

# PROLIFERAÇÃO DIAGNÓSTICA E A PROBLEMÁTICA DO RISCO NO DSM-V: O CASO DA SÍNDROME DE PSICOSE ATENUADA

*Diagnostic Proliferation and the Problem of Risk in DSM-V:  
the case of attenuated psychosis syndrome*

Carlos Alberto Severo Garcia-Jr.<sup>1</sup>

Liana Cristina Dalla Vecchia Pereira<sup>2</sup>

---

Artigo encaminhado: 10/02/2020  
Aceito para publicação: 04/12/2020

**RESUMO:** O número de diagnósticos de transtornos mentais aumentou significativamente com as edições do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). Dentre as novas categorias propostas, a força-tarefa responsável pela elaboração da quinta versão do manual (DSM-V) apresentou a "síndrome de risco para psicose", substituída pela "síndrome de psicose atenuada" antes da publicação. Este ensaio tem como objetivo analisar os discursos sobre a referida síndrome presentes no site da Associação Americana de Psiquiatria, instituição organizadora do DSM, no período anterior e posterior à publicação do manual. A análise parte das concepções foucaultianas de biopolítica e risco. A substituição da palavra risco por sintomas atenuados mantém a perspectiva de patologizar o não patológico da condição, fomentando a medicalização da vida e a produção de intervenções desnecessárias, além da estigmatização social.

**Palavras-Chave:** Síndrome de Psicose Atenuada. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Risco. Biopolítica.

**ABSTRACT:** The number of diagnoses of mental disorders increased with the editions of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Among the proposed new categories, the task force responsible for preparing the fifth version of the manual (DSM-V) presented the "Psychosis risk Syndrome", replaced by "Attenuated Psychosis Syndrome" before its publication. This essay aims to analyse the discourses about the syndrome presented on the website of the American Psychiatric Association, the

---

<sup>1</sup> Psicólogo, doutor em Ciências Humanas. Pós-doutor em Saúde Coletiva. Docente Adjunto UFSC/Campus Araranguá Especialista em Clínica dos Transtornos do Desenvolvimento na Infância e na Adolescência. Residência Integrada em Saúde com ênfase em Saúde Mental, Mestre em Educação. [carlosgarciajunior@hotmail.com](mailto:carlosgarciajunior@hotmail.com)

<sup>2</sup> Doutoranda do Programa Interdisciplinar em Ciências Humanas (PPGICH) da UFSC, bolsista CAPES. Psicóloga, especialista em saúde da família e comunidade (residência integrada em saúde — Grupo Hospitalar Conceição) e em Saúde Mental Coletiva (Universidade Rovira i Virgili). Mestre em saúde pública pelo programa Erasmus Mundus (Europubhealth) pela Universidade de Copenhague e Universidade de Granada. [lianadvp@gmail.com](mailto:lianadvp@gmail.com)

organizing institution of the DSM, in the period before and after the publication of the manual. The analysis is based on Foucault's conceptions of biopolitics and risk. The substitution of the word risk for attenuated symptoms maintains a perspective of pathologizing the non-pathological condition, promoting the medicalization of life and the production of unnecessary interventions, in addition to social stigmatization.

**Keywords:** Attenuated Psychotic Syndrome. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Risk. Biopolitics.

## 1 INTRODUÇÃO

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), publicado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), é o dispositivo oficial para estabelecer diagnósticos psiquiátricos nos Estados Unidos, tendo ampla utilização internacional e influência sobre a Classificação Internacional de Transtornos Mentais da Organização Mundial de Saúde (OMS). As classificações psiquiátricas foram criadas no intuito de estabelecer uma linguagem universal sobre as patologias mentais, além de possibilitar a obtenção de dados estatísticos sobre a população. O DSM busca padronizar os sistemas diagnósticos não apenas no campo da saúde, mas também na atuação jurídica, escolar, organizacional, entre outras áreas (RESENDE; PONTES; CALAZANS, 2015).

Convém destacar a existência de outros sistemas de classificação internacional, tais como a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10 – em sua décima revisão (OMS, 1996) e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF (OMS, 2003). O primeiro entrou em vigor no Brasil em 1996, sendo amplamente utilizado no Sistema Único de Saúde (SUS) para o processamento das causas de morte, nascidos vivos, agravos, informações ambulatoriais e hospitalares. O CID conta com um capítulo específico em que agrupa “Transtornos Mentais e Comportamentais” com dez subcapítulos (OMS, 1996). Ambas classificações fornecem códigos relativos às doenças e descrições abrangentes no campo da saúde.

O DSM é um manual específico que lista categorias e critérios diagnósticos de transtornos mentais, contando com diferentes tipos de

organização (eixos) em suas edições, sendo constante o incremento do número de diagnósticos (WHITAKER, 2017). Enquanto a primeira versão do DSM-I, publicada em 1952, contava com 106 categorias diagnósticas (APA, 1952), a última versão - DSM-V, publicada em 2013, apresenta mais de 300 diagnósticos distribuídos em 947 páginas (APA, 2013; MARTINHAGO; CAPONI, 2019). As condições clínicas e de vida que passam a ser consideradas como patológicas são ampliadas com a publicação das novas versões do DSM, reverberando no aumento significativo de pessoas diagnosticadas com transtornos mentais globalmente. Neste sentido, Whitaker (2017) questiona se essa proliferação seria um indicativo de que a população está tomada por problemas de saúde mental ou se seria um efeito produzido com a patologização dos comportamentos e experiências da vida.

Enquanto o DSM-II, publicado em 1968, apresenta 182 categorias, o DSM-III, publicado em 1980, conta com 265 categorias, substituindo a abordagem psicodinâmica predominante até então por uma orientação baseada em critérios diagnósticos objetivamente definidos (MARTINHAGO; CAPONI, 2019). A partir da terceira edição, o manual passa a ser apresentado como atóxico e supostamente neutro, inserindo uma lógica de causalidade multifatorial no contexto de biomedicalização da prática psiquiátrica (Idem). As mudanças na concepção de enfermidade mental passam de um modelo psicodinâmico orientado pelo *insight* para um modo descritivo orientado pelo sintoma no DSM-III, reverberando nas práticas da saúde ao priorizar a classificação das queixas em categorias definidas por agrupamentos de sintomas, levando à supressão das histórias de vida (CAPONI, 2014).

Frances (2016) refere que nas primeiras edições do DSM I e II, o manual era pouco conhecido e utilizado, até a publicação do DSM-III, em 1980. Para o autor, o êxito obtido a partir da terceira edição pode ser explicado pelo estabelecimento crucial entre a normalidade e a doença mental, obtendo relevância social ao determinar questões que impactam significativamente na vida das pessoas, tais como: a fronteira entre a saúde e a enfermidade; a oferta de tratamentos e seu financiamento, a avaliação na colocação

profissional, nos critérios para receber benefícios por invalidez, na determinação da periculosidade, entre outros (FRANCES, 2016).

As versões seguintes do DSM também estabelecem mudanças e ampliações nos diagnósticos e na metodologia de classificação. O DSM IV, publicado em 1994, conta com 297 categorias diagnósticas (MARTINHAGO; CAPONI, 2019), inclui o critério de significância clínica e exclui a perspectiva psicodinâmica da etiologia conversiva, substituindo-a pelo enfoque neo-organicista (DUNKER, 2014; DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011). Em 2013, foi publicada a última edição do manual, o DSM-V, que apresenta mais de 300 categorias (APA, 2013). Esta versão mantém a fundamentação no modelo categorial, propõe um enfoque dimensional quanto à intensidade dos sintomas e organiza os capítulos de modo a considerar o ciclo vida, além de excluir o sistema multiaxial devido à pouca utilização (MARTINHAGO; CAPONI, 2019).

As novas categorias apresentadas no DSM-V são questionadas por muitos/as profissionais da saúde por não se configurar como descoberta científica, mas redefinições dos conceitos atrelados aos sintomas e definições operacionais de síndromes (DUNKER, 2014). A quinta edição lista um conjunto de questões sociais e da vida que passam a ser consideradas na perspectiva patológica, tais como: problemas de relacionamento, violência doméstica ou sexual, negligência ou abuso, problemas ocupacionais e profissionais, situações de falta de domicílio, pobreza extrema, discriminação social, a não aderência ao tratamento médico, entre outros (APA, 2013). Além disso, o tempo que os sintomas persistem para realizar o diagnóstico varia nas diferentes edições do DSM, como no luto, por exemplo, caracterizado como episódio depressivo no DSM-IV quando os sintomas persistem por mais de dois meses, enquanto no DSM-V o período é reduzido a duas semanas. A inflação diagnóstica de transtornos mentais geradas com as edições do DSM reverbera, também, no aumento do uso de medicamentos psiquiátricos, tornando-se importante fonte das indústrias farmacêuticas (FRANCES, 2016).

Dentre as novas categorias diagnósticas propostas, a força-tarefa responsável pela elaboração do DSM-V apresentou a "síndrome de risco para psicose", substituída pela "síndrome de psicose atenuada" antes da publicação

do manual. Este ensaio tem como objetivo analisar os discursos sobre a referida síndrome presentes no website da Associação Americana de Psiquiatria (APA), instituição organizadora do DSM, no período anterior e posterior à publicação do manual. O ensaio é proposto como perspectiva metodológica experimental do pensamento no intuito de impulsionar reflexões que se abrem à problematização (LAROSSA, 2004). A análise parte das concepções foucaultianas de biopolítica e de risco, discutindo as estratégias de medicalização da vida, permeadas pela concepção de risco na relação com diagnóstico e intervenção precoce.

## **2 BIOPOLÍTICA E A PROBLEMÁTICA DO RISCO NA PERSPECTIVA FOUCAULTIANA**

Ao longo de sua obra, Michel Foucault investiga como nos tornamos sujeitos de determinados discursos engendrados por regimes de verdade e relações de poder que balizam os processos de subjetivação (DREYFUS; RABINOW, 2010). O autor estudou as condições para a emergência de determinados saberes em jogos de poder que configuram a legitimidade da verdade para cada período, o que opera como dispositivo político para que os sujeitos possam se constituir em determinadas práticas (FOUCAULT, 2009). Nessa perspectiva, a trama discursiva é permeada pela inseparabilidade entre saber-poder. Foucault postula (2003) a noção de poder como relacional - relações de poder - que se exerce e produz efeitos, sendo pulverizado no tecido social ao se espriar no nível micropolítico, aspecto que o torna mais eficaz por não ser localizável, diferente do que ocorre com o poder autoritário.

Foucault (1984; 2005) propõe a biopolítica como um constructo para problematizar a ação do Estado sobre a vida de seus cidadãos, pensando-os como população e não apenas como indivíduos. Essa nova configuração das relações de poder tem sua origem na passagem do poder soberano para o biopoder, ou seja, na tomada da vida pelo poder (FOUCAULT, 2005) recoberto pela administração dos corpos e pela gestão calculista da vida da população (FOUCAULT, 1984). As estratégias biopolíticas agem sobre aspectos determinantes da vida enquanto fenômeno biológico e coletivo, utilizando

estudos populacionais estatísticos, epidemiológicos, ações sanitaristas-higienistas, dentre outros (FOUCAULT, 2005). Neste sentido, o controle da sociedade sobre os indivíduos começa no corpo e não pela consciência ou pela ideologia.

A concepção de biopolítica mobiliza um componente estratégico – a gestão da vida – incidindo sobre a população enquanto espécie, pois “é o corpo atravessado pela mecânica do vivente, suporte de processos biológico: a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a longevidade” (PELBART, 2009, p. 57). Este contexto oportuniza o surgimento da medicina social, no fim do século XVIII, levando em consideração a etiologia social das doenças, a normalização das condutas e estilos de vida que se tornam uma estratégia biopolítica. A formação deste campo de conhecimento adquire um papel central no controle da saúde e do corpo das classes mais pobres, atentando para deixá-las aptas ao trabalho, ao mesmo tempo em que menos perigosas às classes mais ricas. Nesta esteira, a saúde pública propõe uma gestão populacional sobre as distintas desigualdades e produz mecanismos de regulação, monitoração e avaliação sobre ações e intervenções sanitárias. Assim, os sujeitos que estão à margem (promíscuos, alienados etc.) e não oferecem um valor funcional recebem intervenções coercitivas sobre a vida privada (CAPONI, 2009). Tais ações são ampliadas por meio da classificação epidemiológica com a premissa de que os agravos à saúde não se distribuem ao acaso na população, tornando-se necessário identificá-los e intervir. O campo da epidemiologia (epi/sobre – demo/população – logos/tratado) é engendrado neste escopo, definido como:

Ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle, ou erradicação de doenças, e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde (ROUQUAYROL; GOLDBAUM, 1999, p. 16).

Para Castiel (2004), a epidemiologia se constitui como um campo disciplinar focado em objetos de estudo denominados “individualismo metodológico”. Essa perspectiva busca relações correspondentes entre os

riscos de doenças e as características dos sujeitos, utiliza os estilos de vida ligados à dimensão da vida privada e as escolhas comportamentais para o controle dos fatores de risco, distanciando-se do debate das possíveis interações socioculturais. Embora esta abordagem comporte efeitos positivos na saúde das pessoas, eventualmente consegue transformar os padrões de exposição aos riscos por meio das mudanças comportamentais. Neste sentido, Castiel, Guilam e Ferreira (2010) situam que as tecnologias de aferição e gestão de riscos produzem encruzilhadas no campo da saúde, como a perda do sentido social da experiência de saúde em função das novas prerrogativas que orientam as ações sanitárias com base no cálculo de chances de eventos futuros e na suposta responsabilização individual pelo conhecimento, manejo e proteção de sua saúde.

A ampla difusão da noção de risco na sociedade reverbera, também, no campo da psiquiatria. Os prognósticos e cálculos produzem efeitos sobre a antecipação dos comportamentos, colocando a sociedade em sobreaviso ao encarar a variável e a causa projetada do futuro. As estratégias biopolíticas são construídas para conhecer e balizar o risco, o que possibilita criar mecanismos em função de acontecimentos e séries que precisam ser regularizados na sociedade organizada por dispositivos de segurança (FOUCAULT, 2008). O surgimento da estatística possibilitou identificar que o risco não se distribui igualmente para todos os indivíduos, aspecto que engendra práticas pautadas por antecipar e impedir um acontecimento indesejável, conhecido a partir dos dados gerados por sistemas de informação. Assim, cabe questionar a que(m) interessa a inclusão de diagnósticos pautados na noção de risco de desenvolver um transtorno mental, como no caso da proposta da síndrome de risco para psicose. Por um lado, a justificativa se delinea por meio da identificação e intervenção precoce. Por outro lado, uma nova categoria diagnóstica relacionada ao risco de desenvolver um transtorno pode incrementar as intervenções desnecessárias, pois no acompanhamento psiquiátrico há grande prevalência do uso de medicamentos. As possibilidades de tratamento na prevenção de certos riscos possibilitam imaginar um futuro

promissor que beneficie a indústria farmacêutica, conforme indica Whitaker (2017).

A ideia de psiquiatrização dos anormais inicia com Bénédict Augustin Morel na segunda metade do século XIX e, desde então, surgem novas estratégias de intervenção e gestão das populações, com modelos classificatórios das enfermidades e anomalias que permitirão a propagação de um conjunto de doenças relacionadas a comportamentos. A teoria da degeneração substitui uma classificação sintomática por uma classificação etiológica das doenças mentais. Conforme análise genealógica realizada por Caponi (2012), a categoria degeneração se refere ao duplo desvio de frequência estatística em relação às características físicas desejadas e desvio das normas e valores estipulados na sociedade, principalmente com marco europeu do século XIX estabelecidas como universais. Neste sentido, opera-se uma reorganização do saber psiquiátrico, uma medicina do não patológico. De tal modo, a psiquiatria se institui como “defensora da ordem social, reclamando para si um poder ainda maior que o dos juristas e higienistas, pois demanda a gestão da anormalidade” (CAPONI, 2012, p 540), perspectiva embasada pelas contribuições de Georges Canguilhem no clássico “O Normal e o Patológico”.

Emil Kraepelin (1856-1926), considerado o fundador da psiquiatria moderna, consolida a integração de um quadro nosológico aceito pela comunidade científica internacional pautado no conceito de degeneração. A psiquiatria atual, identificada como neokraepeliniana, se fundamenta nas diversas edições de instrumentos classificatórios, tais como o DSM. Essas classificações delimitarão uma maneira de estabelecer as fronteiras e limites que separam o normal e o patológico. No campo da psicopatologia infantil, as crianças que não apresentarem desenvolvimento normal ocuparão lugares institucionais especiais, compondo categorias nosológicas divulgadas em distintos compêndios e classificações (GARCIA JR, 2012). Compõe-se uma quimera diagnóstica alicerçada no desenvolvimento da infância onde o critério tempo adquire dimensão e destaque, viabilizando a relação com o invisível jogo do tempo e sua ordenação.

Ao abordar perspectivas relacionadas às estratégias biopolíticas e a produção do risco no campo da medicina social e nas classificações psiquiátricas, propomos analisar como os discursos sobre a “Síndrome de Risco para Psicose”, nomeada posteriormente como “Síndrome de Psicose Atenuada”, aparecem no website da APA antes e depois do lançamento da quinta versão do DSM.

### **3 A Síndrome de Psicose Atenuada no DSM-V e a Problemática do Risco**

O processo de revisão do DSM-V iniciou em 1999 com a convocação de uma Conferência de Planejamento e Pesquisa. De acordo com a linha do tempo apresentada na página web da APA (s/a) sobre a história do DSM, entre 1999 e 2007 foi publicada uma agenda de investigações com a criação de Grupos de Trabalho (GT) e da Força-Tarefa presidida, a partir de 2008, pelo psiquiatra David J. Kupfer. Com o objetivo de atualizar os critérios diagnósticos, os GTs analisaram dados disponíveis em ensaios, pesquisas e na literatura, assim como as avaliações de pares externos. Em julho de 2011, o website DSM5.org foi aberto ao público para comentários. Frances (2010), ex-presidente da Força-Tarefa do DSM-IV, realiza uma crítica ao primeiro rascunho publicado no site da APA a respeito do DSM-V. Em sua avaliação, há problemas na escrita (pobre e inconsistente), questiona a qualidade do produto e refere que os novos critérios não receberam uma ampla revisão. Frances (2010) critica a preocupante sugestão de que o DSM-V produz novos diagnósticos que seriam extremamente comuns na população, especialmente devido aos baixos limiares das categorias diagnósticas e em meio aos interesses da indústria farmacêutica. O autor destaca que a nova edição contribui para aumentar as taxas de transtorno mental devido à inclusão de muitos traços "normais" sob a rubrica da “doença mental”, incrementando o número de falsos positivos numa “combinação particularmente perigosa de diagnóstico inespecíficos e impreciso levando a tratamentos não comprovados e potencialmente muito prejudiciais” (FRANCES, 2010, p.7, *tradução livre*). Outro fator que contribui para o aumento dos quadros psiquiátricos é a ampla

difusão de informações das categorias descritivas na internet, o que faz com que as pessoas possam se autodiagnosticar de uma maneira excessiva.

Embora o manual seja apresentado em uma posição descritiva e ateórica com base em critérios diagnósticos cuja “descrição é precisa e unívoca” (APA, 2002, p.123), compõe um instrumento que descreve e organiza manifestações comportamentais que afetam o desenvolvimento de crianças desde a idade precoce:

A justificativa mais importante para a abordagem genericamente não-teórica (...) no que diz respeito à etiologia, é a de que a inclusão destas teorias possa ser um obstáculo ao uso deste manual por parte dos clínicos com as mais variadas orientações teóricas, pois seria impossível apresentar todas as teorias etiológicas razoáveis de cada distúrbio. (...) O DSM pode ser visto com “descritivo” na medida em que as definições dos distúrbios são geralmente limitadas às descrições de suas características clínicas. Suas feições características consistem em sinais e sintomas comportamentais facilmente identificáveis, tais como, desorientação, perturbação de humor ou agitação psicomotora, que requer uma quantidade mínima de interferência da parte do observador (APA, 2002, p.24).

Nesta linha, o GT *Psychotic Disorders* (Transtornos Psicóticos) propôs uma nova categoria que se justificaria por descrever uma condição com início precoce de sintomas e sofrimento clinicamente relevantes com risco para desenvolver um transtorno psicótico. Segundo a análise da Síndrome de Psicose Atenuada proposta pelo GT:

Esses pacientes estão em risco significativamente aumentado de desenvolver um transtorno psicótico. Com base em uma revisão dos dados, percebe-se que pode ser prematuro recomendar uma nova categoria, principalmente com base no risco [Síndrome de Risco para Psicose] e não na necessidade clínica atual. Nós reconhecemos que a maioria dos indivíduos com esta condição não desenvolve um transtorno psicótico e têm necessidades clínicas relevantes. Por conseguinte, uma condição que descreve a necessidade clínica corrente [Síndrome de Psicose Atenuada] foi considerada em vez disso (APA, 2014, *tradução livre*).

Nessa passagem podemos inferir que as críticas de Allan Frances tiveram alcance nas discussões do GT de Transtornos Psicóticos. Em 2010, ano da publicação do artigo de Frances, o termo Síndrome do Risco de Psicose ainda era utilizado. Em maio de 2012, os membros do referido GT refutaram a nomenclatura suavizando-a para Síndrome de Psicose Atenuada (*Attenuated Psychotic Syndrome – APS*). Referem que se trata de uma

condição clínica relevante, na qual os “indivíduos que satisfaçam critérios para a APS têm de 500 a 1000 vezes maior risco de desenvolver esquizofrenia ou outros transtornos psicóticos durante o próximo ano do que a população geral” (APA, 2014, *tradução livre*). Assim, os riscos não se resumem a efeitos e danos ocorridos, mas apresentam um componente futuro, tendo relação fundamental com os esforços para antecipar e evitar o que ainda não ocorreu, mas se constitui como ameaça iminente. Para o novo diagnóstico da Síndrome de Psicose Atenuada foram propostos os seguintes critérios clínicos:

A. Pelo menos um dos seguintes sintomas estão presentes na forma atenuada com testes de realidade relativamente intacta, mas de intensidade suficiente e/ou a frequência de uma atenção clínica:

1. ilusões/ideias delirantes;
2. alucinações/anormalidades perceptivas;
3. fala/comunicação desorganizada.

B. Os sintomas no Critério A deve estar presente pelo menos uma vez por semana durante o mês passado.

C. Os sintomas no Critério A deve ter começado ou piorou no ano passado.

D. Os sintomas no Critério A são suficientemente angustiantes e incapacitantes para o indivíduo e/ou responsável legal para levá-los a procurar ajuda.

E. Os sintomas no Critério A não são melhor explicados por qualquer outro diagnóstico do DSM-5, incluindo Transtornos Relacionados a Substâncias.

F. Os critérios clínicos para um Transtorno Psicótico nunca foram cumpridos.

Trata-se de critérios descritivos pouco precisos ao estipular sintomas que comparecem de “forma atenuada”, mas com “intensidade suficiente”. A frequência e duração dos sintomas também são questionáveis: uma vez por semana no último mês, mas que começou ou piorou no ano anterior. Oliveira (2012) situa que a busca de preditores para a psicose foi abordada

anteriormente com as categorias "pródromos" e "estado mental de risco", mas é na elaboração do DSM-V que surge o interesse em construir uma categoria nosológica específica baseada na noção de risco para a psicose. Ao enfatizar o risco, quais são as perspectivas para intervir em uma condição que não necessariamente será desenvolvida?

A quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) foi dividida em três seções: I) Uso Básico do Manual, II) Critérios, Diagnósticos e Códigos, III) Medidas Emergentes e Modelos (APA, 2013). O DSM-V apresenta um ponto até então não discutido nos demais manuais: um debate sobre evidências científicas e experiências clínicas na consolidação de modelos emergentes de doenças, o qual dialoga com o tema de detecção precoce e a noção de risco. Ao explicitar as alterações para a categoria de esquizofrenia, o GT destaca a relevância de estudos que atentem à detecção precoce de transtornos psicóticos, o que é perceptível ao incorporar “medidas de avaliação, orientação sobre a formulação cultural, um modelo alternativo para o diagnóstico de transtornos de personalidade, e as condições para estudo mais aprofundado” na Seção III do DSM-V com o intuito de “trazer uma maior consciência e atenção a essas ferramentas” (APA, 2014, *tradução livre*). De maneira consciente, os organizadores trazem o que era até o DMS IV-TR (APA, 2002) um “apêndice” para compor e estruturar uma “seção” inteira, suavizando a ideia de “condições para estudo”:

Algumas condições propostas tinham mérito claro, mas em última análise, foram julgados precisar de mais pesquisas antes que possam ser considerados como distúrbios formais. A inclusão de condições na Seção III foi condicionada à quantidade de evidência empírica disponível em um diagnóstico, a confiabilidade de diagnóstico ou de validade, a necessidade clínica clara e benefícios potenciais para o avanço da pesquisa. A pesquisa adicional pode resultar em novas informações e dados que podem orientar as decisões em futuras edições do DSM. Tal foi o caso dos conjuntos de critérios previstos em estudo mais aprofundado no DSM-IV. Alguns adquiriram uma base de evidências que justificam a sua progressão para a Seção II para uso clínico difundido. Entretanto, outras condições foram retiradas do manual pela não utilidade ou evidência empírica desde que o manual anterior foi publicado. Prevê-se que as condições incluídas na Seção III serão submetidas a uma avaliação similar (APA, 2014, *tradução livre*).

Após o lançamento do DSM-V, os organizadores publicaram em seu site uma ficha técnica sobre esquizofrenia (*Schizophrenia Fact Sheet*), onde

consideram aspectos sobre a detecção precoce e explicam o que aconteceu com a Síndrome de Psicose Atenuada:

A Síndrome de Psicose Atenuada está incluída na Seção III do novo manual. Esta categoria potencial busca identificar uma pessoa que não tem um transtorno psicótico *full-blown* [pleno], mas exibe versões menores de sintomas relevantes. A identificação de indivíduos com um risco aumentado para o desenvolvimento de um transtorno psicótico é significativa para a intervenção precoce eficaz, porém mais estudos são necessários para garantir que a síndrome de psicose atenuada possa ser diagnosticada de forma confiável. A pesquisa adicional resultará em novas informações e dados que possam orientar futuras edições do DSM para melhorar o diagnóstico e os cuidados (APA, 2014, *tradução livre*).

Embora a Força-Tarefa do DSM-V explicita a necessidade de novos estudos sobre a Síndrome de Psicose Atenuada, incentiva-se a identificação de pessoas com risco de desenvolver um transtorno psicótico com a justificativa de intervir precocemente, mesmo que não se tenha comprovado a eficácia de tratamentos desse tipo. Como as categorias diagnósticas situadas na Seção III do DSM-V ainda são propostas em estudo, ou seja, “não são destinadas para uso clínico de rotina”, caso se observe a “possível presença” da referida síndrome, sugere-se o uso da designação “outro especificado”, podendo se referir à Seção III ao indicar esta condição entre parênteses. Justificam que esse procedimento “permitirá diagnósticos mais completos para os pacientes cujos sintomas não se encaixam estritamente dentro dos distúrbios atuais” (APA, 2014, *tradução livre*).

A identificação do risco opera como uma produção de risco, mecanismo que orienta profissionais da saúde a construir o diagnóstico que embasará as intervenções. Assim, operar na lógica do risco e de sua prevenção supõe considerar que as pessoas carregam a virtualidade da errância em relação à norma, de modo que o risco converge para formas de vida consideradas inadequadas e que demandam monitoramento para a sua correção (FOUCAULT, 2008). É a possibilidade do risco que inscreve a necessidade de uma série de técnicas de vigilância dos indivíduos para elaborar diagnósticos que classifiquem suas irregularidades, inscrevendo-os em sistemas de informação ao situar um código do diagnóstico no atendimento em serviços de saúde, por exemplo. Assim, mesmo que a Síndrome de Psicose Atenuada

ainda esteja em estudo, com nomenclatura anterior que explicita a noção de risco, o grupo organizador do DSM recomenda utilizar a referida categoria. O risco como dispositivo atua, simultaneamente, como instrumento de poder e de produção de conhecimento sobre o indivíduo e a população, sendo dependente do regime de saber que determina o que é considerado fator de risco com seus indicadores, formas de medi-lo e obter informação. Criam-se, assim, procedimentos de categorização social de indivíduos e grupos.

A problemática da herança mórbida proposta por Kraepelin em 1908 a partir da tese sobre a degeneração hereditária abriu horizontes ilimitados para uma intervenção psiquiátrica precoce, concepção que perdura há mais de um século e influencia os “neokraepelinianos”. A teoria da degeneração engloba todos os tipos de comportamentos que passam a ser diagnosticados como síndromes ou transtornos mentais. As síndromes se tornam indicadores de futuras alienações mentais, levando a psiquiatria a atender não somente aos sintomas dos pacientes, mas à história patológica familiar e os sinais enunciadores na infância (CAPONI, 2012). A lógica de um trabalho de prevenção de doenças em crianças impõe uma ideia de detecção de riscos e a perspectiva de prevenir de os supostos perigos das condutas desviantes ou inadequadas. De que forma? Capacitando profissionais em diferentes áreas para identificar crianças em risco de desenvolver transtornos mentais, bem como aquelas que já apresentam o diagnóstico. A proposta de subespecialidades voltadas ao desenvolvimento infantil pode ocupar um lugar para realizar a gestão dos riscos e tratamento precoce de crianças e adolescentes.

Ao introduzir a noção de risco no DSM-V, criam-se possibilidades que viabilizam seu ajuste como dispositivo de saber-poder que exerce controle e cria estratégias de medicalização da vida. O conceito de medicalização pode ser entendido como uma apropriação pelo campo da medicina de questões e problemas que anteriormente não eram considerados médicos (CONRAD, 1992). Adotando tais estratégias, alargam-se as fronteiras dos mecanismos de saber-poder para além da intervenção, almejando antecipar e prevenir as condutas indesejadas (CAPONI, 2012). A noção de sintomas atenuados

carrega a virtualidade do risco, servindo às tecnologias biopolíticas de produção da vida ao fomentar a identificação e intervenção precoce em relação a condições que fogem às normas e aportam um potencial risco à sociedade.

As ações para prevenir riscos são apoiadas na probabilidade da ocorrência de determinados eventos, perspectiva que adquire forma tecnicada sobre a ideia de risco. Vivemos uma cultura do risco caracterizada por gerar uma percepção de insegurança, além de introduzir um novo modo de relação entre os indivíduos e o Estado. Esta cultura do risco nos torna cada vez mais sensíveis às novas ameaças que se multiplicam, produzidas pelo próprio ser humano através do uso das ciências, tecnologias e da instrumentalização do desenvolvimento econômico que tende a fazer do mundo uma mercadoria (CASTEL, 2005).

#### **4 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES**

O DSM-V tem sido fortemente criticado pela tendência inexorável de transformar comportamentos e experiências da vida diária em transtornos mentais. No processo de elaboração da quinta edição, a Força-Tarefa modificou a nomenclatura inicialmente proposta da Síndrome de Risco para Psicose por Síndrome de Psicose Atenuada. A substituição da palavra risco por sintomas atenuados mantém a perspectiva de patologizar o não patológico da condição que não necessariamente será desenvolvida, fomentando a medicalização da vida. Por um lado, um grupo defende o reconhecimento da categoria justificando a importância de identificá-la para intervir precocemente, embora não se tenha garantia de eficácia dos tratamentos para uma síndrome de psicose atenuada. Por outro lado, prevalece a preocupação com a medicalização e produção de intervenções desnecessárias que podem ser prejudiciais, além da estigmatização e incremento do número de “falsos positivos”. Ademais, ao deslocar o que era um apêndice nas edições anteriores para estruturar uma seção no DSM-V, os organizadores optam por destacar as “Medidas Emergentes e Modelos” na Seção III, suavizando a ideia de novas categorias nosológicas como condições para estudo, incentivando a sua utilização.

Ao ampliar as categorias nosológicas e utilizar critérios abrangentes e pouco precisos, o DSM alarga as fronteiras entre o normal e o patológico, nas quais a atribuição de um diagnóstico depende da perspectiva clínica e do uso que se faz do manual. Esse aspecto é explicitado nos argumentos da força-tarefa do DSM-V ao situar que esse alargamento permitirá enriquecer o estabelecimento de diagnósticos para pacientes cujos sintomas não se encaixam nos distúrbios atuais (APA, 2014, *tradução livre*). As concepções diagnósticas e estatísticas do não patológico a partir da introdução da ideia de risco ampliam os mecanismos de saber-poder para além das estratégias de intervenção. Torna-se necessário problematizar os regimes de verdade que mantêm as práticas, principalmente dentro dos campos em que os saberes científicos são convocados a construir modos de entender e intervir. Além disso, a patologização de eventos da vida no diagnóstico que se limita a identificar a presença de sintomas em um determinado tempo reduz a compreensão do sofrimento psíquico e da subjetividade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APA. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (s/a). *DSM History*. Disponível em: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/history-of-the-dsm>. Acesso em: 20/08/20.

APA. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (DSM-V). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

APA. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV- TR)*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

APA. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, First Edition. 1952. Washington: APA (DSM-I).

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2009. p. 55-77.

CAPONI, S. *Loucos e degenerados: Uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

CAPONI, S. O DSM-V como dispositivo de segurança. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 24, nº 3, p. 741-763, 2014.

CASTEL, R. From dangerousness to risk. In: Miller, Peter, Gordon, Colin and Burchell, Graham, eds. (1991) *The Foucault effect: studies in governmentality*. University of Chicago Press, 1991, p. 281-298.

CASTIEL, L.D. Promoção de saúde e a sensibilidade epistemológica da categoria "comunidade". *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n.5, p. 615-622, 2004.

CASTIEL L.D., GUILAM, M.C.R., FERREIRA, M.S. *Correndo o Risco: uma introdução aos riscos em saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010.

CONRAD, P. Medicalization and Social Control. *Annu. Rev. Sociol.*, v.18, p.209-232, 1992.

DREYFUS, H.; RABINOW, P. *Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

DUNKER, C.I.L. Questões entre a psicanálise e o DSM. *Jornal de Psicanálise*, São Paulo, v. 47, n. 87, p. 79-107, dez. 2014.

DUNKER, C.I.L.; KYRILLOS NETO, F. A psicopatologia no limiar entre psicanálise e a psiquiatria: estudo comparativo sobre o DSM. *Vínculo*, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 1-15, dez. 2011.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. 5ª. ed. Rio de Janeiro, Edições Graal. 1984

FOUCAULT, M. *Ditos e escritos IV: estratégia, poder-saber*. Organização Manoel Barros da Motta. Tradução Vera Lúcia Avellar Ribeiro. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

FOUCAULT, M. *Em Defesa da Sociedade*. (1976-1977). São Paulo: Martins Fontes. 2005 [1976]

FOUCAULT, M. *Segurança, território e população*. São Paulo: Martins Fontes. 2008 [1978]

FOUCAULT, M. Genealogia e Poder. In.: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 27ª reimpressão. Rio de Janeiro: Edições Graal, p. 167-178, 2009. [1979]

FRANCES, A. *Opening Pandoras Box: The 19 Worst Suggestions for DSM 5*. Psychiatric Times. February 11, 2010.

FRANCES, A. *Voltando ao normal*. Trad. Heitor M. Corrêa. Rio de Janeiro: Graal, 2016.

GARCIA JR., C. A. S. *Tramas, Textos e Texturas na Psicose Infantil*. Rio de Janeiro: Editora Multifoco, 2012.

LARROSA, J. A Operação Ensaio: sobre o ensaiar e o ensaiar-se no pensamento, na escrita e na vida. *Educação & Realidade*, v. 29, n. 1, p. 27-43, 2014.

MARTINHAGO, F; CAPONI, S. Breve história das classificações em psiquiatria. *Revista Interdisciplinar Interthesis*, Florianópolis, v. 16, n.1, p.74-91, 2019.

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

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CIF: *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Trad. do Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. São Paulo: EDUSP; 2003.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10 Décima revisão*. Trad. do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 3 ed. São Paulo: EDUSP; 1996

PELBART, P. *A vida capital: ensaios de biopolítica*. 1ª reimpressão. São Paulo: Iluminuras, 2009.

RESENDE, M.S.; PONTES, S.; CALAZANS, R. O DSM-5 e suas implicações no processo de medicalização da existência. *Psicologia em Revista*. Belo Horizonte, v. 21, n. 3, p. 534-546, 2015.

ROUQUAYROL, M. Z.; GOLDBAUM, M. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). *Epidemiologia e saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 15-30.

WHITAKER, R. *Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.