomas. Ademais, o diagnóstico de “Transtorno Misto Ansioso e Depressivo”, descrito na CID-10, já fornecia critérios para confirmar a presença do misto de depressão e ansiedade em nível subclínico e demonstrava ser uma das principais causas de morbidade psiquiátrica em ambientes de atenção primária.

Somado a isso, a definição de Depressão Ansiosa, já circundante na literatura científica, foi submetida a uma série de especialistas em transtornos mentais em ambientes de atenção primária ao redor do mundo, após a avaliação destes, ela foi discutida em grupos focais, conduzidos em oito países, para obter as avaliações de profissionais de saúde sobre as mudanças propostas à classificação da CID-11-AP, entre elas a inserção deste construto diagnóstico. Como resultado, os profissionais da atenção primária, que participaram dos grupos focais, receberam bem a nova categoria, corroborando com sua inserção nesse sistema classificatório, conforme descrito no estudo de Lam et al. (2013).

Goldberg e colaboradores continuaram a reflexão sobre o uso da categoria Depressão Ansiosa, argumentando que uma classificação separada de transtornos mentais para a atenção primária era necessária, porque a CID-10 e o DSM-V forneciam um ajuste inadequado aos Transtornos Mentais Comuns, que aglutinavam sinais e sintomas de perturbações mentais mais precoces e menos severas do que as vistas por profissionais de saúde mental com experiência em serviços especializados. Além disso, essas classificações tendiam a ignorar os sintomas de ansiedade, a menos que tivessem duração de vários meses, enquanto os episódios depressivos podiam ser diagnosticados após um período de duas semanas. Para serem nomeadas com o diagnóstico de Depressão Ansiosa, as pessoas deveriam apresentar os critérios para ansiedade e depressão atuais, usando o mesmo requisito de duração de 2 semanas para ambos, como vimos anteriormente.

Segundo eles, há demandas conflitantes que as pessoas trazem durante os atendimentos com os clínicos gerais nos ambientes de atenção primária, todavia esses encontros duram apenas

alguns minutos e os médicos não têm tempo suficiente para atender essas demandas, somado a isso, eles têm dificuldade em lembrar os complexos algoritmos diagnósticos para classificar os transtornos mentais, descritos nos sistemas classificatórios vigentes. Um sistema que se baseasse numa abordagem dimensional facilitaria o trabalho desses profissionais, de modo que um transtorno específico poderia ser considerado como estando em uma dimensão, que vai desde a ausência dos sintomas desse transtorno, passando por sintomas subclínicos, até os casos mais graves, variando em graus leve, moderado ou severo. Nesse sentido, esses profissionais necessitavam de uma classificação diagnóstica de fácil compreensão e aplicabilidade, mas também de procedimentos de triagem viáveis e precisos para detecção de casos de morbidade psiquiátrica. Daí o uso das escalas de cinco itens para identificação de depressão e ansiedade na atenção primária a saúde (GOLDBERG; PRISCIANDARO; WILLIAMS, 2012).

Os autores concluíram o estudo, destacando que, embora essas escalas não pudessem dar diagnósticos definitivos, elas poderiam direcionar a atenção para a importância relativa dos sintomas ansiosos e depressivos na identificação do estado atual do paciente. Ademais, entre os pacientes suspeitos pelos clínicos gerais de estarem psicologicamente perturbados, que participaram da pesquisa, quando a exigência de longa duração para o diagnóstico de ansiedade foi removida, a Depressão Ansiosa foi o diagnóstico mais comum do grupo de transtornos de humor e ansiedade. Apesar desses resultados, eles chamavam atenção para o fato de que isso não implicaria que os casos acima do limiar precisavam de tratamento farmacológico, as diretrizes de gestão da atenção primária, desenvolvidas pela OMS em 2016⁹⁶, incluíam uma variedade de estratégias de intervenções psicossociais de base comportamental, que não se restringiam a utilização de medicamentos, prescrevendo seu uso caso fosse necessário, de modo que se pudesse melhorar a vida de pessoas com transtornos de humor e ansiedade, como parte de um conjunto abrangente de estratégias para reduzir a Carga Global de Transtornos Mentais.

Observamos, então, os enunciados apresentados por esses autores, para fundamentar a legitimidade do diagnóstico de Depressão Ansiosa: o uso de escalas de avaliação, para identificar os sintomas mistos de ansiedade e depressão, e a confirmação dos clínicos gerais e/ou médicos de família da existência desse transtorno na população, ambos contribuem para validar a construção desta categoria diagnóstica, ou seja, para legitimar sua “existência”. Somado a isso, há o argumento de que o reconhecimento, cada vez mais cedo, desses sintomas não desencadearia um processo de farmacologização do sofrimento humano, ou melhor, de

⁹⁶ WORLD HEALTH ORGANIZATION. *MhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: Mental Health Gap Action Programme (mhGAP)*. Geneva: WHO, 2010.

medicalização da existência, mas possibilitaria um cuidado adequado aqueles que buscavam uma forma de lidar com suas perturbações mentais. Esta que tem sido a crítica frequente dos autores que denunciam a psiquiatrização da vida, como Márcia Angell (2011), Robert Whitaker (2017), Freitas e Amarante (2015), os quais temem a constituição de novos construtos diagnósticos, com receio de que esses abarquem, de modo cada vez mais precoce, fenômenos cotidianos e colaborem para um uso exacerbado de fármacos desnecessariamente.

Até então, apresentamos textos científicos em que a discussão sobre o misto de sintomas ansiosos e depressivos fundamentaram a existência de uma perturbação mental, bem como destacamos as versões de sistemas classificatórios utilizados mundialmente, nas quais categorias diagnósticas foram inseridas para dar visibilidade a síndromes mistas ansiosa e depressiva: como o “Transtorno Misto Ansioso e Depressivo”, presente na CID-10, e a mudança para o “Transtorno Misto de Depressão e Ansiedade”, atualizado na CID-11, com sua inclusão nos Transtornos Depressivos e a caracterização de uma duração mais curta dos sintomas de ansiedade mórbida. Descrevemos ainda a discussão sobre a inserção (ou não) do “Transtorno Misto de Ansiedade-Depressão” no DSM-IV e no DSM-V, bem como a “alternativa” encontrada pelo Comitê da quinta versão deste manual para abarcar uma categoria “mista”, sem abrir mão dos pressupostos que orientavam essa classificação: o “Transtorno Depressivo Maior”, que passou a incluir o especificador “com Ansiedade”. É nesse processo que o *espectro* da Depressão Ansiosa se constituiu e está ganhando legitimidade, para ser inserido como transtorno mental na próxima versão para atenção primária da CID-11. Nessa imbricação entre os sintomas subclínicos e o conceito de comorbidade, que interligaram sintomas depressivos e ansiosos, numa aglutinação, em que uma duração mais curta dos sintomas de ansiedade, utilizada para fundamentar estados patológicos, aparentemente estava “oculta” pelas classificações diagnósticas vigentes, mas “emergiu” dos estudos clínico-epidemiológicos, para dar sentido a essa nova categoria diagnóstica.

6.4 A constituição das Síndromes do Estresse Corporal e de Ansiedade com a Saúde

Os estudos deste grupo centraram-se sobre os pacientes denominados somatizantes, que apresentavam sintomas medicamente inexplicáveis, e eram descritos nestes trabalhos como aqueles que davam altos custos à assistência à saúde, em decorrência da utilização de cuidados médicos, como consultas ambulatoriais, realização de exames clínicos e internações hospitalares, mas também necessitavam de “cuidados adequados” para tratar sua morbidade. Para que isso ocorresse, se fazia necessário repensar as nomeações que caracterizavam seus

quadros de “somatização”, o que possibilitou a constituição das categorias diagnósticas de Síndrome do Estresse Corporal e Ansiedade com a Saúde.

Segundo Barsky, Orav e Bates (2005), a utilização mal adaptativa dos serviços de saúde ocorre porque esses pacientes tendem a “fazer compras” de cuidados médicos, ou seja, eles consultam vários médicos para o mesmo problema, usam serviços de emergência e tendem a não manter consultas agendadas, além do mais, estão insatisfeitos com os cuidados que recebem, acham que os profissionais de saúde não aliviam seus sintomas e permanecem angustiados e incapacitados. Por outro lado, esses profissionais, frequentemente, os consideram casos frustrantes com consultas longas e desnecessárias. As pessoas com quadros somáticos tem certeza que estão doentes e, na maioria das consultas, negam quaisquer influências psicossociais em seus sintomas, ao passo que resistem ao encaminhamento psiquiátrico/psicológico e são, frequentemente, refratários ao tratamento paliativo e de suporte.

Eles refletiram que os sintomas dessas pessoas não são triviais ou menores, ao contrário, eles resultam em considerável sofrimento, incapacidade e disfunção. Há pacientes que somatizam severamente e tem comprometimento comparável, ou maior, da função física do que aqueles com muitas doenças crônicas, além de apresentarem pior saúde mental e pior percepção geral de saúde. Além disso, os sintomas medicamente inexplicáveis são mais crônicos do que muitos sintomas com uma base orgânica demonstrável.

Mediante esta reflexão, esses autores realizaram um estudo para determinar o grau de independência ou sobreposição entre somatização e transtorno psiquiátrico e entre somatização e uma maior morbidade, além de comparar a utilização de serviços médicos feita por pacientes que somatizavam com os que não somatizavam. Para isso, eles entrevistaram pessoas com questionários de autorrelato, que frequentavam a atenção primária a saúde no Hospital Brigham and Women em Boston, Massachusetts, EUA, entre 31 de julho de 2000 e 1º de junho de 2002. A utilização de cuidados médicos foi obtida a partir de dados de encontro automatizado no ano anterior à visita ao hospital. Já a morbidade foi indexada com uma auditoria informatizada de prontuários médicos.

Eles concluíram que os pacientes somatizantes tinham aproximadamente duas vezes o uso ambulatorial e hospitalar do que os não-somatizantes e o dobro de custos anuais de cuidados de saúde, mas eles pouco utilizavam os serviços de saúde mental. Isso contribuía para reiterar a importância da somatização como uma força motriz para que as pessoas utilizassem cuidados médicos, somado a isso, se observou a alta significância de sintomas medicamente inexplicáveis na produção de incapacidade na vida das pessoas, o que sugeria que os sintomas somáticos não eram simplesmente marcadores inespecíficos de outras condições psiquiátricas ou médicas. Os

autores encerraram o estudo ressaltando que, se os pacientes somatizantes pudessem ser identificados prospectivamente, seria possível intervir mais cedo no curso de sua morbidade para melhorar seus sintomas, o que diminuiria a utilização de serviços médicos mal adaptativa e reduziria os custos de seus cuidados.

Fink, Rosendal e Olesen (2005) entoaram o mesmo discurso dos autores supracitados com relação aos custos das pessoas que somatizavam para a sociedade, destacando que esses casos eram muito caros, não só por causa do aumento dos custos com os cuidados de saúde, mas também pela perda de anos de trabalho, pela aposentadoria antecipada e por outras despesas sociais. Eles também concordaram que era necessário intervir mais cedo no curso desses sintomas para melhora-los, mas o que impedia uma intervenção rápida nestes casos era que não havia consenso sobre como diagnosticar e classificar as pessoas com sintomas somáticos funcionais. As versões do DSM e da CID tinham sido elaboradas em ambientes especializados, com pouca utilidade em atenção primária, nem a CID-AP, derivada da CID-10 para uso em atenção primária, parecia apropriada. Além do que a prática de pesquisa metodológica, utilizada para a construção dessas classificações, era inapropriada, haja vista os investigadores distinguirem diagnósticos ou sintomas específicos pertinentes à sua especialidade, ignorando outros sintomas, em vez de adotar uma visão abrangente para facilitar a detecção de possível sobreposição dos sintomas somáticos.

Eles ressaltaram que, nessas classificações diagnósticas, as pessoas que apresentavam sintomas somáticos funcionais eram classificadas no grupo dos Transtornos Somatoformes e algumas outras categorias, como Neurastenia, Transtorno Dissociativo Motor ou Transtorno de Conversão, contudo, os critérios diagnósticos para Transtornos Somatoformes e transtornos relacionados variavam com diferentes permutações de terminologia ao longo das publicações desses sistemas classificatórios, o que refletia as dificuldades de classificação e de estabelecimento de critérios válidos para uma categoria diagnóstica consistente. Isso ocorria porque a base empírica desses diagnósticos era deficiente, pois brotava principalmente de uma tradição clínica, baseada na observação de pacientes em medicina altamente especializada ou de configurações psiquiátricas, ademais as diversas especialidades médicas desenvolveram suas próprias síndromes para classificar os pacientes com sintomas funcionais, como por exemplo, Síndrome de Fadiga Crônica, Fibromialgia, Síndrome do Intestino Irritável e Síndrome de Dor Benigna Crônica.

Eles, ainda, apontaram que algumas categorias diagnósticas incluídas nos Transtornos Somatoformes eram tão estreitamente definidas que elas desafiavam a aplicação clínica, especialmente na atenção primária, ao exigir que os sintomas tivessem uma duração de pelo

menos seis meses. Do ponto de vista da atenção primária, isso implicaria que os pacientes diagnosticados já estivessem cronicamente doentes, logo os clínicos gerais não tinham qualquer opção para uma classificação adequada da maior parte dos pacientes que apresentavam transtornos agudos, subagudos ou transitórios. Somado a isso, eles destacaram a necessidade de uma nova classificação diagnóstica e começaram a fazer os primeiros esboços dessa, de modo que esse construto abrangesse todo um *spectro* de sintomas somáticos, observados na prática clínica.

Dois anos após o desenvolvimento dessa discussão, Fink e colaboradores publicaram o artigo “*Symptoms and Syndromes of Bodily Distress: An Exploratory Study of 978 Internal Medical, Neurological, and Primary Care Patients*”, em que eles reiteraram as críticas exibidas no estudo anterior e investigaram se os sintomas somáticos, apresentados em pacientes que frequentavam serviços de saúde, desde ambientes especializados, até clínicas de atenção primária, agrupavam-se em padrões que pudessem descrever várias síndromes distintas, ou se poderiam compor um único diagnóstico. Esses autores entrevistaram 978 pessoas que viviam na Dinamarca, sendo 120 pacientes internos e externos, que eram tratados no serviço de neurologia do Hospital Vejle; 157 pacientes internos no Hospital Central Silkeborg; 701 pacientes de atenção primária no Condado de Aarhus, para analisar sintomas somáticos funcionais de grupos diversificados.

O estudo foi realizado em duas fases: na primeira, os pacientes recebiam um questionário de triagem que incluía, entre outros, a versão de oito itens da Lista de Sintomas (SCL-8d) que avaliavam ansiedade e depressão, e os sete itens Whiteley, que mediam a preocupação com a convicção de doença. Na amostra da atenção primária, foi incluída a sub-escala de somatização do SCL-90, que verificava 12 sintomas somáticos comuns, bem como o CAGE, que consistia em quatro perguntas de triagem para abuso de álcool. Na segunda fase, aqueles com altas pontuações nos instrumentos de triagem foram selecionados para uma entrevista de avaliação clínica em neuropsiquiatria e, para produzir uma amostra estratificada, também foi selecionada uma amostra aleatória de um nono dos pacientes da atenção primária e de um terço dos pacientes neurológicos e internos no hospital central. A entrevista psiquiátrica, endossada pela OMS, abrangia todos os tipos de transtornos psiquiátricos e incluía uma extensa seção sobre saúde física.

Como resultado do estudo, eles observaram três diferentes grupos de sintomas manifestos por esses pacientes: cardiopulmonares, gastrointestinais e musculoesqueléticos, que estavam significativamente intercorrelacionados, isso sugeria que eram diferentes representações de um fenômeno latente comum. Os autores refletiram que se um agrupamento

de sintomas é causado por um fator latente comum, poderia caracterizar um quadro enraizado em uma única causa orgânica ou anormalidade fisiológica. Então, o fator musculoesquelético poderia simular a Fibromialgia e o fator gastrointestinal a Síndrome do Intestino Irritável, mas não havia uma síndrome analógica para ser utilizada para caracterizar o fator cardiopulmonar. Mas, eles observaram pouco nível de significância para definir esses grupos de sintomas como três síndromes completamente independentes.

Eles nomearam este fenômeno de “estresse corporal” (*bodily distress*), porque os perfis de sintomas indicavam que esses deveriam ser atribuídos a mecanismos controlados centralmente, em vez de anormalidades em sistemas específicos de órgãos periféricos. Os fatores cardiopulmonares e gastrointestinais poderiam ser explicados pela hiperatividade do sistema nervoso autônomo. O fator musculoesquelético poderia ser atribuído ao mau funcionamento do sistema reticular, localizado dentro do cérebro, caule e medula. O uso do termo “estresse” seria sustentado pela associação desses sintomas funcionais com o sofrimento emocional, ou seja, transtorno de humor, ansiedade e transtornos emocionais inespecíficos. Eles consideraram que as três síndromes, bem como a tendência geral para experimentar múltiplos Sintomas Somáticos Funcionais, poderia representar uma resposta ao estresse, mediada por vias fisiológicas e cerebrais. Desse modo, os sintomas somáticos, que eram “medicamente inexplicáveis”, estavam sendo fundamentados no modelo tradicional de doença, com uma base fisiopatológica aparentemente fundada.

Segundo os autores, esta classificação dividia os pacientes em três classes: aqueles com “estresse não corporal”, os que apresentavam “estresse físico moderado” e os que tinham “estresse físico grave”. Para uso clínico deste construto, o médico teria que decidir se o paciente tinha qualquer um dos sub-tipos da síndrome: cardiopulmonar, gastrointestinal, musculoesquelético ou sintomas gerais (ou seja, três ou mais sintomas de qualquer grupo de sintomas), e decidir sua gravidade com base no número de sintomas de diferentes grupos apresentados pelo paciente.

Em suma, Fink et al. (2007) utilizaram um estudo de base populacional para confirmar sua proposta teórica de que uma síndrome distinta, ou transtorno geral, poderia abranger várias síndromes funcionais, descritas por diferentes especialidades médicas, bem como os Transtornos Somatoformes, de classificação psiquiátrica. A chamada Síndrome do Estresse Corporal (*Bodily Stress Syndrome*) compunha as diferentes manifestações dos grupos de sintomas cardiopulmonares, gastrointestinais e musculoesqueléticos. Os autores concluíram o estudo, destacando que era importante testar a validade deste novo construto diagnóstico em populações representativas, sendo utilizada uma estratégia de análise estatística apropriada.

Essa indicação do desenvolvimento de mais estudos de base populacional, utilizando métodos estatísticos, poderia inserir esta nova proposta diagnóstica no rol do paradigma biomédico, uma vez que já se fazia uma inferência sobre a localização fisiopatológica dos sintomas que compunham tal síndrome, faltava fundamentá-la em dados epidemiológicos para, em seguida, legitimar sua inserção nos sistemas de classificação diagnóstica, visto que a CID e o DSM ainda não a abarcavam.

Após essa publicação, Fink e Schröder efetuaram uma análise secundária dos dados do estudo anterior, objetivando testar se os pacientes que preenchiam critérios para seis diferentes Síndromes Somáticas Funcionais e quatro Transtornos Somatoformes⁹⁷ foram diagnosticados pelo novo construto Síndrome do Estresse Corporal; se os perfis dos sintomas observados foram comparáveis entre Síndromes Somáticas Funcionais específicas e seus correspondentes subtipos da Síndrome do Estresse Corporal. No artigo intitulado “*One Single Diagnosis, Bodily Distress Syndrome, Succeeded to Capture 10 Diagnostic Categories of Functional Somatic Syndromes and Somatoform Disorders*”, publicado em 2010, eles reiteraram que essa nova proposta diagnóstica poderia resolver o problema da abordagem fragmentada dos sintomas somáticos funcionais, o qual era um obstáculo para a pesquisa e para a assistência efetiva ao paciente, que sofria com esses sintomas; como também apresentaram os resultados do estudo citado acima e destacaram que a Síndrome de Estresse Corporal poderia ser dividida em um tipo grave, que atingia múltiplos órgãos, e um tipo moderado, focada em sintomas de um sistema de órgãos. O tipo moderado foi exposto como sendo dividido em quatro subtipos: cardiopulmonar, gastrointestinal, musculoesquelético e um tipo de sintomas gerais, que incluíam dificuldades de concentração, incapacidade de memória, fadiga, tontura e dor de cabeça.

Os autores consideraram que o diagnóstico proposto de Síndrome do Estresse Corporal incluía quase todos os pacientes que preenchiam critérios para uma das seis Síndromes Somáticas Funcionais, definidas por algoritmos de diagnóstico, ou para um dos Transtornos Somatoformes do DSM-IV; bem como, havia uma grande sobreposição entre as Síndromes Somáticas e o diagnóstico de Transtornos Somatoformes, e quase metade dos pacientes preenchiam os critérios para três ou mais dos diagnósticos explorados. Nesse sentido, o conceito

⁹⁷ Bombana (2006) destaca que os quadros clínicos caracterizados através de sintomas somáticos não explicados por condições médicas gerais incluem as Síndromes Somáticas Funcionais e os Transtornos Somatoformes. Para o autor, esses quadros representam uma região obscura no conhecimento médico entre a psiquiatria e a clínica médica. A própria definição dos sinais e sintomas enquanto diagnóstico psiquiátrico ou clínico varia conforme a especialidade médica abordada, ora sendo nomeados como Transtornos Somatoformes (pela via da psiquiatria), ora como Síndromes Somáticas Funcionais (pela via da clínica médica), havendo uma oscilação entre os polos psíquico e orgânico para caracterizar essas enfermidades.

de Síndrome do Estresse Corporal parecia fornecer uma solução para esses achados, visto que os sintomas somáticos, observados nesses diagnósticos, seriam conceituados como fenômeno comum, mas ao mesmo tempo permitindo subtipos distintos.

Eles criticaram a classificação do DSM-IV que definia os Transtornos Somatoformes como estando fortemente ligados à comorbidade psiquiátrica ou com características psicológicas e eram caracterizados como distintos das Síndromes Somáticas Funcionais. Analisaram que tal abordagem poderia dividir o sofrimento dos pacientes em grupos de “com” e “sem” manifestação de características psicológicas, perpetuando assim a confusão diagnóstica entre classificações “clínicas” em paralelo a diagnósticos “psiquiátricos”, o que não ajudava no tratamento dos sintomas somáticos.

Para eles, uma das principais vantagens desse construto diagnóstico era justamente não ser fundamentado em características psicológicas, mas em perfis de sintomas físicos, visto que a grande maioria dos médicos (não psiquiatras) que não estavam familiarizados com comportamentos disfuncionais ou confusos, ou ainda com fenômenos psicológicos, poderiam se beneficiar do novo diagnóstico, assim como, os pacientes que relutavam em aceitar um diagnóstico psiquiátrico para seus sintomas. Em resumo, o corpo diagnóstico da Síndrome do Estresse Corporal representava uma “abordagem equilibrada” para a discussão se havia Síndrome Somática Funcional ou Transtorno Somatoforme, porque sugeria que não era uma questão de “ou-ou”, mas sim de “e”, em decorrência de um fenômeno comum que abarcava essas síndromes aparentemente distintas.

Além disso, em meio as Conferências para elaboração da quinta versão do manual de psiquiatria americano, Fink e Schröder (2010) ressaltaram que era preferível a proposta dessa categoria diagnóstica a que estava sendo discutida pelo grupo de trabalho do DSM-V, o qual propunha dois diagnósticos: um inserido no Eixo I dos transtornos psiquiátricos, denominado “Transtorno de Sintoma Somático Complexo” (*Complex Somatic Symptom Disorder*), e outro inserido no Eixo III, onde eram classificados outros diagnósticos médicos, podendo os sintomas somáticos serem nomeados como uma “Síndrome Somática Funcional” (*Functional Somatic Syndrome*). Eles fizeram a crítica sobre essas inserções, apontando que esta solução de “diagnóstico duplo” seria um passo para trás na tentativa de unificar os esforços de investigação sobre as Síndromes Somáticas Funcionais, bem como para resolver a abordagem diagnóstica dualista existente.

É importante destacar que a versão final do DSM-V não incluiu esse “duplo diagnóstico”, a atual classificação retirou a nomeação de Transtornos Somatoformes e inseriu os termos “Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados”. Esse diagnóstico passou a ser

aplicado a pessoas que apresentavam quaisquer sintomas somáticos, desde que esses sintomas fossem acompanhados por pensamentos, sentimentos ou comportamentos excessivos, ou a preocupações associadas com a saúde (que estavam relacionadas ao Transtorno de Ansiedade de Doença).

Os autores concluíram o texto reconhecendo que abolir as várias Síndromes Somáticas Funcionais e o diagnóstico de Transtorno Somatoforme, fundindo-os em uma construção diagnóstica, poderia ser difícil de alcançar, em decorrência da forte resistência acadêmica e de interesses econômicos envolvidos, mas reforçaram que um primeiro passo neste processo consistia em fornecer aos médicos uma “boa e viável” alternativa não estigmatizante, para compreender os casos de pessoas que apresentavam sintomas somáticos.

Ao que parece, as resistências acadêmicas e econômicas, apontadas por Fink e Schröder, ou não foram tão intensas, ou foram rapidamente superadas, porque a OMS solicitou a um grupo de profissionais da atenção primária e especialistas em saúde mental que liderassem a construção do capítulo para transtornos mentais da CID-11, bem como sua versão para a atenção primária, e foram discutidas a viabilidade clínica do uso de novas categorias diagnósticas para essas versões, entre elas, a Síndrome do Estresse Corporal, o artigo publicado por Lam et al. (2013) relatou este processo. Em seguida, outros estudos foram realizados, para legitimar a inserção dessas categorias nessas classificações diagnósticas, um deles foi feito em cinco países, no período de outubro de 2013 a julho de 2015, sendo dividido em três partes, conforme descrito por Goldberg, Lam, Minhas et al. (2017). Nós nos centraremos na segunda parte desta pesquisa, na qual foi realizada uma avaliação das categorias de Síndrome do Estresse Corporal e Ansiedade com a Saúde, para compreender como esses construtos se tornaram classificações a serem inseridas na CID-11.

Goldberg et al. (2016) falaram sobre a inserção dessa categoria diagnóstica na CID-11-AP no artigo intitulado “*Multiple Somatic Symptoms in Primary Care: A field study for ICD-11 PHC, WHO’s revised classification of mental disorders in primary care settings*”. Eles relataram que o desenvolvimento da CID-11-AP proporcionou uma oportunidade para repensar a descrição de algumas categorias utilizadas na CID-10-AP, entre elas as “Queixas Somáticas Inexplicáveis”, que caracterizavam os sintomas somáticos observados por clínicos gerais em contextos de atenção primária a saúde. Nesse sentido, as pesquisas conduzidas por Fink e colegas, desenvolvidas na Dinamarca, contribuíram para esse processo.

Esses autores destacaram que Fink e seus colegas propuseram uma conceituação de Síndrome do Estresse Corporal que enfatizava a coocorrência de agrupamentos de sintomas cardiopulmonares, musculoesqueléticos e gastrointestinais, os quais se vinculavam

explicitamente aos sintomas das síndromes funcionais de Dor Torácica não Cardíaca, Fibromialgia e Síndrome do Intestino Irritável. Esta conceituação foi ainda expandida para incluir um grupo adicional de sintomas "gerais" (por exemplo, dificuldades de concentração, prejuízo de memória, fadiga) que correspondiam à Síndrome da Fadiga Crônica. Esses estudos sobre a Síndrome do Estresse Corporal se aproximavam do que o grupo de trabalho da OMS almejava: um nova classificação diagnóstica, que abrangesse um *espectro* de desordens observadas na atenção primária à saúde, e que o conceito "impreciso" de Queixas Somáticas Inexplicáveis não abarcava.

Então, o Grupo de Trabalho da OMS propôs que a Síndrome do Estresse Corporal substituísse o conceito de Queixas Somáticas Inexplicáveis da CID-10-AP, justificando que esta classificação diagnóstica facilitaria o diálogo terapêutico com o paciente que apresentava sintomas somáticos, uma vez que esse tinha, frequentemente, dificuldades em lidar com um diagnóstico com características de base *psi*, para dar sentido a seus sintomas. Esse Grupo também propôs a inclusão da categoria Ansiedade com a Saúde para a CID-11-AP, destacando que esta mudança era baseada em uma "maior utilidade" dessa categoria do que a Hipocondria para intervenção clínica e realização de pesquisas. A Ansiedade com a Saúde foi definida como sendo: ideias persistentes e intrusivas ou medos de ter uma doença que não podia ser interrompida, ou que só podia ser interrompida com grande dificuldade; ou preocupação intensa com pequenas sensações corporais ou problemas que eram mal interpretados como sinais de doença grave (GOLDBERG et al., 2016).

A amostra do estudo incluiu 587 pacientes de cinco países, sendo esses vistos na prática rotineira da atenção primária e identificados por seus clínicos como satisfazendo os requisitos para os diagnósticos propostos de Síndrome do Estresse Corporal, Ansiedade com a Saúde, ou ambos. Segundo os autores, como a atribuição de ambos os diagnósticos envolvia a consideração de outras informações médicas relevantes (por exemplo, patologia física que poderia estar contribuindo para os sintomas) e requeriam conhecimento dos pacientes ao longo do tempo, considerou-se que as clínicos gerais estavam em melhor posição para identificar os pacientes de interesse para o estudo (GOLDBERG et al., 2016).

No que diz respeito a avaliação das categorias propostas, os clínicos gerais treinados, os quais participaram da pesquisa, indicaram que a Síndrome do Estresse Corporal era um fenômeno comum em suas práticas e representava um componente importante de sua carga de trabalho. Com relação a Ansiedade com a Saúde, também foi apontada por esses profissionais como um fenômeno clínico importante na atenção primária, mas em grande parte dos casos investigados, embora não inteiramente, havia uma sobreposição com a Síndrome do Estresse

Corporal. Apesar disso, os autores consideraram que ambas as síndromes pareciam corresponder a dimensões separadas: visto que a Síndrome do Estresse Corporal refletia sintomas que não eram ocasionados por patologias físicas conhecidas e estavam associados com angústia e disfunção, enquanto a Ansiedade com a Saúde relacionava-se a medos persistentes e intrusivos de ter uma doença e/ou uma preocupação intensa com pequenas sensações corporais, que eram mal interpretadas como sinais de patologia grave. Embora esses fenômenos coocorressem comumente, eles respondiam a diferentes componentes de intervenção. Devido à importância de ambos os fenômenos em ambientes de atenção primária e a disponibilidade de estratégias de manejo adequadas a esse nível de atenção, colocá-los como categorias separadas na CID-11-AP parecia ser justificado⁹⁸ (GOLDBERG et al., 2016).

Outro achado do pesquisa foi que 78,9% das pessoas que fizeram parte dela apresentavam Transtorno Depressivo ou de Ansiedade, além de Síndrome do Estresse Corporal e/ou Ansiedade com a Saúde, havendo uma comorbidade entre esses transtornos. Ademais, os resultados da pesquisa apoiavam as propostas para a CID-11-AP relacionadas à Síndrome do Estresse Corporal e Ansiedade com a Saúde, no sentido de que esses diagnósticos poderiam ser aplicáveis no contexto de uma ampla gama de diferentes países, culturas e línguas, apesar da considerável heterogeneidade entre os países no padrão de sintomas associados a transtornos somáticos e de humor coocorrentes. Esses resultados corroboravam com os estudos realizados desde o final do século passado (GOLBERG et al., 1987; GRAYSON et al., 1987; GOLDBERG, 1994; ORMEL et al., 1995; GOLDBERG, 1996), os quais analisavam que havia uma correlação entre Ansiedade Generalizada e Episódios Depressivos e os sintomas somáticos estariam relacionados a eles; bem como com a discussão feita por Mayou et al. (2005), os quais apontavam que os sintomas somáticos se apresentavam, frequentemente, junto com os quadros de sintomas depressivos e ansiosos, por isso, o questionamento desses a classificação de Transtornos Somatoformes, existente tanto no DSM-IV, quanto na CID-10.

É importante apontar que o conceito de Síndrome do Estresse Corporal pode ser encontrado na CID-11, com algumas de suas características descritas no grupo de Transtornos do Estresse Corporal e da Experiência Corporal, sob a nomeação de “Transtorno do Estresse Corporal”, tendo como definição:

(...) caracterizado pela presença de sintomas corporais que são angustiantes para o indivíduo e com excessiva atenção dirigida aos sintomas, os quais podem se

⁹⁸ Alguns textos produzidos por este Grupo de Trabalho da OMS (GOLDBERG; LAM; MINHAS et al., 2017; ZIEBOLD et al., 2018; FORTES et al., 2018) não apontavam uma diferença significativa entre a Síndrome do Estresse Corporal e a Ansiedade com a Saúde, havendo uma apresentação de sinais e sintomas dessas síndromes que se sobrepujam, o que poderia sugerir a construção de um único diagnóstico de Síndrome do Estresse Corporal, no qual se faria uso dos especificadores “com” ou “sem” Ansiedade de Doença.

manifestar por contatos repetidos com as equipes de saúde. Se outro problema de saúde está causando ou contribuindo para os sintomas, o nível de atenção é claramente excessivo em relação à sua natureza e progressão. A atenção excessiva não é aliviada pelos cuidados adequados nem com os exames clínicos e complementares adequados. Os sintomas corporais são persistentes, estando presentes na maioria dos dias por, no mínimo, muitos meses. Tipicamente, o transtorno do estresse corporal inclui múltiplos sintomas corporais que podem variar com o tempo. Ocasionalmente existe um único sintoma – normalmente dor ou fadiga – que é associado às outras características do transtorno⁹⁹ (WHO, 2018).

O enfoque nos “sintomas corporais” marca o afastamento de uma caracterização “psicológica” dos sintomas somáticos, com o objetivo de fundamentar no corpo o processo de sofrimento, como observado nos estudos de Fink e colaboradores (2005; 2007; 2010), assim como também buscava o Grupo de Trabalho da OMS, mediante a necessidade cada vez mais gritante de construir classificações diagnósticas “pragmáticas”, de “fácil” compreensão e manejo, que rompessem com o “paradigma psicogênico”, alegando que uma “compreensão psicológica” das perturbações mentais é confusa, inconsistente, infundada, de difícil entendimento e tratamento, por isso, tentar aproximá-la cada vez mais do modelo biomédico. Analisamos, então, que há um “pragmatismo diagnóstico¹⁰⁰”, que sustenta essas classificações, construídas a partir de um *spectro* amplo de sinais e sintomas, não verificados na anatomofisiopatologia que caracteriza as “doenças do saber biomédico”, mas fundamentadas em estudos clínicos e epidemiológicos, que garantem a legitimidade dessas a serem inseridas no rol dos sistemas classificatórios.

Nós observamos este processo não apenas nessas versões da CID, mas também no DSM-V, em que um certo “pragmatismo diagnóstico” fundamentou a inserção de novas categorias nesse manual, por exemplo, o diagnóstico de Transtorno de Ansiedade de Doença inserido no grupo dos Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados, que substituiu a

⁹⁹ Tradução nossa para o trecho: (...) “characterized by the presence of bodily symptoms that are distressing to the individual and excessive attention directed toward the symptoms, which may be manifest by repeated contact with health care providers. If another health condition is causing or contributing to the symptoms, the degree of attention is clearly excessive in relation to its nature and progression. Excessive attention is not alleviated by appropriate clinical examination and investigations and appropriate reassurance. Bodily symptoms are persistent, being present on most days for at least several months. Typically, bodily distress disorder involves multiple bodily symptoms that may vary over time. Occasionally there is a single symptom—usually pain or fatigue—that is associated with the other features of the disorder” (WHO, 2018).

¹⁰⁰ Utilizamos o conceito de pragmatismo no sentido adotado pela corrente filosófica norte-americana, estabelecida no final do século XIX, com origem no *Metaphysical Club*, um grupo liderado pelo lógico Charles Sanders Peirce (1839-1914), pelo psicólogo William James (1842-1910) e pelo jurista Oliver Wendell Holmes Jr. (1841-1935). Peirce descreveu as ideias sobre o pragmatismo no artigo “*How to make our ideas clear*”, publicado no *Popular Science Monthly*, em 1878, e William James as popularizou em sua coletânea “*Pragmatism: A New Name for Some Old Ways of Thinking*”, publicado em 1907. O pragmatismo propunha que a validade de uma ideia era determinada pelo seu bom êxito prático, o mesmo se constituiu em meio às sucessivas descobertas científicas do século XIX e às mudanças de uma sociedade em rápida transformação.

Hipocondria, sob o argumento de que esse termo tinha um “caráter pejorativo”, o qual não facilitava a identificação dos médicos com relação a esses casos, como também não contribuía para adesão ao tratamento das pessoas que dela sofriam. Semelhante ao que ocorreu ao diagnóstico de Transtorno de Ansiedade de Doença no DSM-V, a categoria de Ansiedade com a Saúde vai ser inserida na CID-11-AP, sendo justificado que essa classificação apresenta uma “maior utilidade” a intervenção clínica e para realização de pesquisas. Em contrapartida, na CID-11, a nomeação “Hipocondria” vai ser mantida, todavia sendo inserida no grupo dos Transtornos Obsessivo-compulsivos e Relacionados, cuja definição utiliza as expressões “preocupação persistente” que se “manifesta em comportamentos repetitivos e excessivos” para caracterizá-la:

(...) caracterizada pela preocupação persistente (com) ou o medo (de) a possibilidade de ter uma ou mais doenças graves, progressivas ou potencialmente fatais. A preocupação está associada à má interpretação catastrófica de sinais ou sintomas corporais, incluindo sensações normais ou comuns, e manifesta-se em comportamentos repetitivos e excessivos relacionados à saúde ou em comportamentos de evitação mal-adaptativos relacionados à saúde. A preocupação ou o medo não é simplesmente uma preocupação razoável relacionada a um contexto específico do paciente, e persiste ou reaparece apesar da avaliação médica feita de modo adequado e com tranquilidade. Os sintomas resultam em sofrimento significativo ou prejuízo significativo em áreas pessoais, familiares, sociais, educacionais, ocupacionais ou outras áreas importantes de funcionamento (WHO, 2018)¹⁰¹.

Mas, este diagnóstico ainda mantém o Transtorno de Ansiedade de Doença como um dos critérios de inclusão para sua identificação, aproximando-se em alguns pontos das conceituações do diagnóstico de Transtorno de Ansiedade de Doença do DSM-V e da categoria de Ansiedade com a Saúde da CID-11-AP. Com relação aos critérios de exclusão, os diagnósticos inseridos no grupo dos Transtornos do Estresse Corporal e da Experiência Corporal entram nesses critérios para diferenciação da Hipocondria na CID-11, ou seja, faz-se a distinção entre Hipocondria e Transtorno do Estresse Corporal, assim como observado nas considerações propostas pelo Grupo de Trabalho da OMS com relação a Síndrome do Estresse Corporal e a Ansiedade com a Saúde.

Para Fortes et al. (2018), as diferentes versões dos sistemas de classificação de doenças, incluindo a CID-9, a CID-10 e sua versão para atenção primária a saúde (CID-10-AP), e as versões do DSM (desde o DSM-III ao atual DSM-V), empregaram diferentes “rótulos” quando

¹⁰¹ Tradução nossa para o trecho: (...) “characterized by persistent preoccupation with or fear about the possibility of having one or more serious, progressive or life-threatening diseases. The preoccupation is associated with catastrophic misinterpretation of bodily signs or symptoms, including normal or commonplace sensations, and is manifest either in repetitive and excessive health-related behaviours or in maladaptive avoidance behaviours related to health. The preoccupation or fear is not simply a reasonable concern related to a specific context of the patient, and persists or reoccurs despite appropriate medical evaluation and reassurance. The symptoms result in significant distress or significant impairment in personal, family, social, educational, occupational or other important areas of functioning” (WHO, 2018).

se referiam aos Sintomas Medicamente Inexplicáveis, que iam desde o Transtorno de Conversão (descrito na Grécia Antiga como Histeria) até as “modernas” Síndromes Funcionais, que incluem Fadiga Crônica, Fibromialgia, Síndrome do Intestino Irritável, onde uma sobreposição de sintomas poderia ser encontrada. Por isso, era necessário “aperfeiçoar” essa definição, para que fossem desenvolvidas alternativas melhores para esses pacientes. A Síndrome do Estresse Corporal se constituiu enquanto uma nova categoria na CID-11-AP a contribuir para esta melhora, ao fundamentar a ideia de que essas síndromes citadas poderiam representar diversos aspectos de um único transtorno.

Para esses autores, a categoria de Síndrome do Estresse Corporal era mais adequada para a compreensão de pacientes que faziam uso dos serviços na atenção primária a saúde, do que a síndrome dos sintomas somáticos, descrita no DSM-V, visto que esses pacientes, geralmente, estavam apenas iniciando seus processos patológicos, não eram tão graves ou crônicos como aqueles atendidos na atenção especializada. O que reiterava a importância de uma classificação específica para a atenção primária, que abarcasse uma variedade de sintomas, apresentados em meio a um *continuum*.

Fortes e colaboradores trouxeram, no artigo “*Studying ICD-11 Primary Health Care Bodily Stress Syndrome in Brazil: do many functional disorders represent just one syndrome?*”, os resultados da amostra brasileira da pesquisa realizada em cinco países entre os anos de 2013 e 2015. A maioria dos 338 pacientes, avaliados pelos clínicos gerais nas cidades de Rio de Janeiro e São Paulo, apresentou sintomas de três ou quatro subgrupos (subgrupos de sintomas associados a maioria dos transtornos funcionais mais comuns - Cardiovascular, Intestino Irritável, Fibromialgia, Síndrome da Fadiga Crônica), confirmando a proposta do Grupo de Trabalho da OMS sobre a inclusão da Síndrome do Estresse Corporal como uma nova categoria na CID-11-AP.

Os autores ainda analisaram que os sintomas físicos eram bem conhecidos como parte de um padrão cultural latino-americano que se caracterizava por angústia, ansiedade e depressão, e o Brasil não era uma exceção. Além do que a gama de sintomas somáticos, apresentada por pacientes angustiados em ambientes de atenção primária ao redor do mundo, observados neste estudo, era notavelmente semelhante, o que enfraquecia a ideia de considerar qualquer outro sintoma somático específico da cultura para a definição da Síndrome do Estresse Corporal na CID-11-AP. Por fim, eles descreveram que mais estudos deveriam ser realizados para investigar a associação entre diferentes subgrupos de sintomas somáticos e ansiedade e depressão, para “lançar luz” sobre os possíveis processos fisiopatológicos envolvidos na constituição de sintomas somáticos não explicados por condições médicas.

Neste estudo brasileiro nos chama atenção os seguintes aspectos: a necessidade de caracterizar a categoria de Síndrome do Estresse Corporal como sendo adequada o uso clínico, ressaltando que essa contribuiria para melhorar o cuidado com as pessoas que sofriam com sintomas somáticos; a identificação de processos de somatização com a cultura latino-americana, em contrapartida, a remota possibilidade de considerar aspectos específicos da cultura de cada país pesquisado para caracterizar esta síndrome; e, por fim, se buscam processos fisiopatológicos que sustentem os sintomas somáticos, processos esses que seriam “iluminados” com a realização de mais pesquisas.

Grosso modo, se reitera o argumento da utilidade clínica da Síndrome do Estresse Corporal para os casos observados na atenção primária à saúde, o que contribui para legitimar sua entrada na CID-11-AP. Ao passo em que há um processo visível de caracterização desta síndrome com relação aos aspectos culturais *versus* os aspectos biológicos, que vão fundamentar sua visibilidade a partir das pesquisas de base epidemiológica. Por fim, a universalização dos critérios deste diagnóstico se fez a partir dos aspectos culturais, ou seja, é a partir da generalização da cultura que se singulariza tal morbidade. Isso simboliza a própria tensão agonística de fundo na Psiquiatria entre a objetividade biológica e a errância do humano, como bem apontaram Banzato e Pereira (2014), mas este “nó górdio” tem se sustentado há séculos, porque a Psiquiatria, ainda, não conseguiu ancorar na objetividade biológica seu objeto de estudo e intervenção: o sofrimento humano. Contudo, as tentativas não cessaram, a construção desta categoria é um exemplo desta luta para desatar tal nó, em que se continua a busca por processos fisiopatológicos que localizem no corpo, no *soma*, o fenômeno pático, *páthos*.

Em contrapartida, Fortes, Tofóli e Gask (2018), no artigo “*New Categories of Bodily Stress Syndrome and Bodily Distress Disorder in ICD-11*”, destacaram que, apesar da melhora no conhecimento sobre como o cérebro potencialmente interferia na função do corpo, ainda havia um longo caminho pela frente, antes que se pudesse entender os processos físicos que resultavam nos sintomas somáticos, mas um modelo biopsicossocial mais integrado tinha produzido avanços, não apenas na prática clínica, mas também em como os transtornos mentais eram classificados.

Com relação a este modelo, Linda Gask (2018) vai analisar que, desde o psiquiatra suíço Adolf Meyer (1866-1950) em seus trabalhos no Hospital Johns Hopkins, o foco sobre as situações de vida dos pacientes contribuía para uma melhor compreensão das perturbações mentais. Além dele, os estudos do psiquiatra americano George L. Engel (1913-1999) também chamavam atenção para a necessidade de um novo modelo médico que demonstrasse a relação

entre os diversos fatores (biológico, psicológico e social) que influenciavam no desenvolvimento de doenças. Gask baseou-se na abordagem adotada por Engel e no modelo biossocial, apresentado por David Goldberg (1994) em seus trabalhos, para fornecer uma descrição dos conceitos de vulnerabilidade aos transtornos mentais.

Fundamentados nesta leitura do “imbricamento bio-psico-social”, esses autores ressaltaram que a nova versão da CID-11 para a atenção primária representaria tais avanços com a introdução da nova categoria de Síndrome do Estresse Corporal, que seria diferente da categoria de transtornos somáticos do DSM-V e do Transtorno do Estresse Corporal inserido na CID-11, uma vez que esse grupo de transtornos enfatizavam a importância das ideias de preocupação com a saúde para considerar a presença dos sintomas somáticos. Mas, eles refletiram também que essas classificações talvez não fossem completamente diferentes, elas focariam em diferentes pacientes, que se apresentavam em níveis distintos de atenção e eram vistos através de lentes diferentes - as do especialista ou do médico de família. Afinal, essas categorias poderiam representar partes de um mesmo *continuum* fenomenológico, cuja definição incluía desde pacientes que frequentavam serviços de saúde mental, como hospitais gerais, até aqueles com problemas mais graves (menos comuns na atenção primária), que apresentavam sintomas, os quais envolviam preocupações excessivas com a saúde e sua associação com o aumento do comprometimento funcional.

O que estava evidente para Fortes, Tofóli e Gask era que a compreensão dos processos pelos quais a “somatização” se desenvolvia, exigia que fosse adotado um modelo conceitual o qual abrangesse fatores biológicos, psicológicos (incluindo eventos de vida estressantes e redes de apoio social) e sociais (como privação social), e este era o grande desafio para lidar com a interface da Psiquiatria com a Medicina Geral. Para Ziebold et al. (2018), a abordagem dimensional poderia contribuir para o reconhecimento de problemas de saúde mental nessa perspectiva, e esse seria um primeiro passo para a redução da lacuna de tratamento na área.

Observamos como a construção dos Diagnósticos de Síndrome do Estresse Corporal e Ansiedade com a saúde ocorreu, desde o discurso sobre os custos dos cuidados médicos, da fabricação de incapacidade e de aposentadoria precoce das pessoas que apresentavam sintomas somáticos; passando pela discussão sobre a ausência de consenso entre as classificações diagnósticas existentes para caracterizar o processo de somatização e a consequente necessidade de uma nova categoria, que abarcasse esse fenômeno e contribuísse para o “tratamento adequado” das pessoas que dele padeciam. Em seguida, descrevemos como os estudos de Fink e colaboradores (2005, 2007, 2010) fundamentaram o desenvolvimento da categoria de Síndrome do Estresse Corporal e as pesquisas realizadas pelo Grupo de Trabalho

da OMS, que efetuou a revisão do capítulo sobre transtornos mentais da CID-10 e a elaboração da nova versão da CID-10-AP, contribuíram à inserção de novas categorias diagnósticas nessas classificações, em especial, a Síndrome do Estresse Corporal e a Ansiedade com a Saúde. Por fim, analisamos a tentativa dos sistemas diagnósticos CID e DSM de afastar os transtornos relacionados a sintomas somáticos de “características psicológicas” que os qualificavam, fundamentando-se em estudos clínicos e pesquisas epidemiológicas; em contrapartida, percebemos que os aspectos psicossociais continuaram fornecendo a base necessária para legitimar a construção desses transtornos. Neste meandro, a abordagem dimensional é reiterada como modelo indispensável a compreensão de sintomas somáticos e sua caracterização nos sistemas diagnósticos que estão por vir, o que contribuiria para a redução da lacuna de tratamentos mentais a nível mundial, entoada nos relatórios da OMS e pelo Movimento de Saúde Mental Global.

7 ALGUMAS REFLEXÕES PARA OS QUESTIONAMENTOS LEVANTADOS

Ao longo deste trabalho, fizemos vários questionamentos para entendermos a construção e legitimação dos Transtornos Mentais Comuns, bem como para observarmos o desenvolvimento de novas categorias diagnósticas, localizadas nos meandros entre a clínica médica e a psiquiatria. Doravante, realizaremos uma comparação entre as classificações analisadas neste estudo e as reflexões que essas desencadearam, para que possamos responder às indagações feitas até o momento.

Começamos pela Depressão Ansiosa, que caracteriza pessoas as quais preenchem requisitos tanto de Episódio Depressivo atual quanto de Ansiedade atual, bem como inclui os sintomas mistos dos diagnósticos de depressão e ansiedade subclínicas, sendo excluídas desta classificação as pessoas que apresentam os requisitos diagnósticos completos de qualquer um desses transtornos separadamente. Observamos nesta categoria uma gradação de sinais e sintomas ansiosos e depressivos, que vão desde sua manifestação “mais leve” aos níveis “mais graves”, característicos dos casos observados nos ambientes de atenção primária a saúde e que abarcam a proposta do modelo dimensional de classificação diagnóstica (GOLDBERG; REED; ROBLES et al., 2017).

Diferente desse construto, o Transtorno Misto de Depressão e Ansiedade, que estará presente na CID-11, constitui o misto de sintomas ansiosos e depressivos com uma duração de até duas semanas, mas não inclui neste diagnóstico os casos mais graves. Em contrapartida, como uma tentativa de inserir a abordagem dimensional neste sistema classificatório, os episódios de humor apresentados no contexto dos Transtornos Depressivos ou Bipolares passarão a incluir um qualificador de sintomas de ansiedade proeminente; um qualificador indicando a presença de ataques de pânico; e um qualificador para identificar o padrão sazonal¹⁰². Além do que esta categoria diagnóstica foi transferida do grupo dos Transtornos de Ansiedade na CID-10 para os Transtornos Depressivos na CID-11, sob a justificativa de que a evidência dos estudos de campo apontava uma sobreposição entre os sintomas ansiosos com relação aos transtornos de humor (REED et al., 2019).

¹⁰² Sazonal é um adjetivo que se refere ao que é temporário, ou seja, que é típico de determinada estação ou época, o que é comum na manifestação de transtornos de humor, no que diz respeito a ocorrência de sinais e sintomas que se apresentam e se repetem em determinados períodos (DALGALARRONDO, 2008).

No que diz respeito à caracterização do misto de sintomas ansiosos e depressivos no DSM-V¹⁰³, o diagnóstico de Transtorno Depressivo Importante (Maior) foi mantido nesta versão do manual, mas adotando como um de seus especificadores o termo “com ansiedade”, em que se partiu do conceito de *spectrum* para compreender a depressão e a ansiedade como expressões de uma mesma patologia, todavia sem adotar a redução do período para identificação dos sintomas de ansiedade (APA, 2013), como foi feito na CID-11 e CID-11-AP.

A apresentação desta categoria diagnóstica estava sendo posta em discussão desde as Conferências de Planejamento de Pesquisa para a construção do DSM-V, que ocorreram de 2004 a 2008. Numa dessas conferências, intitulada “Comorbidade de Depressão e Transtorno de Ansiedade Generalizada”, se discutiu a sobreposição substancial de depressão e ansiedade em termos de risco genético, temperamento antecedente, resposta ao tratamento e padrões de comorbidade, a partir do exame da relação entre Transtorno Depressivo Maior e Transtorno de Ansiedade Generalizada. Por fim, essa conferência foi concluída com a recomendação de que, embora esses dois transtornos fossem distintos, eles estavam intimamente relacionados e deveriam ser classificados dentro do mesmo grupo de diagnósticos (FIRST, 2010).

Contudo, não foi definida uma categoria específica para o misto de sintomas ansiosos e depressivos no DSM-V, houve um “ajuste” realizado numa classificação já existente de Depressão Maior, que passou a caracterizar casos com e sem ansiedade, sem utilizar o critério de comorbidade diagnóstica. O que aponta à dificuldade em harmonizar a estrutura geral do capítulo da CID-11 sobre Transtornos Mentais, Comportamentais e do Neurodesenvolvimento com a estrutura do DSM-V, que foi inicialmente objetivado nas discussões entre a OMS e a Associação Psiquiátrica Americana durante a confecção desses manuais. Mesmo o intento de aproximar as classificações diagnósticas de transtornos mentais da CID-11 com sua versão para atenção primária a saúde não foi “levado a cabo”, visto que o conceito de Depressão Ansiosa não foi introduzido na CID-11, ou algum equivalente deste, uma mudança deste nível na “CID-Mãe” iria requer modificações na meta-estrutura de diagnósticos utilizados nesta classificação, que não foram feitas. Desse modo, podemos considerar que houve uma tentativa desses sistemas classificatórios em fazer uso de uma abordagem dimensional para caracterizar esse quadro sintomático, contudo, a proposta mais radical de abandonar a distinção delimitada pelo modelo categorial entre transtornos de ansiedade e transtornos de humor, ao descrevê-los

¹⁰³ No Apêndice E, apresentamos um quadro em que comparamos as categorias diagnósticas, que abarcam os sintomas mistos de ansiedade e depressão, utilizadas no DSM-V e na CID-11, bem como o diagnóstico que será introduzido na CID-11-AP.

enquanto um *continuum* de sinais e sintomas mórbidos, foi efetuada na CID-11-AP, por meio do diagnóstico de Depressão Ansiosa.

Com relação à Síndrome do Estresse Corporal, a ser inserida na nova versão da CID para atenção primária a saúde, esta se caracteriza pela coocorrência de sintomas que se enquadram nos agrupamentos cardiopulmonar, musculoesquelético e gastrointestinal, vinculados às Síndromes Somáticas Funcionais de Dor Torácica Não Cardíaca, Fibromialgia e Síndrome do Intestino Irritável; além de compor sintomas "gerais" de dificuldades de concentração, deficiência de memória e fadiga, que podem ser verificados na Síndrome da Fadiga Crônica; bem como são característicos desta síndrome os sintomas descritos no grupo de diagnósticos dos Transtornos Somatoformes, utilizados no DSM-IV e na CID-10 (GOLDBERG et al., 2016).

Segundo Fortes et al. (2014), essa categoria diagnóstica pretende avançar em uma das áreas mais complexas das classificações psiquiátricas nos últimos 30 anos, visto que ela se propõe a abarcar queixas físicas sem substrato anatomopatológico que as justifiquem. A categoria diagnóstica anterior de “Queixas Somáticas Inexplicáveis”, presente na CID-10-AP, era alvo de várias críticas, pois demonstrava problemas em sua aplicabilidade, apresentava baixa confiabilidade para avaliar se havia ou não explicação médica para os sintomas somáticos, descritos por aqueles que padeciam, além do que os sintomas medicamente inexplicáveis eram definidos pelo negativo, ou seja, pela ausência de explicação médica para queixas somáticas, e não pelo positivo, como a presença de sentimentos, pensamentos e comportamentos atípicos. Ademais, apesar da Síndrome do Estresse Corporal concentrar-se, inicialmente, em estudos realizados na Europa Ocidental, com os trabalhos de Fink e colaboradores (2005; 2007; 2010), esse construto levanta a hipótese da existência de um processo geral de alterações somáticas (sem esfacela-las em várias especialidades médicas e suas classificações específicas) que se associam ao estresse desencadeado por situações crônicas, as quais podem incluir pobreza, violência, dificuldades de acesso à educação e saúde, frequentemente observadas em áreas de maior vulnerabilidade nos países de baixa e média renda, por isso a sua possibilidade de aplicação global.

Após os testes de campo realizados em países desenvolvidos e em desenvolvimento por um dos Grupos de Trabalho da OMS (LAM et al., 2013; GOLDBERG et al., 2016; FORTES et al., 2018; ZIEBOLD et al., 2018), considerou-se a inserção deste construto diagnóstico no grupo dos Transtornos do Estresse Corporal, que irão incluir também as classificações de Ansiedade com a Saúde e Transtorno de Conversão (antes denominado Transtorno Dissociativo) (GOLDBERG, 2011a).

Por outro lado, uma categoria semelhante está sendo inserida na CID-11 no grupo dos Transtornos do Estresse Corporal e da Experiência Corporal, sendo essa nomeada de Transtorno do Estresse Corporal, a qual substituiu os Transtornos Somatoformes e também incluiu o conceito de Neurastenia, anteriormente apresentados na CID-10. Essa classificação é definida de acordo com a presença de características como aflição, pensamentos e comportamentos excessivos com a saúde, ao invés da aglutinação de sintomas somáticos reconhecidos pela ausência de explicações médicas, como ocorria nos Transtornos Somatoformes (REED et al., 2019). A versão do diagnóstico de Síndrome do Estresse Corporal adaptada para a “CID-Mãe” (CID principal) com a nomeação de Transtorno do Estresse Corporal corrobora com a proposta do Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da OMS, para o qual os transtornos que sobrevivessem aos testes de campo da CID-11-AP deveriam ter um diagnóstico equivalente na classificação principal (GOLDBERG, 2011a).

Um processo semelhante é percebido com relação a categoria de Transtorno com Sintomas Somáticos, que caracteriza as queixas somáticas no DSM-V¹⁰⁴. O diagnóstico de Transtorno com Sintomas Somáticos está inserido no agrupamento dos Sintomas Somáticos e Outros Transtornos Relacionados, que vai substituir a classe diagnóstica dos Transtornos Somatoformes. Isso representa uma mudança significativa no que diz respeito ao DSM-IV-TR, visto que houve uma redução no número de diagnósticos deste grupo na nova versão do manual, sendo ainda retirado o termo “somatoforme”. O Transtorno com Sintomas Somáticos passou a ser qualificado por meio de uma gradação de sintomas (leve, moderado ou grave) e incluiu os diagnósticos de Transtorno de Somatização, Transtorno Somatoforme Indiferenciado e Transtorno Doloroso (retirados desta versão do manual), sendo esse transtorno caracterizado por um ou mais sintomas somáticos angustiantes ou que resultavam em interrupção significativa da vida diária daquele que sofria; além de descrever pensamentos, sentimentos e comportamentos excessivos relacionados a sintomas somáticos ou a preocupações com a saúde (FORTES et al., 2014).

Todavia, há controvérsias a respeito da equivalência desses diagnósticos, para Fortes, Tofóli e Gask (2018), apesar das semelhanças entre eles, as ideias de preocupação com a saúde, presentes tanto no Transtorno do Estresse Corporal (da CID-11) quanto no Transtorno com Sintomas Somáticos (do DSM-V), diferenciam-nos da Síndrome do Estresse Corporal (da CID-11-AP), que não apresenta este marcador. Observamos, então, uma divergência na literatura científica com relação a esses três diagnósticos, marcada pela indagação se há ou não

¹⁰⁴ No Apêndice F, apresentamos um quadro em que descrevemos os diagnósticos para sintomas somáticos, que estão presentes nas classificações DSM-V e CID-11, assim como a categoria que será inserida na CID-11-AP.

preocupação com a saúde na manifestação desses sintomas. Isso pode ser observado também na discussão sobre o construto Ansiedade com a Saúde, a ser inserido na CID-11-AP, em que os estudos de campo efetuados pelo Grupo de Trabalho da OMS ora analisavam que este transtorno deveria estar associado a Síndrome do Estresse Corporal, ora poderia ser considerado como uma categoria independente (GOLDBERG; LAM; MINHAS et al., 2017; ZIEBOLD et al., 2018; FORTES et al., 2018).

Por fim, Goldberg et al. (2016) demarcaram que a Ansiedade com a Saúde seria uma categoria a parte da Síndrome do Estresse Corporal, mas também estaria inserida no grupo dos Transtornos do Estresse Corporal na CID-11-AP. Ansiedade com a Saúde caracterizaria uma condição diagnosticada quando a pessoa apresentasse ideias ou medos persistentes e intrusivos de ter uma doença, ou uma preocupação intensa com sensações corporais “mais leves”, ou ainda problemas que seriam mal interpretados como sinais de uma doença grave; já a Síndrome do Estresse Corporal abarcaria sintomas somáticos que não eram relacionados a patologias físicas conhecidas, estando associados com angústia e disfunção.

Com relação ao DSM-V, ainda compondo o grupo dos Sintomas Somáticos e Outros Transtornos Relacionados está o diagnóstico de Transtorno de Ansiedade de Doença, o qual representa pessoas que experimentam um alto nível de ansiedade pelo medo de adoecerem, sem a manifestação de sintomas somáticos, incluindo o casos que anteriormente eram qualificados no DSM-IV-TR como Hipocondria. Fato curioso é que a nomeação “Hipocondria” foi retirada deste manual para dar lugar a uma categoria diagnóstica semelhante a que está sendo inserida na CID-11-AP, Ansiedade com a Saúde, sob o argumento de que o termo “Hipocondria” tinha um “caráter pejorativo”, que não facilitava a identificação dos médicos com relação a esses casos e não contribuía para adesão ao tratamento das pessoas que dela sofriam, por isso a mudança para uma nova categoria diagnóstica, que contribuiria a uma “maior utilidade” na intervenção clínica e na realização de pesquisas (ARAÚJO; NETO, 2014).

Já na CID-11, se mantém o diagnóstico de Hipocondria¹⁰⁵, mas tendo como critério de inclusão os sinais e sintomas que caracterizam o Transtorno de Ansiedade de Doença (DSM-V), todavia esta categoria sai da classe dos Transtornos Somatoformes, existentes na CID-10, para ser introduzida no grupo dos Transtornos Obsessivo-Compulsivos e Relacionados, que constituem uma classe de diagnósticos distinta dos transtornos relacionados à ansiedade e ao medo na nova versão deste sistema classificatório (REED et al., 2019).

¹⁰⁵ No Apêndice G, apresentamos, em um quadro comparativo, os diagnósticos que caracterizam os sintomas de preocupação excessiva com a saúde, utilizados na CID-11, no DSM-V e o novo construto diagnóstico a ser incluído na CID-11-AP.

Apesar dessas diferenças observadas, Fortes, Tofóli e Gask (2018) refletiram que esses diagnósticos não eram completamente divergentes, o que os distinguiu era a perspectiva do profissional que atendia aquele que sofre, bem como a especificidade do nível de atenção à saúde em que essa pessoa se localizasse, assim sendo, essas categorias poderiam representar partes de um mesmo *continuum* fenomenológico, que compunha sintomas somáticos os quais poderiam envolver preocupações excessivas com a saúde. As considerações desses autores reiteram o discurso da abordagem dimensional, que propõe a não subdivisão de sinais e sintomas de uma mesma síndrome em várias categorias, ao contrário, nessa perspectiva se compreende que há uma gradação na apresentação de sinais e sintomas das perturbações mentais, que pode ser compreendida ao se olhar para o todo do fenômeno e não apenas para suas partes.

Podemos considerar que as controvérsias apresentadas nos estudos analisados para caracterizar os sintomas depressivos, ansiosos e somáticos, bem como suas inter-relações entre eles, nos falam da tentativa de ajustamento desses construtos diagnósticos para a produção de transtornos equivalentes no DSM-V, na CID-11 e em sua versão específica para atenção primária, que foi a proposta inicial das Conferências de Planejamento de Pesquisa para a construção do DSM-V, desenvolvida pela Associação Psiquiátrica Americana conjuntamente com a OMS. Não à toa, alguns dos componentes do Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da OMS, que também foram autores dos documentos analisados neste trabalho, compuseram a comissão responsável pela nova edição do DSM. Todavia, há embates e disputas nesse processo, que perpassam um conjunto de valores, normas, referenciais teórico-epistemológicos diversos, interesses econômicos e políticos, os quais contribuem para que determinados diagnósticos tenham visibilidade em detrimento de outros, que alguns termos sejam utilizados ao invés de outros e, em especial, que algumas mudanças sejam autorizadas e outras não, como bem analisou Kuhn (2006) ao discorrer sobre a produção do conhecimento científico.

Isso nos leva aos questionamentos apresentados ao longo deste trabalho: podemos dizer que o DSM-V, o capítulo de Transtornos Mentais, Comportamentais e do Neurodesenvolvimento da CID-11 e a CID-11-AP tomaram por base o modelo dimensional de construção diagnóstica e, mediante esse processo, efetuaram uma mudança de paradigma ou “*aggiornamento*”? Que jogos de forças colaboraram para a constituição dessas classificações? Quais efeitos essas modificações “revolucionárias” ou “reformistas” podem desencadear?

7.1 Mudança de paradigma ou “*aggiornamento*” no DSM-V e na seção para Transtornos Mentais da CID-11?

Tentaremos responder às questões feitas sobre a mudança de paradigma ou o processo de “*aggiornamento*”, oriundos da constituição desses sistemas classificatórios, mediante a inserção de novas categorias diagnósticas, como as analisadas neste estudo, bem como os efeitos que essas mudanças podem ocasionar. Nesse intento, vamos discorrer a respeito de cada um desses sistemas separadamente, para que possamos compreender suas peculiaridades e diferenças, bem como suas aproximações e semelhanças.

Mediante o conjunto de pesquisas realizadas na atenção primária em países desenvolvidos e em desenvolvimento, que corroboraram com o modelo dimensional para o desenvolvimento de novas categorias diagnósticas, o DSM-V foi publicado, rompendo com o modelo multiaxial aplicado desde o DSM-III, e trazendo as descrições de algumas categorias a partir dos princípios básicos da abordagem dimensional, como por exemplo, o Transtorno do Espectro Autista, inserido no agrupamento de diagnósticos dos Transtornos do Neurodesenvolvimento.

Os transtornos do Neurodesenvolvimento substituíram o grupo dos Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou na Adolescência do DSM-IV-TR. A organização desse novo agrupamento seguiu a proposta de mudança do DSM-V no que diz respeito a lançar um olhar longitudinal sobre o curso dos transtornos mentais. Nesse interim, o Transtorno do Espectro Autista incluiu os diagnósticos de Autismo, Transtorno Desintegrativo da Infância e a Síndrome de Asperger, sob a justificativa de que esses transtornos constituíam uma mesma condição com gradações em dois grupos de sintomas: déficit na comunicação e interação social; padrão de comportamentos, interesses e atividades restritos e repetitivos (ARAÚJO; NETO, 2014).

Além disso, os diagnósticos analisados neste trabalho também se inseriram na lógica de *continuum* para caracterizar os transtornos mentais: o Transtorno Depressivo Importante (Maior) com o especificador de ansiedade, em que se partiu do conceito de *spectrum* para compreender a depressão e a ansiedade como expressões de uma mesma patologia; o Transtorno com Sintomas Somáticos, que passou a ser qualificado por meio de uma gradação de sintomas (leve, moderado ou grave) e incluiu os diagnósticos de Transtorno de Somatização, Transtorno Somatoforme Indiferenciado e Transtorno Doloroso; bem como, o Transtorno de Ansiedade de Doença, o qual passou a representar pessoas que experimentavam um alto nível

de ansiedade pelo medo de adoecer, substituindo o diagnóstico de Hipocondria do DSM-IV-TR.

Podemos considerar que o que marcou a principal diferença entre o DSM-IV-TR e o DSM-V foi o uso mais proeminente de medidas dimensionais neste último, como bem destacou Regier et al. (2009), mas, a gradação dos sintomas e o critério de severidade feito em alguns diagnósticos não se ampliou para caracterizar uma mudança estrutural no modelo de construção desse manual. Isso pôde ser observado ao longo das 12 Conferências de Planejamento de Pesquisa para a construção do DSM-V, em que cada grupo de diagnósticos foi discutido, de modo que se analisou grupo a grupo se um transtorno poderia ser melhor caracterizado como dimensional ou categórico, ou ainda, se poderia ser elaborado um sistema classificatório com um misto de ambas as abordagens, como bem destacou First (2010).

De acordo com o psiquiatra americano Michael First (2010), antes dessas conferências, ainda no começo do processo de revisão do DSM-V, em 1999, seus desenvolvedores esperavam que houvesse alterações significativas na nova versão do manual, as quais constituíssem uma mudança de paradigma no modo de classificar os diagnósticos psiquiátricos. Todavia, apesar das esperanças de que esta nova versão do manual fosse capaz de ir além do paradigma categórico-descritivo, que fundamentava os manuais desde o DSM-III, como resultado dos últimos 14 anos de pesquisa científica, da Agenda de Pesquisa do DSM-V e das apresentações das Conferências de Planejamento de Pesquisa, o DSM-V continuava a seguir o paradigma do DSM-IV-TR.

Segundo First, o entendimento dos formuladores do DSM-III era de que os critérios diagnósticos das versões subsequentes deste manual seriam continuamente revisados com base em novos achados de pesquisa, o que culminaria na identificação dos processos subjacentes dos transtornos mentais, através da compreensão de uma etiologia e fisiopatologia comum desses. Contudo, essa compreensão não foi possível, pois apesar dos inúmeros apelos feitos pela psiquiatria biológica, não se verificaram marcadores físicos característicos para cada patologia específica, e a decisão da Força Tarefa do DSM-V foi de manter a abordagem descritiva aumentando as dimensões, em vez de acabar com as categorias.

Para Kendler e First (2010), o que poderia estar ocorrendo nesta nova versão do manual seria a adoção do chamado “modelo iterativo” (*iterative model*), no qual se propõe que mudanças incrementais sejam feitas ao modelo anterior, mas retendo os pressupostos fundamentais desse. No dicionário Aurélio (2010), a palavra “iterativo” é relativo à iteração, ou seja, o ato ou efeito de repetição, pode significar também o processo de resolução de um problema mediante uma sequência finita de operações em que o objetivo de cada uma é o

resultado do que a precede. Desse modo, essa definição sugere um encadeamento entre os sistemas classificatórios, organizados numa sequência em que cada um repete o modelo anterior, todavia, utilizando métodos empíricos cada vez mais rigorosos, de modo que as revisões subsequentes produzam melhorias com relação a seu antecessor. Esse processo levaria lentamente a nosologia dos construtos denominados "transtornos" para uma "maior e melhor" aproximação das "verdadeiras" morbidades psiquiátricas, que era o objetivo dos formuladores do DSM-III, como First havia descrito.

Essa perspectiva parte do conceito de doença enquanto uma essência que precisa ser capturada pelo procedimento técnico adequado. Canguilhem (2005) já discorria sobre esse movimento de busca pela entidade doença, que é acompanhado de um crescente desenvolvimento de exames e tecnologias médicas, a serem utilizadas para localizar qual engrenagem não está funcionando bem na "máquina humana", de modo que se possa corrigir seu defeito; ou ainda a busca pelo agente patógeno que desencadeou seu mau funcionamento. Desse modo, o modelo iterativo seria evolutivo e cumulativo, não objetivava produzir ruptura com o modelo anterior, ou seja, não se planejava uma quebra de paradigma. Os formuladores do DSM-III-R, do DSM-IV e do DSM-IV-TR utilizaram implicitamente essa abordagem.

Segundo Kendler e First (2010), embora houvesse uma insatisfação com a abordagem descritiva do DSM-IV-TR, o que resultou em aspirações para uma mudança de paradigma no DSM-V, permanecia como objetivo final de construção desse manual adotar um sistema de diagnóstico baseado na etiologia e na fisiopatologia (ou seja, nas bases do modelo biomédico), logo a ruptura com o modelo anterior não era possível, uma vez que para sustentar uma revolução científica, era necessário uma maior insatisfação com o velho paradigma e uma atração significativa com um novo paradigma. Assim sendo, "embora nosso campo claramente tenha o 'impulso' para a mudança, ainda não temos uma força suficiente 'puxada' de um paradigma alternativo superior que consiga resolver com sucesso nossas preocupações"¹⁰⁶ (p. 265).

Somado a isso, podemos incluir nesta querela o financiamento de pesquisas e ações em saúde realizado por instituições governamentais e não governamentais, o mercado em ampliação dos seguros de saúde privados; o sufocamento dos sistemas públicos de saúde ao redor do mundo; bem como o crescimento da indústria farmacêutica e os ganhos do mercado

¹⁰⁶ Tradução nossa para a frase: "Although our field clearly has the 'push' for change, we do not yet have a strong enough 'pull' from a superior alternative paradigm that will successfully address our concerns" (KENDLER; FIRST, 2010, p. 265).

financeiro neste processo. Existem embates dentro e fora dos ambientes acadêmicos que possibilitam (ou não) a fabricação de determinados diagnósticos e a vigência de modelos de classificação, visto que uma mudança de paradigma não exige apenas o embate teórico-epistemológico, travado nos espaços da ciência, mas também inclui interesses políticos, econômicos, de grupos sociais, dentre outros. Apesar de Kuhn (2006) não ter se detido especificamente a essa discussão, ele apontou que, em caso de uma revolução científica, a “ciência normal” não teria a última palavra, mas fatores “não-científicos” contribuiriam para esse processo. Então, podemos tomar outro desses âmbitos citados para compreendermos a amplitude de tal processo e os jogos de força que estão envolvidos nele, como por exemplo o papel da indústria farmacêutica na produção de morbidades psiquiátricas.

Em 2017, o psiquiatra americano Allen Frances deu entrevista à revista *Psique-Ciência e Vida* e relatou uma “epidemia de diagnósticos psiquiátricos” elaborados nos últimos anos pelas versões publicadas do DSM. Segundo ele, qualquer mudança feita neste manual, que é a referência mundial da Psiquiatria, pode tirar milhões de pessoas do campo da normalidade, visto que, nos Estados Unidos, a indústria ainda gasta uma fortuna com *marketing* dirigido a psiquiatras, clínicos gerais, adultos, jovens, crianças, seus pais e professores, e as patologias que são criadas nos EUA, geralmente, são rapidamente espalhadas ao redor do mundo. Logo, a indústria farmacêutica tem financiado a realização de pesquisas na área e é uma das maiores responsáveis pela inflação de diagnósticos psiquiátricos. Não à toa há quatro vezes mais diagnósticos nas versões do DSM do que no capítulo de transtornos mentais das versões da CID, elaboradas pela OMS. A indústria farmacêutica americana transforma doença em *marketing*, vende transtornos mentais e pressiona o consumo de pílulas até para situações que não respondem a tratamentos fármacos. Em contrapartida, os profissionais de saúde aderem a estes discursos e as pessoas que sofrem passam a adotá-los também, por medo de estarem gravemente doentes, assim elas chegam nos consultórios com diagnósticos praticamente já estabelecidos. Nas palavras de Frances:

Os médicos com frequência prescrevem medicamentos rapidamente e displicentemente para tratar problemas que eles não compreendem em pacientes que mal conhecem. E, sim, os pacientes realmente querem uma solução rápida para tudo. Mas não existe uma pílula para cada problema da vida (...) O paradoxo é que, enquanto a maioria das pessoas acredita que precisa de medicação sem na verdade precisar, aqueles com problemas mais severos, que, de fato, se beneficiariam dos remédios, não são tratados (FRANCES, 2017, p. 4-5).

O Jornalista Robert Whitaker (2017) discorreu também sobre uma epidemia de diagnósticos psiquiátricos que está havendo nos Estados Unidos, com consequente uso exacerbado de psicotrópicos pela população e o pouco questionamento feito acerca dos danos

causados por esse uso. Corroborando com Whitaker, Márcia Angell (2011) discutiu o aumento do número de casos de transtornos mentais e a provável não eficácia dos tratamentos farmacológicos utilizados, visto que os usuários permaneciam fazendo uso de psicotrópicos durante toda a vida, mas continuavam apresentando crises e consequentes internações em hospitais psiquiátricos ou em outros serviços de saúde, sem resolução do quadro. Martins (2012) também chamou atenção para o aumento do número de pessoas que possuíam diagnóstico psiquiátrico, de modo que se tornava exceção aquelas que não entravam em nenhuma categoria diagnóstica.

Nesse jogo de forças, quanto mais patologias fossem fabricadas mais pessoas seriam abarcadas, o que já era apontado por Frances no livro: “*Saving Normal: an Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*”, publicado em 2013, no qual ele relatava que o DSM-V estaria transformando nossa atual “inflação diagnóstica” em “hiperinflação”, ao converter milhões de “pessoas normais” em “pacientes com transtornos mentais”, o que desencadearia um uso desnecessário e prejudicial de medicamentos, havendo, ainda, uma má alocação de recursos médicos e uma drenagem dos orçamentos do Estado e das famílias para sustentar esse fenômeno. Então, qualquer mudança que fosse proposta para barrar este processo produziria resistência, a menos que as alterações caminhassem no sentido de corroborar com a manutenção do *status quo* e/ou ampliassem o processo de patologização da vida de modo ascendente, que foi o que ocorreu neste caso.

Destarte, consideramos que não houve uma mudança de paradigma no DSM-V, foram feitas alterações incrementais na estrutura geral deste manual e nos critérios diagnósticos de algumas categorias, que passaram a incluir as bases da abordagem dimensional para sua fundamentação (como observado nos diagnósticos analisados ao longo deste trabalho). Assim sendo, houve uma mudança do tipo “reformista”, ou seja, um certo *aggiornamento* feito com relação ao modelo anterior, sendo elaborado um sistema classificatório com um misto das abordagens categorial e dimensional, o que poderíamos denominar de um modelo pseudodimensional. Podemos considerar também que os estudos, realizados no final do século passado e no começo deste sobre o modelo dimensional, contribuíram para esta mudança, inclusive mediante a participação de alguns de seus autores na confecção do DSM-V. Mas, não foi realizada uma revolução, no sentido *khuniano* do termo, e Goldberg (1996) já apontava para essa possibilidade, quando considerou que os sistemas dimensionais poderiam ser um exercício de construção de um modelo possível, mas as classificações vigentes na CID-10 e no DSM-IV, apesar de seus problemas, ainda, não poderiam ser descartadas.

E com relação ao capítulo de transtornos mentais na CID-11? Haveria uma mudança paradigmática em sua nova versão, que não foi “levada a cabo” no DSM-V? Para Stein, Lund e Nesse (2013), historicamente, esse sistema de classificação tem enfatizado a utilidade clínica e o uso de protótipos diagnósticos para uma aplicabilidade global e esta nova versão da CID não fugiu à regra. Todavia, diferente das versões anteriores, os estudos de campo para desenvolver a CID-11 se concentraram particularmente na utilidade clínica dos diagnósticos em ambientes médicos de cuidados primários, sendo esses realizados tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento.

Anteriormente, descrevemos a utilidade clínica como um princípio organizador para o desenvolvimento dessa nova versão da CID, que foi fortemente enfatizada nas instruções fornecidas aos Grupos de Trabalho, nomeados pelo Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da OMS, para fazer recomendações sobre a estrutura e o conteúdo do capítulo de transtornos mentais para a CID-11 (REED et al., 2019). Segundo First et al. (2015), a OMS estava particularmente interessada na utilidade clínica desses diagnósticos porque era fundamental para a interface entre a prática clínica e a informação em saúde. Ademais, uma classificação caracterizada por baixa utilidade clínica não poderia ser uma ferramenta eficaz para gerar dados, que forneceriam uma base válida para programas e políticas de saúde, ou para estatísticas globais de saúde. Esses autores reiteraram a importância de uma classificação padronizada, de modo que um código de doença pudesse ser aplicado em vários países ao redor do mundo; para que fosse possível realizar pesquisas diagnósticas em ambientes distintos, bem como a fim de que os sistemas de saúde a nível global fossem organizados.

Mas, para que isso fosse alcançado, também era necessário que esse sistema diagnóstico pudesse ter uma aplicação universal, então, a participação global foi outra característica definidora do programa de estudos dos Grupos de Trabalho da CID-11, tanto que uma Rede Global de Prática Clínica¹⁰⁷ foi estabelecida durante a construção desta nova versão. Especificamente no que diz respeito ao capítulo sobre transtornos mentais desse sistema classificatório, essa Rede foi criada para permitir que profissionais de saúde mental e de cuidados primários de todo o mundo participassem diretamente do desenvolvimento do Capítulo 06 da CID-11, através de estudos de campo baseados na internet. Somado a isso, pesquisas clínicas foram feitas *in loco* em vários países, para testar as novas categorias

¹⁰⁷ A Rede Global de Prática Clínica (RGPC) foi descrita no capítulo “O Desenvolvimento do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID)”.

diagnósticas a serem introduzidas neste sistema de classificação, objetivando que sua aplicabilidade fosse a mais ampla possível (REED et al., 2019).

Além disso, foi solicitado aos grupos de trabalho da CID-11 que se considerasse a utilidade clínica e a aplicabilidade global do material que foi desenvolvido para a constituição do DSM-V, com o objetivo de minimizar as diferenças aleatórias ou arbitrárias entre o Capítulo 06 da CID-11 e esse manual, embora diferenças conceituais fossem permitidas, desde que “devidamente justificadas”. Assim sendo, a estrutura organizacional desta nova versão da CID também foi influenciada pelos esforços da OMS e da APA para harmonizar a estrutura geral do capítulo da CID-11 sobre transtornos mentais e comportamentais com a estrutura do DSM-V (REED et al., 2019).

A OMS tem uma agenda de saúde pública que está fundamentada no fenômeno político da Saúde Global, logo as discussões sobre atenção primária, controle de doenças, avaliação de sistemas de saúde compõem um painel para o planejamento de ações globais, em que se utiliza os indicadores de saúde como ferramentas para embasar essas discussões (MATTA; MORENO, 2014). Então, é necessário que os diagnósticos existentes na nova CID tenham utilidade para a prática clínica, mas ainda que possam gerar dados globais, padronizados, verificáveis e confiáveis, os quais podem ser usados como indicadores por essa agência internacional para “fornecer ideias” à formulação de políticas de saúde a nível mundial (MATOS, 2000). Assim, observamos também os interesses políticos e econômicos associados à constituição desse sistema classificatório, que foi elaborado a partir de pesquisas em saúde, financiadas tanto por instituições governamentais, quanto por não-governamentais, que se sustentam no discurso científico de produção de verdades, para fundamentar ações e políticas em saúde ao redor do mundo.

Desse modo, podemos refletir que, não por caso, o foco das pesquisas em saúde mental, desenvolvidas no começo deste século para fundamentar os relatórios construídos pela OMS, desde a gestão de Gro Harlem Brundtland, ocorreu voltado prioritariamente para os países de baixa e média renda. Essas pesquisas traziam o discurso da Cobertura Universal de Saúde como proposta para a constituição de um novo modelo de sistema universal a ser implantado nos países membros dessa agência internacional, aproximando tal proposta do modelo político adotado no documento “Investindo em Saúde” (1993), feito pelo Banco Mundial, como bem ressaltou Lima (2014). Então, consideramos que há uma relação entre a confecção da CID-11 e as mudanças para efetivação dos sistemas de saúde pública globais, pois essa classificação possibilita a produção de práticas e informações a nível mundial, que podem ser utilizadas para fundamentar o “fornecimento de ideias”, que constituem a base para se elaborar políticas de

saúde. Em contrapartida, isso contribui para a ampliação dos seguros privados no mercado global da saúde, sob o argumento central de que os recursos públicos para essa área eram e vão continuar sendo escassos, assim sendo essa proposta se direciona para ampliar o ingresso do capital privado na área de saúde.

Nosso estudo foi voltado especificamente para análise de algumas categorias diagnósticas introduzidas no capítulo de Transtornos Mentais, Comportamentais e do Neurodesenvolvimento da CID-11, uma discussão mais aprofundada sobre esse dado exigiria uma análise ampla deste sistema classificatório, que precisaria ser melhor investigada em pesquisas futuras. Ademais, um aprofundamento maior deste resultado ultrapassaria os objetivos deste trabalho. Contudo, chamamos atenção a este processo também, para que seja possível compreender que uma mudança de paradigma implica no diálogo entre vários cenários e atores, que estão envolvidos num jogo de disputas o qual excede o ambiente científico, mas também o constitui (KUHN, 2006). Outro âmbito que podemos analisar, é a incorporação da abordagem dimensional nesta nova versão da CID, que ocorreu num sistema explicitamente categórico com restrições taxonômicas específicas, como era o caso da CID-10.

Para Reed et al. (2019), esse esforço de mudança foi estimulado pelo Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da OMS, mediante as evidências dos estudos de campo de que a maioria dos transtornos mentais poderia ser melhor descrita ao longo de uma série de dimensões sintomáticas interagentes, em vez de diversas categorias diagnósticas díspares. Outrossim, as inovações na estrutura de codificação desta versão da CID, que passou de um número de agrupamentos de transtornos restrito artificialmente pelo sistema de codificação decimal na CID-10 (só era possível ter no máximo dez grandes agrupamentos de transtornos no capítulo sobre transtornos mentais e comportamentais), para uma codificação alfanumérica flexível na CID-11 (que permitiu um número muito maior de agrupamentos diagnósticos), possibilitou que uma abordagem dimensional fosse utilizada nesse sistema classificatório.

Segundo First et al. (2015), um fator que potencialmente comprometia a utilidade clínica do capítulo de Transtornos Mentais da CID-10 era a variabilidade da informação em termos de forma e conteúdo nos vários agrupamentos diagnósticos. As descrições clínicas variavam muito em extensão e no escopo das informações incluídas, algumas se concentravam quase inteiramente nos recursos de apresentação, enquanto outras continham informações abrangentes sobre curso, relação de gênero, características associadas dos diagnósticos e comorbidade. Além disso, a ausência de títulos dificultava que o clínico localizasse informações de interesse particular e as diretrizes diagnósticas também variavam em termos de formato nas várias seções. Essa variabilidade em termos de formato e conteúdo refletia a falta de orientação

padronizada para a preparação das várias seções deste capítulo, cada uma delas foi desenvolvida por diferentes conjuntos de especialistas.

Conseqüentemente, um objetivo inicial do processo de desenvolvimento do Capítulo 06 da CID-11 era criar um mecanismo que garantisse a consistência e uniformidade de informações diagnósticas entre as várias categorias. Para facilitar isso, foi solicitado aos Grupos de Trabalho que se coletassem informações diagnósticas sobre os transtornos mentais sob a responsabilidade desses grupos, sendo utilizado um modelo padronizado, que foi denominado “Formulário de Conteúdo” (*Content Form*). Usando as informações fornecidas no Formulário de Conteúdo, o Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da OMS objetivou melhorar a utilidade clínica do capítulo de transtornos mentais da CID-11, ao garantir que a quantidade e o tipo de informações fornecidas para cada transtorno e seus agrupamentos fossem consistentes em todo o manual, o que tornaria mais fácil a localização de informações de interesse por seus usuários (FIRST et al., 2015).

Ademais, os princípios que guiaram a organização do Capítulo 06 da CID-11 incluíam a ordenação de seus agrupamentos diagnósticos seguindo uma perspectiva de desenvolvimento (como o agrupamento dos Transtornos do Neurodesenvolvimento e dos Transtornos Neurocognitivos Duradouros); agrupando transtornos baseados em componentes cognitivos, comportamentais e emocionais com causas subjacentes (por exemplo, os transtornos especificamente associados ao estresse); bem como associando aqueles que apresentavam fenomenologia compartilhada (como os Transtornos Dissociativos) (REED et al., 2019).

Para Reed e colaboradores, o potencial dimensional da CID-11 se destacou no agrupamento dos Transtornos de Personalidade, em que o critério de comorbidade é eliminado, além do que a descrição desses transtornos passa a fornecer uma base para a pesquisa de dimensões e intervenções subjacentes em várias de suas manifestações. Um outro conjunto de qualificadores dimensionais também foi introduzido para descrever as manifestações sintomáticas de Esquizofrenia e de outros transtornos psicóticos, ao invés de focar nos subtipos diagnósticos desses construtos, a classificação dimensional buscou apresentar os aspectos relevantes da apresentação clínica atual desses transtornos.

Com relação às categorias analisadas neste estudo, os diagnósticos de Transtorno Misto de Depressão e Ansiedade (localizado no grupo dos Transtornos Depressivos), Transtorno do Estresse Corporal (inserido no grupo de Transtornos do Estresse Corporal e da Experiência Corporal) e Hipocondria (introduzido no conjunto dos Transtornos Obsessivo-Compulsivos e Relacionados) passaram a se constituir enquanto categorias diagnósticas que partem de uma definição de *continuum* fenomenológico, bem como da explicação de fatores cognitivos,

comportamentais e emocionais compartilhados, para serem introduzidos em agrupamentos específicos definidos neste sistema classificatório.

Todavia, apesar das mudanças substanciais feitas no Capítulo 06 da CID-11, à luz das evidências dos estudos de campo realizados pelos Grupos de Trabalho da OMS, bem como dos esforços desses para melhorar a utilidade clínica e a aplicabilidade global desses transtornos, consideramos que, a formulação de novos diagnósticos psiquiátricos e a ampliação do número de categorias feitas nesta versão da CID, não desencadeou uma virada teórico-epistemológica que representasse uma revolução paradigmática, assim como ocorreu com o DSM-V. Todavia, podemos considerar que a modificação da estrutura de codificação dos agrupamentos diagnósticos na CID-11, pode fornecer informações mais organizadas com relação aos transtornos mentais, o que contribuiria para uma produção de julgamentos clínicos mais consistentes em comparação com a CID-10. Ademais, o uso da abordagem dimensional em alguns agrupamentos neste sistema classificatório, proporcionou uma flexibilidade maior no exercício do julgamento clínico, que pode funcionar como uma “faca de dois gumes”, como representaremos em dois cenários:

- a) cenário 1: O olhar centrado na pessoa, como um todo indivisível, e o entendimento de que não existe “tratamento mágico” contra o mal-estar, possibilitaria a efetivação de práticas clínicas e de pesquisas mais consistentes com a variação cultural e social do ambiente, vivido por aquele que adoece e onde o trabalho em saúde é desenvolvido, de modo que se realizasse uma escuta acurada do sofrimento psíquico pelos profissionais de saúde, que permitiria um maior acolhimento e cuidado às pessoas que sofrem. Assim como, um conjunto de dados de pesquisas mais congruentes com as demandas locais dos serviços de saúde seriam levantados, colaborando para o desenvolvimento de ações e políticas em saúde mais equânimes;
- b) cenário 2: O esfacelamento do sujeito, arraigado no sintoma, e a necessidade de eliminação deste, poderia ocasionar o desenvolvimento de um processo de patologização de comportamentos cotidianos e uma conseqüente medicalização do sofrimento mental, o que acarretaria uma epidemia de transtornos mentais a nível mundial, propagada de modo mais expansivo nos ambientes de cuidados primários e de atenção à saúde não-psiquiátricos. Essas práticas possibilitariam um maior desenvolvimento de pesquisas centradas na busca por novos medicamentos e instrumentos de avaliação médica, a serem utilizadas como discurso de verdade para produção de novos fármacos pela indústria

farmacêutica e de insumos e tecnologias pelos grandes conglomerados do mercado financeiro.

É provável que esses dois cenários ocorram, ao passo que o primeiro seja executado conjuntamente com o segundo, de modo que haja aproximações e afastamentos entre ambos, que se constituem em meio aos embates e interesses variados envolvidos nos processos de construção diagnóstica e produção de cuidados em saúde, como descrito anteriormente. Mas, é possível que outros cenários sejam elaborados? Além disso, existiria uma diferenciação significativa entre as mudanças observadas no capítulo de Transtornos Mentais, Comportamentais e do Neurodesenvolvimento da CID-11 e sua versão para atenção primária a saúde, que poderia desencadear efeitos diversos desses? Afinal, é importante considerarmos que esta versão da CID está voltada para profissionais diversos (não apenas médicos e/ou especialistas em saúde mental) e pode ter um alcance bem maior, no que concerne aos cuidados com os transtornos mentais em ambientes não-psiquiátricos, do que os manuais anteriormente analisados.

7.2 A CID-11-AP e suas modificações: “revolucionárias” ou “reformistas”?

Os serviços de Atenção Primária a Saúde (APS) atendem pessoas que, geralmente, trazem sintomas inespecíficos, como queixas somáticas mal definidas ou relatos de sofrimento mental “menos graves”, ou seja, há um predomínio de casos menos estruturados e cronificados em relação aos ambientes especializados em saúde mental. Esses serviços acolhem não apenas pessoas doentes, mas trabalham também com ações preventivas e de promoção à saúde, em que há um cuidado longitudinal e um olhar voltado para as várias demandas vitais que essas apresentam, por exemplo, a realização de pré-natal e puericultura, dentre outras ações em saúde que ultrapassam o tratamento de sintomas. Logo, a APS se constitui enquanto “lugar da pessoa e não apenas do doente” (FORTES et al., 2014, p. 192).

Busnello, Lima e Bertolote (1983) já analisavam que as perturbações mentais, as quais eram observadas no nível de cuidados primários, não eram facilmente definíveis do ponto de vista psicopatológico, uma vez que elas caracterizavam reações ou quadros hiperansiosos e depressivos, estados de êxtase, transe e possessão (ligados a crenças e valores de culturas populares tradicionais), bem como casos “poliqueixosos crônicos” que não se aplicavam ao conceito moderno de doença (*disease*). Por isso, as classificações internacionais CID e DSM, utilizadas ainda na década de 1980, não eram apropriadas para as condições observadas na atenção primária, que não abarcavam este modelo de doença, ao passo em que essas condições

representavam a maior proporção dos pacientes atendidos em cuidados primários. Destarte, esses autores discorriam sobre a necessidade de um sistema classificatório que descrevesse esse conjunto de morbidade psiquiátrica, o qual era qualitativamente diferente das categorias nosológicas utilizadas para definir os casos de sofrimento mental, observados em serviços especializados de psiquiatria.

Na década de 1990, as ressalvas apontadas por Busnello, Lima e Bertolote ainda ressoavam, os estudos desenvolvidos neste período (GOLDBERG et al., 1994; SARTORIUS; ÜSTÜN, 1995; ORMEL et al., 1995; WEICH et al., 1995; LIMA et al., 1996; JACOB et al., 1998; WEICH; LEWIS, 1998) destacavam a necessidade de uma maior visibilidade para o mal-estar, os sofrimentos, as angústias, os incômodos não definidos como transtornos mentais graves, que estavam presentes nos casos atendidos nos ambientes de APS, e que geravam intenso sofrimento às pessoas. Para esses autores, as versões da CID e do DSM vigentes ainda focavam num modelo de doença em que a apresentação de transtornos mentais era bem delimitada e demarcada, o que não correspondia aos casos dos cuidados primários. Nesse interim, uma versão específica da CID-10 para atenção primária foi construída, tomando por base uma aglutinação de diagnósticos utilizados na CID principal, que se assemelhavam aos casos de sofrimento mental frequentemente verificados em cuidados primários, como destacaram First et al. (2015).

A CID-10-AP foi elaborada, mas teve um baixo alcance mundial e pouca difusão pela OMS, bem como os governos dos países membros desta agência internacional mantiveram o uso da “CID-Mãe” como documento classificatório utilizado para organizar seus sistemas de saúde. Então, os profissionais continuaram a usar a CID principal como sistema classificatório, todavia essa não abarcava os casos de saúde mental observados no contexto de cuidados primários (LAM et al., 2013). Mediante este cenário, os médicos generalistas faziam uso da CID-10, mas também da CIAP, desenvolvida pela WONCA, para orientar suas consultas e as intervenções acordadas com os pacientes e seus familiares, tomando por base a sistematização SOAP (subjetivo, objetivo, avaliação e plano), que se caracterizava por uma leitura mais sindrômica do processo de adoecimento (WONCA, 2009).

Já Goldberg (2011a) destacou que a CID-10-AP teve um grande impacto, especificamente nos países de baixa e média renda, sendo usada na formação de enfermeiras e profissionais de saúde de várias especialidades, não apenas médicos, isso contribuía para os cuidados em saúde mental, visto que havia uma carência de especialistas na área nestes países. No entanto, alguns transtornos mentais desse sistema classificatório foram equivalentes às categorias existentes na “CID-Mãe” e, durante a elaboração desse manual, não se levou em

consideração as mudanças no pensamento diagnóstico que estavam ocorrendo na prática pelos profissionais da atenção primária. Por exemplo, o conceito de “sintomas medicamente inexplicáveis”, presente no diagnóstico de Queixas Somáticas Inexplicáveis da CID-10-AP, já havia caído em desuso pelos profissionais de saúde, os quais consideravam que até mesmo alguns sintomas explicados clinicamente poderiam ser anormalmente prolongados e acentuados para além de sua nosologia, semelhante ao que ocorria nos casos “sem explicação” causal específica.

Outro caso observado diz respeito ao misto de sintomas depressivos e ansiosos, cujo diagnóstico foi introduzido na CID-10 com a nomeação de Transtorno Misto Ansioso e Depressivo e na CID-10-AP utilizou-se o diagnóstico de Transtorno Misto de Ansiedade e Depressão, ambos os construtos descreviam esses sintomas mistos em casos subclínicos. Todavia, esse conceito era insatisfatório para os quadros apresentados na atenção primária, visto que estes caracterizavam um contínuo ininterrupto de sintomas, que iam desde casos subclínicos até aqueles acima do limiar para definir ambas as síndromes (GOLDBERG, 2011a).

Atualmente, a CID-11-AP está sendo elaborada por um Grupo de Trabalho da OMS, sendo seus novos diagnósticos descritos num *continuum* entre os casos subclínicos e aqueles mais graves, tomando por base uma abordagem dimensional de classificação diagnóstica. Para Lam et al. (2013), esse Grupo de Trabalho levou em consideração a utilidade clínica da CID-10-AP e a limitação de alguns diagnósticos adaptados da “CID-Mãe” para esta versão, por isso, estão sendo retirados aqueles que não correspondem às demandas dos profissionais de cuidados primários e sendo criados outros diagnósticos, tomando por base as necessidades e prioridades dos serviços de atenção primária a nível mundial.

Mediante essas discussões, consideramos que a nova versão da CID para cuidados primários tem sido construída em meio a um jogo de aproximações e afastamentos da CID principal. O movimento de aproximação é feito ao tornar alguns de seus diagnósticos semelhantes aos adotados na “CID-mãe”, no intento de dar reconhecimento e legitimidade à CID-AP nos espaços da OMS. Em contrapartida, o movimento de afastamento é realizado na construção de categorias diagnósticas específicas, elaboradas com o intuito de diferenciar a CID-11-AP do sistema principal e tornar visíveis as demandas classificatórias de casos observados na AP.

Para exemplificar o primeiro movimento, temos dois transtornos da infância que vão caracterizar o *espectro* do autismo e os problemas específicos do aprendizado, respectivamente: o Transtorno do Espectro do Autismo (*Autism Spectrum Disorder*) e a Incapacidade Específica

de Aprendizagem (*Specific Learning Disability*)¹⁰⁸, a serem inseridos na CID-11-AP, e o Transtorno do Espectro do Autismo (*Autism Spectrum Disorder*)¹⁰⁹ e o Transtorno do Aprendizado e do Desenvolvimento (*Developmental Learning Disorder*)¹¹⁰, introduzidos na CID-11. Esses diagnósticos apresentam conceituação semelhante em ambos os sistemas e fazem parte da lista de transtornos infantis, elaborados e testados em campo pelo *Childhood Disorders Group* da OMS. Essas categorias ratificam a proposta inicial do Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da OMS sobre a estrutura e o conteúdo das novas versões da CID, de que os transtornos mentais, os quais sobrevivessem aos testes de campo, deveriam estar presentes nestes sistemas classificatórios (GOLDBERG, 2011a).

Para representar o segundo movimento, podemos citar o construto Depressão Ansiosa (analisado em nossa pesquisa), que vai ser inserido na CID-11-AP, mas não entrará na CID principal. Essa categoria diagnóstica vai levar em conta pessoas que apresentam uma combinação de sintomas ansiosos e depressivos, que caracterizam desde os casos “mais leves” e inespecíficos de ansiedade e depressão até os quadros mais graves. A Depressão Ansiosa será introduzida no grupo dos Transtornos Disfóricos, que abandonarão a distinção entre transtornos de ansiedade e transtornos do humor, reunindo-os sob um único “guarda-chuva” (GOLDBERG, 2011a).

Nesta perspectiva, o que nos chama atenção é a apresentação dos diagnósticos na CID-11-AP em que se produz mais do que a identificação de um caso/não caso, há um

¹⁰⁸ Lembrando que o Transtorno do Espectro Autista e os Transtornos Específicos da Aprendizagem também estão presentes no DSM-V, no agrupamento dos transtornos do Neurodesenvolvimento, e eles descrevem, respectivamente, o *espectro* do autismo e as dificuldades de aprendizagem (leitura, cálculo, escrita e outros) (APA, 2013).

¹⁰⁹ Autism spectrum disorder is characterized by persistent deficits in the ability to initiate and to sustain reciprocal social interaction and social communication, and by a range of restricted, repetitive, and inflexible patterns of behavior and interests. The onset of the disorder occurs during the developmental period, typically in early childhood, but symptoms may not become fully manifest until later, when social demands exceed limited capacities. Deficits are sufficiently severe to cause impairment in personal, family, social, educational, occupational or other important areas of functioning and are usually a pervasive feature of the individual's functioning observable in all settings, although they may vary according to social, educational, or other context. Individuals along the spectrum exhibit a full range of intellectual functioning and language abilities (WHO, 2018).

¹¹⁰ Developmental learning disorder is characterized by significant and persistent difficulties in learning academic skills, which may include reading, writing, or arithmetic. The individual's performance in the affected academic skill(s) is markedly below what would be expected for chronological age and general level of intellectual functioning, and results in significant impairment in the individual's academic or occupational functioning. Developmental learning disorder first manifests when academic skills are taught during the early school years. Developmental learning disorder is not due to a disorder of intellectual development, sensory impairment (vision or hearing), neurological or motor disorder, lack of availability of education, lack of proficiency in the language of academic instruction, or psychosocial adversity (WHO, 2018).

reconhecimento dos graus de severidade dos transtornos mentais; esse sistema elabora categorias diagnósticas que correspondem e se aproximam dos Transtornos Mentais Comuns e elimina as comorbidades entre os transtornos, como já ressaltavam Fortes et al. (2014). Ademais, podemos considerar, ainda, que há uma aproximação significativa desta nova versão da CID-11 para atenção primária com a CIAP-2 (elaborada pela WONCA), uma vez que esta considera as morbidades mais prevalentes na APS e visa facilitar a abordagem neste nível de atenção, bem como essas classificações abarcam diagnósticos descritos de modo mais sindrômico, além de elencarem uma quantidade menor de categorias do que os outros manuais e descreverem sinais e sintomas de maneira mais geral e menos específica.

Essa relação se torna bem visível, quando analisamos que o processo de aconselhamento do Grupo de Trabalho para o desenvolvimento da CID-11-AP contou com a participação de vários membros da WONCA, entre eles podemos citar Michael Klinkman, médico de família Presidente do Comitê Internacional de Classificação da WONCA, e Marianne Rosendal, também médica de família e representante europeia da WONCA, como relatou Goldberg (2011a). Outro documento que fala desta relação entre a WONCA e a OMS¹¹¹ é o relatório “*Integrating Mental Health into Primary Care: a Global Perspective*”, editado em conjunto por ambas e publicado em 2008. Este documento reuniu diretrizes globais e relatos de experiências de vários países, que analisavam a integração entre saúde mental e APS, sendo o mesmo dividido em duas partes: na primeira, são apresentados os princípios gerais que fundamentaram esta integração e, na segunda, são descritas as experiências desta integração em diversos países ao redor do mundo (WHO; WONCA, 2008).

Diante disso, consideramos que a CID-11-AP se constitui enquanto classificação que realiza um aprofundamento significativo das mudanças já iniciadas na CID-10-AP¹¹², no que diz respeito a aglutinar um agrupamento de diagnósticos que abarque sinais e sintomas das perturbações mentais, os quais se apresentam de modo inespecífico e pouco delimitado no contexto da APS. Logo, compreendemos que essas mudanças em tal classificação podem contribuir para auxiliar os profissionais de saúde (não apenas médicos) a lidar com as

¹¹¹ A WONCA desenvolve relações colaborativas formais com outras organizações internacionais, envolvidas na classificação para a atenção primária, entre elas a Organização Mundial da Saúde.

¹¹² A CID-10-AP contava com 26 transtornos mentais, a CID-11-AP terá 28 categorias diagnósticas, então, boa parte das classificações utilizadas na versão anterior serão mantidas na CID atual, com exceção da introdução das categorias analisadas neste estudo e dos diagnósticos de: Transtorno do Espectro do Autismo; Incapacidade Específica de Aprendizagem; Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT); Personalidade Borderline. Além da retirada e substituição de outras categorias, descritas anteriormente no capítulo sobre “O Desenvolvimento do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID)”.

perturbações mentais, ao invés de se estar lançando um “rosário de diagnósticos” para descrever os sofrimentos das pessoas que buscam auxílio na atenção primária e que não colaboram para seu cuidado.

Nesse sentido, Goldberg (2014) aponta que as pessoas, as quais utilizam os serviços de atenção primária, frequentemente, apresentam uma mistura de problemas psicológicos, físicos e sociais, que afetam reciprocamente suas percepções subjetivas de saúde e as medidas objetivas de doença, desse modo, mesmo quando essas preenchem os critérios diagnósticos para transtornos específicos, seus sintomas frequentemente se correlacionam, flutuam com o tempo e sua "variação" pode ser transitória, uma vez que, quanto mais longe dos serviços especializados, mais distante do conceito de doença tradicionalmente adotado pelo modelo biomédico.

Grosso modo, o problema é “como se olha para o sofrimento¹¹³”, uma vez que é possível reconhecer que há uma pessoa a qual precisa ser acolhida e ouvida, sem que seja necessário medicar a dor¹¹⁴; é importante compreender sua história e o contexto em que esta pessoa vive para que ela possa ser cuidada e cuidar de si. Ao contrário, podemos continuar colaborando para produzir ajustes e reformas na vida do sujeito, de modo que ele continue mantendo seu *status quo*, o que se assemelharia aos efeitos desencadeados pelo discurso da medicina preventiva, que aparentava ser um projeto inovador, mas mantinha a mesma lógica conservadora e funcional do capitalismo, que incorporava ações aparentemente progressistas e as utilizava para o aumento da produtividade do trabalho daquele que adoecia, como bem analisou Sérgio Arouca (1975).

Por fim, consideramos que não houve uma mudança paradigmática da CID-11-AP com relação a sua versão anterior, até porque se mantiveram boa parte dos diagnósticos utilizados na CID-10-AP, todavia existiu certa radicalidade na proposta de inserção de algumas categorias (analisadas neste estudo) nesta classificação, sendo essas visivelmente marcadas por critérios dimensionais, os quais podem facilitar a extensão do diagnóstico a cada vez mais pessoas, e,

¹¹³ Partimos da leitura que este “olhar” é sociocultural e historicamente construído, mesmo que ele esteja individualmente localizado, uma vez que toda sociedade fornece a definição de doença/transtorno para aquele que sofre e a quem dele cuida, como destacava Bastide (1967). Então, os atores, contextos, diálogos, embates, disputas, aproximações e afastamentos, discutidos até o momento, fundamentam esse olhar.

¹¹⁴ É importante destacar que há casos graves em que a medicação é utilizada como recurso para o tratamento dos transtornos mentais, não estamos negando a significância de seu uso nesses casos, chamamos atenção para a utilização indiscriminada e descontextualizada de medicamentos que, por vezes, são a primeira e única opção adotada para lidar com o sofrimento pelos profissionais, mas também solicitada pelos pacientes e seus familiares. Podemos considerar, ainda, que alguns usos de práticas terapêuticas não-medicamentosas podem produzir processos de amarração e sujeição tão intensos e debilitantes quanto a iatrogenia provocada por psicotrópicos. Para essa leitura ver o texto “Governando a alma: a formação do eu privado”, de Nikolas Rose (1998).

portanto, contribuir para um processo de medicalização. A Depressão Ansiosa, por exemplo, estará presente na CID-11-AP, mas não está incluída na CID principal, nem esteve no DSM-V, o que marca a diferença entre a CID-11-AP e esses dois sistemas, além do que ambos tenderam a realizar mudanças que se assemelhavam mais a “reformas” ou processos de “*aggiornamento*”, do que uma cisão revolucionária e paradigmática.

Esse processo nos diz ainda das relações de poder¹¹⁵ que se instituem na constituição desses sistemas classificatórios. Podemos citar uma entrevista de David Goldberg à Folha de São Paulo em 2009, em que ele trouxe uma crítica ao modelo categorial, então adotado no DSM-IV e na CID-10, e a defesa ao modelo dimensional de classificação diagnóstica para as próximas versões desses sistemas classificatórios, sob a justificativa de que um agrupamento de transtornos com sintomas gerais em uma mesma categoria proporcionaria uma redução no número de diagnósticos inseridos nestes manuais.

Psiquiatras precisam abandonar o hábito de subdividir transtornos como depressão e ansiedade em uma infinidade de subtipos e evitar listar comportamentos normais como sintomas de doenças (...) Temos transtornos muito relacionados uns com os outros, em diferentes capítulos das duas classificações [CID e DSM]. Se você tem um transtorno em dois ou mais capítulos, significa que você tem duas ou três doenças completamente diferentes. Acho isso estúpido, porque há apenas variações pequenas de sintomas que distinguem um transtorno do outro (...) Você só pode fazer diagnósticos ignorando alguns sintomas, então seria melhor se os médicos apenas descrevessem os sintomas gerais que as pessoas têm nesse grupo de transtornos (GOLDBERG, 2009, p. 2-3).

Goldberg analisou que os psiquiatras precisavam parar de criar várias doenças para dar conta do sofrimento humano, pois isso só atrapalharia o cuidado com aqueles que sofriam, mas, ele também discorreu sobre uma disputa de grupos de saber: o discurso especialista da Psiquiatria *versus* o saber generalista dos Clínicos; ou ainda, os estudos e as práticas feitas nos serviços psiquiátricos especializados *versus* as pesquisas e ações realizadas nos ambientes de atenção primária. Desse modo, quando discutia o desenvolvimento de novas categorias diagnósticas, esse autor também trazia à luz a existência de fronteiras de embate, tanto numa perspectiva teórico-epistemológica que fundamentou a implementação de modelos (categorial e dimensional) para constituição desses sistemas diagnósticos; quanto numa disputa teórico-prática-política historicamente construída entre a edificação do saber da psiquiatria e sua relação com a medicina em geral, que se estabeleceu nas entranhas da constituição da medicina moderna, tão discutida nas análises de Castel (1978).

¹¹⁵ Entendemos as relações de poder nos sentido foucaultiano do enunciado, em que as mesmas são construídas a partir de jogos de força e enunciação, constituídos *por* e constituintes *de* sujeitos, grupos, instituições. Ou seja, essas relações produzem processos de subjetivação e edificações, não apenas disciplinamento, cerceamento, controle e opressão (FOUCAULT, 1992).

A elaboração desses sistemas diagnósticos perpassam também tais disputas, intrínsecas à constituição da medicina para tornar-se ciência, bem como os discursos e as práticas que dão legitimidade a esse campo de saber¹¹⁶. Outrossim, a invisibilidade ou visibilidade dessas classificações fala de disputas e embates teóricos, epistemológicos, políticos e econômicos, que se entrecruzam e fazem emergir determinadas nomeações, conceitos e práticas, ao passo em que são efetuados apagamentos de tantos outros, que estão constitutivamente imbricados na vida das pessoas.

¹¹⁶ Tomamos como referência a ideia bourdieuniana de Campo para compreender esses espaços de disputa na produção do conhecimento, sendo este conceito caracterizado por espaços sociais onde as ações individuais e coletivas ocorrem num processo de normatização, sendo este processo criado e transformado constantemente por essas ações (BOURDIEU, 2003).

CONSIDERAÇÕES SOBRE UMA HISTÓRIA CONTADA...

Nesta pesquisa, deparamo-nos com o desafio de trabalhar com um agrupamento amorfo de sinais e sintomas de perturbações mentais, até então não definido enquanto diagnósticos específicos nas versões da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) e do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), contudo observamos que havia toda uma literatura científica voltada especificamente para caracterizar esse agrupamento. Tomando por base essas leituras, descrevemos como tal conjunto amorfo de sinais e sintomas foi construído e compreendemos de que forma a literatura científica tornou-o visível, além disso, identificamos e analisamos os elementos discursivos que lhe deram legitimidade, bem como discutimos que efeitos a emergência de sua conceituação produziu na constituição do conhecimento científico.

Assim sendo, começamos nosso texto falando sobre a construção de diagnósticos psiquiátricos, passamos pela descrição do nascimento da psiquiatria como especialidade médica e continuamos nossa narrativa, elucidando a mudança de paradigma na psiquiatria americana; falamos sobre a constituição do DSM, elaborado pela APA, e a CID, pautada pela OMS, bem como descrevemos as diferenças e semelhanças entre os modelos de classificação que constituem esses manuais. Seguimos apresentando os processos de medicalização da vida, descritos na literatura científica desde sua conceituação mais antiga, até seus usos atuais, bem como narramos casos emblemáticos que demonstravam os efeitos deste processo, tanto para os grupos que desejavam ser nomeados/classificados pelo saber médico, quanto para aqueles que não desejavam. Por fim, chegamos no caminho da análise de documentos, que possibilitaram o nascimento do conceito de TMC e a construção de novos diagnósticos, a serem inseridos na décima primeira versão da CID para cuidados primários.

Esses documentos se constituíam enquanto resumos de congressos, artigos científicos, trabalhos de conclusão de curso (graduação, mestrado e doutorado), difundidos em base de dados nacionais e internacionais, que discorriam sobre os TMC. Os primeiros materiais foram publicados na década de 1960 em Londres, em um momento no qual o *National Health Service* (NHS) já estava em funcionamento e existia uma preocupação dos estudiosos da época (KESSEL, 1960; KESSEL; SHEPHERD, 1962; GOLDBERG, 1967; GOLDBERG; BLACKWELL, 1970; GOLDBERG; KAY; THOMPSON, 1976; GOLDBERG, 1979) com relação a um quadro de morbidade geral com incapacidade psiquiátrica, relatado por pacientes em consultas com médicos generalistas, além disso, estes profissionais apresentavam dificuldades em qualificar e tratar as chamadas “doenças psicológicas”. É importante

compreendermos que os médicos generalistas funcionavam como porta de entrada nos serviços de saúde britânicos, por isso a preocupação com esses profissionais e com as queixas apresentadas pelas pessoas, que buscavam os cuidados em saúde na atenção primária. A ida dessas pessoas aos especialistas só era efetuada quando esses profissionais realizavam o encaminhamento. Somado a isso, as pessoas tinham dificuldade em ser diagnosticadas com transtornos mentais, em função do estigma representado por esses diagnósticos e o medo dessas de serem negligenciadas nos serviços de saúde ao apresentarem quadros “*psi*”, logo elas manifestavam seu sofrimento através de sintomas somáticos. Kessel (1960) chamou atenção para esses caos, que ele denominou de “Morbidade Psiquiátrica Evidente” (*Conspicuous Psychiatric Morbidity*).

Nesse interim, Goldberg (1967) apontou uma subnotificação de casos de morbidade psiquiátrica não observados por médicos generalistas, por isso ele desenvolveu um teste de rastreio para identificação de tais casos, que foi denominado *General Health Questionnaire* (GHQ). Ademais, diferenciando esses casos de difícil reconhecimento daqueles descritos por Kessel em seus estudos, Goldberg e Blackwell (1970) nomearam de "Morbidade Psiquiátrica Oculta" (*Hidden Psychiatric Morbidity*) os sinais e sintomas de sofrimento mental não observados por médicos generalistas. Segundo esses autores, o GHQ poderia ser usado para o reconhecimento de potenciais casos de “morbidade oculta”, então, alguns pesquisadores passaram a utilizá-lo para identificar pacientes que eles denominaram de “subclínicamente perturbados” (*subclinically disturbed*) (HUXLEY; GOLDBERG, 1975; JOHNSTONE; GOLDBERG, 1976; GOLDBERG; HILLIER, 1979; GOLDBERG, 1979). Assim como, alguns estudos deram visibilidade aos termos “Morbidade Psiquiátrica Menor” (*Minor Psychiatric Morbidity*), “Transtorno Psiquiátrico Menor” (*Minor Psychiatric Disorder*) ou “Doença Psiquiátrica Menor” (*Minor Psychiatric Illness*) para caracterizar tais casos (HUXLEY; GOLDBERG, 1975; GOLDBERG; KAY; THOMPSON, 1976; MARI; WILLIAMS, 1984; MARI; WILLIAMS, 1985; GRAYSON et al., 1987; CORNEY, 1988).

Esses trabalhos chamavam atenção às manifestações psiquiátricas não-psicóticas que ocorriam nos serviços de atenção primária na Grã-Bretanha, mas não estavam sendo visibilizadas pelos médicos generalistas, visto que eles tinham dificuldade em reconhecer e tratar tais manifestações, bem como as mesmas não eram descritas nas classificações utilizadas no período. Destarte, nós observamos dois movimentos no material analisado: esses casos foram “trazidos à luz” pelas pesquisas feitas nas décadas de 1960, 1970 e 1980, com o auxílio de instrumentos de rastreio, como o GHQ; os diagnósticos presentes na CID e no DSM não abarcavam esses sinais e sintomas, por isso o questionamento a eles. Desse modo, se começou

a fundamentar o discurso da necessidade de sistemas classificatórios que abarcassem os chamados casos subclínicos de perturbações mentais.

Então, foram desenvolvidas pesquisas em várias partes do mundo em países desenvolvidos e em desenvolvimento, que utilizaram e adaptaram instrumentos de rastreio, como as versões do GHQ - 60, 30, 28 e 12 itens (GOLDBERG, 1972) e do *Self Reporting Questionnaire* (SRQ) – 24, 20 itens (HARDING et al., 1980), para identificar os potenciais casos de Transtorno Psiquiátrico Menor. Os estudos epidemiológicos realizados destacavam quadros de perturbações mentais com características de somatização, mas também de sintomas de ansiedade e/ou de transtornos de humor, que interferiam substancialmente na vida das pessoas, embora caracterizassem casos subclínicos. Ao final da década de 1980, Goldberg et al. (1987) já discorriam sobre dimensões de sintomas altamente correlacionadas de ansiedade e depressão, observadas em um estudo com pacientes de quinze clínicas gerais na área da grande Manchester, Inglaterra.

No começo da década de 1990, Goldberg e Huxley (1992) publicaram o livro: “*Common Mental Disorders: a Bio-Social Model*”, utilizando pela primeira vez o termo “Transtornos Mentais Comuns” (*Common Mental Disorders*), para caracterizar as morbidades psiquiátricas não-psicóticas mais frequentes, observadas nos serviços de atenção primária a saúde. Ainda nesta publicação, os autores chamaram atenção ao modelo dimensional como abordagem adequada para a compreensão dos Transtornos Mentais Comuns. Os trabalhos que foram posteriores a esta publicação (GOLDBERG, 1994; ORMEL et al., 1995; GOLDBERG, 1996), realizaram uma defesa incisiva deste modelo, destacando a inter-relação entre sintomas ansiosos, depressivos e somáticos que não era explicada pelo modelo categorial, utilizado nas classificações existentes.

Ademais, o financiamento de estudos em saúde e o “fornecimento de ideias” para a formulação de políticas realizados por agências internacionais, como o Banco Mundial (MATTOS, 2000); bem como os estudos em Saúde Global (*Global Health*) e o uso de índices de Carga Global de Doença (*Global Burden of Disease*), utilizados para analisar o impacto sanitário de transtornos mentais no cotidiano das pessoas ao redor do mundo, contribuíram para a realização de mais pesquisas na área. Esses dois movimentos prepararam um terreno fértil para pesquisas e ações em saúde mental na atenção primária no começo do séc. XXI, especialmente, nos países de baixa e média renda, sendo esses subsidiados por órgãos de financiamento de pesquisa, agências internacionais, instituições governamentais e não-governamentais.

É nesse contexto que se publicou a quinta versão do DSM, bem como o Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da OMS desenvolveu o trabalho técnico de revisão do capítulo V da CID-10 sobre Transtornos Mentais e Comportamentais e a elaboração da nova versão da CID para atenção primária, sendo estes processos de desenvolvimento da CID-11 assistidos por um Grupo Consultivo Internacional e uma série de Grupos de Trabalho específicos. Ao passo em que estudos realizados por Goldberg e seus contemporâneos (GOLDBERG; PRISCIANDARO; WILLIAMS, 2012; GOLDBERG et al., 2016; GOLDBERG; REED; ROBLES et al., 2017; GOLDBERG; LAM; MINHAS et al., 2017; FORTES et al., 2018; ZIEBOLD et al., 2018; ZIEBOLD et al., 2019;), que compunham um dos Grupos de Trabalho da OMS, propuseram novas categorias diagnósticas a serem inseridas na CID-11-AP, as quais seriam: Depressão Ansiosa, Síndrome do Estresse Corporal e Ansiedade com a Saúde, que materializavam em categorias diagnósticas específicas o conceito de Transtornos Mentais Comuns.

Essas categorias descreviam uma mistura de sintomas ansiosos, depressivos e somáticos observados em pessoas atendidas nos ambientes de atenção primária a saúde ao redor do mundo, que foram legitimadas pela literatura médico-científica e por estudos de campo, nos quais se utilizou escalas avaliativas, aplicadas por profissionais de saúde em países desenvolvidos e em desenvolvimento, para medir a utilidade clínica desses diagnósticos a serem inseridos na CID-11-AP.

Toda essa “contação de história” foi importante para que fosse possível analisarmos a construção e legitimação dos Transtornos Mentais Comuns, bem como para “trazermos à luz” o nascimento de novas categorias diagnósticas, que foram engendradas entre a clínica médica e a psiquiatria. Em decorrência das análises realizadas, consideramos que um novo movimento de dissolução entre as fronteiras diagnósticas das perturbações mentais está em curso nos manuais DSM, CID e em sua versão para atenção primária, que pode efetuar uma “virada” na psiquiatria, especialmente na sua relação com a clínica médica. Tal “virada” constituiria uma mudança de paradigma no modo de elaboração dos diagnósticos, que ainda não vigora nessas classificações, mas pode efetuar-se num “vir a ser” futuro, mediante os resultados das articulações e dos jogos de forças existentes dentro e fora dos ambientes acadêmicos. Ademais, observamos que o sistema classificatório que mais tem radicalizado e caminhado neste processo é a versão da CID-11 para atenção primária, que se aproxima da CIAP, desenvolvida pela WONCA, se constituindo como um manual “mais sindrômico”. O que colabora para isso é a introdução de construtos diagnósticos, como Depressão Ansiosa, Síndrome do Estresse Corporal e Ansiedade com a Saúde, os quais se caracterizam por uma definição progressiva do

sofrimento psíquico, que vai desde os caos mais “leves” até os mais graves, estando estes inscritos num *continuum* de sinais e sintomas ansiosos, depressivos e somáticos.

Refletimos, ainda, que o efeito dessas mudanças pode funcionar como uma “faca de dois gumes”, possibilitando o desencadeamento de um novo processo de medicalização social, o qual alargaria a “ilha da loucura” para os fenômenos cotidianos, ao inserir várias pessoas na casa dos transtornos mentais e favorecer a produção de novos fármacos pela indústria farmacêutica e de insumos e tecnologias pelos grandes conglomerados do mercado financeiro. Entretanto, numa outra perspectiva, se poderia contribuir para não-fragmentação das perturbações mentais, por meio de uma concepção dimensional desse fenômeno, que possibilitaria um olhar amplo sobre o sofrimento humano, mediante a disponibilidade de um cuidado adequado aqueles que sofrem, sem causar novos processos de adoecimento. Um dos fatores que favoreceria o desenvolvimento de um ou outro cenário, ou ainda a realização de ambos, é a forma como olhamos para o sofrimento e para as condições de vida em que nos encontramos, enquanto pesquisadores, profissionais de saúde, gestores, usuários dos serviços, familiares daqueles que padecem. Se por um lado, podemos extirpar os sintomas que acarretam angústia, mal-estar, medo, dor ao prescrevermos, solicitarmos prescrições, desenvolvermos ou colaborarmos para o desenvolvimento de “coquetéis da felicidade” e/ou outras terapêuticas, que serão utilizados para sanar as situações conflituosas e amortecer os processos de adoecimento. Por outro, se quisermos caminhar para além disso, podemos acolher esse sofrimento e problematiza-lo em suas primeiras manifestações, com uma escuta compromissada e ações em conjunto, centradas na pessoa e no contexto em que ela vive.

Somado a isso, necessitamos de redes de cuidado e serviços públicos fortalecidos, que possibilitem resistências para lutar por condições mais equânimes de vida. Afinal, não podemos nos esquecer das batalhas discursivas e, por vezes, “pragmáticas”, que temos de enfrentar para que outros cenários possíveis venham à tona, pois, se quisermos realizar uma mudança de fato revolucionária e não apenas atos de “reformismo”, é preciso nos fortalecer para construir diálogos, mas também embates, e não perder de vista que há uma “briga de cachorro grande” envolvida nos processos de construção diagnóstica e no “fornecimento de ideias” para a constituição de sistemas de saúde a nível mundial, que perpassa um conjunto de valores, normas, referenciais teórico-epistemológicos, interesses econômicos e políticos que estão em jogo.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, A. A. de. *A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.
- ALMEIDA, L. P; SILVA, S. O; SILVA, M. M. Grupo de educação em saúde para homens: um relato de experiência da enfermagem. *Revista de Enfermagem*, v. 8, n. 8, p. 227-234, 2012.
- AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders – DSM. 2 ed.* Washington D. C., 1968.
- _____. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM. 3 ed.* Washington D.C, 1980.
- _____. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-III-R. 3. ed. rev.* São Paulo: Manole, 1989.
- _____. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM. 4 ed.* Washington D.C, 1994.
- _____. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM. 4. ed. rev.* São Paulo: Manole, 2000.
- _____. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
- ANGELL, M. A epidemia de doença mental. *Revista Piauí*, n. 59, p. 1-14, 2011.
- ARAÚJO, A. C.; NETO, F. L. A nova classificação americana para os transtornos mentais – o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, v. 16, n. 1, p. 67-82, 2014.
- AROUCA, A. S. da S. *O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. 1975. 197 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1975.
- ASSIS, M. de. *O Alienista*. Rio de Janeiro: Rovel, 2008.
- AURÉLIO, B. H. *Dicionário da Língua Portuguesa*. 5. ed. Curitiba: Editora Positivo, 2010.
- BANCO MUNDIAL. *Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 1993: Investindo em Saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1993.
- BANZATO, C. E. M.; PEREIRA, M. E. C. O lugar do diagnóstico na clínica psiquiátrica. In: ZORZANELLI, R.; BEZERRA JR., B.; COSTA, J. F. (Orgs.). *A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea*. 1. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 35-54.

- BARSKY, A. J., ORAV, E. J.; BATES, D. W. Somatization Increases Medical Utilization and Costs Independent of Psychiatric and Medical Comorbidity. *Arch Gen Psychiatry*, v. 62, n. 8, p. 903-910, 2005. Disponível em: <http://archpsyc.jamanetwork.com/>. Acesso em: Dez. 2018.
- BASTIDE, R. *Sociologia das doenças mentais*. Editora Nacional: São Paulo, 1967.
- BATELAAN, N. M.; SPIJKER, J.; GRAAF, R. de; CUIJPERS, P. Mixed Anxiety Depression Should Not Be Included in DSM-5. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. v. 200, n. 6, p. 495-498, 2012.
- BAYLE, A. L. *Recherches sur les maladies mentales*. Thèse de médecine de Paris n. 247, 1822. Disponível em: <http://web2.bium.univ-paris5.fr/livanc/?cote=TPAR1822x247&p=4&do=page>. Acesso em: 01/08/2017.
- BELARDO, M. B.; CAMARGO JR., K. R. Construcción de conocimiento biomédico y políticas de salud: síndrome urémico hemolítico y fibromialgia. *Ciência & Saúde Coletiva*, [periódico na internet], 2016. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/construccion-de-conocimiento-biomedico-y-politicas-de-salud-sindrome-uremico-hemolitico-y-fibromialgia/15883?id=15883>. Acesso em: 06/11/2017.
- BENEDICT, R. Anthropology and the Abnormal. *The Journal of General Psychology*, v. 10, p. 59-82, 1934. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/00221309.1934.9917714>. Acesso em: 17 de setembro de 2017.
- BENEDICTO, R. P.; WAI, M. F. P.; OLIVEIRA, R. M. DE; GODOY, C.; COSTA JR, M. L. da. Análise da evolução dos transtornos mentais e comportamentais ao longo das revisões da Classificação Internacional de Doenças. *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*, v. 9, n. 1, p. 25-32, 2013.
- BEVERIDGE, W. *O Plano Beveridge: Relatório sobre o seguro social e serviços afins*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1942.
- BEZERRA JR, B. A psiquiatria contemporânea e seus desafios. In: ZORZANELLI, R.; BEZERRA JR., B.; COSTA, J. F. (Orgs.). *A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea*. 1.ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 9-31.
- BOMBANA, J. A.; LEITE, A. L. S. S.; MIRANDA, C. T. Como atender aos que somatizam? Descrição de um programa e relatos concisos de casos. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v. 22, n. 4, p.180-184, 2000.
- _____. Sintomas somáticos inexplicados clinicamente: um campo impreciso entre a psiquiatria e a clínica médica. *J Bras Psiquiatr*, v. 55, n.4, p.308-312, 2006.
- BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 336/GM*, 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/>. Acesso em: 16/10/2017.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção Primária e Promoção da Saúde* / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 130*, de 26 de janeiro de 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html. Acesso em: 18/08/2017.

_____. Presidência da República. *Lei nº 12.764*, de 27 de dezembro de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112764.htm. Acesso em: 18/08/2017.

_____. Presidência da República. *Lei nº 13.438*, de 26 de abril de 2017. Brasília, 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13438.htm. Acesso em: 18/08/2017.

BRIDGES, K. W.; GOLDBERG, D. P. Psychiatric illness in inpatients with neurological disorders: patients' views on discussion of emotional problems with neurologists. *British Medical Journal*, v. 289, 1984.

_____; _____. Somatic presentation of DSM III psychiatric Disorders in primary care. *Journal of Psychosomatic Reserach*, v. 29, n. 6, p. 563-569, 1985.

_____; _____. Somatic presentation of depressive illness in primary care. *J R Coll Gen Pract Occas Pap*, v. 36, p. 9-11. 1987.

BRUNO, L. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. Trad. Ivone C. Benedetti. Rev. de trad. Jesus de Paula Assis. 2. ed. São Paulo: Ed. Unesp, 2011.

BUSNELLO, E.; LIMA, B.; BERTOLOTE, J. M. Aspectos interculturais de classificação e diagnóstico – Tópicos psiquiátricos e psicossociais na Vila São José do Murialdo. *J. Brasil. Psiq.*, v. 32, n. 4, p. 207-210, 1983.

_____; TANNOUS, L.; GIGANTE, L.; BALLESTER, D.; HIDALGO, M. P.; SILVA, V. da; JURUENA, M.; DALMOLIN, A. (*in memoriam*); BALDISSEROTTO, G. Confiabilidade diagnóstica dos transtornos mentais da versão para cuidados primários da Classificação Internacional das Doenças. *Rev. Saúde Pública*, v. 33, n. 5, p. 487-494, 1999.

CAMARA, F. P. A construção do diagnóstico psiquiátrico. *Rev. Latinoamericana Psicopat. Fundamental*, v. 10, n. 4, p. 677-684, 2007.

CAMARGO JR., K. R. *A construção da AIDS: racionalidade médica e estruturação das doenças*. 1993. 229 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

_____. O paradigma clínico-epidemiológico ou biomédico. *Revista Brasileira de História da Ciência*, v. 6, n. 2, p. 183-195, 2013.

CANGUILHEM, G. *Escritos sobre a medicina*. Trad. Vera Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

_____. *O normal e o patológico*. Trad. Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

CAPONI, S. Emil Kraepelin y el problema de la degeneración. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.17, supl.2, p. 475-494, 2010.

_____. O DSM-V como dispositivo de segurança. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 24, n.3, p.741-763, 2014.

CASTEL, R. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: edições Graal, 1978.

CATANI, J. *Uma leitura dos transtornos somatoformes e da histeria segundo a CID, o DSM e a obra freudiana: a identificação do sofrimento psíquico no campo científico*. 2014. 209f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

CHIAVERINI, D. H. (Org.). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília (DF): Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, Ministério da Saúde, 2011.

CLARKE, A. et al. *Biomedicalization: technoscience, health, and illness in the U.S. biomedicine*. London: Duke University Press, 2003.

CLIMENT, C. E.; PLUTCHICK, R. Confiabilidad, validez y sensibilidad de los ítems de una escala de auto-reportaje de síntomas de enfermedad mental. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, v. 8, p. 321-330, 1979.

COLLINS, P. Y.; PATEL, V.; JOESTL, S. S.; MARCH, D.; INSEL, T. R.; DAAR, A. S. Grand challenges in global mental health. *Nature*, v. 475, n. 7354, p. 27–30, 2011.

COMTE, A. *Curso de Filosofia Positiva*. São Paulo: Nova Cultural, 1988.

CONRAD, P. Medicalization and social control. *Annu. Rev. Sociol.*, v.18, p. 209-32, 1992.

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

CORNEY, R. H. Development and use of a short self-rating instrument to screen for psychosocial disorder. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, v. 38, p. 263-266, 1988.

COSTA, A. G.; LUDERMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 73-79, 2005.

COSTA, J. S. D.; MENEZES, A. M. B.; OLINTO, M. T.; GIGANTE, D.; MACEDO, S.; BRITTO, M. A. P. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 5, n. 2, p. 164-173, 2002.

- DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- DEAN, C.; SURTEES, P.G; SASHIDHARAN, S. P. Comparison of Research Diagnostic Systems in an Edinburgh Community Sample. *Brit. J. Psychiat*, v. 142, p. 247-256, 1983.
- DELGADO, P. G. *As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil*. Rio de Janeiro: Te-Corá, 1992.
- DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Trad. Sandra Regina Netz. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- DÉVEREUX, G. Normal and abnormal: the key problem of psychiatric anthropology. In: CAEAGRANDE, J. B.; GLADWIN, T. (Eds). *Some uses of anthropology: theoretical and applied*. Washington: Anthropological Society of Washington, 1956.
- DHADPHALE, M.; ELLISON, A. H.; GRIFFIN, L. The Frequency of Psychiatric Disorders among Patients Attending Semi-Urban and Rural General Out-Patient Clinics in Kenya. *Brit. J. Psychiat.*, v. 142, p. 379-383, 1983.
- DUMIT, J. Illnesses you have to fight to get: Facts as forces in uncertain, emergent illnesses. *Soc. Sci. Med.*, v. 62, n. 3, p. 577-590, 2006.
- DUNCAN-JONES, P., GRAYSON, D. A.; MORAN, P. A. P. The utility of latent trait models in psychiatric epidemiology. *Psychological Medicine*, v. 16, p. 391-405, 1986.
- DUNKER, C. I. L.; KYRILLOS NETO, F. A psicopatologia no limiar entre psicanálise e a psiquiatria: estudo comparativo sobre o DSM. *Vínculo*, v. 8, n. 2, p. 1-15, 2011.
- _____. Questões entre a psicanálise e o DSM. *Jornal de Psicanálise*, v.47, n. 87, p. 79-107, 2014.
- DURKHEIM, E. *O Suicídio: estudo de sociologia*. Trad. Monica Stahel. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do Welfare State. *Lua Nova*, n. 24, p.85-116, 1991. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451991000200006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: Abril de 2019.
- EYAL, G.; HART, B. How Parents of Autistic Children Became Experts on their Own Children: Notes towards a Sociology of Expertise. In: *Annual Conference of the Berkeley Journal of Sociology*, Berkeley, 2010. Disponível em: http://works.bepress.com/gil_eyal/1. Acesso em: 19/09/2017.
- EY, H. Études psychiatriques. Tome I: *Historique, méthodologie, psychopathologie générale*. 2. ed. Paris: Desclée de Brouwer, 1950.
- FEIGHNER, J. P.; ROBINS, E.; GUZE, S. B.; WOODRUFF, R. A. JR.; WINOKUR, G.; MUNOZ, R. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General*

Psychiatry, v. 26, p. 57-63, 1972. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1972.01750190059011>. Acesso em: 18 de Janeiro de 2019

FEINSTEIN, A. R. The pre-therapeutic of co-morbidity in chronic disease. *J Chron Dis*, v. 23, p. 455-468, 1970.

FERNANDES, F. M. B.; MOREIRA, M. R. Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 23, n. 2, p. 511-529, 2013.

FILIPPON, J.; GIOVANELLA, L.; KONDER, M.; POLLOCK, A. M. A “liberalização” do Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra: trajetória e riscos para o direito à saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 32, n. 8, p. 1-15, 2016.

FINK, P.; ROSENDAL, M.; OLESEN, F. Classification of somatization and functional somatic symptoms in primary care. *Aust NZ J Psychiatry*, v. 39, p. 772-81, 2005.

_____; TOFT, T.; HANSEN, M. S.; ØRNBØL, E.; OLESEN, F. Symptoms and Syndromes of Bodily Distress: An Exploratory Study of 978 Internal Medical, Neurological, and Primary Care Patients. *Psychosomatic Medicine*, v. 69, p. 30-39, 2007.

_____; SCHRÖDER, A. One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 68, p. 415-426, 2010.

FINLAY-JONES, R.; BROWN, G. W.; DUNCAN-JONES, P.; HARIS, J.; MURPHY, E.; PRUDO, R. Depression and anxiety in the community: replicating the diagnosis of a case. *Psychological Medicine*, v. 10, p. 445-454, 1980.

FIOROTTI, C.; TOMAZELLI, J.; MALAGRIS, L. Transtornos mentais comuns em pacientes hipertensos: estudo em unidade de atenção primária à saúde no Rio de Janeiro. *Rev. APS*, v. 12, n. 3, p. 318-327, 2009.

FIRST, M. B. Paradigm Shifts and the Development of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Past Experiences and Future Aspirations. *La Revue canadienne de psychiatrie*, v. 55, n. 11, p. 692-700, 2010.

_____; REED, G. M.; HYMAN, S. E.; SAXENA, S. The development of the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Mental and Behavioural Disorders. *World Psychiatry*, v. 14, p. 82-90, 2015.

FOLEY JR., J. P. The criterion of abnormality. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, v. 30, n. 3, p. 279-291, 1935. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.1037/h0058894>. Acesso em: 15 novembro de 2017.

FONSECA, T. M. G; JAEGER, R. L. A psiquiatrização da vida: arranjos da loucura, hoje. *Polis e Psique*, v. 2, número temático, p. 188-207, 2012.

FORTES, S.; GONÇALVES, D. A.; REISDORFER, E.; PRADO, R. A.; MARI, J. de J.; TÓFOLI, L. F. Classificação em saúde mental na atenção primária: mudam as doenças ou

mudam os doentes? In: ZORZANELLI, R.; BEZERRA JR., B.; COSTA, J. F. (Orgs.). *A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea*. 1.ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 191-210.

_____.; TOFOLI, L. F.; GASK, L. New categories of bodily stress syndrome and bodily distress disorder in ICD-11. *J Bras Psiquiatr.*, v. 68, n. 4, p. 211-212, 2018.

_____.; ZIEBOLD, C.; REED, G. M.; ROBLES-GARCIA, R.; CAMPOS, M. R.; REISDORFER, E.; PRADO, R.; GOLDBERG, D.; GASK, L.; MARI, J. J. Studying ICD-11 Primary Health Care bodily stress syndrome in Brazil: do many functional disorders represent just one syndrome?. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 41, p. 15-21, 2018.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Trad. Roberto Machado. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.

_____. *Microfísica do poder*. Org. e trad. Roberto Machado. 10. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1992.

_____. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Trad. Raquel Ramalheite. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

_____. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____. *O poder psiquiátrico: curso no Collège de France (1973-1974)*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. *Nascimento da biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

_____. *A arqueologia do saber*. Trad. Luiz Felipe Baeta Neves. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008b.

_____. *História da loucura na idade clássica*. Trad. José Teixeira Coelho Neto. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2010a.

_____. Crise da medicina ou crise da antimedicina. *Verve*, n.18, p.167-194, 2010b.

FRANCES, A.; WIDIGER, T.; FYER, M. R. The influence of classification methods on comorbidity. In: MASER, J. D.; CLONINGER, C. R. (Eds). *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. Washington: American Psychiatric Press, 1990. p. 41-59.

_____. Opening Pandoras Box: The 19 Worst Suggestions For DSM5. *Rev. Psychiatric Times*, v. 1, n. 1, February 11, 2010.

_____. *Saving Normal: an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life*. New-York: Harper Collins Publisher, 2013.

_____. Entrevista com o psiquiatra americano Allen Frances, 2017. *Psique, Ciência e Vida*. Disponível em: <http://psiquecienciaevida.com.br/entrevista-com-o-psiquiatra-americano-allen-frances/>. Acesso em: 18 de maio de 2018.

FREIDSON, E. *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. Chicago: University of Chicago Press Edition, 1970.

FREITAS, F.; AMARANTE, P. *Medicalização em psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

FREUD, S. (1919). O estranho. In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. 17. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. (1915). Artigos sobre a metapsicologia. O inconsciente. In: FREUD, S. *Obras completas*. Vol. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____. (1886). Observação de um caso grave de hemianestesia em um homem histérico. In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Trad. J. Salomão. Vol. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

_____. (1915). Repressão. In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Trad. J. Salomão. Rio de Janeiro: Imago; 1995.

_____. (1915). “A pulsão e seus destinos”. In: FREUD, S. *Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Trad. J. Salomão. Vol. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FULGENCIO, L. As Especulações metapsicológicas de Freud. *Natureza Humana*, v. 5, n.1, p.129-173, 2003.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. *UNICEF*, 2018. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/agencia/unicef/>. Acesso em: Abril de 2018.

GASK, L.; KLINKMAN, M.; FORTES, S.; DOWRICK, C. Capturing complexity: The case for a new classification system for mental disorders in primary care. *European Psychiatry*, v. 23, p. 469-476, 2008.

_____. In defence of the biopsychosocial model. *Lancet Psychiatry*, 2018. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30165-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30165-2). Acesso em: 18 de Agosto de 2018.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. *Interface-Comunic., Saúde, Educ.*, v.16, n. 40, p. 21-34, 2012.

_____. Problematizando o conceito de deficiência a partir das noções de autonomia e normalidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 10, p. 3061-3070, 2016.

GERMAN, G. A.; ARYA, O. P. Psychiatric morbidity among a Ugandan student population. *British Journal of Psychiatry*, v. 115, p. 1323-1329, 1969.

GIDDENS, A. *Modernidade e identidade*. Trad. Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. Trad. Dante Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva, 2010.

GOLDBERG, D. *The assessment of the severity of non-psychotic psychiatric illness by means of a questionnaire*. 1967. 147f. Completion of Course Work (Psychological Medicine) - University of London, London, 1967.

_____; BLACKWELL, B. Psychiatric Illness in General Practice. A Detailed Study Using a New Method of Case Identification. *British Medical Journal*, v.2, p. 439-443, 1970.

_____. *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*. Oxford University Press: London, 1972.

_____; KESSEL, W. I. N. Psychiatric research in general practice. In: SAINSBURY, P.; KREITMAN, N. (Ed.). *Methods of Psychiatric Research*. Oxford University Press: London, 1975. p. 242-263.

_____; KAY, C.; THOMPSON, L. Psychiatric morbidity in general practice and the community. *Psychological Medicine*, v. 6, p. 565-569, 1976.

_____; RICKELS, K.; DOWNING, R.; HESBACHER, P. A Comparison of Two Psychiatric Screening Tests. *Brit. J. Psychiat*, v. 129, p. 61-67, 1976.

_____. Detection and Assessment of Emotional Disorders in a Primary-Care Setting. *International Journal of Mental Health*, v. 8, n. 2, p. 30-48, 1979. DOI: 10.1080/00207411.1979.11448831.

_____; HILLIER, V. F. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, v.9, p. 139-145, 1979.

_____; BRIDGES, K.; DUNCAN-JONES, P.; GRAYSON, D. Dimensions of neuroses seen in primary-care settings. *Psychological Medicine*, v.17, p. 461-470, 1987.

_____; WILLIAMS, P. *A User's Guide to the GHQ*. London: NFER-Nelson, 1988.

_____; HUXLEY, P. *Common mental disorders: a bio-social model*. Londres: Routledge, 1992.

_____. A bio-social model for common mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v.90, n. 385, p. 66-70, 1994.

_____; COSTA E SILVA, J.; LE CUBRIE, Y.; ORMEL, H.; SARTORIUS, N.; BEDIRHAN ÜSTÜN, T; VON KORFF, M.; WITTCHEN, U. Psychological disorders in general medical settings: results of the who study. In: *Conference in the 9th World Congress of Psychiatry*, 1994.

_____. A Dimensional Model for Common Mental Disorders. *British Journal of Psychiatry*, v.168, n.30, p. 44-49, 1996.

_____. Criar doenças mentais só atrapalha tratamento. *Folha de São Paulo*. Caderno Equilíbrio, 4 de dezembro, 2009. Disponível em: <https://m.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2009/12/661693-criar-doencas-mentais-so-atrapalha-tratamento-diz-icone-da-psiquiatria.shtml>. Acesso em: 17 Dezembro de 2017.

_____. A revised mental health classification for use in general medical settings: the ICD11-PhC. *International Psychiatry*, v. 8, n. 1, p. 1-3, 2011a.

_____. A classificação de transtornos mentais: um sistema mais simples para o DSM-V e o CID-11. Trad. Isabela Palhares. *Revista Eletrônica de Jornalismo Científico*, 2011b. Disponível em: <http://www.comciencia.br/comciencia/handler.php?section=8&edicao=64&id=805>. Acesso em: 21 Abril de 2018.

_____; PRISCIANDARO, J. J.; WILLIAMS, P. The primary health care version of ICD-11: The detection of common mental disorders in general medical settings. *General Hospital Psychiatry*, v. 34, p. 665–670, 2012.

_____. Anxious forms of depression. *Depression and Anxiety*, v.31, p.344–351, 2014.

_____; REED, G. M.; ROBLES, R.; BOBES, J.; IGLESIAS, C.; FORTES, S.; DE JESUS, M. J.; LAM, T. P.; MINHAS, F.; RAZZAQUE, B.; GARCIA, J. Á.; ROSENDAL, M.; DOWELL, C. A.; GASK, L.; MBATIA, J. K.; SAXENA, S. Multiple somatic symptoms in primary care: A field study for ICD-11 PhC, WHO's revised classification of mental disorders in primary care settings. *Journal of Psychosomatic Research*, 2016. Doi:10.1016/j.jpsychores.2016.10.002.

_____; LAM, T. P.; MINHAS, F.; RAZZAQUE, B.; ROBLES, R.; BOBES, J.; IGLESIAS, C.; FORTES, S.; DE JESUS MARI, J.; GASK, L.; GARCIA, J. A.; DOWELL, C.A.; ROSENDAL, M.; REED, G. M. Primary care physicians' use of the proposed classification of common mental disorders for ICD-11. *Family Practice*, v. 34, n. 5, p. 574-580, 2017.

_____; REED, G. M.; ROBLES, R.; MINHAS, F.; RAZZAQUE, B.; FORTES, S.; DE JESUS, M. J.; LAM, T. P.; GARCIA, J.A.; GASK, L.; DOWELL, A.C.; ROSENDA, M.; MBATIA, J. K.; SAXENA, S. Screening for anxiety, depression, and anxious depression in primary care: A field study for ICD-11 PhC. *Journal of Affective Disorders*, v. 213, p. 199-206, 2017.

GRAYSON, D. A. Latent trait analysis of the Eysenck Personality Questionnaire. *Journal of Psychiatric Research*, v. 20, p. 217-235, 1986.

_____; BRIDGES, K.; DUNCAN-JONES, P.; GOLDBERG, D. P. The relationship between symptoms and diagnoses of minor psychiatric disorder in general practice. *Psychological Medicine*, v.17, p. 933-942, 1987.

GUEDES, C. R.; NOGUEIRA, M. I.; CAMARGO JR., K. R. Os sintomas vagos e difusos em biomedicina: uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 1, p. 135-144, 2008.

GUIRADO, G. M. de P. Transtornos mentais comuns e suas peculiaridades com o trabalho. *Revista Saúde em Foco*, n. 9, p.162-170, 2017.

HACKING, I. Making up people. *London Review of Books*, v. 28, n. 16, p. 23-26, 2006.

_____. *Lost in the Forest*. London Review of Books, 2013. Disponível em: <https://www.lrb.co.uk/v35/n15/ian-hacking/lost-in-the-forest>. Acesso em: 13 de Agost. 2017.

HARDING, T.W; DE ARANGO, M. V.; BALTAZAR, J.; CLIMENT, C. E.; IBRAHIM, H. H. A; LADRIDO-IGNACIO, L.; SRINIVASA MURTHY R.; WIG, N. N. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychological Medicine*, v. 10, p. 231-241, 1980.

HEIDEGGER, M. *Que é Metafísica?* Os pensadores. São Paulo: Nova Cultura, 1996.

_____. *Ser e tempo*. Trad. Márcia Sá. Petrópolis: Vozes, 2006.

HOLMES, J. A.; SPEIGHT, A. N. P. The problem of non-organic illness in Tanzanian urban medical practice. *East African Medical Journal*, v. 52, n. 5, p. 225-236, 1975.

HORTON, R. Launching a new movement for mental health. *The Lancet*, v. 370, p. 806, 2007.

HUXLEY, P.; GOLDBERG, D. Social versus clinical prediction in minor psychiatric disorders. *Psychological Medicine*, v. 5, p. 96-100, 1975.

_____; _____.; MAGUIRE, G. P. The Prediction of the Course of Minor Psychiatric Disorders. *Brit. J. Psychiat*, v. 135, p. 535-543, 1979.

ILLICH, I. *Nemesis Médica: a expropriação da saúde*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1976.

INSEL, T. *Transforming diagnosis*, 2013. Disponível em: <<http://www.nimh.nih.gov/about/director/directors-biography.shtml>>. Acesso em: 12 de Abril de 2015.

IONESCU, D. F.; NICIU, M. J.; HENTER, I. D.; ZARATE, C. A. Defining anxious depression: a review of the literature. *CNS Spectr.*, v.18, n. 5, p. 252-260, 2013.

JACOB, K. S.; BHUGRA, D.; LLOYD, K. R.; MANN, A. H. Common mental disorders, explanatory models and consultation behaviour among Indian women living in the UK. *Journal of the Royal Society of Medicine*, v. 91, p. 66-71, 1998.

JAMES, W. *Pragmatism: A new name for some old ways of thinking*. New York, NY, US: Longmans, Green and Co, 1907. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1037/10851-000>. Acesso em: Abril de 2019.

JARDANOVSKI, E.; GUIMARÃES, P. C. V. O desafio da equidade no setor saúde. *Revista de Administração de Empresas*, v. 33, p.38-51, 1993.

JASPERS, K. *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: SpringerVerlag, 1923.

JOHNSTONE, A.; GOLDBERG, D. Psychiatric screening in general practice. *The Lancet*, v. 1, p. 605-608, 1976.

KENDELL, R. *The Role of Diagnosis in Psychiatry*. Oxford: Blackwell Scientific, 1975.

KENDLER, K. S.; FIRST, M. B. Alternative futures for the DSM revision process: iteration v. paradigm shift. *The British Journal of Psychiatry*, v. 197, p. 263–265, 2010.

KESSEL, N. Psychiatric morbidity in a London general practice. *Brit. J. Prev. Soc. Med.*, v. 14, p. 16-22, 1960.

_____; SHEPHERD, M. Neurosis in hospital and general practice. *Journal of Mental Science*, v. 108, n. 453, p. 159-166, 1962. Disponível em: <https://doi.org/10.1192/bjp.108.453.159>. Acesso em: 08/02/2018.

KESSLER, R. C.; BRANDENBURG, N.; LANE, M.; ROY-BYRNE, P.; STANG, P. D.; STEIN, D. J.; WITTCHEN, H. U. Rethinking the duration requirement for generalized anxiety disorder: evidence from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med*, v.35, n. 7, p. 1073-1082, 2005.

KIRCHHOF, A. L. C. et al. Condições de trabalho e características sociodemográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, v. 18, n. 2, p. 215-223, 2009.

KOHN, R.; SAXENA, S.; LEVAV, I.; SARACENO, B. Treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ.*, v. 82, n.11, p. 858-66, 2004.

KUHN, T. S. *A estrutura das revoluções científicas*. Trad. Beatriz Vianna Doeira e Nelson Boeira. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2006.

KUPFER, D.; FIRST, M. B.; REGIER, D. (Eds.). *A research agenda for DSM-V*. Washington (DC): American Psychiatric Publishing, 2002.

LACAN, J. *O seminário, livro 10, a angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

LAIA, S. A Classificação dos Transtornos Mentais pelo DSM-V e a Orientação Lacaniana. *CliniCAPS*, v. 5, n. 15, p. 1-21, 2011.

LAM, T. P.; GOLDBERG, D. P.; DOWELL, A. C.; FORTES, S.; MBATIA, J. K.; MINHAS, F. A.; KLINKMAN, M. S. Proposed new diagnoses of anxious depression and bodily stress syndrome in ICD-11-PHC: an international focus group study. *Family Practice*, v. 30, p.76–87, 2013.

LAMARCK, J. B. de. (1809). *Filosofía zoológica*. Presentación y supervisión de J. Senent. Traducción de N. Vidal Díaz. Barcelona: Ed. Mateu, 1971.

LATOURE, B.; WOOLGAR, S. *Laboratory Life: the construction of Scientific Facts*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 1986.

_____. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. Trad. Ivone C. Benedetti. 2. ed. São Paulo: Editora UNESP, 2011.

LEAVELL, H.; CLARCK, E. G. *Preventive medicine for the doctor in his community*. 3. ed. New York, McGraw-Hill, 1965.

LIMA, A. F. de; RICARTE, C. de S.; ROCHA FILHO, A. A. O.; PONTE, F. D. R. da. O Diagnóstico De Depressão Nas Cinco Edições Do DSM: A Hipertrofia Da Dimensão Orgânica Em Detrimento Dos Aspectos Psicossociais. *Revista FSA*, v. 12, n. 1, p. 182-199, 2015.

LIMA, J. C. F. O Banco Mundial, a Organização Mundial de Saúde e o “novo universalismo” ou a “cobertura universal de saúde”. In: PEREIRA, J. M. M.; PRONKO, M. (Orgs.). *A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013)*. 1. ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2014. p. 233-253.

LIMA, M. S.; BERIA, J. U.; TOMASI, E.; CONCEICAO, A. T.; MARI, J. J. Stressful life events and minor psychiatric Disorders: an estimate of the population attributable fraction in a brazilian community-based study. *Int'l. J. Psychiatry in Medicine*, v. 26, n. 2, p. 211-222, 1996.

LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E.; CHOR, D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do estudo Pró-saúde. *Caderno de Saúde Pública*, v. 19, n. 6, p. 1713-1720, 2003.

LÖWE, B.; SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J. B.W.; MUSSELL, M.; SCHELLBERG, D.; KROENKE, K. Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. *General Hospital Psychiatry*, v. 30, p. 191–199, 2008.

LUDEMIR, A. B.; MELO FILHO, D. A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 213-221, 2002.

LUND, C.; BROOKE-SUMNER, C.; BAINGANA, F.; BARON, E. C.; BREUER, E.; CHANDRA, P. et al. Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *Lancet Psychiatry*, v. 5, p. 357–369, 2018.

MACHADO, R.; LOUREIRO, A.; LUZ, R.; MURICY, K. *Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MALINOWSKI, B. *Os argonautas do pacífico ocidental*. São Paulo: Abril Cultural, 1984.

MARAGNO, L.; GOLDBAUM, M.; GIANINI, R. J.; NOVAES, H. M. D.; CÉSAR, C. L. G. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da

Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, v. 22, n. 8, p. 1639-1648, 2006.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. Minor psychiatric disorder in primary care in Brazil: a pilot study. *Psychological Medicine*, v. 14, p. 223-227, 1984.

_____; _____. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. *Psychological Medicine*, v. 15, p. 651-659, 1985.

_____; _____. Misclassification by psychiatric screening questionnaires. *J Chmn Dis*, v. 39, n. 5, p. 371-378, 1986.

MARTINS, A. L. B. *O Governo da Conduta: o poder médico e a liberdade dos indivíduos na sociedade contemporânea*. 2012. 330 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Campinas, 2012.

MATOS, E. G. de; MATOS, T. M. G. de; MATOS, G. M. G. de. A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. *Rev. Psiquiatr. RS*, v.27, n. 3, p. 312-318, 2005.

MATTA, G. C. *A medida política da vida: A invenção do WHOQOL e a construção de políticas de saúde globais*. 2005. 226f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

_____; MORENO, A. B. Saúde global: uma análise sobre as relações entre os processos de globalização e o uso dos indicadores de saúde. *Interface (Botucatu)*, v. 18, n. 48, p.9-22, 2014.

MATTOS, R. A. *Desenvolvendo e ofertando ideias: um estudo sobre a elaboração de propostas de políticas de saúde no âmbito do Banco Mundial*. 2000. 307 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

_____. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de ideias. *Cienc. Saúde Colet.*, v. 6, n. 2, p. 377-89, 2001.

MAYOU, R.; KIRMAYER, L. J.; SIMON, G.; KROENKE, K.; SHARPE, M. Somatoform Disorders: Time for a New Approach in DSM-V. *American Journal of Psychiatry*, v. 162, n. 5, p. 847-855, 2005.

MCEVOY, P. J.; MCEVOY, H. F. Management of psychiatric problems in a Kenyan mission hospital. *British Medical Journal*, v. 1, p. 1454-1456, 1976.

MECHANIC, D. Illness behavior, social adaptation, and the management of illness – a comparison of educational and medical models. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 165, n. 2, p. 79-87, 1977.

MENEZES, A. L. do A. *Intervenções psicossociais para transtornos mentais comuns na Atenção Primária à Saúde*. 2012. 176 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

MERFERD JR. R. B. The developing biological concept of anxiety. In: FANN, W. E. et al. (Orgs.). *Anxiety: phenomenology and treatment*. New York: American & Scientific Books, 1979.

NDETEI, D. M.; MUHANGI, J. The prevalence and clinical presentation of psychiatric illnesses in a rural setting in Kenya. *British Journal of Psychiatry*, v. 135, p. 269-272, 1979.

NUNES, F.; ORTEGA, F. Ativismo político de pais de autistas no Rio de Janeiro: reflexões sobre o “direito ao tratamento”. *Saúde Soc. São Paulo*, v. 25, n. 4, p. 964-975, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde*. URSS: Declaração de Alma-Ata, 1978.

_____. *Classificação internacional de doenças, lesões e morte. Nona revisão*, 1975. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, 1978.

_____. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

_____. *Diretrizes Diagnósticas e de tratamento para transtornos mentais em cuidados primários/OMS*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

_____. *Relatório Mundial de Saúde 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. 1. ed. Lisboa: OMS, 2001.

_____. *Relatório Mundial de Saúde 2008. Cuidados de Saúde Primários: Agora Mais Que Nunca*. 1. ed. Lisboa: OMS, 2008.

_____. *Relatório Mundial de Saúde 2010. Financiamento dos Sistemas de Saúde: o Caminho para a Cobertura Universal*. 1. ed. Lisboa: OMS, 2010.

_____. *CID-11 para estatísticas de mortalidade e morbidade (CID-11 MMS) versão 2018*. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Acesso em: 20 de Junho de 2018.

_____. *OMS (Brasil)*. Disponível em: <https://www.who.int/eportuguese/countries/bra/pt/>. Acesso em: 20 de Junho de 2018.

_____. *Rede Global de Prática Clínica – RGPC (Global Clinical Practice Network – GCPN)*, 2019. Disponível em: <http://www.globalclinicalpractice.net/pt/>. Acesso em: Abril de 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Objetivos do Desenvolvimento do Milênio*, 2000. Disponível em: <http://www.objetivosdomilenio.org.br/objetivos/>. Acesso em: Abril de 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Manual da classificação internacional de doenças, lesões e causas de óbito. Oitava revisão*. Washington, DC: OPAS, 1969.

_____. *OMS divulga nova Classificação Internacional de Doenças (CID-11)*, 2018.

Disponível em:

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5702:oms-divulga-nova-classificacao-internacional-de-doencas-cid-11&Itemid=875. Acesso em: 20 de Junho de 2018.

_____. *Assembleia Mundial da Saúde: delegados aprovam resoluções sobre segurança do paciente, atendimento de emergência e trauma, água e saneamento e CID-11*, 2019.

Disponível em:

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5945:assembleia-mundial-da-saude-delegados-aprovam-resolucoes-sobre-seguranca-do-paciente-atendimento-de-emergencia-e-trauma-agua-e-saneamento-e-cid-11&Itemid=875. Acesso em: Maio de 2019.

ORLEY, J.; WING, J. K. Psychiatric disorders in two African villages. *Archives of General Psychiatry*, v. 36, p. 513-520, 1979.

ORMEL, J.; OLDEHINKEL, T.; BRILMAN, E.; VAN DEN BRINK, W. Outcome of depression and anxiety in primary care. *Archives of General Psychiatry*, v. 50, p. 759-766, 1993.

_____; OLDEHINKEL, A. J.; GOLDBERG, D. P.; HODIAMONT, P. P. G.; WILMINK, F. W.; BRIDGES, K. The structure of common psychiatric symptoms: how many dimensions of neurosis? *Psychological Medicine*, v. 25, p. 521-530, 1995.

ORTEGA, F. Deficiência, autismo e neurodiversidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n.1, p. 67-77, 2009.

PARSONS, T. *The social system*. New York: Free Press, 1951.

PASQUALI, L. Psicometria. *Rev Esc Enferm USP*, v. 43, n. Esp., p. 992-999, 2009.

_____. Histórico dos instrumentos psicológicos. In: PASQUALI, Luiz e cols. *Instrumentação psicológica*. Porto Alegre: Artmed, 2010, p. 11-21.

PATEL, V.; BOYCE, N.; COLLINS, P. Y.; SAXENA, S.; HORTON, R. A renewed agenda for global mental health. *Lancet*, v. 378, n. 9801, p. 1441-1442, 2011.

_____; SAXENA, S.; LUND, C.; THORNICROFT, G.; BAINGANA, F.; BOLTON, P.; CHISHOLM, D.; COLLINS, P. Y.; et al. The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development. *Lancet*, v. 392, p. 1553-1598, 2018.

PEIRCE, S. "How to make our ideas clear". *Popular Science Monthly*, p. 286-302, 1878. Disponível em: <http://www.peirce.org/writings/p119.html>. Acesso em: Abril de 2019.

PEREIRA, P. *Necessidades Humanas*. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. *Política Social: Temas e questões*. São Paulo: Cortez, 2008.

PICCINELLI, M.; RUCCI, P.; ÜSTUN, B.; SIMON, G. Typologies of Anxiety, Depression and Somatization Symptoms among Primary Care Attenders with no Formal Mental Disorders. *Psychol Med*, v. 29, n. 3, p. 677-688, 1999.

PILAN, L. A.; BENSEÑOR, I. M. Síndromes funcionais somáticas. *Rev. Med*, v. 87, n.4, p. 238-44, 2008.

PIMENTEL, A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. *Cadernos de Pesquisa*, n. 114, p. 179-195, 2001.

PIO-ABREU, J. L. Psicopatologia e Classificação em Psiquiatria. *Debates em Psiquiatria*, v.3, n.1, p. 6-14, 2013.

PITTS, N. F.; ALLEN, R. E. Biochemical industry of anxiety. In: FANN, W. E. et al. (Orgs.). *Anxiety: phenomenology and treatment*. New York: American & Scientific Books, 1979.

POMPÉIA, R. *O Ateneu*. 16. ed. São Paulo: Ática, 1996.

PRINCE, M.; PATEL, V.; SAXENA, S.; MAJ, M.; MASELKO, J.; PHILLIPS, M. R. No health without mental health. *Lancet*, v. 370, n. 9590, p. 859–77, 2007.

QUINODOZ, J. M. *Ler Freud: guia de leitura da obra de S. Freud*. Porto Alegre: Artmed, 2007.

RABELLO, E. T. *Ações em Saúde Mental na Atenção Básica em Saúde: manobras de conhecimento e negociação de sentidos*. 2014. 107f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

REED, G. M. Toward ICD-11: improving the clinical utility of WHO's international classification of mental disorders. *Prof Psychol Res Pr*, v. 41, p. 457-64, 2010.

_____; SHARAN, P.; REBELLO, T. J.; KEELEY, J. W.; MEDINA-MORA, M. E.; GUREJE, O.; AYUSO-MATEOS, J. L.; et al. The ICD-11 developmental field study of reliability of diagnoses of high-burden mental disorders: results among adult patients in mental health settings of 13 countries. *World Psychiatry*, v. 17, n. 2, p. 74–186, 2018.

_____; FIRST, M. B.; KOGAN, C. S.; HYMAN, S. E.; GUREJE, O.; GAEBEL, W.; MAJ, M.; STEIN, D. J.; et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*, v. 18, n. 1, p. 3-19, 2019.

REGIER, D; NARROW, W; KUHL, E. et al. The conceptual development of DSM-V. *Am J Psychiatry*, v. 166, n. 6, p. 645–650, 2009.

RESENDE, M. S. de. Os novos problemas do diagnóstico em psiquiatria. In: VI Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e XII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental, 2014, Belo Horizonte-MG. *Anais do VI Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e XII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental*. Belo Horizonte-MG: Universidade Federal de Minas Gerais, 2014. p. 1-5.

REZENDE, J. M. de. Transtorno. Distúrbio. Disfunção. Desarranjo. Desordem. Perturbação. *Revista de Patologia Tropical / Journal of Tropical Pathology*, v. 37, n.3, p. 281-282, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/rpt.v37i3.5071>. Acesso em: 12 Dezembro de 2018.

RIOS, C.; ORTEGA, F.; ZORZANELLI, R.; NASCIMENTO, L. F. Da invisibilidade à epidemia: a construção narrativa do autismo na mídia impressa brasileira. *Interface – comunicação, saúde, educação*, v.19, n. 53, p. 325-335, 2015.

ROCHA, A. M.; CAVALCANTI, A. E. Riscos e limites do uso do diagnóstico psiquiátrico na infância. In: ZORZANELLI, R.; BEZERRA JR., B.; COSTA, J. F. (Orgs.). *A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea*. 1.ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 233-252.

RODRIGUES, E. B. T. Incentivo à leitura, contação de histórias e a formação de professores: um relato de experiência. *Cad. Ed. Tec. Soc.*, Inhumas, v. 8, n.1, p. 64-69, 2015. Disponível em: <cadernosets.com.br/index.php/cadernosets/article/download/198/125>. Acesso em: 17 de abril 2019.

ROMA. *CONSTITUIÇÃO CONCILIAR SACROSANCTUM CONCILIUM SOBRE A SAGRADA LITURGIA*, 1963. Documentos do Concílio Vaticano II. Disponível em: http://www.vatican.va/archive/hist_councils/ii_vatican_council/index_po.htm. Acesso em: 18 de Janeiro de 2019.

ROSANVALLON, P. *A crise do Estado-providência*. Goiânia: UFG, 1997.

ROSANVILLE, B. J.; ALARCÓN, R. D.; ANDREWS, G.; JACKSON, J. S.; KENDELL, R. E.; KENDLER, K. Basic nomenclature issues for DSM-V. In: KUPFER, D.J., FIRST, M.B.; REGIER, D.A. *A research agenda for DSM-V*. Washington: APA, 2002. p. 1-29.

ROSE, N. Governando a alma: a formação do eu privado. In: SILVA, T. T. da (Org.). *Liberdades reguladas*. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 30-45.

RUSSO, J.; VENÂNCIO, A. T. A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. *Rev. Latinoamericana Psicopat. Fundamental*, v. 9, n. 3, p. 460-483, 2006.

SAMRTT, C. C. F. Mental adjustment in the East African. *Journal of Mental Science*, v. 102, p. 441-466, 1956.

SANTOS, D. C. D. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em agentes penitenciários. *Revista Bras. Med. Trab.*, v. 8, n. 1, p. 34-38, 2010.

SARTORIUS, N.; ÜSTÜN, T. B.; COSTA E SILVA, J. A.; GOLDBERG, D.; LECRUBIER, Y.; MD; ORMEL, J.; VON KORFF, M.; WITTCHEN, H. U. An International Study of Psychological Problems in Primary Care. Preliminary Report From the World Health Organization Collaborative Project on 'Psychological Problems in General Health Care. *Arch. Gen. Psychiatry*, v. 50, p. 819-824, 1993. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/271291228>. Acesso em: 12 Dezembro de 2018

_____; _____. (Eds.). *Mental Illness in General Health Care Across the World: An International Study*. New York, NY: John Wiley & Sons Inc, 1995.

SARTRE, J. P. *L'être et le néant*. Essai d'ontologie phénoménologique. Paris: Galimard, 1953.

_____. *L'existencialisme et l'humanisme*. Paris: Galimard, 1954.

SENA, T. Os relatórios kinsey: práticas sexuais, estatísticas e Processos de normali(ti)zação. In: Fazendo Gênero - Diásporas, Diversidades, Deslocamentos, 9, 2010, Santa Catarina, *Anais eletrônicos Fazendo Gênero - Diásporas, Diversidades, Deslocamentos*. Santa Catarina: UFSC, 2010. p. 1-10.

SERPA JR., O. D. *Mal-estar na natureza: estudo crítico sobre o reducionismo biológico em psiquiatria*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora, 1998.

SHEPHERD, M.; COOPER, B.; BROWN, A. C.; KALTON, G. W. *Psychiatric Illness in General Practice*. London: Oxford University Press, 1966.

SILVA, N. C. et al. Transtornos psiquiátricos e fatores de risco em uma população carcerária. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 40, n. 1, p. 72-76, 2011.

SILVA JR., J. S. *Afastamento do trabalho por transtornos mentais e fatores associados: um estudo caso-controle entre trabalhadores segurados da Previdência Social*. 2012. 110f. Tese (Doutorado), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

SILVERSTONE, P. H., STUDNITZ, E. V. Defining Anxious Depression: Going Beyond Comorbidity. *Can J Psychiatry*, v. 48, n. 10, p. 675-680, 2003.

SIMMS, L. J.; PRISCIANDARO, J. J.; KRUEGER, R. F.; GOLDBERG, D. P. The structure of depression, anxiety and somatic symptoms in primary care. *Psychological Medicine*, v. 42, p. 15-28, 2012.

STEIN, D. J.; LUND, C.; NESSE, R. M. Classification systems in psychiatry: diagnosis and global mental health in the era of DSM-5 and ICD-11. *Curr Opin Psychiatry*, v. 26, p. 493-497, 2013.

STEWART, M; BROWN, J. B.; WESTON, W. W; et al. *Medicina Centrada na Pessoa – Transformando o método clínico*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

SZASZ, T. S. *The myth of mental illness; foundations of a theory of personal conduct*. Nova York: Hoeber-Harper, 1961.

_____. *A fabricação da loucura: um estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento de Saúde Mental*. Trad. Dante Moreira Leite. Rio de Janeiro: Zahar, 1971.

TANAKA, O. Y.; OLIVEIRA, V. E. de. Reforma(s) e Estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. *Saúde e Sociedade*, v.16, n.1, p.7-17, 2007.

THOMPSON, D. *The Chartists: popular politics in the Industrial Revolution*, 1984.

TÓFOLI, L. F.; ANDRADE, L. H.; FORTES, S. Somatização na América Latina: uma revisão sobre a classificação de transtornos somatoformes, síndromes funcionais e sintomas sem explicação médica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 33, n.1, p. 59-69, 2011.

UNITED NATIONS. UN General Assembly. *Resolution A/RES/70/1—Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development*. New York, NY: United Nations, 2015.

VERMA, S. K.; WIG, N. N. Standardisation of a neuroticism questionnaire in Hindi. *Indian Journal of Psychiatry*, v. 19, p. 67-72, 1977.

WEGROCKI, H. J. A critique of cultural and statistical concepts of abnormality. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, v. 34, n. 2, p. 166-178, 1939.

WEICH, S.; LEWIS, G.; DONMALL, R.; MANN, A. Somatic presentation of psychiatric morbidity in general practice. *British Journal of General Practice*, v. 45, n. 392, p.143-147, 1995.

_____; _____. Poverty, unemployment, and common mental disorders: population based cohort study. *BMJ*, v. 317, n. 7151, p. 115-9, 1998.

WENCESLAU, L. D.; ORTEGA, F. Mental health within primary health care and Global Mental Health: international perspectives and Brazilian context. *Interface (Botucatu)*, v.19, n.55, p.1-12, 2015.

WHITAKER, R. *Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

WHITEFORD, H. A.; DEGENHARDT, L.; REHM, J.; BAXTER, A. J.; FERRARI, A. J.; ERSKINE, H. E.; CHARLSON, F. J.; NORMAN, R. E.; FLAXMAN, A. D.; JOHNS, N.; BURSTEIN, R.; MURRAY, C. J. L.; VOS, T. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 2013. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6). Acesso em: 02 de Fevereiro de 2019.

WING, J. K.; COOPER, J. E.; SARTORIUS, N. *The Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms*. Cambridge University Press: Cambridge, 1974.

_____; STURT, E. *The PSE-ID-CATEGO System Supplementary Manual*. MRC Social Psychiatry Unit, Institute of Psychiatry: London, 1978.

WORLD BANK. *Country and lending groups*, 2016. Disponível em: <http://data.worldbank.org/about/country-and-lending-groups>, 2016. Acesso em: 18 de janeiro de 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *World Health Report 2000. Health systems: Improving performance*. Geneva, 2000. Disponível em: <http://www.who.int/whr2001/2001/archives/2000/en/index.htm>. Acesso em: 18 de janeiro de 2019.

_____. WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS (WONCA). *Integrating mental health in primary care: a global perspective*. Geneva: WHO, 2008.

_____. *MhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: Mental Health Gap Action Programme (mhGAP)*. Geneva: WHO; 2010.

_____. *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*, 2018. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Acesso em: 18 de junho de 2018.

WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS (WONCA). *Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP-2)*. Consultoria, supervisão e revisão técnica Gustavo Diniz Ferreira Gusso. 2. ed. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2009.

ZIEBOLD, C.; GOLDBERG, D. P.; REED, G. M.; MINHAS, F.; RAZZAQUE, B.; FORTES, S.; ROBLES, R.; LAM, T. P.; BOBES, J.; IGLESIAS, C.; COGO-MOREIRA, H.; GARCÍA, J. Á.; MARI, J. J. Dimensional analysis of depressive, anxious and somatic symptoms presented by primary care patients and their relationship with ICD-11 PHC proposed diagnoses. *Psychological Medicine*, v. 4, p. 1-8, 2018.

_____; MARI, J. J.; GOLDBERG, D. P.; MINHAS, F.; RAZZAQUE, B.; FORTES, S.; ROBLES, R.; LAM, T. P.; BOBES, J.; IGLESIAS, C.; GARCÍA, J. Á.; REED, G. M. Diagnostic consequences of a new category of anxious depression and a reduced duration requirement for anxiety symptoms in the ICD-11 PHC. *Journal of Affective Disorders*, v. 245, p. 120-125, 2019.

ZOLA, I. Medicine as an institution of social control. *Sociol. Rev.*, v. 20, p. 487-504, 1972.

ZORZANELLI, R. T. *Da neurastenia à síndrome da fadiga crônica: limites e controvérsias da objetividade científica*. 2008. 187 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

_____; ORTEGA, F.; BEZERRA JÚNIOR, B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n.6, p.1859-1868, 2014.

APÊNDICE A – Bibliografia analisada

ANDRADE, L. H.; WANG, Y. P.; ANDREONI, S.; SILVEIRA, C. M.; ALEXANDRINO-SILVA, C.; SIU, E. R.; et al. Mental Disorders in Megacities: Findings from the Sao Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. *Plos One*, San Francisco, v. 7, n. 2, p. 1328-1337, 2012. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/42221>. Acesso em: 08 de Agost. 2018.

BARSKY, A. J., ORAV, E. J.; BATES, D. W. Somatization Increases Medical Utilization and Costs Independent of Psychiatric and Medical Comorbidity. *Arch Gen Psychiatry*, v. 62, n. 8, p. 903-910, 2005. Disponível em: <http://archpsyc.jamanetwork.com/>. Acesso em: Dez. 2018.

BATELAAN, N. M.; SPIJKER, J.; GRAAF, R. de; CUIJPERS, P. Mixed Anxiety Depression Should Not Be Included in DSM-5. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. v. 200, n. 6, p. 495-498, 2012.

BLAY, S. L.; FILLENBAUM, G. G.; MELLO, M. F.; QUINTANA, M. I.; MARI, J. J.; BRESSAN, R. A.; ANDREOLI, S. B. 12-month prevalence and concomitants of DSM-IV depression and anxiety disorders in two violence-prone cities in Brazil. *J Affect Disord*, v. 232, p. 204-211, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.023>. Acesso em: 03 de janeiro de 2019.

BRIDGES, K. W.; GOLDBERG, D. P. Psychiatric illness in inpatients with neurological disorders: patients' views on discussion of emotional problems with neurologists. *British Medical Journal*, v. 289, 1984.

_____; _____. Somatic presentation of DSM III psychiatric Disorders in primary care. *Journal of Psychosomatic Reserach*, v. 29, n. 6, p. 563-569, 1985.

_____; _____. Somatic presentation of depressive illness in primary care. *J R Coll Gen Pract Occas Pap*, v. 36, p. 9-11. 1987.

BUSNELLO, E.; LIMA, B.; BERTOLOTE, J. M. Aspectos interculturais de classificação e diagnóstico – Tópicos psiquiátricos e psicossociais na Vila São José do Murialdo. *J. Brasil. Psiq.*, v. 32, n. 4, p. 207-210, 1983.

CLIMENT, C. E.; PLUTCHICK, R. Confiabilidad, validez y sensibilidad de los items de una escala de auto-reportaje de sintomas de enfermedad mental. *Revista Columbiana de Psiquiatria*, v. 8, p. 321-330, 1979.

CORNEY, R. H. Development and use of a short self-rating instrument to screen for psychosocial disorder. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, v. 38, p. 263-266, 1988.

DEAN, C.; SURTEES, P.G; SASHIDHARAN, S. P. Comparison of Research Diagnostic Systems in an Edinburgh Community Sample. *Brit. J. Psychiat*, v. 142, p. 247-256, 1983.

DHADPHALE, M.; ELLISON, A. H.; GRIFFIN, L. The Frequency of Psychiatric Disorders among Patients Attending Semi-Urban and Rural General Out-Patient Clinics in Kenya. *Brit. J. Psychiat.*, v. 142, p. 379-383, 1983.

FINK, P.; ROSENDAL, M.; OLESEN, F. Classification of somatization and functional somatic symptoms in primary care. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, v. 39, p. 772–781, 2005.

_____; TOFT, T.; HANSEN, M. S.; EVA, Ø., OLESEN, F. Symptoms and Syndromes of Bodily Distress: An Exploratory Study of 978 Internal Medical, Neurological, and Primary Care Patients. *Psychosomatic Medicine*, v. 69, p.30–39, 2007.

FINK, P.; SCHRÖDER, A. One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 68, p. 415–426, 2010.

FORTES, S. *Transtornos mentais na atenção primária: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família do município de Petrópolis/ Rio de Janeiro/ Brasil*. 2004. 154f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

_____; VILLANO, L. A. B.; LOPES, C. S. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. *Rev. Bras. Psiquiatr*, v. 30, n. 1, p. 32-37, 2008.

_____; LOPES, C. S.; VILLANO, L. A. B.; CAMPOS, M. R.; GONÇALVES, D. A.; MARI, J. de J. Common mental disorders in Petrópolis-RJ: a challenge to integrate mental health into primary care strategies. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 33, n. 2, p. 150-156, 2011.

_____; GONÇALVES, D. A.; REISDORFER, E.; PRADO, R. A.; MARI, J. de J.; TÓFOLI, L. F. Classificação em saúde mental na atenção primária: mudam as doenças ou mudam os doentes? In: ZORZANELLI, R.; BEZERRA JR., B.; COSTA, J. F. (Orgs.). *A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea*. 1.ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 191-210.

_____; TÓFOLI, L. F.; GASK, L. New categories of bodily stress syndrome and bodily distress disorder in ICD-11. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 67, n. 4, p. 1-2, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000218>. Acesso em: 02 Dezemb. 2018.

_____; ZIEBOLD, C.; REED, G. M.; ROBLES-GARCIA, R.; CAMPOS, M. R.; REISDORFER, E.; PRADO, R.; GOLDBERG, D.; GASK, L.; MARI, J. J. Studying ICD-11 Primary Health Care bodily stress syndrome in Brazil: do many functional disorders represent just one syndrome?. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 41, p. 15-21, 2018.

FRYERS, T.; MELZER, D.; JENKINS, R. Social inequalities and the common mental disorders. A systematic review of the evidence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, v. 38, p. 229–237, 2003.

GASK, L.; KLINKMAN, M.; FORTES, S.; DOWRICK, C. Capturing complexity: The case for a new classification system for mental disorders in primary care. *European Psychiatry*, v. 23, p. 469-476, 2008.

GERMAN, G. A.; ARYA, O. P. Psychiatric morbidity among a Ugandan student population. *British Journal of Psychiatry*, v. 115, p. 1323-1329, 1969.

GOLDBERG, D. *The assessment of the severity of non-psychotic psychiatric illness by means of a questionnaire*. 1967. 147f. Completion of Course Work (Psychological Medicine) - University of London, London, 1967.

_____; BLACKWELL, B. Psychiatric Illness in General Practice. A Detailed Study Using a New Method of Case Identification. *British Medical Journal*, v.2, p. 439-443, 1970.

_____. *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*. Oxford University Press: London, 1972.

_____; KESSEL, W. I. N. Psychiatric research in general practice. In: SAINSBURY, P.; KREITMAN, N. (Ed.). *Methods of Psychiatric Research*. Oxford University Press: London, 1975. p. 242-263.

_____; KAY, C.; THOMPSON, L. Psychiatric morbidity in general practice and the community. *Psychological Medicine*, v. 6, p. 565-569, 1976.

_____; RICKELS, K.; DOWNING, R.; HESBACHER, P. A Comparison of Two Psychiatric Screening Tests. *Brit. J. Psychiat*, v. 129, p. 61-67, 1976.

_____. Detection and Assessment of Emotional Disorders in a Primary-Care Setting. *International Journal of Mental Health*, v.8, n.2, p. 30-48, 1979. DOI: 10.1080/00207411.1979.11448831.

_____; HILLIER, V. F. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, v.9, p. 139-145, 1979.

_____; BRIDGES, K. Screening for psychiatric illness in general practice: the general practitioner versus the screening questionnaire. *J R Coll Gen Pract*, n. 37, p.15-18, 1987.

_____; _____; DUNCAN-JONES, P.; GRAYSON, D. Dimensions of neuroses seen in primary-care settings. *Psychological Medicine*, v.17, p. 461-470, 1987.

_____; _____. Somatic presentations of psychiatric illness in primary care setting. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 32, n. 2, p. 137-144, 1988.

_____; WILLIAMS, P. *A User's Guide to the GHQ*. London: NFER-Nelson, 1988.

_____; HUXLEY, P. *Common mental disorders: a bio-social model*. New York: Tavistock/Routledge, 1992.

_____. A bio-social model for common mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v.90, n. 385, p. 66-70, 1994.

_____; COSTA E SILVA, J.; LE CUBRIE, Y.; ORMEL, H.; SARTORIUS, N.; BEDIRHAN ÜSTÜN, T; VON KORFF, M.; WITTCHEN, U. Psychological disorders in general medical settings: results of the who study. In: *Conference in the 9th World Congress of Psychiatry*, 1994.

_____. A Dimensional Model for Common Mental Disorders. *British Journal of Psychiatry*, v.168, n.30, p. 44-49, 1996.

_____; PRISCIANDARO, J. J.; WILLIAMS, P. The primary health care version of ICD-11: The detection of common mental disorders in general medical settings. *General Hospital Psychiatry*, v. 34, p. 665–670, 2012.

_____. Anxious forms of depression. *Depress Anxiety*, v.31, n.4, p.344–351, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24281827>. Acesso em: 18 jun. 2018.

_____; REED, G. M.; ROBLES, R.; BOBES, J.; IGLESIAS, C.; FORTES, S.; DE JESUS, M. J.; LAM, T. P.; MINHAS, F.; RAZZAQUE, B.; GARCIA, J. Á.; ROSENDAL, M.; DOWELL, C. A.; GASK, L.; MBATIA, J. K.; SAXENA, S. Multiple somatic symptoms in primary care: A field study for ICD-11 PHC, WHO's revised classification of mental disorders in primary care settings. *J Psychosom Res*, v. 91, p. 48–54, 2016.

_____; LAM, T. P.; MINHAS, F.; RAZZAQUE, B.; ROBLES, R.; BOBES, J.; IGLESIAS, C.; FORTES, S.; DE JESUS MARI, J.; GASK, L.; GARCIA, J. A.; DOWELL, C.A.; ROSENDAL, M.; REED, G. M. Primary care physicians' use of the proposed classification of common mental disorders for ICD-11. *Family Practice*, v. 34, n. 5, p. 574-580, 2017.

_____; REED, G. M.; ROBLES, R.; MINHAS, F.; RAZZAQUE, B.; FORTES, S.; DE JESUS, M. J.; LAM, T. P.; GARCIA, J.A.; GASK, L.; DOWELL, A.C.; ROSENDA, M.; MBATIA, J. K.; SAXENA, S. Screening for anxiety, depression, and anxious depression in primary care: A field study for ICD-11 PHC. *Journal of Affective Disorders*, v. 213, p. 199-206, 2017.

GONÇALVES, D. A.; FORTES, S.; TÓFOLI, L. F.; CAMPOS, M. R.; MARI, J. de J. Determinants of common mental disorders detection by general practitioners in the primary health care in Brazil. *Int'l. J. Psychiatry in Medicine*, v. 41, n. 1, p. 3-13, 2011.

_____; MARI, J. de J.; BOWER, P.; GASK, L.; DOWRICK, C.; TÓFOLI, L. F.; CAMPOS, M.; PORTUGAL, F. B.; BALLESTER, D.; FORTES, S. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cad. Saúde Pública*, v. 30, n. 3, p. 623-632, 2014.

GRAYSON, D. A.; BRIDGES, K.; DUNCAN-JONES, P.; GOLDBERG, D. P. The relationship between symptoms and diagnoses of minor psychiatric disorder in general practice. *Psychological Medicine*, v.17, p. 933-942, 1987.

HARDING, T.W; DE ARANGO, M. V.; BALTAZAR, J.; CLIMENT, C. E.; IBRAHIM, H. H. A; LADRIDO-IGNACIO, L.; SRINIVASA MURTHY R.; WIG, N. N. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychological Medicine*, v. 10, p. 231-241, 1980.

HOLMES, J. A.; SPEIGHT, A. N. P. The problem of non-organic illness in Tanzanian urban medical practice. *East African Medical Journal*, v. 52, n. 5, p. 225-236, 1975.

HUXLEY, P.; GOLDBERG, D. Social versus clinical prediction in minor psychiatric disorders. *Psychological Medicine*, v. 5, p. 96-100, 1975.

_____; _____; MAGUIRE, G. P. The Prediction of the Course of Minor Psychiatric Disorders. *Brit. J. Psychiat*, v. 135, p. 535-543, 1979.

IONESCU, D. F.; NICIU, M. J.; HENTER, I. D.; ZARATE, C. A. Defining anxious depression: a review of the literature. *CNS Spectr.*, v.18, n. 5, p. 252-260, 2013.

JACOB, K. S.; BHUGRA, D.; LLOYD, K. R.; MANN, A. H. Common mental disorders, explanatory models and consultation behaviour among Indian women living in the UK. *Journal of the Royal Society of Medicine*, v. 91, p. 66-71, 1998.

JOHNSTONE, A.; GOLDBERG, D. Psychiatric screening in general practice. *The Lancet*, v. 1, p. 605-608, 1976.

KESSEL, N. Psychiatric morbidity in a London general practice. *Brit. J. Prev. Soc. Med.*, v. 14, p. 16-22, 1960.

_____; SHEPHERD, M. Neurosis in hospital and general practice. *Journal of Mental Science*, v. 108, n. 453, p. 159-166, 1962. Disponível em: <https://doi.org/10.1192/bjp.108.453.159>. Acesso em: 08/02/2018.

KESSLER, R. C.; BRANDENBURG, N.; LANE, M.; ROY-BYRNE, P.; STANG, P. D.; STEIN, D. J.; WITTCHEN, H. U. Rethinking the duration requirement for generalized anxiety disorder: evidence from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med*, v.35, n. 7, p. 1073-1082, 2005.

LAM, T. P.; GOLDBERG, D. P.; DOWELL, A. C.; FORTES, S.; MBATIA, J. K.; MINHAS, F. A.; KLINKMAN, M. S. Proposed new diagnoses of anxious depression and bodily stress syndrome in ICD-11-PHC: an international focus group study. *Family Practice*, v. 30, p.76-87, 2013.

LIMA, M. S.; BERIA, J. U.; TOMASI, E.; CONCEICAO, A. T.; MARI, J. J. Stressful life events and minor psychiatric Disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. *Int'l. J. Psychiatry in Medicine*, v. 26, n. 2, p. 211-222, 1996.

LLOYD, K. R.; JACOB, K. S.; PATEL, V.; St. LOUIS, L.; BHUGRA, D.; MANN, A. H. The development of the Short Explanatory Model Interview (SEMI) and its use among primary-care attenders with common mental disorders. *Psychological Medicine*, v. 28, p. 1231-1237, 1998.

LÖWE, B.; SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J. B.W.; MUSSELL, M.; SCHELLBERG, D.; KROENKE, K. Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. *General Hospital Psychiatry*, v. 30, p. 191-199, 2008.

LUDERMIR, A. B. Inserção produtiva, gênero e saúde mental. *Cad. Saúde Pública*, v.16, n.3, p. 647-659, 2000.

_____; MELO FILHO, Djalma A de. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev. Saúde Pública*, v. 36, n. 2, p. 213-221, 2002.

_____. Associação dos transtornos mentais comuns com a informalidade das relações de trabalho. *J. Bras. Psiquiatr.*, v. 54, n. 3, p.198-204, 2005.

LUND, C. Poverty and mental health: Towards a research agenda for low and middle-income countries. Commentary on Tampubolon and Hanandita. *Social Science & Medicine*, v.111, p. 134-136, 2014.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. Minor psychiatric disorder in primary care in Brazil: a pilot study. *Psychological Medicine*, v. 14, p. 223-227, 1984.

_____; _____. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. *Psychological Medicine*, v. 15, p. 651-659, 1985.

_____; _____. Misclassification by psychiatric screening questionnaires. *J Chmn Dis*, v. 39, n. 5, p. 371-378, 1986.

MARÍN-LEÓN, L.; OLIVEIRA, H. B. de; BARROS, M. B. de A.; DALGALARRONDO, P.; BOTEGA, N. J. Social inequality and common mental disorders. *Rev Bras Psiquiatr.*, v. 29, p. 1-4, 2007.

MCEVOY, P. J.; MCEVOY, H. F. Management of psychiatric problems in a Kenyan mission hospital. *British Medical Journal*, v. 1, p. 1454-1456, 1976.

MELZER, D.; FRYERS, T.; JENKINS, R.; BRUGHA, T.; MCWILLIAMS, B. Social position and the common mental disorders with disability. Estimates from the National Psychiatric Survey of Great Britain. *Soc. Psychiatry Epidemiol*, v. 38, p. 238-243, 2003.

NDETEI, D. M.; MUHANGI, J. The prevalence and clinical presentation of psychiatric illnesses in a rural setting in Kenya. *British Journal of Psychiatry*, v. 135, p. 269-272, 1979.

ORLEY, J.; WING, J. K. Psychiatric disorders in two African villages. *Archives of General Psychiatry*, v. 36, p. 513-520, 1979.

ORMEL, J.; OLDEHINKEL, T.; BRILMAN, E.; VAN DEN BRINK, W. Outcome of depression and anxiety in primary care. *Archives of General Psychiatry*, v. 50, p. 759-766, 1993.

_____; OLDEHINKEL, A. J.; GOLDBERG, D. P.; HODIAMONT, P. P. G.; WILMINK, F. W.; BRIDGES, K. The structure of common psychiatric symptoms: how many dimensions of neurosis? *Psychological Medicine*, v. 25, p. 521-530, 1995.

PATEL, V.; KLEINMAN, A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bull World Health Organ*, v. 81, n. 8, 609-615, 2003.

REED, G. M.; FIRST, M. B.; KOGAN, C. S.; HYMAN, S. E.; GUREJE, O.; GAEBEL, W.; MAJ, M.; STEIN, D. J.; et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*, v. 18, n. 1, p. 3-19, 2019.

RIEF, W.; MARTIN, A.; KLAIBERG, A.; BRAHLER, E. Specific Effects of Depression, Panic, and Somatic Symptoms on Illness Behavior. *Psychosomatic Medicine*, v. 67, p. 596–601, 2005.

ROJAS, G.; ARAYAB, R.; LEWIS, G. Comparing sex inequalities in common affective disorders across countries: Great Britain and Chile. *Social Science & Medicine*, v. 60, p. 1693–1703, 2005.

SAMRTT, C. C. F. Mental adjustment in the East African. *Journal of Mental Science*, v. 102, p. 441-466, 1956.

SARTORIUS, N.; ÜSTÜN, T. B.; COSTA E SILVA, J. A.; GOLDBERG, D.; LECRUBIER, Y.; MD; ORMEL, J.; VON KORFF, M.; WITTCHEN, H. U. An International Study of Psychological Problems in Primary Care. Preliminary Report From the World Health Organization Collaborative Project on 'Psychological Problems in General Health Care. *Arch. Gen. Psychiatry*, v. 50, p. 819-824, 1993. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/271291228>. Acesso em: 12 Dezembro de 2018.

_____; _____ (Eds.). *Mental Illness in General Health Care Across the World: An International Study*. New York, NY: John Wiley & Sons Inc, 1995.

SHEPHERD, M.; COOPER, B.; BROWN, A. C.; KALTON, G. W. *Psychiatric Illness in General Practice*. London: Oxford University Press, 1966.

SILVERSTONE, P. H., STUDNITZ, E. V. Defining Anxious Depression: Going Beyond Comorbidity. *Can J Psychiatry*, v. 48, n. 10, p. 675-680, 2003.

SIMMS, L. J.; PRISCIANDARO, J. J.; KRUEGER, R. F.; GOLDBERG, D. P. The structure of depression, anxiety and somatic symptoms in primary care. *Psychological Medicine*, v. 42, p. 15–28, 2012.

VERMA, S. K.; WIG, N. N. Standardisation of a neuroticism questionnaire in Hindi. *Indian Journal of Psychiatry*, v. 19, p. 67-72, 1977.

ZIEBOLD, C.; GOLDBERG, D. P.; REED, G. M.; MINHAS, F.; RAZZAQUE, B.; FORTES, S.; ROBLES, R.; LAM, T. P.; BOBES, J.; IGLESIAS, C.; COGO-MOREIRA, H.; GARCÍA, J. Á.; MARI, J. J. Dimensional analysis of depressive, anxious and somatic symptoms presented by primary care patients and their relationship with ICD-11 PHC proposed diagnoses. *Psychological Medicine*, v. 4, p. 1-8, 2018.

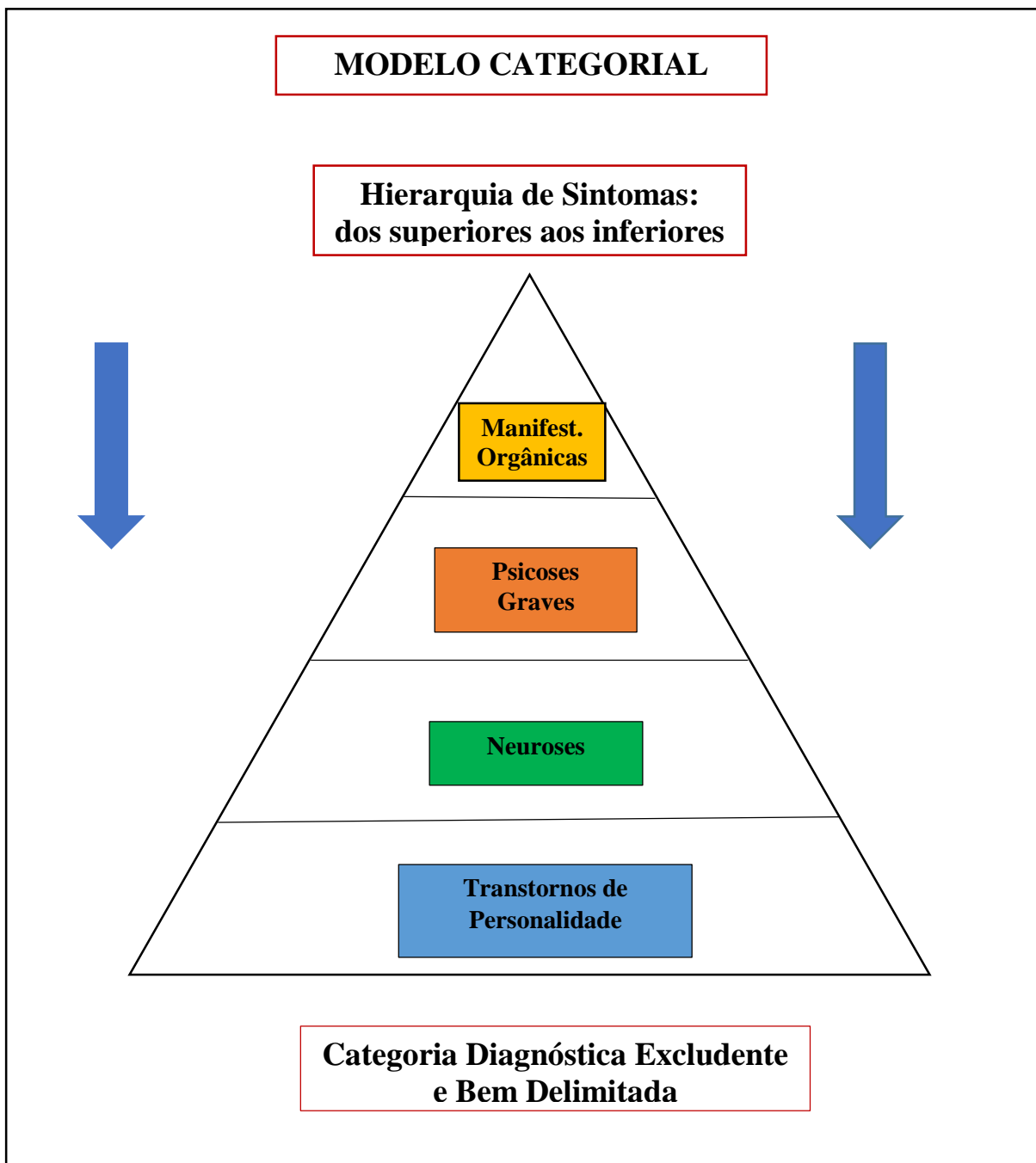
_____; MARI, J. J.; GOLDBERG, D. P.; MINHAS, F.; RAZZAQUE, B.; FORTES, S.; ROBLES, R.; LAM, T. P.; BOBES, J.; IGLESIAS, C.; GARCÍA, J. Á.; REED, G. M. Diagnostic consequences of a new category of anxious depression and a reduced duration requirement for anxiety symptoms in the ICD-11 PHC. *Journal of Affective Disorders*, v. 245, p. 120-125, 2019.

WEICH, S.; LEWIS, G.; DONMALL, R.; MANN, A. Somatic presentation of psychiatric morbidity in general practice. *British Journal of General Practice*, v. 45, n. 392, p.143-147, 1995.

_____; _____. Poverty, unemployment, and common mental disorders: population based cohort study. *BMJ*, v. 317, n. 7151, p. 115-9, 1998.

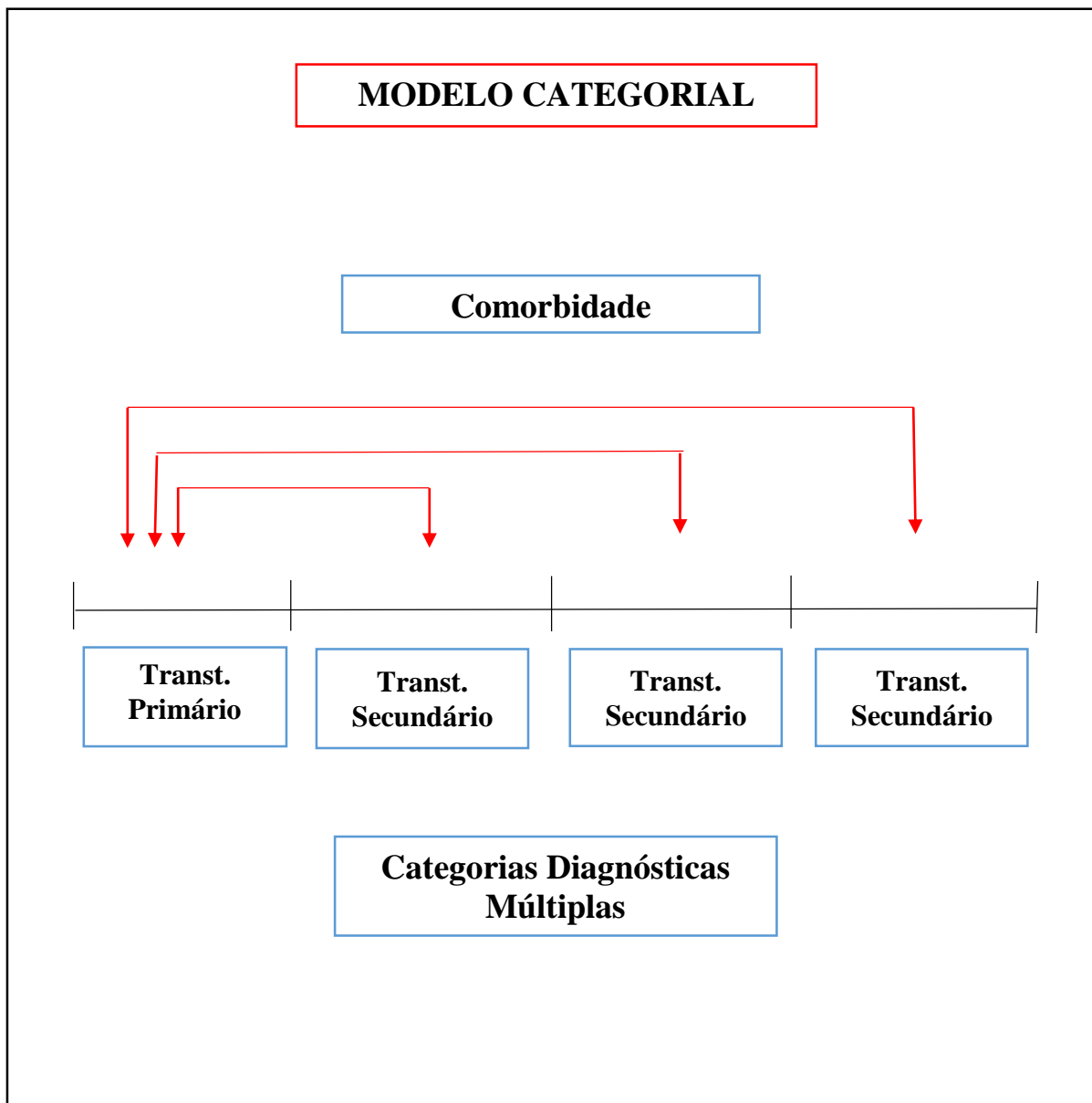
WING, J. K.; COOPER, J. E.; SARTORIUS, N. *The Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms*. Cambridge University Press: Cambridge, 1974.

WRIGHT, A. F.; PERINI, A. F. Hidden psychiatric illness: use of the general health questionnaire in general practice. *J R Coll Gen Pract*, v. 37, p. 164-167, 1987.

APÊNDICE B – Modelo categorial de compreensão hierárquica

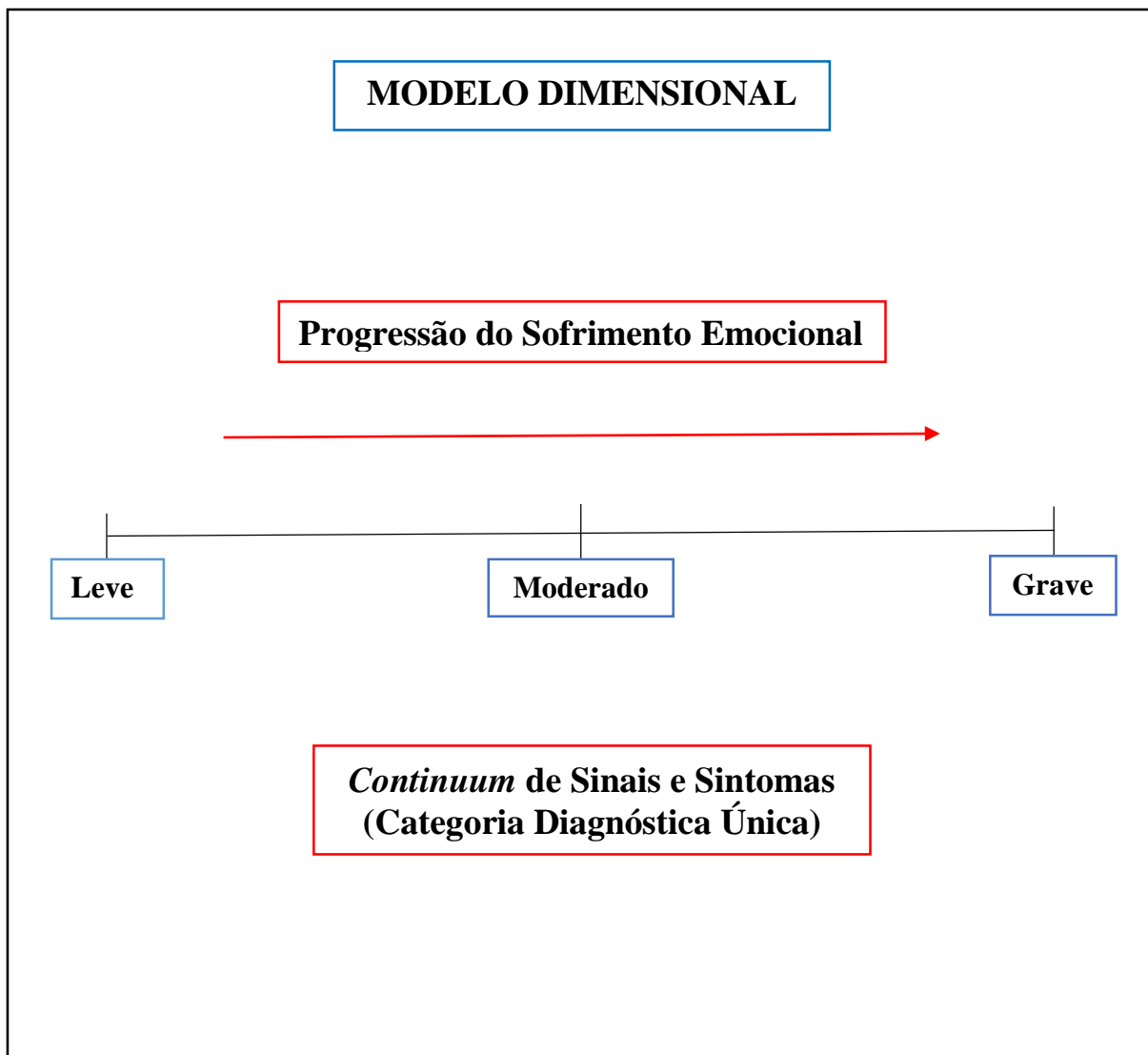
Fonte: FIGUEIRÊDO, 2019.

APÊNDICE C – Modelo categorial com a adoção de comorbidades



Fonte: FIGUEIRÊDO, 2019.

APÊNDICE D – Modelo dimensional



Fonte: FIGUEIRÊDO, 2019.

APÊNDICE E – Os diagnósticos para sintomas mistos de ansiedade e depressão nos sistemas classificatórios DSM-V, CID-11 e CID-11-AP

DSM-V	CID-11	CID-11-AP
<p>Transtorno Depressivo Maior (Com Ansiedade)</p>	<p>Transtorno Misto de Depressão e Ansiedade</p>	<p>Depressão Ansiosa</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Depressão unipolar - apatia, culpa, descontentamento geral, desesperança, mudanças de humor, perda de interesse, ou prazer nas atividades, solidão, tristeza, tédio ou sofrimento emocional; agitação, automutilação, choro excessivo, irritabilidade ou isolamento social, despertar precoce, excesso de sonolência, insônia ou sono agitado, dentre outros - com sintomas ansiosos; • Sintomas de transtorno de humor a partir de duas semanas e ansiedade mórbida manifesta no período de seis meses (APA, 2013). 	<ul style="list-style-type: none"> • Misto de sintomas ansiosos e depressivos subclínicos; • Duração dos sintomas de até duas semanas (WHO, 2018). 	<ul style="list-style-type: none"> • Misto de Episódio Depressivo atual e Ansiedade atual; • Misto de sintomas ansiosos e depressivos subclínicos; • Gradação de sintomas ansiosos e depressivos: dos “mais leves” para os “mais graves”; • Manifestação dos sintomas a partir de duas semanas (GOLDBERG; REED; ROBLES et al., 2017).

Fonte: FIGUEIRÊDO, 2019.

APÊNDICE F – Os diagnósticos para sintomas somáticos nas classificações DSM-V, CID-11 e CID-11-AP

DSM-V	CID-11	CID-11-AP
<p>Transtorno com Sintomas Somáticos</p>	<p>Transtorno do Estresse Corporal</p>	<p>Síndrome do Estresse Corporal</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Sintomas somáticos angustiantes ou que resultam em significativa perda da vida diária; • Pensamentos, sentimentos e comportamentos excessivos relacionados a sintomas somáticos ou a preocupações com a saúde; • Inclui os diagnósticos de: Transtorno de Somatização; Transtorno Somatoforme Indiferenciado e Transtorno Doloroso (APA, 2013). 	<ul style="list-style-type: none"> • Sintomas somáticos, aflição, pensamentos e comportamentos excessivos com a saúde; • Inclui os diagnósticos de Transtornos Somatoformes e Neurastenia (WHO, 2018). 	<ul style="list-style-type: none"> • Sintomas somáticos organizados em agrupamentos: cardiopulmonar, musculoesquelético, gastrointestinal e sintomas gerais (dificuldades de concentração, deficiência de memória, fadiga); • Inclui os diagnósticos de Síndromes Somáticas Funcionais e Transtornos Somatoformes (GOLDBERG et al., 2016).

Fonte: FIGUEIRÊDO, 2019.

APÊNDICE G – Os diagnósticos para sintomas de preocupação excessiva com a saúde nos manuais DSM-V, CID-11 e CID-11-AP

DSM-V	CID-11	CID-11-AP
<p>Transtorno de Ansiedade de Doença</p>	<p>Hipocondria</p>	<p>Transtorno de Ansiedade com a Saúde</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Alto nível de ansiedade pelo medo de adoecer, sem manifestação de sintomas somáticos; • Inclui o diagnóstico de Hipocondria (APA, 2013). 	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupação persistente (com) ou medo (de) a possibilidade de ter uma ou mais doenças graves, progressivas, ou potencialmente fatais; • Tem como critério de inclusão o diagnóstico de Transtorno de Ansiedade de Doença (WHO, 2018). 	<ul style="list-style-type: none"> • Ideias ou medos persistentes e intrusivos de ter uma doença; • Preocupação intensa com sensações corporais “mais leves”; • Problemas de saúde que seriam mal interpretados como sinais de uma doença grave (GOLDBERG et al., 2016).

Fonte: FIGUEIRÊDO, 2019.