

## **Ascensão e consolidação da psiquiatria biológica norte-americana: uma análise histórica**

Rise and consolidation of American Biological Psychiatry – an historical  
analysis

Marcela Peralva Aguiar

Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz

---

### **Resumo:**

Segundo diversos autores, a ascensão da chamada Psiquiatria Biológica ganha força com a publicação da terceira versão do DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* –, em 1980, que retira a nomenclatura psicanalítica de seu escopo classificatório e passa a se basear em critérios descritivos e objetivos de análise, deixando de fora a discussão acerca da etiologia das doenças psiquiátricas. Neste artigo, analisaremos a ascensão do viés biológico na psiquiatria norte-americana a partir da constituição do DSM e das mudanças ocorridas ao longo de suas quatro primeiras versões. Diante de nossos propósitos, selecionamos Ludwik Fleck como principal interlocutor. Ao analisar a construção do conhecimento científico, este autor dedica especial atenção à construção do conhecimento médico, que possuiria particularidades em relação aos outros campos do conhecimento, as quais acreditamos serem ainda mais acentuadas no caso da psiquiatria, nosso objeto de estudo.

**Palavras-chave:** História; Psiquiatria Biológica; DSM

---

### **Abstract:**

According to several authors, the rise of Biological Psychiatry is strengthened by the publication of the third edition of the DSM - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* - in 1980, edition that removes the psychoanalytic vocabulary from its classificatory scope and starts to be exclusively based on descriptive criteria and objectives analysis, leaving out the discussion about the etiology of psychiatric disorders. In this paper we focus on the rise of biological perspective in American psychiatry from the constitution of the DSM and the changes that occur over its first four versions. Considering our purposes, we selected Ludwik Fleck as the main interlocutor. By analyzing the construction of scientific knowledge this author devotes special attention to the construction of medical knowledge, which would possess particular characteristics in relation to other fields of knowledge. We believe that those particular characteristics are even more pronounced in the case of psychiatry, our object of study.

**Key-words:** History; Biological Psychiatry; DSM.

---

Desde seu nascimento no século XVIII<sup>1</sup>, a psiquiatria se constitui como disciplina pertencente ao campo médico, sem jamais ter se enquadrado completamente em sua metodologia. Assim, em alguns momentos de sua história é propagada como uma especialidade médica, fundada no conhecimento objetivo das causas físicas e dos quadros psicopatológicos, em outros é propagada como uma “medicina especial”, voltada para o entendimento das causas psicológicas e sociais envolvidas na constituição das doenças mentais.<sup>2</sup> (BEZERRA JR., 2000)

Neste artigo<sup>3</sup>, pretendemos analisar a ascensão de uma vertente da psiquiatria norte-americana que se autodenomina Psiquiatria Biológica e se consolida no cenário internacional com a publicação do DSM-III (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), em 1980. Este manual apresenta uma abordagem que se pretende a-teórica e utiliza como critério diagnóstico um objetivismo descritivo classificatório dos “distúrbios mentais”.

A consolidação desta vertente psiquiátrica representa uma profunda mudança de paradigma no campo psiquiátrico norte-americano e nos diversos países ao redor do mundo que assimilaram esta vertente. Sendo assim, mapearemos o percurso que levou à ascensão da chamada Psiquiatria Biológica, enfatizando as disputas internas ao campo psiquiátrico norte-americano, bem como, a história do DSM-III e suas edições seguintes (DSM-III-R e DSM-IV).

Em suas análises acerca da construção do conhecimento científico, Fleck (2010) dedica especial atenção à construção do conhecimento médico, que segundo o autor, possuiria particularidades em relação aos outros campos do conhecimento, que consideramos serem ainda mais acentuadas no caso da psiquiatria, nosso objeto de estudo. Desse modo, a teoria de Fleck se mostra elucidadora acerca de aspectos complexos que atravessam a psiquiatria desde seus primórdios, como por exemplo, a reiterada mudança teórico-metodológica dos referenciais hegemônicos entre seus praticantes.

### **Ludwik Fleck e a construção do conhecimento científico**

*O processo de conhecimento representa a atividade humana que mais depende das condições sociais, e o conhecimento é o produto social por excelência. (FLECK, 2010:85)*

Ludwik Fleck (2010) procura analisar, em seu trabalho *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*<sup>4</sup>, a construção do conhecimento científico como sendo uma atividade essencialmente social e coletiva, colocando no centro de sua análise o questionamento da noção de *fato científico*, até então pressuposto como algo evidente pelos empiristas lógicos do *Círculo de Viena*. O autor enfatiza que tanto o lógico como o empírico não podem ser pensados independentemente do social, pois ambos se apoiam em um *sistema de referências* construídos socialmente.

Seguindo esta linha de raciocínio, Fleck (2010) afirmará que cada época seria marcada por concepções dominantes, que seriam constituídas por restos das concepções passadas e predisposições de concepções futuras, em analogia com todas as formas sociais. O conceito de *coletivo de pensamento* é criado pelo autor para se referir à comunidade das pessoas cujos pensamentos se encontram numa situação de influência recíproca, sendo cada uma dessas pessoas “um portador do desenvolvimento histórico de uma área de pensamento, de um determinado estado do saber e da cultura, ou seja, de um estilo específico de pensamento”. (FLECK, 2010: 82). Já o conceito de *estilo de pensamento* é definido por Fleck como sendo os pressupostos de pensamento sobre os quais o *coletivo de pensamento* constrói seu edifício de saber, uma espécie de “disposição para um sentir seletivo e para um agir direcionado correspondente.” (FLECK, 2010:149). Ainda nas palavras do autor: “O estilo de pensamento é marcado por características comuns dos problemas, que interessam a um coletivo de pensamento; dos julgamentos, que considera como evidentes e dos métodos que aplica como meios do conhecimento.” (FLECK, 2010:149)

Fleck (2010) salienta que a produção do conhecimento em medicina possuiria particularidades que a diferenciariam das disciplinas pertencentes ao campo das ciências naturais. Nessa linha, destaca dois fatores especialmente: por um lado, o interesse do conhecimento, na medicina, não é voltado para fenômenos regulares, “normais”, mas antes para as irregularidades, a saber, os estados patológicos dos organismos. Por isso, a articulação de regularidades entre os fenômenos patológicos e a definição de entidades nosológicas só é possível com um alto grau de abstração em relação às observações individuais – e costumam ser temporárias. Por outro lado, o objetivo do conhecimento médico não é primordialmente a ampliação do “conhecimento em si”, mas possui um caráter muito pragmático, qual seja, o controle dos estados patológicos. Dessa forma, tudo o que faz parte das explicações teóricas das doenças – concepções, modelos e

abordagens – é submetido a uma pressão constante e muito imediata de gerar resultados. (FLECK, 2010)

Nesse sentido, as entidades nosológicas de doenças, vigentes na medicina desde o final do século XIX<sup>5</sup>, colocam o saber médico numa dificuldade constante de enquadrar idiosincrasias complexas a modelos ideais típicos que possam ser generalizáveis a título de se alcançar um tratamento-padrão. Assim, inúmeras particularidades dos estados patológicos concretos fazem necessária uma alteração constante das concepções teóricas da medicina.

Devido a todos estes fatores, Fleck (2010) afirma que o conhecimento médico se encontra numa tensão permanente entre o desejo da homogeneização teórica, que só pode ser alcançado através da abstração, e a necessidade da concretização das proposições, de resultados pragmáticos. Ou seja, o conhecimento médico precisa não apenas de teorias que façam sentido enquanto abstrações, mas que sejam suficientemente eficazes quando aplicadas a um caso concreto. Estas particularidades, apontadas pelo autor como inerentes à construção do conhecimento médico, aparecem de forma ainda mais acentuada na psiquiatria que, apesar de pertencer ao campo da medicina, jamais se enquadrou plenamente em sua metodologia.

Como sabemos, a psiquiatria surge enquanto disciplina em fins do século XVIII com o emblemático gesto de Philippe Pinel (1745-1826), psiquiatra francês, que liberou os loucos dos grilhões das antigas casas de internamento, propondo, pela primeira vez, a criação de uma instituição com o objetivo de tratar a loucura. Nasce, então, o asilo e com ele a clínica psiquiátrica<sup>6</sup> que se constitui a partir do *corpus* teórico da “ciência alienista”<sup>7</sup> que estará na base do tratamento moral empregado.

A partir deste momento inaugural, a psiquiatria se constitui como disciplina pertencente ao campo médico sem jamais ter se enquadrado plenamente em sua metodologia, permanecendo em constante diálogo com outros campos do saber. Esta posição fronteiriça possibilita que seus membros permaneçam influenciados por uma série de diferentes *coletivos de pensamento*, advindos do campo médico, do campo da psicologia, da sociologia etc. Segundo Fleck (2010), o tráfego intercoletivo de pensamento é uma das principais fontes de inovação científica. E a psiquiatria vem reiteradamente renovando seus referenciais teórico-metodológicos ao longo de sua história. (YOUNG, 1995; SHORTER, 1997; SERPA JR., 1998; BEZERRA JR., 2000; HEALY, 2002; HEALY, 2003; RUSSO e VENANCIO, 2006)

Percebemos, então, que a psiquiatria possui, em sua história, momentos em que procura se enquadrar no *coletivo de pensamento* médico, buscando em cada doença psiquiátrica um mecanismo biopatológico característico e um curso previsível, a fim de construir categorias diagnósticas homogêneas e generalizáveis, tal qual a medicina mais ampla possui. Em outros momentos, procura estar afinada com outros *coletivos de pensamento* mais ligados às ciências humanas, buscando significar as doenças psiquiátricas a partir de uma perspectiva mais ampla; percebendo estas doenças como multifatoriais; englobando influências psicológicas e sociais. (YOUNG, 1995; SHORTER, 1997; SERPA JR., 1998; BEZERRA JR., 2000; HEALY, 2002; HEALY, 2003; RUSSO e VENANCIO, 2006)

Além desse tráfego intercoletivo de pensamento, podemos perceber a influência exercida por diferentes *estilos de pensamento* sobre o campo psiquiátrico. Por exemplo, vemos que, no final do século XIX e início do século XX, quando a Biologia passa a ser um referencial privilegiado para as sociedades ocidentais refletirem sobre suas questões, a linguagem biológica adentra diversos campos do saber e setores da sociedade. (FLECK, 2010: 110) Segundo Fleck (2010), este é o maior sinal de fortalecimento de um dado *estilo de pensamento*. E a psiquiatria deste período não ficou indiferente a esta modificação, absorvendo conceitos da Biologia e da Teoria Evolucionista de Darwin em seu escopo teórico-metodológico.

Assim, no final do século XIX, o tratamento moral empregado pela teoria alienista perde força no campo psiquiátrico e ganham espaço as teorias fisicalistas/organicistas, que tentavam explicar a doença mental exclusivamente a partir de fatores biológicos, o que neste contexto significava, principalmente, fatores hereditários. Dentre estas teorias podemos destacar a da degenerescência e a eugênica, e, posteriormente, no início do século XX, a teoria de Emil Kraepelin<sup>8</sup>.

A partir do segundo pós-guerra, quando a Biologia e as teorias fisicalistas em geral passam a parecer insuficientes para responder tantas questões quanto as que lhes foram impostas num momento anterior, e se mostram até como uma perigosa via de intervenção nas relações humanas – devido, especialmente, ao uso das teorias da degenerescência e eugênica pelos nazistas para legitimar o massacre de minorias étnicas, que, por fim, desembocou no holocausto –, procura-se no social e no universo psicológico individual e coletivo respostas para as questões enfrentadas pelas sociedades ocidentais daquele período.

Emerge, então, um “novo” *estilo de pensamento* ao qual a psiquiatria não fica indiferente. Neste momento, ganham destaque as teorias de cunho moral-humanista, como a Psicanálise, a Fenomenologia e a Antipsiquiatria, que percebiam a doença mental como uma doença multifatorial, e conceitos como *neurose*, *complexo de Édipo*, *conflitos existenciais*, dentre outros, adentram diversos setores da sociedade e se transformam num novo modo de significar as relações pessoais e sociais.

No final do século XX, vemos mais uma vez a Biologia ascender como referencial privilegiado para se pensar as relações humanas e intervir nestas relações. Desse modo, o que vemos neste período é a ascensão das teorias fisicalistas/biológicas no cenário psiquiátrico. Estas teorias buscam tratar as questões psiquiátricas a partir de uma visão exclusivamente biológica, relegando as teorias moral-humanistas a papéis secundários – e, muitas vezes, dispensáveis - nos tratamentos psiquiátricos. (YOUNG, 1995; SHORTER, 1997; SERPA JR., 1998; HEALY, 2002; HEALY, 2003; RUSSO e VENANCIO, 2006)<sup>9</sup>.

Neste ponto, vemos mais uma vez que a conceituação proposta por Fleck (2010) pode ser profícua para se refletir sobre a construção do conhecimento psiquiátrico, pois este autor afirma que todo *estilo de pensamento* que emerge possui a influência de *estilos* de outras épocas. Dessa maneira, acreditamos que não seja por acaso que, em meio aos debates da Associação de Psiquiatria Americana em torno da formulação de seu novo manual (DSM-III), muitos psiquiatras que defendiam uma visão exclusivamente biológica da doença mental tenham procurado validar sua proposta para a nova classificação apoiando-se nas teorias organicistas propostas por Emil Kraepelin no início do século XX. Além disso, muitos psiquiatras pertencentes a esta vertente se autodenominam “neo-krapelianianos.” (YOUNG, 1995; SHORTER, 1997; CAPONI, 2012)

Para iniciar nossa discussão, faremos um breve histórico acerca dos acontecimentos ocorridos no campo psiquiátrico após a segunda guerra mundial, que contextualizam o cenário a partir do qual a chamada Psiquiatria Biológica emerge. Esta opção narrativa, com enfoque nas mudanças internas desta disciplina, é apenas de ordem metodológica, posto que, diferentemente daqueles estudiosos das ciências denominados internalistas<sup>10</sup>, não consideramos que as mudanças ocorridas em uma disciplina independam do contexto no qual estão inseridas. Pelo contrário, nossa escolha teórico-metodológica encontra-se apoiada nas ideias de Ludwik Fleck (2010) e Bruno Latour (1983, 1994, 1997, 2000), que analisam a ciência como uma disciplina

socialmente construída e em constante comunicação com o contexto no qual está inserida, modificando-o e sendo modificada por ele.

### **Os impactos da Segunda Guerra Mundial**

A partir da Segunda Guerra Mundial (1939-1945), muitas transformações ocorreram no mundo e, no que se refere à psiquiatria, não foi diferente. Em primeiro lugar, foi durante a segunda guerra que os nazistas alemães utilizaram teorias validadas cientificamente, como a teoria da degeneração e seu antídoto, a teoria eugênica, para legitimar o massacre de minorias étnicas, que desembocou no holocausto<sup>11</sup>. (ADAMS, 1990; REIS, 1994; COHEN, 1998; STEPAN, 2005)

A partir do holocausto, pode-se dizer que se tornou praticamente imoral mencionar teorias como a da degeneração e a eugênica nos meios científicos em geral e nos meios psiquiátricos em particular. (STEPAN, 2005) E não foram apenas estas teorias que passaram a ser repudiadas, mas também as teorias psiquiátricas de cunho fisicalista/organicista em geral. Ainda que os primeiros psicofármacos tenham começado a ser utilizados a partir da década de 1950, o que poderia ter gerado uma retomada das teorias fisicalistas/organicistas, estas teorias permaneceram alvo de duras críticas por parte de teorias psiquiátricas de cunho moral-humanista, como a teoria Existencial-Humanista, a Fenomenologia e diversas vertentes que compunham o movimento que se convencionou chamar de Antipsiquiatria. (SWAIN, 1994; SHORTER, 1997; SERPA JR., 1998; HEALY, 2002; HEALY, 2003; RUSSO e VENANCIO, 2006)

Entre as críticas recebidas pelas teorias fisicalistas, destacam-se a falta de provas das correlações entre o cérebro e as doenças psiquiátricas e o fato de estas teorias descartarem a importância dos eventos sociais e psicológicos no desenvolvimento das doenças mentais. Sobretudo esta última crítica foi corroborada durante e após a segunda guerra, quando muitas pessoas, principalmente os soldados que eram considerados saudáveis e respeitados antes da guerra, voltavam para suas casas adoecidos depois da mesma. Tal fato demonstrava a grande influência que o meio ambiente exercia sobre o adoecimento psíquico, reforçando a visão das teorias que acreditavam que os fatores psicológicos e sociais tinham relevância nesta forma de adoecimento, o que ia de encontro aos preceitos hereditários e organicistas presentes na teoria da degeneração,

por exemplo, que embasaram grande parte das teorias fisicalistas do século XIX e início do XX. (YOUNG, 1995; HEALY, 2002; HEALY, 2003)

Dentre as vertentes morais-humanistas, podemos destacar a influência da teoria psicanalítica criada por Sigmund Freud (1856-1939) no início do século XX em Viena<sup>12</sup>, que se expande por diferentes contextos e culturas quando a segunda guerra tem início. Isto ocorreu devido a vários fatores, dentre os quais destacamos o fato de Freud e muitos psicanalistas serem judeus, pois, com o avanço dos nazistas durante a segunda guerra, eles acabaram sendo obrigados a emigrar para outros países. A partir desse movimento de expansão dos psicanalistas, a teoria e prática psicanalíticas se consolidam em diversos países do mundo ocidental, dentre eles os Estados Unidos<sup>13</sup>. (YOUNG, 1995; SHORTER, 1997; HEALY, 2002; HEALY, 2003; RUSSO e VENANCIO, 2006)

#### ***A recepção da Psicanálise nos meios psiquiátricos norte-americanos***

A primeira sociedade psicanalítica dos Estados Unidos foi fundada em Nova York em fevereiro de 1911. As sociedades psicanalíticas e institutos de formação possuíam a função de instruir as futuras gerações de psicanalistas nos meandros da teoria e técnica psicanalíticas, de modo que o corpo desta doutrina pudesse ser transmitido de uma geração para a seguinte. Nos Estados Unidos, ao contrário da Europa, apenas os médicos eram elegíveis para solicitar treinamento psicanalítico. (SHORTER, 1997:162-164)

De 1924 em diante, a Associação Americana de Psiquiatria (APA)<sup>14</sup> e a Associação Psicanalítica Americana passaram a realizar suas reuniões ao mesmo tempo e na mesma cidade. Shorter (1997) informa que ocorreram muitas brigas no conselho executivo da APA sobre aderir ou não à Psicanálise, ao fim das quais a associação decidiu pela adesão a esta linha terapêutica. A partir de 1938, a Associação Psicanalítica Americana exigia que os candidatos a psicanalista tivessem completado pelo menos um ano de residência em psiquiatria. Como Franz Alexander, do Instituto de Chicago, declarou em uma carta de 1939 a Ernest Jones: "A Psicanálise está rapidamente se tornando parte da formação e da prática médica geral". (ALEXANDER, 1940 *apud* SHORTER, 1997: 165)

Segundo Healy (2002), a nova Psicanálise que se expandia nos Estados Unidos trazia consigo a ideia de que era uma questão de saúde pública todas as pessoas fazerem



tratamento psicanalítico. Para o autor, esta Psicanálise americana, mais do que curar doenças, propunha o “aprimoramento da personalidade” a fim de promover a saúde mental.

Durante o ano de 1940, vários institutos de formação psicanalítica passaram a incentivar que psiquiatras residentes começassem sua formação em Psicanálise juntamente com a residência. Em 1944, 70% dos psicanalistas americanos tinham formação em psiquiatria – ou em neurologia, pois o exame para as duas áreas era comum desde 1934. Já em 1948, três quartos de todos os comitês da Associação Americana de Psiquiatria eram compostos por psicanalistas. Em 1962, a maioria dos departamentos psiquiátricos eram chefiados por psiquiatras orientados pelo viés psicanalítico e praticamente todos os programas de pós-graduação de psiquiatria eram orientados por princípios da Psicanálise. (HEALY, 2002: 140-141) Como afirmou B. S. Brown, diretor do *National Institute for Mental Health* (N.I.H.M.): “De 1945 a 1955, era quase impossível para um psiquiatra que não fosse psicanalista se tornar diretor de um departamento ou professor de uma cátedra de psiquiatria.” (BROWN, 1976 apud HEALY, 2002: 141)

A Psicanálise atingirá o seu ápice de influência nos Estados Unidos durante os anos de 1960. Esta psiquiatria psicanalítica se baseava especialmente na clínica de consultório e praticamente não se inseriu no sistema hospitalar público de grande extensão. (HEALY, 2002)

A grande força que a teoria psicanalítica alcançou nos Estados Unidos permitiu alguns excessos interpretativos que capturaram o público comum e acadêmico e, posteriormente, viriam se voltar contra ela. Como o comentado trabalho de Frieda Fromm-Reichmann, do Hospital Chestnut Lodge, em Baltimore, que introduziu a noção de “mãe esquizofrenizante”, e o trabalho de Madeline Sechehaye, que também afirmou que a esquizofrenia envolvia uma “mãe aberrante”. (HEALY, 2002: 141-142) Segundo Healy (2002), este tipo de leitura da Psicanálise dava licença para abusos na interpretação dos comportamentos maternos, o que fazia com que mesmo a mãe mais dedicada pudesse parecer perigosa.

Outro fator comum à abordagem psicanalítica deste período era a convicção de que lidavam com a fonte real da doença mental, que teria sua origem em fatores exclusivamente psicológicos. A partir desta perspectiva, os psicotrópicos, surgidos em 1952, eram vistos como uma ferramenta terapêutica que fornecia apenas alívio sintomático aos doentes. Nesta concepção, a teoria psicanalítica, baseada em uma teoria

da causalidade psicológica, abordaria os mecanismos básicos supostamente envolvidos com a origem das neuroses e psicoses, enquanto o medicamento atuava apenas sobre os sintomas.

### **A Psiquiatria no banco dos réus**

Durante a década de 1960, surgiram diversos movimentos de contestação da ordem vigente. A luta por direitos civis, a ascensão do feminismo e um forte movimento operário tinham como objeto geral de discussão a questão da opressão de grupos minoritários e/ou marginalizados pelos grupos dominantes. Surgem também os primeiros grupos de “sobreviventes” dos tratamentos psiquiátricos, que se unem em sua crítica ao manicômio e aos tratamentos nele empregados, como a eletroconvulsoterapia, que se torna um dos símbolos mais fortes da violência dos tratamentos psiquiátricos. (CASTEL, 1981; AMARANTE, 1995; HEALY, 2002; RUSSO e VENANCIO, 2006)

Neste período, Franco Basaglia (1924-1980) cria na Itália a chamada “psiquiatria democrática”, que propunha o fechamento de todos os manicômios e a recuperação da cidadania dos doentes mentais.<sup>15</sup> Surgem também as “comunidades terapêuticas”, a “psicoterapia institucional”, a “psiquiatria de setor” francesa e outros movimentos que seguiam esta mesma lógica de questionamento acerca dos métodos empregados pela psiquiatria tradicional e da posição em que esta disciplina colocava o paciente psiquiátrico. (CASTEL, 1981; HEALY, 2002; RUSSO e VENANCIO, 2006)

Autores como Erving Goffman<sup>16</sup> nos Estados Unidos (1961), Michel Foucault<sup>17</sup> na França (1961), Ronald Laing<sup>18</sup> na Inglaterra (1960) e Thomas Szasz<sup>19</sup> nos Estados Unidos (1977), denunciaram os abusos realizados pelas práticas psiquiátricas, construindo uma crítica ao modelo asilar a partir da qual foi gerada a ideia de que a doença mental era não apenas agravada pelos instrumentos utilizados no tratamento psiquiátrico tradicional, como muitas vezes criada por eles.<sup>20</sup>

Este movimento, com suas várias modalidades, ficou conhecido como “Antipsiquiatria” e promoveu importantes discussões no campo psiquiátrico, com uma grande ênfase na questão da cidadania do doente mental. A partir dele foram realizadas mudanças no funcionamento das instituições asilares e foram criadas instituições não-asilares para tratamento dos doentes mentais. Sua convivência com a Psicanálise foi muitas vezes pacífica, pois ambas as vertentes possuíam como ponto em comum o valor que atribuíam à palavra do paciente. De modo geral, as críticas feitas por estas

correntes à teoria e prática psicanalíticas estavam relacionadas ao fato de esta disciplina estar muito voltada para as investigações da vida psíquica do indivíduo, deixando de lado os aspectos políticos e sociais que estariam implicados no adoecimento.

Enquanto o campo psiquiátrico era dominado por estes debates na esfera pública, os primeiros psicotrópicos estavam sendo testados na clínica psiquiátrica sem que qualquer discussão fosse empreendida acerca de seu uso. O ano de 1952 é considerado o marco inaugural do campo da psicofarmacologia, pois foi neste ano que o primeiro medicamento psicotrópico, a clorpromazina, foi empregado com sucesso na clínica psiquiátrica. Desse modo, o campo da psicofarmacologia surge de modo independente e paralelo ao campo psiquiátrico ainda que estivesse vinculado a este desde sua constituição. (SWAIN, 1994; YOUNG, 1995; SHORTER, 1997; HEALY, 2002; HEALY, 2003; RUSSO e VENANCIO, 2006)

Ao longo dos anos de 1970, o ambiente psiquiátrico norte-americano se manterá tensionado por essas diversas vertentes – a Psicanálise, as vertentes sociais/antipsiquiátricas e a psicofarmacológica. Nos anos de 1980, essas tensões desembocam na queda da Psicanálise como teoria hegemônica da psiquiatria e na ascensão de uma vertente da psiquiatria autodenominada Psiquiatria Biológica, que possui como centro de discussão a relação entre estrutura e função cerebrais e doenças psiquiátricas. O marco desta virada é a publicação da terceira versão do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III). (YOUNG, 1995; SHORTER, 1997; SERPA JR., 1998; HEALY, 2002; HEALY, 2003; RUSSO e VENANCIO, 2006)

### **A Construção do DSM**

O processo de construção do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) teve início quando um grupo de psiquiatras norte-americanos propôs a criação de um manual diagnóstico que pudesse homogeneizar as classificações através de critérios objetivos de análise. Este grupo alegava haver uma grande discrepância entre a metodologia psiquiátrica – e, conseqüentemente, de seus diagnósticos, que não costumavam ser específicos e raramente consensuais – e a metodologia da medicina mais ampla. (ROSENBERG, 2002)

A partir de então, a Associação Americana de Psiquiatria (APA) promoveu uma série de debates entre os psiquiatras das diversas vertentes atuantes, buscando

estabelecer um padrão diagnóstico comum para a área. Até aquele momento, a classificação que servia de parâmetro para os psiquiatras de diversos países realizarem seus diagnósticos era a Classificação Internacional das Doenças (CID), publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde sua criação, em 1948. Esta classificação trazia consigo uma nosologia psicanalítica em seu escopo classificatório<sup>21</sup>.

Os debates organizados pela APA desembocaram na criação da primeira versão do DSM, publicada em 1952, pela Associação Americana de Psiquiatria. Este manual tinha como base o trabalho do psiquiatra americano Adolf Meyer<sup>22</sup> (1866-1950), para quem as doenças mentais deveriam ser compreendidas como “reações” da personalidade perante fatores psicológicos, sociais e biológicos. (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 1989: 17) A presença de termos como “reação” e “neurose” neste manual demonstra a presença da nosografia de orientação psicodinâmica – que inclui a Psicanálise, mas não se restringe a ela.<sup>23</sup> Contudo, este primeiro manual não teve grandes reverberações no meio psiquiátrico e, segundo Allan Young (1995), um grande número de psiquiatras norte-americanos e instituições se recusaram a adotar a sua nosologia.

A segunda versão do manual procurou se alinhar à oitava edição da Classificação Internacional das Doenças (CID), sendo, inclusive, publicada no mesmo ano desta, em 1968. Esta versão apresentou poucas modificações em relação à anterior. Uma das modificações realizadas foi a supressão do termo “reação” de seu escopo classificatório, que, segundo Robert Spitzer<sup>24</sup>, foi substituído por “(...) termos diagnósticos genéricos, sem pressupor um quadro teórico específico para a compreensão dos distúrbios mentais não-orgânicos”. (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 1989:18)

É a partir da terceira versão do DSM, o DSM-III, publicada em 1980, que ocorre uma ruptura com as versões anteriores e toda a nosologia psiquiátrica é reformulada, modificando a forma de se pensar a doença mental e, conseqüentemente, o tratamento desta. Como referido inicialmente, esta edição do manual representa a ascensão da Psiquiatria Biológica na psiquiatria norte-americana e a perda de hegemonia psicanalítica.

As reivindicações por uma nova classificação que, por fim, deu origem ao DSM-III, partiu, especialmente, de um grupo de psiquiatras da Universidade de Washington, em St. Louis. Segundo Caponi (2012), para este grupo era necessário deixar de lado as perguntas etiológicas, que introduziam confusões no campo, e limitar-se a descrever os

sintomas, o curso das doenças, e prestar atenção especial às histórias das doenças familiares que, como no caso de Kraepelin, teriam um papel fundamental na determinação dos diagnósticos<sup>25</sup>. Os principais líderes desse grupo eram Eli Robins (1921-1994), Samuel Guze (1924-2000) e George Winokur (1925-1996). (CAPONI, 2012:165)

Gerald Klerman, um psiquiatra da Universidade de Harvard, denominou este grupo de “neokraepelinianos”, por considerar que suas propostas e pressupostos representavam uma releitura das antigas ideias do psiquiatra Emil Kraepelin. Ao mesmo tempo, demonstravam o declínio das ideias de Freud e Meyer na psiquiatria norte-americana. É a este grupo que Robert Spitzer – organizador do DSM-III – e muitos dos simpatizantes “neo-kraepelinianos” atribuem suas raízes intelectuais. (YOUNG, 1995:97) Como afirma Young (1995), se levarmos as duas concepções a seus extremos, a teoria psicanalítica e a teoria descritiva de Kraepelin não são apenas diferentes, mas antitéticas.

Segundo Klerman, as principais ideias desse grupo dos neokraepelinianos podem ser sintetizadas em 9 itens:

*1) A psiquiatria é um ramo da medicina; A psiquiatria deve utilizar metodologias científicas modernas e estar baseada em conhecimentos científicos; 2) A psiquiatria trata pessoas que estão doentes e que requerem tratamento para doenças mentais; 3) A psiquiatria trata pessoas que estão doentes e que requerem tratamento para doenças mentais; 4) Existe uma fronteira ou limite entre normalidade e doença; 5) As doenças mentais não são mitos. Existem muitas doenças mentais. A tarefa da psiquiatria científica, como especialidade médica, é pesquisar as causas, o diagnóstico e o tratamento das doenças mentais; 6) O alvo da psiquiatria deve estar, particularmente, nos aspectos biológicos das doenças mentais; 7) Deve existir uma preocupação explícita com o diagnóstico e a classificação; 8) Os critérios diagnósticos devem ser codificados e deve existir uma área de pesquisa para validar esses critérios com diversas técnicas. Os departamentos de psiquiatria nas escolas médicas devem ensinar esses critérios, e não depreciá-los; 9) Com a finalidade de aumentar a validade dos diagnósticos e das classificações, as técnicas estatísticas devem ser utilizadas.* (DECKER, 2007 *apud* CAPONI, 2012: 166)

Esta retomada da teoria de Kraepelin foi precedida pela descoberta dos primeiros medicamentos psicotrópicos, que passaram a exigir uma nova forma de pesquisa em psiquiatria, para a qual as classificações diagnósticas precisavam ser bem delimitadas. (YOUNG, 1995; HEALY, 2002; HEALY, 2003). Como Young (1995) afirma:

*(N)o início de 1950, a situação mudou, quando uma variedade de drogas psicoativas de comprovada eficácia, incluindo a clorpromazina (Thorazine), tornou-se disponível em contraste ao que havia ocorrido anteriormente, os novos tratamentos foram*

*incorporados na prática psiquiátrica, apesar de alguma resistência. Pela próxima década, psiquiatras empregarão rotineiramente quatro classes de drogas, cada uma ostensivamente específica para uma categoria de doença mental: psicose, depressão, ansiedade, e o transtorno maníaco-depressivo. (YOUNG, 1995:97.) (tradução nossa)*

Young (1995) salienta que apesar do ostensivo emprego dos psicofármacos na clínica, faltava à psiquiatria norte-americana uma nosologia consistente com as necessidades de uma “ciência embasada experimentalmente”. Daí o retorno à metodologia krapelianiana ter aparecido como uma possibilidade para a psiquiatria realizar pesquisas experimentais, que se consubstanciarão com a publicação do DSM-III. Vale, portanto, acompanhar mais de perto o processo de elaboração do DSM-III e suas sucessivas revisões.

### **DSM III, DSM-III-R e DSM-IV: uma psiquiatria baseada em evidências**

No mesmo período em que o grupo da Universidade de Washington reintroduz no campo psiquiátrico as discussões acerca da teoria de Kraepelin e do valor da delimitação dos diagnósticos em psiquiatria a partir de métodos empiricamente válidos, o conselho de administração da Associação Americana de Psiquiatria (APA) decidiu que era necessária uma nova revisão do DSM e, em 1974, nomeia Robert Spitzer, psiquiatra da Universidade de Columbia, afinado com as ideias dos “neo-kraepelianos”, para ser chefe da Força Tarefa<sup>26</sup> que iria elaborar o novo manual. Segundo Young (1995), Spitzer exigiu da diretoria da APA que toda a Força Tarefa responsável pela elaboração do DSM-III fosse modificada – em relação àquela que havia elaborado o DSM-II – e que lhe fosse concedido o direito de escolher esta nova comissão. A diretoria aceitou suas condições e, segundo o próprio Spitzer, o grupo de psiquiatras e psicólogos selecionados por ele estava comprometido com a pesquisa de diagnóstico – e não com a prática clínica – e “possuíam raízes intelectuais em St. Louis, em vez de Viena, e (...) inspiração intelectual derivada de Kraepelin, não Freud.” (BAYER e SPITZER, 1982 apud YOUNG, 1995:99)

Em 1975, foi apresentado numa sessão especial do Congresso Anual da APA um primeiro projeto do que viria a ser o DSM-III. Em 1977, a comissão encarregada da elaboração do novo manual promoveu uma série de ensaios de campo, utilizando as sucessivas versões do projeto elaboradas ao longo destes encontros. O último ensaio de campo teve duração de dois anos – setembro de 1977 a setembro de 1979 – e foi

patrocinado pelo *National Institute of Mental Health* (NIHM). Ao todo, foram observados 12.667 pacientes por 550 clínicos. Por fim, em maio de 1979, no Congresso Anual da APA em Chicago, a Assembleia e o *Council on Research and Development* aprovaram formalmente a versão final do DSM-III. Em junho, foi aprovado pelo *Committee* e pelo *Board of Trustees*, vindo a ser publicado em 1980. (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 1986: 19-21)

Russo e Venancio (2006) afirmam que a aprovação e publicação efetiva do DSM-III e seus novos parâmetros classificatórios foi fruto da aliança feita entre os “psiquiatras biológicos” ligados à pesquisa experimental, para quem a Psicanálise representava um entrave ao rigor científico, e os psiquiatras progressistas, que acusavam a Psicanálise de “psicologizar” os problemas que eram de ordem social.

No entanto, essa aliança contra o campo psicanalítico acabou tendo um efeito oposto ao desejado pelos psiquiatras progressistas, já que as transformações que virão a ocorrer na psiquiatria norte-americana a partir da publicação deste manual serão direcionadas a uma maior neutralidade do diagnóstico psiquiátrico, que se afastará cada vez mais de qualquer preocupação com as influências do meio social sobre as doenças mentais; ou, neste caso, os *distúrbios* mentais. Segundo Russo e Venancio (2006): “O DSM III significou de fato uma “re-medicalização” extrema da psiquiatria. Isso pode ser verificado tanto no caso das neuroses que, longe de desaparecerem, cresceram e se multiplicaram, quanto no caso dos antigos ‘desvios sexuais’.” (RUSSO e VENANCIO, 2006:468)

Para Serpa Jr. (1998), essa “remedicalização<sup>27</sup>” da psiquiatria pode ser considerada também como “uma espécie de efeito rebote” de uma forte “desmedicalização” da psiquiatria ocorrida durante o período em que a Psicanálise possuiu a hegemonia no campo psiquiátrico:

*Psicanalistas e psiquiatras sociais, cada um a sua maneira, teriam então se afastado do modelo médico: pouco interesse pela nosologia, pela epidemiologia, pela farmacoterapia e pela investigação etiológica orgânica. Nesta mesma época, os profissionais não médicos envolvidos com o trabalho em saúde mental multiplicaram-se (Kringlen, op. cit) e os limites e fronteiras entre os campos de atuação destes diferentes profissionais e dos psiquiatras tornaram-se imprecisos.* (SERPA JR.,1998:240)

Serpa Jr. (1998) argumenta ainda que, ao final do período de hegemonia psicanalítica, fatores externos ao campo psiquiátrico começaram a interferir nele, no sentido de um questionamento acerca da eficácia e validade da abordagem psicanalítica, como, por exemplo, a pressão exercida pelas seguradoras e sistemas de reembolso dos

tratamentos médicos. Estes começaram a questionar a imprecisão dos diagnósticos psiquiátricos e a longevidade do tratamento, bem como a pressão exercida por familiares de doentes psiquiátricos que, talvez por se sentirem excessivamente “responsabilizados” pelas teorias psicológicas, rapidamente aderiram ao vocabulário e tratamentos da psiquiatria biológica, chegando a fundar sociedades de familiares em apoio a esta nova vertente, como é o caso da *National Alliance for Mentally Illness*, fundada em 1979.

Aclamado como um manual a-teórico quanto à etiologia das doenças psiquiátricas, o DSM-III se baseia em princípios objetivos que permitem a observação e mensuração empírica dos distúrbios. Sua aposta numa abordagem descritiva dos quadros sintomatológicos se apoia no argumento de que não seria possível apresentar todas as teorias etiológicas suscetíveis de serem aplicadas a cada distúrbio e a sua eventual inclusão constituiria um obstáculo à utilização do manual por clínicos de diferentes orientações teóricas. Como podemos ler no texto do manual:

*A abordagem feita no DSM-III é a-teórica no tocante aos processos etiológicos ou fisiopatológicos, (...) Uma vez que não seria possível apresentar todas as teorias etiológicas suscetíveis de serem aplicadas a cada distúrbio, a sua eventual inclusão constituiria um obstáculo à utilização do manual por clínicos de diversas orientações teóricas, e é esta a melhor justificação para a abordagem geralmente a-teórica utilizada no DSM-III no referente a etiologia. (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 1986:22)*

O DSM- III possui cerca de duzentos distúrbios mentais nomeados. Os distúrbios são agrupados em categorias a partir de suas características comuns: distúrbios de humor, ansiedade, distúrbios sexuais, a esquizofrenia e assim por diante. A definição de cada distúrbio é feita por meio de uma lista de características que precisam ser ao mesmo tempo individualizadas, para cada caso, e suficientemente coletivas, para se tornar um diagnóstico universalizável. Young (1995) denomina esta classificação diagnóstica de “categorial”, enquanto as duas versões anteriores do manual – DSM I e DSM-II – estariam embasadas no que o autor denomina “diagnóstico dimensional”.

No modelo dimensional, a classificação diagnóstica representa uma espécie de *continuum*, não havendo fronteiras claramente demarcadas entre as diferentes síndromes ou doenças. Esta classificação parte do pressuposto de que os sintomas dos pacientes são a expressão de processos subjacentes. Dentro desta lógica, diferentes sintomas poderiam ser a expressão de um mesmo mecanismo subjacente, assim como,



mecanismos subjacentes diferentes poderiam se expressar através de um único sintoma. (YOUNG, 1995; RUSSO e VENANCIO, 2006).

O modelo “dimensional” do diagnóstico psiquiátrico foi abandonado no DSM-III com o argumento de que a falta de critérios objetivos para determinar as fronteiras entre as categorias diagnósticas levava a uma baixa confiabilidade do diagnóstico, o que significava que a concordância entre diferentes psiquiatras com relação a um mesmo diagnóstico também tendia a ser baixa. (YOUNG, 1995; RUSSO e VENANCIO, 2006; ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 1986) Segundo o texto do manual:

*Uma vez que no DSM-I, no DSM-II e na ICD-9 não fornecem critérios explícitos, o clínico fica em grande parte entregue a si próprio ao definir o conteúdo e as fronteiras das categorias de diagnóstico. Pelo contrário o DSM-III fornece critérios específicos de diagnóstico, como guias para fazer um diagnóstico, pois tais critérios favorecem a sua fiabilidade, tornando mais provável a coincidência desses diagnósticos quando feitos por clínicos diferentes. (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 1986:23)*

Assim, é por não lidar com a ideia de um *continuum* entre os diferentes distúrbios e por enfatizar as fronteiras bem demarcadas dos diagnósticos que a classificação do DSM-III é denominada “categorial”. Uma outra diferença deste manual em relação às versões anteriores – DSM-I e DSM-II – é mais sutil do que a mudança na classificação diagnóstica. Diz respeito à divisão tradicional em psiquiatria entre distúrbios mentais orgânicos e não orgânicos. Como podemos verificar no texto do manual quando da apresentação dos Distúrbios Mentais Orgânicos: “A individualização dos Distúrbios Mentais Orgânicos numa classe distinta não implica que os distúrbios mentais não orgânicos (funcionais) sejam, de algum modo, independentes do funcionamento cerebral. Pelo contrário, supõe-se que todos os processos psicológicos, normais ou anormais, dependem da função cerebral”. (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 1986:109)

Desse modo, vemos que apesar de o DSM-III manter a referência a esta divisão, passa a haver uma advertência no texto do manual afirmando que todo processo psicológico, normal ou não, depende do funcionamento cerebral.

A avaliação do diagnóstico nesta edição do manual é multiaxial, pois se divide em cinco eixos. A justificativa para o uso deste sistema é de que ele permite abarcar uma série de fatores simultaneamente. Os eixos não se excluem e, por isso mesmo, podem ser complementares. Os três primeiros eixos visam articular diferentes distúrbios num mesmo diagnóstico, enquanto os dois últimos eixos abarcam fatores sociais e psicológicos envolvidos no adoecimento. A importância dada a estes dois últimos eixos

pela formatação da avaliação multiaxial é secundária em relação aos três primeiros eixos, que representariam o “diagnóstico oficial”.

Este tipo de divisão demonstra a pouca relevância que os fatores psicológicos e sociais possuem para esta vertente psiquiátrica na construção do diagnóstico. Ainda segundo o texto do manual: “O DSM-III recomenda a utilização de um sistema multiaxial de avaliação, para garantir que certas informações, eventualmente importantes na prescrição de um tratamento e na previsão das consequências para cada indivíduo, sejam registradas em cada um dos cinco eixos dos quais os primeiros três constituem a avaliação do diagnóstico oficial”. (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 1986:23)

No Eixo I estão presentes todos os distúrbios mentais e ainda outras condições que podem ser “objeto de atenção ou tratamento”. Este eixo tem a finalidade de registrar todos os distúrbios do manual, com exceção dos “Distúrbios de Personalidade” e dos “Distúrbios Específicos do Desenvolvimento”, que são as únicas classes indicadas no Eixo II. Segundo o texto do manual, esta divisão é feita para que os distúrbios do Eixo II não sejam esquecidos em meio à grande expressividade dos distúrbios do Eixo I. (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 1986: 39-41)

Os Eixos I e II podem se articular, pois um indivíduo pode apresentar distúrbios presentes nos dois eixos ou mesmo apresentar múltiplos distúrbios dentro de um mesmo Eixo: “Por exemplo, um adulto pode sofrer de Depressão Maior, anotada no Eixo I e de um Distúrbio Compulsivo de Personalidade, registrado no Eixo II, ou então o caso de uma criança com um Distúrbio do Comportamento, anotado no Eixo I e um Distúrbio do Desenvolvimento da Linguagem, no Eixo II”. (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 1986: 39)

Já o Eixo III, intitulado “Distúrbios ou condições físicas”, serviria para que o clínico pudesse indicar qualquer distúrbio ou condição física que não se enquadrasse na seção de distúrbios mentais da CID-9. Assim, o clínico poderia diagnosticar que, por exemplo, um distúrbio neurológico estaria associado a uma demência ou que uma depressão poderia ser originada por uma deficiência no funcionamento da tireoide, chamado hipotireoidismo. O texto do manual justifica o Eixo III da seguinte forma:

*A separação deste eixo dos eixos reservados aos distúrbios mentais baseia-se na tradição de distinguir estes últimos, cujas manifestações são fundamentalmente comportamentais ou psicológicas (por exemplo, distúrbios mentais), daqueles que pelas suas manifestações não o são. É necessário dispor de um termo que se possa aplicar a todos os distúrbios que não se consideram “distúrbios mentais”. A designação “distúrbio orgânico” implicaria incorretamente a ausência de fatores físicos nos distúrbios “mentais”. Assim, este manual recorre ao termo “distúrbio físico” embora reconhecendo que a fronteira entre essas duas classes de distúrbio (distúrbios “mentais” e “físicos”) se modificará à medida que a compreensão da*

*fisiopatologia destes distúrbios progrida.* (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 1986: 23)

O Eixo IV, que avalia o impacto dos fatores sociais sobre os distúrbios mentais, se intitula “Gravidade dos Fatores de *Stress* Psicossociais”. Este eixo permite codificar a gravidade geral de um fator de *stress*, a fim de avaliar se há “contribuição significativa no desenvolvimento ou exacerbação” do distúrbio atual. (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 1986: 42)

É interessante notar que, apesar dos fatores psicológicos e sociais estarem presentes no manual como elementos que podem desencadear um distúrbio, eles precisam ser quantificados para ter relevância. Desse modo, em seguida à explicação acerca do Eixo IV, encontramos um subtítulo denominado *Quantificação da Gravidade de um fator de stress*, onde é explicado quais fatores de *stress* devem ser considerados e o tipo de relevância que cada um possui: Conjugal; Parental; Outros problemas interpessoais - problemas com amigos, por exemplo; Profissional; Condições de Vida; Financeiro; Legal; Desenvolvimento; Doenças; Outros Fatores de Stress psicossociais - catástrofes naturais, por exemplo. Cada um destes fatores representa uma pontuação que vai de 1 a 7 de acordo com a gravidade (1 significa nenhuma gravidade, 7 significa catástrofe). A pontuação 0 significa que não houve clareza na exposição do *stress* ou que a informação esteve ausente. (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 1986: 43)

Caso, diante desta quantificação, o clínico não considere que o *stress* seja suficientemente relevante para o desencadeamento do distúrbio, deve ser considerado que o indivíduo examinado possui “vulnerabilidade” ao *stress*, o que, por sua vez, deverá ser incluído como parte do distúrbio, e não como seu desencadeador. Os autores destacam ainda que determinados distúrbios podem causar *stress* psicossocial e citam, como exemplo, “a dependência do Álcool”, que poderia gerar problemas conjugais e contribuir para o desenvolvimento de Depressão Maior. Assim, a quantificação da gravidade deverá refletir o conjunto de todos os fatores de *stress* psicossociais que forem listados pelo clínico. (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 1986: 42-44)

O Eixo V avalia o impacto de fatores psicológicos sobre os distúrbios mentais e se intitula “Nível Máximo do Comportamento Adaptativo no Ano Anterior”. Este Eixo tem como propósito avaliar o “nível prévio de funcionamento” do indivíduo durante o período de um ano antes do distúrbio se desenvolver. Sua finalidade, é permitir que o

clínico possa avaliar se após o “episódio da doença” o indivíduo voltou ao mesmo nível de “funcionamento” anterior – o que, segundo o texto, é comum ocorrer. Este funcionamento adaptativo se refere a três áreas principais da vida: relações sociais, atividade profissional e utilização do tempo livre. Estas áreas devem ser consideradas em conjunto, apesar de haver um alerta no texto do manual acerca da maior importância das relações sociais em relação às outras áreas. (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 1986: 44) Tanto o Eixo IV como o Eixo V serviriam para fornecer “informações adicionais aos diagnósticos oficiais do DSM-III (Eixos I, II e III), úteis na prescrição do tratamento e na previsão do resultado”. (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 1986: 23-24)

Por fim, observamos que nesta versão do manual ocorre ainda uma mudança – em comparação com o DSM-I e DSM-II – no que se refere ao termo neurose, oriundo do campo psicanalítico. No DSM-III, o termo neurose foi subdividido em outras categorias diagnósticas. No entanto, vemos que esta modificação não se deu sem embates e, no texto do manual, há uma explicação sobre os motivos de esta modificação ter ocorrido. Selecionamos dois trechos do manual que demonstram a tensão gerada por esta escolha:

*Apesar de muitos clínicos, orientados para a psicodinâmica, acreditarem que os processos neuróticos desempenham sempre um papel central no desenvolvimento dos distúrbios neuróticos, existem outras teorias sobre as formas de desenvolvimento destes distúrbios. (...) Assim, o termo distúrbio neurótico utiliza-se, no DSM-III, sem qualquer implicação de um processo etiológico especial. O distúrbio neurótico, definido descritivamente, é aproximadamente equivalente ao conceito psicanalítico de “sintoma neurótico” (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 1986: 25)*

E continua:

*No DSM-III, os Distúrbios Neuróticos, incluem-se nos Distúrbios Afectivos, da Ansiedade, Somatomorfes, Dissociativos e Psicosexuais. Estas classes de diagnóstico são listadas conjuntamente na classificação do DSM-III para facilitar a localização dos Distúrbios Neuróticos. Antes da listagem da classe dos Distúrbios Afectivos, faz-se uma advertência indicando que os Distúrbios Neuróticos estão incluídos nestas cinco classes do DSM-III. (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 1986: 25)*

Como Russo e Venancio destacam (2006), a dissolução do agrupamento das “neuroses” demonstra a perda de força da teoria psicanalítica no meio psiquiátrico norte-americano. Este processo tem início com o DSM-III e se intensifica com o DSM-III-R, no qual o termo neurose terá seu espaço perdido em definitivo. Publicado em

1987, o DSM-III-R suprime o termo neurose, sendo esta a principal modificação em relação ao DSM-III. (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 1989)

É em 1994, com a publicação do DSM-IV, que as categorias diagnósticas se expandem para mais de trezentos e cinquenta transtornos. Na versão brasileira<sup>28</sup> do manual o termo “distúrbio” é substituído pelo termo “transtorno”, mas a sua significação permanece a mesma ao longo de todas as versões do manual. (HEALY, 1997; ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2002; RUSSO e VENANCIO, 2006) Segundo o texto do manual:

*(a) definição de transtorno mental presente no DSM-III e no DSM-III-R é aqui apresentada por ser tão útil quanto qualquer outra definição disponível e por ter ajudado a orientar decisões relativas a que condições, nos limites entre a normalidade e a patologia, devem ser incluídas no DSM-IV. Neste os transtornos mentais são concebidos como síndromes ou padrões comportamentais ou psicológicos clinicamente importantes, que ocorrem num indivíduo e estão associados com sofrimento (p. ex. doloroso) ou incapacitação (p. ex. prejuízo em uma ou mais áreas importantes do funcionamento) ou com um risco significativamente aumentado de sofrimento, morte, dor, deficiência ou perda importante da liberdade. (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2002:27-28)*

O modelo de avaliação multiaxial permanece nesta versão e os cinco eixos, presentes nos DSM-III e DSM-III-R, mantêm praticamente a mesma função no DSM-IV, com uma pequena modificação nas denominações. O Eixo I passa a ser denominado “Transtornos Clínicos e Outras Condições Médicas que possam ser Foco de Atenção Clínica”; o Eixo II, “Transtorno da Personalidade” e “Retardo Mental”; o Eixo III, “Condições Médicas Gerais”; o Eixo IV, “Problemas Psicossociais e Ambientais” e o Eixo V, “Avaliação Global do Funcionamento”<sup>29</sup>. Uma modificação ocorrida do DSM-III-R para esta versão do manual é que foi retirada de seu escopo classificatório a divisão clássica da psiquiatria entre transtornos mentais orgânicos e não-orgânicos.

*No DSM-III-R, os Transtornos Mentais devido a uma Condição Médica Geral e os Transtornos Induzidos por Substâncias eram chamados de transtornos “orgânicos” e listados em conjunto em uma única seção. Esta diferenciação de transtornos mentais orgânicos como uma classe separada sugeria a existência de transtornos mentais “não orgânicos” ou “funcionais” que, de alguma forma, não apresentariam relação com fatores ou processos físicos ou biológicos. O DSM-IV elimina o termo orgânico e faz uma distinção entre os transtornos mentais devido a uma condição médica geral, os transtornos induzidos por substâncias e aqueles sem uma etiologia específica. (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2002: 197)*

Assim como ocorre no DSM-III, o DSM-IV reserva uma boa parte da Introdução do Manual à explicação da metodologia aplicada na sua construção; porém

consideramos que no caso do DSM-IV as evidências empíricas ganham um destaque maior para a validação dos diagnósticos do que já possuíam no DSM-III e DSM-III-R.

Segundo explicação do manual:

*O DSM-IV é o produto de 13 Grupos de Trabalho (ver apêndice J), cada qual com a responsabilidade primária por uma seção do manual. Essa organização objetivava aumentar a participação de especialistas em cada uma das respectivas áreas. (...) Após extensas consultas com especialistas e clínicos de cada área, selecionamos membros que representassem uma ampla faixa de perspectivas e experiências para os Grupos de Trabalho. Os membros desses grupos foram informados de que participariam de uma busca de acordos consensuais e não como defensores de opiniões abraçadas previamente. Além disso estabelecemos um processo formal baseado em evidências, que deveria ser seguido pelos Grupos. (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2002:21)*

Como o trecho acima sinaliza, as evidências empíricas, produzidas através de diversas pesquisas realizadas ao longo da feitura do manual, ganham destaque na validação do mesmo e, conseqüentemente, de seus diagnósticos e metodologia. Selecionamos novo trecho no qual este tipo de discurso aparece de maneira mais detalhada:

*A terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III) representou um importante avanço em termos do diagnóstico dos transtornos mentais e facilitou imensamente as pesquisas empíricas. O desenvolvimento do DSM-IV beneficiou-se da substancial proliferação de pesquisas sobre os diferentes diagnósticos, gerada em parte pelo DSM-III e pelo DSM-III-R. A maior parte dos diagnósticos atualmente dispõe de uma bibliografia empírica ou conjuntos de dados referentes à revisão do manual diagnóstico. O Grupo de Trabalho do DSM-IV e seus Grupos de Trabalho Específicos conduziram um processo empírico em três estágios, que inclui: 1) revisões bibliográficas amplas e sistemáticas; 2) reanálises dos conjuntos de dados já reunidos; 3) extensos testes de campo enfocando temas específicos (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2002:24).*

### ***A Psiquiatria Biológica e a Indústria Farmacêutica***

Como sustentado por autores como Healy (2002, 2003) e Young (1995), a imediata assimilação do DSM-III na prática psiquiátrica teria tido como um de seus principais propulsores a afinidade entre o formato diagnóstico do novo manual e as demandas da indústria farmacêutica por parâmetros classificatórios das doenças psiquiátricas, que pudessem ser reproduzidos em experimentos com medicamentos, chamados de ensaios clínicos randomizados. Esses ensaios clínicos são exigidos pela *Food and Drug Administration* (FDA) desde 1962 para a aprovação e autorização da entrada de novos medicamentos psiquiátricos no mercado norte-americano. Por sua vez,

devido à importância deste mercado no cenário mundial, todos os laboratórios procuram se enquadrar no modelo exigido pela FDA. Assim, os laboratórios farmacêuticos não apenas aderiram à nova classificação como contribuíram substancialmente para sua rápida disseminação ao longo do mundo, visto que dependiam da consolidação dos novos diagnósticos psiquiátricos para a validação de seus medicamentos junto a FDA.

Vale lembrar que até 1980 a psicofarmacologia caminhava em paralelo com as demais abordagens do campo psiquiátrico. Como vimos anteriormente, quando os psicotrópicos começaram a ser empregados na prática clínica, as teorias morais-humanistas, dentre elas a Psicanálise e o movimento da Antipsiquiatria, estavam em ascensão no campo psiquiátrico, o que gerou uma cisão entre discurso e prática. Segundo Swain (1994) enquanto os psicotrópicos eram utilizados na prática psiquiátrica modificando-a substancialmente, eles estavam ausentes no discurso dos psiquiatras que só se propunham a debater ideias vinculadas às esferas psicológicas e sociais relacionadas com o adoecimento mental. Assim, foi gerado um certo consenso entre os psiquiatras acerca da eficácia dos medicamentos psicotrópicos na clínica, sem que esse uso fosse estudado e teorizado por alguma vertente psiquiátrica particular<sup>30</sup>.

Vemos então que, com a publicação e disseminação do DSM-III, os psiquiatras biológicos se apropriam dos medicamentos psicotrópicos, falam sobre eles, defendem seu uso, os utilizam, teorizam a seu respeito e criam toda uma nomenclatura classificatória que permite que testes sejam feitos com esses medicamentos a partir de diagnósticos bem delimitados. Assim, os psicofármacos que, até então, eram apenas mais uma opção terapêutica dentre outras se transformam num verdadeiro paradigma clínico. Essa associação entre a psicofarmacologia e a Psiquiatria Biológica fica bastante evidenciada com a publicação do DSM-IV, quando a inclusão de novos diagnósticos ocorre de maneira paralela à produção de novos medicamentos. (HEALY, 2003:180-216; RUSSO e VENANCIO, 2006:465-466)

Como Conrad (2007), Healy (2003) e Angell (2007) nos mostram, quando os laboratórios querem divulgar um determinado medicamento, muitas vezes fazem isso indiretamente através do marketing da doença, ou seja, divulgando um determinado diagnóstico tanto para o público leigo quanto para o público especializado – médicos e acadêmicos –, o que em última instância se transforma no marketing da própria Psiquiatria Biológica e sua metodologia de trabalho. Assim, a intervenção

medicamentosa ao invés de ser tratada como mais uma opção terapêutica disponível no campo psiquiátrico, passa ser tratada como a principal ou mesmo a única opção terapêutica segura e eficaz disponível.

Enquanto para David Healy (2003) as relações entre a indústria farmacêutica e o meio médico e acadêmico não são em si mesmas ilegais ou anti-éticas, dependendo do modo como estas se dão, para Márcia Angell (2007) esta confluência de interesses não pode ser isenta, especialmente devido ao montante de dinheiro que está em jogo<sup>31</sup>, sendo sinônimo de corrupção. Seja como for, a indústria farmacêutica, o meio acadêmico e o meio médico psiquiátrico, encontram-se indissociavelmente ligados numa complexa *rede*, que inclui ainda as políticas de Estado, seguros de saúde, grupos de pacientes etc.

Desse modo, consideramos que a partir da publicação do DSM-IV a caixa preta<sup>32</sup> da psiquiatria biológica se fechou, ou seja, as controvérsias e disputas que estavam presentes quando da publicação do DSM-III já arrefeceram, seus diagnósticos circulam pela sociedade, transcendendo em muito os círculos dos especialistas – médicos e acadêmicos – e já não é simples compreender a complexa *rede* que a constitui como *fato científico*<sup>33</sup>, tamanho o número de atores envolvidos em sua propagação. Por todo o exposto, vemos que o DSM-III e suas sucessivas edições representaram uma ruptura não apenas com as versões anteriores do manual, mas com todo o paradigma psiquiátrico norte-americano vigente até então. Consideramos ainda que a partir deste momento – em que a *caixa-preta* se fecha – a Psiquiatria Biológica se torna um *coletivo de pensamento* dentro do campo psiquiátrico que ainda que tenha conquistado a hegemonia no campo não é o único *coletivo* desta área.



## Referências

- ADAMS, Mark B. (Org.). *The wellborn science: eugenics in Germany, France, Brazil e Russia*. New York: Oxford University Press, 1990.
- AGUIAR, Marcela. A causalidade biológica da doença mental: uma análise dos discursos eugênicos e higienistas da Liga Brasileira de Higiene Mental nos anos de 1920-1930. *Mnemosine*. Rio de Janeiro: UERJ, 2012, vol. 8, n. 1, pp. 2-27.
- AGUIAR, Marcela. Programa de ansiedade e depressão: o desenvolvimento da Psiquiatria Biológica no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (1984-1998) (1984-1998). 275f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde). Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.
- AMARANTE, Paulo (org). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.
- AMARANTE, Paulo. “Franco Basaglia: Novas histórias para a desinstitucionalização”. In AMARANTE, Paulo. *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.
- ANGELL, Marcia. *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos*. Rio de Janeiro: Record, 2007.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais DSM-III*. Lisboa: Editora Portuguesa de Livros Técnicos, 1986.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais DSM-III*. São Paulo: Manole, 1989.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais DSM-IV*. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- BEZERRA Jr., B. Naturalismo como anti-reducionismo: notas sobre o cérebro, mente e subjetividade *Cadernos IPUB* vol. VI, n. 18. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da UFRJ. 2000, pp.158- 177.
- CASTEL, R. *A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1978.
- CASTEL, Robert. *A Gestão dos Riscos: Da antipsiquiatria à pós-Psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1981, pp. 21 -54.
- CAPONI, S. *Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

- CONRAD, Peter. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The John Hopkins University Press, 2007.
- FLECK, Ludwik. *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.
- FOUCAULT, M. *História da Loucura*. São Paulo: Editora Perspectiva, 2002.
- GAY, Peter. *Uma vida para nosso tempo*. São Paulo: Companhia das Letras, 1990;
- GOFFMAN, Erving. *Manicomios prisões e conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva. 1996.
- HEALY, D. *The Creation of Psychopharmacology*. Cambridge, Mass. and London: Harvard University Press, 2002.
- HEALY, D. *The anti-depressant era*. Cambridge: Harvard University Press, 2003.
- KRAMER, Milton. Historical roots and Structural Bases of the International Classification of Diseases. In *International Classification in Psychiatry: Unity and Diversity*. Cambridge: Cambridge University Press, 1985, pp. 3-29.
- LAING, Ronald. *O eu dividido*. Rio de Janeiro: Vozes, 1982.
- LAING, Ronald. *O eu e os outros*. Rio de Janeiro: Vozes, 1989.
- LATOUR, B. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: Editora UNESP, 2000.
- LATOUR, B, WOOLGAR, Steve. *Vida de Laboratório: a produção dos fatos científicos*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.
- LATOUR, B. "Give me a laboratory and I will raise the world". KNORR-CETTINA, K., MULKAY, M. (editors). *Science observed. perspectives on the social study of science*. Beverly Hills, Sage, 1983, pp. 141-170.
- LATOUR, B. *Jamais Fomos Modernos: ensaio de antropologia simétrica*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.
- LÖWY, Illana. Fleck e a historiografia recente da pesquisa biomédica. PORTOCARRERO, V. *Filosofia, História e Sociologia das Ciências I: Abordagens Contemporâneas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994, pp. 236-240.
- LÖWY, Illana. "Fleck no seu tempo, Fleck no nosso tempo: Gênese e desenvolvimento do fato científico". In CONDÉ, Mauro Lúcio Leitão. *Ludwik Fleck: estilos de pensamento na ciência*. Belo Horizonte: Fino Traço, 2012, pp. 11-33.
- MANNONI, O. *Freud: Uma bibliografia ilustrada*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

- PICCININI, W. História das Classificações Psiquiátricas no Brasil (II). *Psychiatry online*. vol. 11, n. 11., novembro de 2006, endereço eletrônico: <http://www.polbr.med.br/ano06/wa11106.php>. Data de acesso: 08/07/2013.
- REIS, J.R.F. *Higiene Mental e Eugenia: o projeto de regeneração nacional da Liga Brasileira de Higiene Mental (1920-1930)*. Dissertação (Mestrado em História). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Unicamp, São Paulo, 1994.
- RODRIGUES, Heliana de Barros Conde Rodrigues. O talento dos poetas: Foucault, Goffman, Szasz, Basaglia: Convergências, dissonâncias. In VEIGA-NETO, Alfredo; MUCHAIL, Salma Tannus; FONSECA, Márcio Alves (org). *O mesmo e o outro - 50 anos de História da Loucura*. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2013, pp. 199-214.
- ROSENBERG, Charles E. The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience *The Milbank Quarterly*, vol. 80, No. 2, 2002, Oxford, UK., p. 237-260.
- ROZA, Garcia. *Freud e o Inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.
- RUSSO, J. e VENANCIO, A.T. Classificando pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. Vol.IX, n.3, 2006, pp. 460-485.
- SHORTER, E. *A History of Psychiatry: The Era of asylum to the age of Prozac*. New York, USA: John Wiley & sons, 1997.
- SERPA, JR. O. D., Sobre o nascimento da Psiquiatria. *Cadernos do IPUB*, n.3, Rio de Janeiro: UFRJ, 1996, pp. 15-30.
- SERPA JR, O. D. *Mal estar na natureza: estudo crítico sobre o reducionismo biológico em psiquiatria*. Rio de Janeiro: Te Corá, 1998.
- STEPAN, N.L. *A Hora da Eugenia*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005; REIS, J.R.F. *Higiene Mental e Eugenia: o projeto de regeneração nacional da Liga Brasileira de Higiene Mental (1920-1930)*. Dissertação (Mestrado em História). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Unicamp, São Paulo, 1994.
- SHAPIN, Steven. “Discipline and bounding: the history and sociology of science as seen through the externalism-internalism debate”. *History of Science*, part.4, nº 90, 1992, pp. 333-369.
- SWAIN, Gladys. “Chimie, cerveau, esprit et société: paradoxes épistemologiques des psychotropes en médecine mentale.” In SWAIN, Gladys. *Dialogue avec l’insensé*. Paris: Ed. Gallimard, 1994, p. 261-281.
- SZAZ, Thomas. *A Fabricação da Loucura*. Rio de Janeiro: Zahar. 1978.
- SZAZ, Thomas. *O mito da doença mental*. Rio de Janeiro: Zahar. 1979.

WEGNER, Robert; SEBASTIÃO DE SOUZA, Vanderlei. Eugenia 'negativa', psiquiatria e catolicismo: embates em torno da esterilização eugênica no Brasil. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 20, 2013, pp. 263-288.

YOUNG, Allan. *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. New Jersey: Princenton University Press, 1995.

### Filmografia:

COHEN, Peter. *Homo Sapiens 1900*. Versátil Home Vídeo e Mais Filmes. Suécia. 1998.

Marcela Peralva Aguiar  
Doutora em História das Ciências pela Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz  
E-mail: [marcelaperalva@gmail.com](mailto:marcelaperalva@gmail.com)

---

<sup>1</sup> O nascimento da psiquiatria recebe diferentes leituras, contudo é um consenso entre os estudiosos da psiquiatria que é a partir do século XVIII que a psiquiatria se constitui como disciplina. Para mais informações: CASTEL, R. *A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Editoras Graal, 1978; FOUCAULT, M. A grande internação. In *História da Loucura*. São Paulo: Editora Perspectiva, 2002, pp.45-79; SERPA, Jr. O. D., Sobre o nascimento da Psiquiatria. *Cadernos do IPUB*, n.3, Rio de Janeiro: UFRJ, 1996, pp. 15-30.

<sup>2</sup> Ao longo da história da psiquiatria são muitas as denominações utilizadas para se referir aqueles que precisam de tratamento psiquiátrico. Dependendo da abordagem teórico-metodológica utilizada estes são chamados de “loucos”, “doentes mentais”, “usuários dos serviços de saúde mental”, portadores de “distúrbios mental”, portadores de “transtornos mental” etc. A título de uniformização daremos preferência ao termo “doente mental” ou “doença mental”, com exceção de quando estivermos nos referindo a nomenclatura do DSM-III e DSM-III-R que no Brasil adotaram o termo “distúrbio mental” e o DSM-IV, publicado posteriormente, em 1994, que passa a chamar estes “distúrbios” de “transtornos mentais”. Vale destacar que na versão americana do DSM-III, DSM-III-R e DSM-IV o termo se mantém sempre o mesmo, *disorders* que em português pode significar distúrbio ou transtorno, sendo mais comumente traduzido como transtorno nos meios psiquiátricos atuais. Para mais informações ver: ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais DSM-III*. Lisboa: Editora Portuguesa de Livros Técnicos, 1986; ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais DSM-IV*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

<sup>3</sup> Os dados apresentados neste artigo são uma pequena parcela de nossa pesquisa de doutorado concluída em 2014, na Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz. Para mais informações, consultar AGUIAR, 2014.

<sup>4</sup> Este é considerado o trabalho de maior relevância de Ludwik Fleck, publicado pela primeira vez em 1935. Contudo, seu trabalho só será reconhecido pelo meio acadêmico a partir de 1979, quando é retomado por Thomas Kuhn. Em seu livro, Fleck analisa o desenvolvimento da reação de Wassermann para a detecção da sífilis. De modo bastante simplificado, podemos dizer que Fleck analisa o desenvolvimento da reação de Wassermann como sendo o produto de um esforço coletivo da comunidade de serologistas em interação com múltiplas influências sofridas no contato com outros grupos sociais (pacientes, clínicos gerais, políticos). Para mais informações: FLECK, Ludwik. *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010; LÖWY, Illana. Fleck e a historiografia recente da pesquisa biomédica. PORTOCARRERO, V. *Filosofia, História e Sociologia das Ciências I: Abordagens Contemporâneas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994, pp. 236-240; LÖWY, Illana. “Fleck no seu tempo, Fleck no nosso tempo: Gênese e desenvolvimento do fato científico”. In CONDÉ, Mauro Lúcio Leitão. *Ludwik Fleck: estilos de pensamento na ciência*. Belo Horizonte: Fino Traço, 2012, pp. 11-33.

<sup>5</sup> Segundo Charles Rosenberg, foi a partir do final do século XIX, especialmente, que a medicina ocidental passou a relacionar mais estreitamente diagnósticos, prognósticos e tratamentos, gerando acordos em torno de categorias de doenças. Tal processo estaria relacionado a um novo modo de se pensar a doença, no qual esta passou a ser vista como uma *entidade específica*, possuindo um mecanismo biopatológico característico e um curso previsível, o que conseqüentemente acarreta a criação de tratamentos também específicos. Para mais informações: ROSENBERG, Charles E. The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience *The Milbank Quarterly*, vol. 80, No. 2, 2002, Oxford, UK., p. 237-260.

<sup>6</sup> Apesar das diferentes leituras que são feitas sobre este gesto de Pinel, é um consenso entre os estudiosos da psiquiatria que é a partir dele que se funda a clínica psiquiátrica. Ver CASTEL, R. A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Editoras Graal, 1978; FOUCAULT, M. A grande internação. In História da Loucura. São Paulo: Editora Perspectiva, 2002, pp.45-79.

<sup>7</sup> Termo utilizado por Robert Castel. Cf CASTEL, R. A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Editoras Graal, p. 102.

<sup>8</sup> Emil Kraepelin (1856-1926) foi um psiquiatra alemão que influenciou profundamente a psiquiatria de diversos países no início do século XX. Para Kraepelin, as doenças mentais deveriam ser compreendidas através da analogia com doenças físicas e seguindo um padrão de investigação da medicina mais ampla. A partir da década de 1950, a influência da teoria de Kraepelin se tornou marginal na psiquiatria ocidental como um todo e assim permaneceu até 1970, quando um grupo de psiquiatras norte-americanos da Universidade de Washington, em St. Louis, recupera sua obra. Este tópico será abordado mais adiante. Para mais informações: SHORTER, E. *A History of Psychiatry: The Era of asylum to the age of Prozac*. New York, USA: John Wiley & sons, 1997; YOUNG, Allan. *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. New Jersey: Princenton University Press, 1995; CAPONI, S. *Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

<sup>9</sup> Cabe destacar que Edward Shorter apresenta esta mudança de referenciais na psiquiatria com uma abordagem diferente da abordagem dos demais autores citados e com os quais estamos alinhados. Shorter considera que a história da psiquiatria foi dominada por uma abordagem biológica e que a influência de teorias morais-humanistas, como a Psicanálise, por exemplo, são exceções em sua história. Não por acaso, ao abordar a influência psicanalítica no campo psiquiátrico durante o pós-segunda guerra, ele denomina o período de sua hegemonia como um “hiato” na história da psiquiatria. Desse modo, embora nos apoiemos em sua historiografia, fazemos uma leitura desta por um outro viés, qual seja, o de que é constitutiva do campo psiquiátrico esta circularidade entre as teorias hegemônicas na área. Para mais informações: SHORTER, E. “The Psychoanalytic Hiatus”. In *A History of Psychiatry: from the era of the asylum to the age of prozac*. New York, USA: John Wiley & sons, 1997, pp. 145-189.

<sup>10</sup> Sobre isso ver: SHAPIN, Steven. “Discipline and bounding: the history and sociology of science as seen through the externalism-internalism debate”. *History of Science*, part.4, n° 90, 1992, pp. 333-369.

<sup>11</sup> É necessário destacar que a Alemanha não foi o único país a utilizar a teoria da degenerescência e a teoria eugênica, apesar de ser o país que ficou mais associado a essas teorias devido ao uso que os nazistas fizeram delas durante a segunda-guerra mundial. Diversos autores demonstram que a teoria da degeneração e a teoria eugênica foram validadas cientificamente e aplicadas em diversos países ao redor do mundo durante o final do século XIX e meados do século XX. Para mais informações: ADAMS, Mark B. (Org.). *The wellborn science: eugenics in Germany, France, Brazil e Russia*. New York: Oxford University Press, 1990; SHORTER, E. *A History of Psychiatry: from the era of the asylum to the age of prozac*. op.cit.; e STEPAN, N.L. *A Hora da Eugenia*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005; REIS, J.R.F. *Higiene Mental e Eugenia: o projeto de regeneração nacional da Liga Brasileira de Higiene Mental (1920-1930)*. Dissertação (Mestrado em História). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Unicamp, São Paulo, 1994; SERPA JR, O. D. *Mal estar na natureza: estudo crítico sobre o reducionismo biológico em psiquiatria*. Rio de Janeiro: Te Corá, 1998; WEGNER, Robert; SEBASTIÃO DE SOUZA, Vanderlei. Eugenia 'negativa', psiquiatria e catolicismo: embates em torno da esterilização eugênica no Brasil. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 20, 2013, pp. 263-288; AGUIAR, Marcela. A causalidade biológica da doença mental: uma análise dos discursos eugênicos e higienistas da Liga Brasileira de Higiene Mental nos anos de 1920-1930. *Mnemosine*. Rio de Janeiro: UERJ, 2012, vol. 8, n. 1, pp. 2-27.

<sup>12</sup> Para mais informações sobre a história da psicanálise, ver: GAY, Peter. *Uma vida para nosso tempo*. São Paulo: Companhia das Letras, 1990; MANNONI, O. *Freud: Uma bibliografia ilustrada*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993; ROZA, Garcia. *Freud e o Inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

<sup>13</sup> Existe muita controvérsia no meio psicanalítico acerca da recepção da Psicanálise nos Estados Unidos. Muitos psicanalistas, como Jacques Lacan, discordam de que a Psicanálise implantada nos EUA possa ser chamada de Psicanálise propriamente, devido às diferenças entre sua leitura e implantação naquele país em relação à proposta original de Sigmund Freud. No entanto, não entraremos nesta discussão e iremos considerar que, pelo fato de os Estados Unidos terem se apropriado dos termos, discussões e métodos do tratamento psicanalítico proposto por Freud, o que estava sendo empregado naquele país era Psicanálise.

<sup>14</sup> Utilizaremos a sigla APA, conforme o original: *American Psychiatric Association*.

<sup>15</sup> Para mais informações: AMARANTE, Paulo. “Franco Basaglia: Novas histórias para a desinstitucionalização”. In AMARANTE, Paulo. *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996, pp. 65-106.

<sup>16</sup> Dentre os livros de Erving Goffman, podemos destacar “Manicomios prisões e conventos”, publicado em 1961. Para mais informações: GOFFMAN, Erving. *Manicomios prisões e conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1996.

<sup>17</sup> Dentre os livros de Foucault, podemos destacar “História da Loucura”, publicado em 1961. Para mais informações: FOUCAULT, M. *História da Loucura*. São Paulo: Editora Perspectiva, 2002.

<sup>18</sup> Dentre os livros de Ronald Laing, podemos destacar “O eu dividido”, publicado em 1960 e “O eu e os outros”, publicado em 1961. Para mais informações: LAING, Ronald. *O eu dividido*. Rio de Janeiro: Vozes, 1982; LAING, Ronald. *O eu e os outros*. Rio de Janeiro: Vozes, 1989.

<sup>19</sup> Dentre os livros de Thomas Szasz, podemos destacar “O mito da doença mental” e “A Fabricação da Loucura”. Para mais informações: SZAZ, Thomas. *O mito da doença mental*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979; SZAZ, Thomas. *A Fabricação da Loucura*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

<sup>20</sup> Para mais informações, ver: RODRIGUES, Heliana de Barros Conde Rodrigues. “O talento dos poetas: Foucault, Goffman, Szasz, Basaglia: Convergências, dissonâncias”. In VEIGA-NETO, Alfredo; MUCHAIL, Salma Tannus; FONSECA, Márcio Alves (org). *O mesmo e o outro - 50 anos de História da Loucura*. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2013, pp. 199-214.

<sup>21</sup> Para uma história do sistema de Classificação Internacional das Doenças ver: KRAMER, Milton. Historical roots and Structural Bases of the International Classification of Diseases. In *International Classification in Psychiatry: Unity and Diversity*. Cambridge: Cambridge University Press, 1985, pp. 3-29 e PICCININI, W. História das Classificações Psiquiátricas no Brasil (II). *Psychiatry online*. vol. 11, n. 11., novembro de 2006, endereço eletrônico: <http://www.polbr.med.br/ano06/wal1106.php>. Data de acesso: 08/07/2013.

<sup>22</sup> Adolf Meyer era suíço, mas construiu grande parte de sua carreira nos Estados Unidos, se tornando um renomado psiquiatra neste país. Segundo Edward Shorter, Meyer foi um dos responsáveis por empregar as ideias de Kraepelin nos EUA; porém depois passou a trabalhar com a abordagem psicanalítica, com a qual o seu nome ficou relacionado. Para mais informações: SHORTER, E. *A History of Psychiatry: The Era of asylum to the age of Prozac*. New York, USA: John Wiley & sons, 1997, pp. 145-189.

<sup>23</sup> A Psicanálise é um tipo de orientação psicodinâmica, mas não é a única, pois outras vertentes com enfoque nos aspectos psicológicos do adoecimento mental podem ser consideradas psicodinâmicas.

<sup>24</sup> Robert Spitzer é psiquiatra de orientação biológica e foi presidente da Comissão de Nomenclatura e Estatística, chamada também de Força Tarefa (*Task Force on Nomenclature and Statistics da American Psychiatry Association*), criada para elaboração do DSM-III. Abordaremos este ponto mais adiante. Para mais informações: ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais DSM-III*. São Paulo: Manole, 1989, p.18

<sup>25</sup> Apesar de haver nítidas diferenças entre as ideias de Kraepelin e a dos “neo-kraepelianianos”, autores como Edward Shorter, Allan Young e Sandra Caponi consideram a existência de continuidades entre a racionalidade psiquiátrica de ambos os grupos. Para mais informações ver: YOUNG, Allan. *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. op.cit., pp.89-102; SHORTER, E. *A History of Psychiatry: The Era of asylum to the age of Prozac*. New York, USA: John Wiley & sons, 1997;

CAPONI, S. Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 149.

<sup>26</sup> Força Tarefa é o termo utilizado pelos organizadores do DSM para se referir às comissões responsáveis tanto pela realização de pesquisas que servirão de base para a construção do referido manual em suas sucessivas edições quanto para se referir às comissões que irão construir o manual com base na reunião dos dados dessas pesquisas. Para mais informações: ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais DSM-III*. Lisboa: Editora Portuguesa de Livros Técnicos, 1986, p.18.

<sup>27</sup> Vale destacar que não consideramos que o argumento de Serpa Jr. seja contrário ao de Gladys Swain. Segundo Swain, durante os anos de 1960 e 1970 houve um repúdio discursivo aos psicofármacos, ainda que estes fossem empregados na clínica psiquiátrica. Desse modo, consideramos que o conceito de “desmedicalização” empregado por Serpa Jr. não inviabiliza que os psicofármacos fossem utilizados na prática clínica. Para mais informações ver: SWAIN, Gladys. “Chimie, cerveau, esprit et société: paradoxes épistémologiques des psychotropes en médecine mentale.” In SWAIN, Gladys. *Dialogue avec l’insensé*. Paris: Ed. Gallimard, 1994, p. 261-281.

<sup>28</sup> Como referido na nota 2, o termo utilizado na versão original americana do DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV e DSM-IV R foi sempre *disorders*.

<sup>29</sup> Contudo, vale destacar que, segundo o texto do manual, é possível que o clínico que o deseje utilize a avaliação “não-axial” e, na página 69, é explicado como fazer esse uso. Para mais informações: ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais DSM-IV*. São Paulo: ARTMED, 2000, pp. 59-69.

<sup>30</sup> Apesar da análise de Swain se referir especialmente ao cenário psiquiátrico francês dos anos de 1960 a 1970, consideramos que ela possa ser estendida a outros países como os Estados Unidos e o Brasil, por exemplo.

<sup>31</sup> Márcia Angell afirma que é a partir de 1980 que a indústria farmacêutica se consolida como atividade lucrativa e que desde o ano 2000 esta vertente da indústria costuma lucrar cerca de 200 bilhões de dólares ao ano. Cf: ANGELL, Marcia. *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos*. Rio de Janeiro: Record, 2007, p. 19.

<sup>32</sup> Utilizamos este termo no sentido empregado por Bruno Latour no seu livro *Ciência em Ação*: LATOUR, B. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

<sup>33</sup> Empregamos este conceito a partir de Ludwik Fleck e Bruno Latour. Cf: FLECK, Ludwik. *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010 e LATOUR, B. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: Editora UNESP, 2000.