



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

THAIS FERNANDA ROBERTO OLIVEIRA

**PATOLOGIZAÇÃO DO LUTO:
UMA ANÁLISE GENEALÓGICA DO DSM**

Londrina
2019

THAIS FERNANDA ROBERTO OLIVEIRA

**PATOLOGIZAÇÃO DO LUTO:
UMA ANÁLISE GENEALÓGICA DO DSM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina em nível de Mestrado, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, na Linha Psicologia Social e Processos Institucionais.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Alexandre Gomes Nalli

Londrina
2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

O48p Oliveira, Thais Fernanda Roberto .
Patologização do luto : uma análise genealógica do DSM / Thais Fernanda Roberto Oliveira. - Londrina, 2019.
143 f.

Orientador: Marcos Alexandre Gomes Nalli.
Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Biológicas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2019.
Inclui bibliografia.

1. Luto - Tese. 2. Patologização - Tese. 3. DSM - Tese. 4. Biopolítica - Tese. I. Nalli, Marcos Alexandre Gomes . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU 159.9

THAIS FERNANDA ROBERTO OLIVEIRA

**PATOLOGIZAÇÃO DO LUTO:
UMA ANÁLISE GENEALÓGICA DO DSM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina em nível de Mestrado, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, na Linha Psicologia Social e Processos Institucionais.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Marcos Alexandre Gomes
Nalli
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Dr. Paulo Roberto de Carvalho
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof^a. Dr^a. Lucia Cecilia da Silva
Universidade Estadual de Maringá - UEM

Londrina, 20 de dezembro de 2019.

Dedico este trabalho a Eduara Brenes de Oliveira (19/12/2018) e a todas as outras perdas que contribuíram com o meu processo de reflexão sobre o sentido de estar viva.

AGRADECIMENTO (S)

Aos meus pais, por serem minha base, meu apoio e por sempre me incentivarem.

Ao Prof. Dr. Marcos Alexandre Gomes Nalli, pela orientação, apoio e sobretudo pela confiança em meu trabalho.

A todos os professores do PPGPSI, por todos os momentos de trocas e discussões, fundamentais para meu crescimento profissional.

Aos amigos do mestrado por todas as trocas de experiências, por todo o aprendizado, por dividirem comigo as angústias sobre a dissertação e sobre o atual cenário político nacional, por todo o apoio e parceria nos momentos de dificuldade. Pelos momentos de descontração, pelos cafés, festas e bares e por compartilharem a alegria nos momentos de sucesso.

Aos meus amigos, que dão um profundo sentido a minha vida; em especial Rauni Alves, Sérgio Montazzolli e Maria Tereza Piazzalunga, por todo o incentivo e suporte, essenciais durante esse processo.

Tua ausência fazendo silêncio em todo lugar

Metade de mim

Agora é assim

De um lado a poesia, o verbo, a saudade

Do outro a luta, a força e a coragem pra chegar no
fim

E o fim é belo, incerto, depende de como você vê

O novo, o credo, a fé que você deposita em você e
só

Só enquanto eu respirar

Vou me lembrar de você

(Fernando Anitelli)

Oliveira, T. F. R. (2019). Patologização do Luto: Uma Análise Genealógica do DSM. 143 páginas. (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

RESUMO

O DSM-5 foi muito criticado, pois vários aspetos da vida cotidiana passam por um processo de patologização e medicalização. O luto é um processo da vida cotidiana, diferente dos demais por ser algo inerente à existência humana e uma experiência estruturante pois, ao se deparar com a morte, o homem se depara com a impossibilidade. Esta pesquisa surge da questão: como os processos de luto são citados nos DSMs e como se construiu o processo de psicopatologização desta experiência? É uma pesquisa descritiva qualitativa, documental. Teve como foco a descrição dos processos de luto no DSM-5, porém foi realizado um mapeamento das incidências deste termo nas outras edições. Antes o luto era compreendido como uma dor cuja manifestação era legítima e necessária, atualmente a sociedade exige dos enlutados um autocontrole. Pode-se pensar nas estratégias de classificação dos manuais diagnósticos como dispositivos biopolíticos. A biopolítica tem como alvo o homem como ser vivo e como espécie; tem como objeto de intervenção, os processos biológicos; pretende estabelecer sobre os homens uma espécie de regulamentação. A medicina social diz respeito a uma sucessão de estratégias biopolíticas para controle e gestão da população, visando uma atuação preventiva contra qualquer possibilidade de perigo. A população passa a ser um problema biopolítico e por isso se estabelece uma classe de medicalização. A psiquiatria abdica de sua função de cura, concentrando-se no papel de proteção e ordenação social e biológica, tornando as fronteiras entre o normal e o patológico cada vez mais ambíguas, naturalizando a medicalização de comportamentos, estendendo-se a todos os domínios da existência. O movimento psicopatologizante das experiências cotidianas aparece ao longo das edições do DSM, tendo seu ápice no DSM-5. Isto ocorre com diversos transtornos. O luto foi retirado dos critérios de exclusão do diagnóstico do Transtorno Depressivo Maior, portanto, alguém que está passando por um processo de luto pode ser diagnosticado com depressão caso os sintomas persistam por mais de duas semanas; isto pode incentivar o diagnóstico prematuro de depressão na sequência ao luto. Há uma preocupação de que pacientes em luto possam ser prescritos com antidepressivos para administrar as reações esperadas ao luto. Houve uma diminuição no período de tempo em que as reações ao luto são consideradas esperadas, sendo três meses no DSM-III, dois meses no DSM-IV e duas semanas no DSM-5. O DSM-5 propõe o “Transtorno do Luto Complexo Persistente”, sendo a primeira edição que sugere o luto patológico como uma categoria diagnóstica. Este manual continua patologizando e permitindo uma medicalização da vida cotidiana e do processo de luto. Para Han os principais mecanismos de controle não incidem mais sobre a matéria e sim sobre a psique. Ele descreve a sociedade do século XXI como uma sociedade de desempenho. Pode-se dizer que alguns dos transtornos apresentados no DSM são determinados por um excesso de positividade. Qualquer aspecto relativo à negatividade é descartado, porém este é um dos aspectos que nos torna humanos. A sociedade já não faz pausas, o homem se torna uma máquina de desempenho a serviço do neoliberalismo.

Palavras-chave: Luto. Patologização. DSM. Biopolítica.

Oliveira, T. F. R. (2019). Pathologization of Bereavement: a Genealogic Analysis of the DSM. 143 pages. (Psychology Master's Thesis). Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

ABSTRACT

The DSM-5 was heavily criticized, as various aspects of everyday life go through a process of pathologization and medicalization. Bereavement is a process of daily life, unlike any other because it is inherent to human existence and a structuring experience, because when faced with death, man is faced with impossibility. This research arises from the question: how are the grieving processes mentioned in the DSMs and how the psychopathologization process of this experience was built? It is a qualitative, documentary, and descriptive research. It focused on the description of the bereavement processes in DSM-5, but a mapping of the incidences of this term in other editions was done. Formerly bereavement was understood as a pain whose manifestation was legitimate and necessary, nowadays society demands self-control from the mourners. One can think of the diagnostic manuals' classification strategies as biopolitical devices. Biopolitics focus on the man as a living being and as a species; its object of intervention is the biological processes; it intends to establish a kind of regulation over men. Social medicine concerns a succession of biopolitical strategies for population control and management, aiming at preventive action against any possibility of danger. The population becomes a biopolitical problem, it is because of it that a class of medicalization is established. Psychiatry abdicates its healing function, concentrating on the role of protection and social and biological ordering, making the boundaries between normal and pathological each time more ambiguous, naturalizing the medicalization of behaviors, extending to all domains of existence. The movement of psychopathologization of everyday experiences occurs throughout the editions of DSM, with its peak in DSM-5. This occurs with disorders other than bereavement. Bereavement has been removed from the exclusion criteria for diagnosis of Major Depressive Disorder, so someone who is undergoing grief can be diagnosed with depression if symptoms persist for more than two weeks; this can encourage premature diagnosis of depression following bereavement. There is a concern that grieving patients may be prescribed with antidepressants to manage the expected bereavement reactions. There was a decrease in the time period of when grief reactions are considered expected, being three months in DSM-III, two months in DSM-IV and two weeks in DSM-5. The DSM-5 proposes "Persistent Complex Bereavement Disorder", being the first edition suggesting pathological bereavement as a diagnostic category. This manual continues to pathologize and allow a medicalization of everyday life and the grieving process. For Han, the main control mechanisms no longer fixate on the matter but on the psyche. He describes 21st century society as a performance society. It can be said that some of the disorders presented in the DSM are determined by an excess of positivity. Any aspect related to negativity is discarded, however this is one of the aspects that makes us humans. Society no longer makes pauses, the man becomes a performance machine in the service of neoliberalism.

Keywords: Bereavement. Pathologization. DSM. Biopolitics.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Edições do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) ...	19
Tabela 2 – Detalhes das edições do DSM	20
Tabela 3 – Incidências do termo luto no DSM-II.....	89
Tabela 4 – Incidências do termo luto no DSM-III	91
Tabela 5 – Incidências do termo luto no DSM-III-R	97
Tabela 6 – Incidências do termo luto no DSM-IV	100
Tabela 7 – Incidências do termo luto no DSM-IV-TR.....	101
Tabela 8 – Incidências do termo luto no DSM-5	104

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	American Psychiatric Association
CID	Código Internacional de Doenças
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
NIMH	Instituto Nacional de Saúde Mental norte-americano
OMS	Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	PERCURSO METODOLÓGICO	16
3	A MEDICALIZAÇÃO DO LUTO NUM CONTEXTO DE BIOPOLÍTICA	23
3.1	EXPRESSÕES DA MORTE E DO LUTO AO LONGO DA HISTÓRIA.....	23
3.2	UMA NOÇÃO DE BIOPOLÍTICA	28
3.3	BIOPOLÍTICA E MEDICALIZAÇÃO.....	34
3.4	NORMAL E PATOLÓGICO	42
3.5	A MEDICINA SOCIAL E A PSIQUIATRIA NO CONTEXTO DA BIOPOLÍTICA.....	46
3.6	DO DSM-I AO DSM-5: ASPECTOS HISTÓRICOS	52
3.7	O DSM COMO ESTRATÉGIA BIOPOLÍTICA	69
3.8	A PSICOPATOLOGIZAÇÃO DA VIDA COTIDIANA NO DSM-5: OUTROS CASOS	79
4	DSM E OS PROCESSOS DE LUTO	89
4.1	LUTO NO DSM-II	89
4.2	LUTO NO DSM-III.....	91
4.3	LUTO NO DSM-III-R.....	96
4.4	LUTO NO DSM-IV.....	99
4.5	LUTO NO DSM-IV-TR	101
4.6	LUTO NO DSM-5.....	103
4.7	CONSIDERAÇÕES SOBRE O LUTO COMO UM TABU À SOCIEDADE DO DESEMPENHO.....	123

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 133

REFERÊNCIAS.....138

1 INTRODUÇÃO

A morte é um caminho que está presente desde o momento do nosso nascimento, é a única certeza que temos na vida, porém, mesmo com essa condição não estamos preparados para lidar com ela; nem com a nossa própria morte nem com a de um ente querido.

Quando nos deparamos com situações em que fazemos contato com a morte, tomamos consciência dela e, conseqüentemente, da nossa finitude. Essa percepção é assustadora para os seres humanos, visto que nos coloca diante da condição de que não possuímos o controle sobre nossas vidas.

Falar sobre a morte é um tabu, isto ocorre até mesmo entre os profissionais de saúde. Inclusive a palavra “morte” é, na maior parte das vezes, omitida. São utilizadas diversas figuras de linguagem para se referir à morte, como: “fulano bateu as botas”, “ele descansou”, “partiu dessa pra melhor”, “faleceu”, “foi a óbito”. Sendo que a palavra morte é evitada, quase proibida. Ariès (2012) diferencia a atitude antiga em relação à morte, onde ela ocorria de maneira familiar e próxima, sendo chamada por ele de morte domada, da nossa atitude perante a morte, na qual “a morte amedronta a ponto de não mais ousarmos dizer seu nome” (Ariès, 2012, p. 40). Segundo este autor, a morte se tornou selvagem.

Nos cursos de Psicologia poucas disciplinas abordam as temáticas de morte e luto, mesmo sabendo-se da importância do desse trabalho na atuação profissional do Psicólogo, tendo em vista que a omissão do processo de luto pode trazer conseqüências negativas do ponto de vista psicológico, pois sabe-se que muitas doenças psíquicas podem estar relacionadas com um processo de luto mal elaborado (Kovács, 2002). A perda de uma pessoa significativa pode afetar todos os aspectos da vida do sobrevivente. Parkes (1998) apresenta diversos estudos que apontam doenças ou prejuízos percebidos após a morte de alguém próximo, tais como: depressão, doenças cardíacas, suicídio, câncer, insônia, doenças mentais,

dentre outros. Soares e Mautoni (2013) categorizam as reações ao luto em cinco grupos: reações físicas, emocionais, comportamentais, sociais e espirituais.

Falar e estudar sobre a morte se faz importante, pois todos nós, em algum momento, vamos encará-la. A morte é a única certeza que temos a respeito da nossa vida, por isto ela é estruturante, já que, quando ela acontece a alguém próximo de nós é que nos conscientizamos da nossa finitude, e podemos, portanto, perceber a importância da vida e nos apoderar da maneira como vivemos (Oddone & Fukumitsu, 2008).

Por isso, é preciso resgatar, no mundo atual, a consciência da morte, o que não deve ser entendido como a preocupação mórbida, doentia do homem que vive obcecado pela morte inevitável. Tal atitude seria pessimista e paralisante. Ao contrário, ao reconhecer a finitude da vida, reavaliamos nosso comportamento e escolhas, e podemos proceder a uma diferente priorização de valores (Aranha e Martins, 1993, p. 334).

A partir do momento que falamos sobre a morte e tomamos consciência da possibilidade da nossa própria morte é que podemos concretizar muitas coisas. Refletir sobre a morte é, na verdade, refletir sobre a vida, sobre como podemos vivê-la da melhor forma possível, diante dessa condição.

Segundo o dicionário (Bueno, 2000), luto é definido por “s. m. Sentimento de pesar ou dor pela morte de alguém; os sinais exteriores dessa dor; em particular o traje, quase sempre preto, que se usa quando se está de luto; tristeza profunda”. Podemos entender o luto como a reação às mortes reais ou simbólicas; ou seja, o luto está relacionado às diversas perdas que passamos ao longo da vida. Segundo Fukumitsu, “perdas são experiências do nosso viver, experiências como inúmeras outras, que nos ensinam, transformam, deformam e formam” (2011, p. 17). As perdas fazem parte da nossa vida, são inevitáveis, a partir delas nos transformamos. As perdas e o luto, fazem parte do nosso desenvolvimento como seres

humanos.

Viorst (2005) afirma que “adaptamo-nos com enorme dificuldade às diferentes circunstâncias da vida, modificando – para sobreviver – nosso comportamento, nossas expectativas, nossas autodefinições” (p. 252).

De acordo com Gauderer (1991, citado por Soares & Mautoni, 2013), o luto é um processo doloroso, porém normal. Ainda segundo o mesmo autor é necessário passarmos por esse processo e recomeçar uma nova vida.

Quando falamos em morte, o luto pode ser definido como o processo no qual a pessoa tenta elaborar o impacto da ausência do outro. Para Parkes (1998), o luto é uma resposta normal a um evento inevitável, o fim da vida. Segundo Longaker (1998, citado por Soares & Mautoni, 2013) a palavra “luto” (bereavement) se refere ao estado emocional de estar bereft, sendo que esta raiz significa “ser despojado de” ou “ser rasgado”.

Ao pensar os processos de saúde e doença em Psicologia, faz-se importante olhar para os manuais diagnósticos. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) teve sua última versão, o DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013), muito criticado pelos profissionais da área. As críticas feitas ao DSM-5 dizem respeito ao fato de que, nesta edição, vários aspectos da vida cotidiana passam por um processo de patologização e medicalização. Este movimento já era orientado pelas outras edições do manual, porém, a partir de mudanças na estrutura do DSM-5, tendem a ganhar mais consistência.

São vários os exemplos de aspectos da vida cotidiana que tornam-se passíveis de diagnósticos e de medicalização no DSM-5, alguns serão inclusive citados ao longo deste trabalho. A escolha do luto para essa dissertação surge a partir de um interesse pessoal com a temática e também pela compreensão de que o luto é mais um processo da vida cotidiana, que se diferencia dos demais justamente por ser algo inerente à existência humana, ou seja, diferentemente de outras situações que podemos passar ou não ao longo da vida, o luto ou a

perda de alguém por morte, é algo pelo qual todos nós iremos passar. Além disso, ao contrário de outras experiências cotidianas, esta é uma experiência estruturante (Oddone & Fukumitsu, 2008), pois ao se deparar com a morte o homem se depara com a sua impossibilidade, portanto esta experiência merece maior atenção. É importante destacar que o luto é um dos estressores que foram associados como de risco para o suicídio, ou seja, indivíduos passando por um processo de luto podem apresentar ideação suicida. Diante disso entendo que pensar sobre os processos de luto é também trabalhar com a prevenção do suicídio.

Esta pesquisa surge, portanto, do seguinte questionamento: Como os processos de luto são citados nos DSMs e como se construiu o processo de psicopatologização desta experiência?

Para Foucault (1999) a vida e a morte são fenômenos que dizem respeito ao campo político. Se compreendermos os conceitos de saúde e doença, comumente vistos como existindo em oposição, não a partir da busca por uma unidade do indivíduo, mas sim perceber tais partes como expressão ambígua do todo, de uma tensão inerente à existência humana; podemos nos questionar “Seria o conflito o movimento intrínseco aos processos de ruptura do homem frente aos contextos sociais?” (Freitas, 2010, p. 26). Muitas práticas terapêuticas buscam um ajustamento social do indivíduo, mas não seria o conflito o centro do desenvolvimento e do processo de ressignificação do sujeito?

Nessa pesquisa parto da compreensão de que o DSM é patologizante, ou seja, transforma em doença mesmo condições que não sejam. Tenho por objetivo Investigar de que forma os processos de luto são construídos e descritos no DSM. Diante disso, ao percorrer as edições do DSM, passando por suas revisões, pretendo demonstrar como foi se construindo uma categorização patológica do luto, transformando-o em uma questão digna de diagnóstico e prognóstico, portanto, sujeita a um processo de medicalização.

Além desta seção introdutória, este texto está organizado em outras quatro seções. Na

seção seguinte a esta apresento o percurso metodológico percorrido ao longo desta pesquisa.

Na terceira seção, proponho uma discussão acerca da medicalização do luto num contexto de Biopolítica. Esta seção está dividida em subseções, num primeiro momento irei fazer um percurso sobre como a morte foi vivenciada ao longo da história, depois, para uma compreensão da sociedade atual apresento uma discussão sobre o conceito de Biopolítica para Foucault, passando pelos processos de medicalização e os conceitos de Saúde e doença, normal e patológico. Faço também uma retomada sobre aspectos históricos dos DSMs. Este caminho servirá de base para uma observação da atual edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) como estratégia biopolítica, para isso irei apresentar outros casos de elementos da vida cotidiana que, assim como o luto, são descritos a partir de uma perspectiva de doença no DSM-5.

No quarta seção apresento a análise qualitativa do DSM, no qual são descritos e analisados (de acordo com os procedimentos descritos no capítulo metodológico) as incidências do termo luto nas seguintes edições do DSM: DSM-II, DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV, DSM-IV-TR e DSM-5; tendo por base o modo como os critérios diagnósticos referentes ao luto foram se construindo nesses manuais, tendo a Biopolítica como instrumento de análise.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Esta pesquisa inicia-se a partir de um questionamento sobre como se construiu o processo de psicopatologização do luto, para tal é importante compreender o contexto no qual os aspectos dessa experiência estão inseridos. Trata-se de uma pesquisa descritiva qualitativa, tendo em vista que não será empregado um instrumental estatístico na análise de dados, bem como esta pesquisa não tem por objetivo categorizações. Segundo Mansano (2012), na pesquisa qualitativa “a problematização está mais preocupada com a criação, a multiplicação e variação das perguntas do que propriamente com a fixação em respostas categóricas” (p. 2).

Dalfovo, Lana e Silveira citam que uma das características da pesquisa qualitativa é a “preocupação com o contexto, no sentido de que o comportamento das pessoas e a situação ligam-se intimamente na formação da experiência” (2008, p. 10).

Para Turato (2005) a pesquisa qualitativa é caracterizada pela busca do significado das coisas; Godoy (1995) cita como uma das principais características da pesquisa qualitativa o fato de a mesma ser descritiva, sendo que o interesse dos pesquisadores está em verificar a manifestação de determinado fenômeno. Esta pesquisa pretendeu investigar de que forma os processos de luto são descritos nas edições do DSM e analisar se a atual versão propõe uma leitura patologizante deste processo.

Segundo (Roberts & Louie, 2017), o DSM é o modelo mais difundido para o diagnóstico de transtornos mentais. Esse material é elaborado pela *American Psychiatric Association* (APA), que é a principal organização profissional de psiquiatras dos Estados Unidos e a de maior influência no mundo.

O delineamento da pesquisa diz respeito à forma como os dados são obtidos, esta é uma pesquisa documental. Para Gil (2002) uma das vantagens deste tipo de pesquisa é que os documentos são uma fonte rica e estável de dados e são a mais importante fonte em qualquer

pesquisa de natureza histórica, tendo em vista que os documentos subsistem ao longo do tempo.

Godoy afirma que “A pesquisa documental é também apropriada quando queremos estudar longos períodos de tempo, buscando identificar uma ou mais tendências no comportamento de um fenômeno” (1995, p. 22), nesse caso, foi realizada uma análise documental das edições do DSM (e suas revisões). O DSM-5 foi o principal objeto de estudo desta pesquisa, porém as outras edições também estiveram em crivo de análise, visto que, a partir da análise das tendências presentes nesse documento, pode-se compreender de que forma se chegou a descrição do luto proposta na atual versão. Caponi aponta a

necessidade de inserir a discussão do DSM-V num processo mais amplo que tem seu início com a publicação do DSM-III (1980). Isto é, trata-se de uma abordagem que não se propõe a analisar a novidade ou a dificuldade apresentada por uma ou outra nova categoria de diagnóstico (as árvores), mas deter-se na análise das condições de possibilidade e limites da estratégia de diagnóstico apresentada no manual como um todo (a floresta) (2014, p. 743).

Nesta pesquisa foram analisadas todas as edições e revisões a partir do DSM-II, visto que, com a apreciação desta edição pode-se compreender qual era a abordagem vigente até a chegada do DSM-III e de que forma outra abordagem do manual vai se constituindo a partir desta versão. Esta escolha deve-se ao fato de que o DSM-III é a primeira edição em que o luto aparece como critério de exclusão para o Transtorno Depressivo Maior: “O Luto Sem Complicação é distinguido de um Episódio Depressivo Maior e não é considerado um distúrbio mental mesmo quando associado a uma síndrome depressiva completa” (APA, 1989, p. 237), diante disto, fez-se importante recorrer ao DSM-II para que se possa analisar o processo que levou à criação deste critério na versão seguinte. Devido à impossibilidade em acessar o DSM-I, esta edição não esteve sobre crivo de análise.

De acordo com Gil (2008), a pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental muito se assemelham, sendo que esta última se diferencia da pesquisa bibliográfica pela natureza das fontes, visto que na pesquisa bibliográfica são utilizadas contribuições de vários autores, a partir de materiais disponíveis em sites e/ou bibliotecas. Já a pesquisa documental é realizada a partir de materiais que ainda não receberam um tratamento analítico ou que podem ser reexaminados, são os chamados documentos de “primeira mão”.

Segundo Raupp e Beuren, “Esse tipo de pesquisa visa, assim, selecionar, tratar e interpretar a informação bruta, buscando extrair dela algum sentido e introduzir-lhe algum valor” (2006, p. 89). Nesse sentido, esta pesquisa pretendeu investigar de que forma os processos de luto são construídos e descritos no DSM e analisar de que forma a leitura patologizante destes processos neste manual pode ser discutida a partir da noção de norma para Foucault, tendo em vista que

a sociedade de normalização é uma sociedade onde a disciplina e a regulamentação se articulam em torno das normas, permitindo um conjunto de ações planejadas e que visam atingir a sociedade como um todo, a partir de um expoente aglutinador capital, que é a vida, tomada como seu fim, seu objeto e seu efeito. De um modo ou de outro, é patente o primado da norma em todo o conjunto de forças e relações tecnológicas pelas quais se regula a vida social (Foucault, 1997, citado por Nalli, 2012, p. 139).

Segundo Godoy (1995), os documentos “podem ser considerados uma fonte natural de informações à medida que, por terem origem num determinado contexto histórico, econômico e social, retratam e fornecem dados sobre esse mesmo contexto” (1995, p. 22). Esta pesquisa, pretendeu ainda analisar de que forma os processos de luto são citados no DSM-5 estabelecendo relações com o atual contexto histórico. Raupp e Beuren, ao abordar a pesquisa documental, expõe que verificar fatos passados pode ser útil, “não apenas como um registro de memórias, mas também para ajudar no presente e vislumbrar tendências futuras” (Raupp e

Beuren, 2006, p. 90). A partir da compreensão de como os processos de luto vem se modificando ao longo das edições do DSM, buscou-se entender a atual concepção desse processo, constatado no DSM-5.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) “descreve as características fundamentais da gama completa de transtornos mentais” (APA, 2014, não paginado). Este manual foi elaborado para psiquiatras, médicos e outros profissionais da saúde, visando melhorar a comunicação entre esses profissionais.

A criação de um Manual tem por objetivo “proporcionar diretrizes para diagnósticos que podem informar tratamentos e decisões de manejo” e “facilitar o estabelecimento de diagnósticos mais confiáveis desses transtornos” (APA, 2014, não paginado). O DSM passou por sucessivas edições ao longo dos últimos 60 anos e está na sua quinta edição (DSM-5).

Tabela 1.

Edições do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)

Edição	Ano de Publicação
DSM-I	1952
DSM-II	1968
DSM-III	1980
DSM-III-R	1987
DSM-IV	1994
DSM-IV-TR	2000
DSM-5	2013

Fonte: Elaborado pela autora a partir das cinco edições do DSM (1952, 1968, 1980, 1987, 1994, 2000, 2013).

Este manual tornou-se uma referência para a prática clínica em saúde mental, bem como para pesquisadores na área. O DSM “tem sido utilizado por clínicos e pesquisadores de diferentes orientações [...] que buscam uma linguagem comum para comunicar as características essenciais dos transtornos mentais apresentados por seus pacientes” (APA, 2014, não paginado).

Este estudo teve como foco os processos de luto e como eles são descritos no DSM-5, sendo que esta edição foi definida não só por ser a versão mais atual deste manual, mas especialmente por ser a primeira a apresentar a possibilidade do luto ser caracterizado como

um transtorno do humor. Os transtornos do humor são distúrbios mentais caracterizados por alterações emocionais, que consistem em períodos prolongados de tristeza excessiva, exaltação excessiva ou de euforia, como por exemplo a depressão ou a bipolaridade.

Para isso, foi realizado um mapeamento de elementos característicos desses processos nas cinco edições do Manuais Diagnósticos e Estatísticos de Transtornos Mentais (DSM), reconhecendo o contexto de criação de cada um deles. Este mapeamento seguiu os seguintes elementos descritivos: edição, título, ano de publicação, número de páginas, número de vezes que o termo luto aparece e tipologias e classificações acerca do mesmo.

Tabela 2.

Detalhes das edições do DSM

Edição	Ano de Publicação	Número de Páginas	Número de Diagnósticos	Número de diagnósticos com descrições ou critérios	Chefe da força-tarefa
DSM-I	1952	132	128	93	George N. Raines
DSM-II	1968	119	193	120	Ernest M. Gruenberg
DSM-III	1980	494	228	163	Robert L. Spitzer
DSM-III-R	1987	567	253	174	Robert L. Spitzer
DSM-IV	1994	889	383	201	Allen Frances
DSM-IV-TR	2000	943	383	201	Allen Frances
DSM-5	2013	947	541	151	David J. Kupfer

Fonte: Adaptada de Gonçalves, 2016. Valores na produção do DMS-5: Análise do debate em torno da proposta da Síndrome Psicótica Atenuada, p. 62.¹

A escolha em recorrer a tabelas nesse momento, e que ocorre em outras ocasiões do texto, não tem por objetivo de modificar a natureza da pesquisa para qualitativa, mas sim como um jeito de explanar um quadro de relações e de suas ocorrências. Isto se dá a partir da compreensão de que as tabelas podem, nesse momento, ser um importante recurso que contribui para mostrar: a) o crescimento da incidência de ocorrências de diagnóstico do luto. (b) a correlação diagnóstica do luto com outras ocorrências (transtornos ou síndromes), que

¹ Na versão original da tabela, além dos dados aqui apresentados, Gonçalves (2016) acrescenta dados referentes ao valor equivalente de venda de cada edição hoje, em dólares, e à receita obtida pela APA em cada uma das edições. Esses dados foram suprimidos por não serem pontos a ser considerados na análise proposta por esta pesquisa.

permite estratégias diagnósticas a partir de aproximações, vizinhanças e analogias, de modo que (c) de um ponto de vista de uma estratégia prognóstica, o DSM pode sugerir como intervir terapêuticamente. A necessidade da tabela, principalmente a de comparações entre as edições pode auxiliar a medida que expõe graficamente (portanto, a tabela preenche aqui uma função que é mais gráfica, visual, do que de tabulação de dados), como a classe médica em torno da APA, e por extensão toda a comunidade médico-terapêutica, em escala internacional, contribui para a medicalização da vida cotidiana, notadamente neste caso do luto, e que, por isso, mitigou a própria natureza estruturante da experiência do luto à constituição de uma subjetividade “forte” e saudável.

O DSM é um manual publicado pela *American Psychiatric Association* (APA) e no Brasil é comercializado pela Artmed. As edições do DSM utilizadas nessa pesquisa foram acessadas em bibliotecas públicas e/ou a partir da aquisição dos materiais em livrarias e sebos.

A estratégia adotada para análise desse documento foi examinar o termo luto no índice remissivo das cinco edições deste manual. A partir da busca desse termo neste índice foram levantados dados como quantas ocorrências do termo luto aparecem em cada edição e se este termo está sozinho em uma categoria, articulado a outras síndromes ou ligado a outros termos. Com base nessas informações, foram analisados os pontos de dissonância e de continuidade. Quando o termo luto foi apresentado pela primeira vez em uma categoria diagnóstica, essa categoria foi analisada também nas edições anteriores do DSM, buscando compreender o processo de construção dessa categoria e o que justifica a inclusão deste termo na mesma.

Segundo Gill (2002), existem muitas variedades de análise do discurso e o que as define é que todas partilham de “uma rejeição da noção realista de que a linguagem é simplesmente um meio neutro de refletir, ou descrever o mundo, e uma convicção da importância central do discurso na construção da vida social” (p. 244). Nesta perspectiva, a linguagem é compreendida não somente pela sua forma linguística, mas também articulando

com o social e o histórico, como forma material da ideologia (Caregnato & Mutti, 2006). Ao se fazer uma análise do discurso, “o importante é captar a marca lingüística e relacioná-la ao contexto sócio-histórico” (Caregnato & Mutti, 2006, p. 682). Este trabalho pretendeu não somente descrever como o luto e seus processos são descritos e caracterizados nas edições do DSM, mas também compreender o contexto em que cada edição está inserida e quais as implicações desse contexto para a forma como as tipologias e categorias diagnósticas relacionadas ao luto são desenvolvidas.

3 A MEDICALIZAÇÃO DO SOFRIMENTO NUM CONTEXTO DE BIOPOLÍTICA

3.1 EXPRESSÕES DA MORTE E DO LUTO AO LONGO DA HISTÓRIA

Tendo em vista que a forma de lidar com a morte está relacionada a aspectos culturais, se faz importante um breve resgate histórico sobre a compreensão da morte, para que assim possamos entender como a morte é percebida na sociedade atual. Na idade média, a ideia da morte não incomodava as pessoas, ela era vista com naturalidade. Segundo Ariès (1981), “a morte propriamente era [...] uma coisa muito simples” (p. 15).

Era tão natural que as pessoas pressentiam sua morte; “a morte é esperada no leito, ‘jazendo no leito, enfermo’” (Ariès, 2012, p. 39). Quando isso acontecia, o indivíduo se recolhia ao seu quarto, acompanhado por parentes, amigos e vizinhos. Nesse momento, o doente se despedia, reconciliava-se com sua família, repartia seus bens, expunha suas últimas vontades, recomendava a Deus as pessoas que lhe eram caras e esperava a chegada da morte. “A morte é uma cerimônia pública e organizada. Organizada pelo próprio moribundo, que a preside e conhece seu protocolo” (Ariès, 2012, p. 39).

Ao mesmo tempo em que a morte apresentava essa simplicidade familiar, era também um evento público e social, “sempre se morria em público” (Ariès, 1981, p. 21). Os rituais fúnebres tinham um grande valor nessa época e envolviam toda a família e comunidade; era uma grande cerimônia que era acompanhada por todos. Portanto, a livre manifestação dos sentimentos perante a perda era permitida. Segundo Ariès (2012), os ritos da morte eram aceitos e cumpridos de maneira simples “sem caráter dramático ou gestos de emoção excessivos” (p. 40).

Com o passar do tempo, “os médicos higienistas do fim do século XVIII [...] começaram a se queixar da multidão que invadia o quarto dos moribundos” (Ariès, 1981, p.

21). Porém não obtiam muito êxito, já que nessa época qualquer um (mesmo desconhecidos) entrava no quarto do moribundo.

A partir do século XVIII, a morte passa a ser romantizada, e o homem adota uma postura de complacência com a ideia da morte. A morte passa a ser “considerada como uma transgressão que arrebatava o homem de sua vida cotidiana” (Ariès, 2012, p. 67); o homem é arrancado de sua vida cotidiana e lançado num mundo irracional. A morte é, portanto, vista como uma ruptura. Desta forma, ocorre uma separação entre vida e morte e ocorre uma laicização da morte, visto que os sepultamentos deixam de ocorrer nas igrejas e passam a ocorrer em cemitérios, às margens da cidade (Ariès, 2012).

Assim, do fim da Idade Média ao século XVIII, o luto possuía uma dupla finalidade. Por um lado, induzia a família do defunto a manifestar, pelo menos durante um certo tempo, uma dor que nem sempre experimentava. Esse período podia ser reduzido ao mínimo por um novo casamento precipitado, mas nunca abolido. Por outro lado, o luto tinha também o efeito de defender o sobrevivente, sinceramente submetido à provação, contra os excessos da dor, pois impunha-lhe um certo tipo de vida social, as visitas de parentes, vizinhos e amigos que lhe eram feitas no decorrer das quais a dor podia ser liberada sem que sua expressão ultrapassasse, entretanto o limite fixado pelas conveniências (Ariès, 2012, p. 73).

As manifestações do luto, principalmente as que envolviam os aspectos ligados ao status social, os que implicavam em uma posição hierárquica, eram “escrupulosamente respeitadas” (Ariès, 1981, p. 356).

No século XIX, o luto ganha um novo significado passando a ocorrer um exagero do mesmo. A assistência oferecida pelas pessoas presentes no leito da morte é “agitada pela emoção, chora, suplica e gesticula” (Ariès, 2012, p. 68), ou seja, a morte do outro, do ente querido passa a ser vista como insuportável. “O século XIX é a época dos lutos que o

psicólogo de hoje chama de histéricos- e é verdade que, por vezes, toca os limites da loucura” (Ariès, 2012, p. 73).

Segundo Ariès, “Esse exagero do luto do século XIX tem um significado: os sobreviventes aceitam com mais dificuldade a morte do outro do que o faziam anteriormente. A morte temida não é mais a própria morte, mas a do outro” (Ariès, 2012, p. 73). Essa morte é mais temida do que a própria morte. Apesar dessas mudanças, a morte não se tornara assustadora nem angustiante, continuava um acontecimento familiar (Ariès, 2012).

Na segunda metade do século XIX a relação das pessoas com a morte começa a mudar. As pessoas que cercam o moribundo passam a poupá-lo, ocultando a gravidade sobre seu estado. Isso se dá pelo desejo de “evitar, não mais ao moribundo, mas à sociedade, mesmo aos que o cercam, a perturbação e a emoção excessivamente fortes, insuportáveis, causadas pela fealdade da agonia e pela simples presença da morte em plena vida feliz” (Ariès, 2012, p. 85). Nesse momento, a expressão dos sentimentos de luto passa a ser suprimida.

A mudança brusca ocorre a partir do século XX, quando, segundo Ariès (2012), a morte se tornou interdita, sendo banida da comunicação entre as pessoas. “A morte, tão presente no passado, de tão familiar, vai se apagar e desaparecer. Torna-se vergonhosa e objeto de interdição” (Ariès, 2012, p. 84). Um fator importante que contribuiu para essa mudança foi que a morte deixa de ocorrer no domicílio, entre os familiares, e passa a ocorrer no hospital, de forma solitária. O velório também deixa de ocorrer em casa. A morte toma conotações de algo que deve ser escondido, é tomada como algo vergonhoso. Ariès, ao descrever as reações à morte, fala sobre “a *embarrassingly graceless dying*, que deixa os sobreviventes embaraçados porque desencadeia uma emoção demasiado forte, e é a emoção o que é preciso evitar” (Ariès, 2012, p. 77). As manifestações de perda, de dor, devem ser dominadas, controladas e até mesmo suprimidas, pois são consideradas uma expressão de fraqueza.

Atualmente, o momento da morte continua ocorrendo longe da família; segundo Ariès (1981) “se tem todas as chances de morrer na solidão de um quarto de hospital” (p. 21). Segundo o mesmo autor, a mudança não ocorre somente em relação ao local onde a morte ocorre, mas também a como ela ocorre, visto que “A morte é um fenômeno técnico causado pela parada dos cuidados, ou seja, de maneira mais ou menos declarada, por decisão do médico e da equipe hospitalar” (Ariès, 2012, p. 86). Isso faz com que o morrer seja solitário, mecânico e desumano. Para Ariès (1981), esta passagem da morte para o hospital faz com que este seja o único local onde a morte pode esquivar-se de uma publicidade.

Na sociedade atual a morte permanece interdita, falar sobre esse tema ainda é um tabu. Várias figuras de linguagem são utilizadas para se referir à morte, omitindo, por muitas vezes, esse termo. Segundo Ariès (1981), “A atitude antiga em que a morte está ao mesmo tempo próxima, familiar e diminuída, insensibilizada, opõe-se demais à nossa, onde nos causa tanto medo que nem ousamos dizer-lhe o nome” (p. 31).

Paradoxalmente, a morte está cada vez mais próxima das pessoas, com o avanço das telecomunicações. A TV introduz diariamente cenas de morte, sem a menor possibilidade de elaboração. Para Ariès, apesar das mudanças que a atitude diante da morte sofreu, uma coisa permanece, “a morte sempre foi um fato social e público” (Ariès, 1981, p. 613). Ao mesmo tempo em que é interdita, a morte se torna cotidiana e invasiva, e, embora a morte esteja tão próxima, existe um silêncio sobre o assunto. “Dentro do círculo familiar ainda se hesita em desabafar [...] Só se tem o direito de chorar quando ninguém vê nem escuta: o luto solitário e envergonhado é o único recurso” (Ariès, 2012, p. 87).

A partir do momento que a morte é vista como fracasso, a atitude diante da morte é de tentar a qualquer custo driblá-la ou retardá-la o máximo possível. A morte é vista como uma inimiga que deve ser vencida a qualquer custo. Os profissionais da saúde muitas vezes buscam o lugar de deuses, com poderes sobre a vida e a morte. Os avanços tecnológicos dão a

ilusão de que se está cada vez mais próximo desse lugar. Enquanto não se têm o poder sobre a vida e a morte, são utilizados recursos para retardá-la. Por muitas vezes o termo morte prematura é utilizado, este termo traz a impressão de que existe uma hora certa para morrer. Podemos citar também os sinais de envelhecimento, que são cada vez mais evitados, já que são percebidos como a aproximação deste momento. Diante disso, percebe-se uma dificuldade em lidar com a morte, com o sofrimento e com o luto.

Porém a morte deveria ser “um processo digno de cuidados tal qual o nascimento, por fazer parte do mesmo fenômeno – a vida, dialética central da existência humana” (Oddone & Fukumitsu, 2008, p. 52).

Para Ariès (1981), durante o século XX surge uma forma nova de morrer, ao contrário do que ocorria em outras épocas, “nada mais anuncia ter acontecido alguma coisa na cidade [...] a sociedade já não faz uma pausa: o desaparecimento de um indivíduo não mais lhe afeta a continuidade. Tudo se passa na cidade como se ninguém morresse mais” (p. 613).

Ariès chama a atitude antiga diante da morte, essa morte familiar, de morte domada, e justifica: “não queremos dizer com isso que antes ela tenha sido selvagem e, em seguida, domesticada. Queremos dizer, pelo contrário, que ela se tornou hoje selvagem, enquanto anteriormente não o era” (1981, p. 31).

Segundo Ariès, a partir do século XX ocorre uma “rejeição e supressão do luto” (1981, p. 628). Para ele, a sociedade moderna “proíbe aos vivos de parecerem comovidos com a morte dos outros, não lhes permite nem chorar os que se vão” (Ariès, 2012, p. 227). Nessa perspectiva, o que se percebe é “a necessidade da felicidade, o dever moral e a obrigação social de contribuir para a felicidade coletiva, evitando toda causa de tristeza ou aborrecimento, mantendo um ar de estar sempre feliz, mesmo se estamos no fundo da depressão” (Ariès, 2012, p. 89).

O luto, antes compreendido como uma dor a qual a sua manifestação era legítima e

necessária agora apresenta uma nova configuração, na qual “os parentes dos mortos são, então, coagidos a fingir indiferença. A sociedade exige deles um autocontrole” (Ariès, 2012, p. 241). Diante disso, “G. Gorer distingue três categorias de enlutados: aquele que consegue esconder completamente a sua dor; o que a esconde dos outros, guardando-a para si mesmo; e o que a deixa aparecer livremente [...] No último caso, o enlutado obstinado fica impiedosamente excluído como um louco” (Ariès, 1981, p. 632).

3.2 UMA NOÇÃO DE BIOPOLÍTICA

Segundo Michel Foucault, a partir do século XVII surgem técnicas de poder centradas nos corpos dos indivíduos, por ele chamadas de disciplinas. Essas técnicas “causaram resultados profundos e duradouros no âmbito macropolítico (principalmente no que diz respeito à consolidação do Estado liberal, que é o estado moderno)” (Danner, 2017, p. 151).

Foucault fala a primeira vez sobre o conceito de biopolítica no último capítulo de *A Vontade de Saber* (1978), porém só irá definir este conceito e desenvolver suas implicações teórico-políticas nos seguintes cursos do College de France: Em defesa da sociedade (Foucault, 1997) e Segurança, território e população (Foucault, 2004).

O poder de soberania num primeiro momento passa por um processo de acomodação com as tecnologias disciplinares descritas por Foucault em *Vigiar e Punir* (1979). As disciplinas são dispositivos de poder, “métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade” (Foucault, 1987, p.156).

Estas estratégias dirigem-se aos corpos, têm por objetivo aumentar a força de trabalho ao mesmo tempo em que se diminui a força política (Caponi, 2012), força essa que pode ser de oposição, de resistência. O foco do trabalho das disciplinas está diretamente ligado ao

corpo dos indivíduos. As disciplinas tem por objetivo manipular gestos e comportamentos, adestrar os sujeitos, transformando-os em corpos “dóceis”, ou seja, submissos e exercitados. Se por um lado as disciplinas aumentam as forças dos corpos, no que diz respeito à utilidade econômica, por outro diminuem essa força no sentido político e de obediência (Danner, 2017).

Segundo Foucault, no final do século XVIII e início do século XIX ocorre uma transformação na organização do poder, no qual a autoridade do soberano, marcada até então pelo seu direito à vida e morte de seus súditos, sendo esta uma de suas características fundamentais, dá lugar a um novo modo de organização das relações de poder. Esta nova tecnologia de poder não descarta o poder disciplinar, mas o incorpora e o modifica, pretendendo outro alvo. “Se a disciplina atinge e atravessa o corpo do indivíduo, este novo poder – a biopolítica –, identificado por Foucault, visa o homem como ser vivo e como espécie” (Nalli, 2012, p. 132).

O “direito de deixar viver e de fazer morrer próprio do soberano, será substituído pelo direito ou pelo poder de fazer viver e deixar morrer, configurando-se assim o domínio dos biopoderes referidos aos corpos e às populações” (Caponi, 2012, p. 105).

Ao longo do século XIX, surge um novo processo que se integra à tecnologia disciplinar e a utiliza em um novo objeto de intervenção, os processos biológicos dos fenômenos populacionais. “Enquanto as disciplinas se referem ao corpo, o novo poder regulador não se dirige ao corpo, mas à vida, sendo seu objeto específico de interesse o homem enquanto ser vivo, o homem enquanto espécie biológica” (Caponi, 2012, p. 105). Segundo Nalli (2012), essas estratégias convergem para um mesmo fim “a vida humana como fim político, a vida humana como fato político” (p. 134).

A biopolítica, portanto, diz respeito aos processos biológicos, à existência humana enquanto espécie e pretende estabelecer sobre os homens uma espécie de regulamentação.

Para compreender e conhecer melhor esse corpo, é preciso não apenas descrevê-lo e quantificá-lo – por exemplo, em termos de nascimento e de mortes, de fecundidade, de morbidade, de longevidade, de migração, de criminalidade, etc. –, mas também jogar com tais descrições e quantidades, combinando-as, comparando-as e, sempre que possível, prevendo seu futuro por meio do passado (Danner, 2017, p. 154).

Essa nova tecnologia diz respeito à multiplicidade de homens, “na medida em que eles constituem uma massa global afetada por esses processos de conjunto que são próprios da vida, como os processos de nascimento, morte, reprodução, doenças, etc.” (Foucault, 1997, citado por Caponi, 2012, p. 106).

Foucault fala, portanto, de duas estratégias de poder que ocorrem seguidamente. A primeira refere-se ao homem como possuidor de um corpo, esta estratégia, portanto, é individualizante, já a segunda refere-se ao homem enquanto espécie biológica, sendo assim massificadora.

Com essa nova tecnologia de poder, faz-se necessária a construção de novos saberes acerca das populações, tais como: registros, estatísticas de nascimentos e mortes, taxas como de reprodução e de longevidade (Caponi, 2012). A produção de saberes como a Estatística, a Demografia e a Medicina Sanitária deriva, portanto, disto (Danner, 2017).

Foucault (1994), ao apresentar o conceito de biopolítica, qualifica a medicina social como uma estratégia biopolítica.

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se efetua somente pela consciência ou pela ideologia, mas também no corpo e com o corpo. Para a sociedade capitalista, é o biopolítico que importa antes de tudo, o biológico, o somático, o corporal. O corpo é uma realidade biopolítica; a medicina é uma estratégia biopolítica (Foucault, 1994, p. 210 citado por Nalli, 2012, p. 131).

Segundo Foucault, “A biopolítica lida com a população, e a população como problema político, como problema a um só tempo científico e político, como problema biológico e como problema de poder” (Foucault, 1999, pp. 292-293). A biopolítica das populações irá intervir em questões como política de controle de natalidade, mortalidade e endemias, intervenções na velhice, acidentes, doenças e outras anomalias que impedem o indivíduo de exercer suas atividades no mercado de trabalho e o estudo e controle da duração e dimensão das patologias, sendo que estas são vistas aqui como fatores que prejudicam a força de trabalho, acarretando em custos econômicos (Caponi, 2012).

Vários domínios do saber e da ação política são associados nessas estratégias de intervenção, como a demografia, a estatísticas, a medicina social e os conhecimentos produzidos pela higiene. Além destes, as estratégias de poder que atuam na forma de esquemas de regulação, gestão, mecanismos de segurança e de controle de riscos (Caponi, 2012).

O objetivo último da biopolítica será instalar para cada risco ou perigo que possa vir a ocorrer, mecanismos de segurança que têm certas semelhanças e certas diferenças com os mecanismos disciplinares. Ambos propõem-se a aumentar e maximizar a força de trabalho (Caponi, 2012, p. 107).

As disciplinas intervêm na potencialização das forças produtivas e na diminuição da capacidade política. Já a biopolítica atua a partir de outra duplicidade, à maximização da força das populações e de sua vitalidade, em contrapartida, o esquecimento dos indivíduos que se mantêm as margens da proteção estatal, aqueles que os governos “deixam morrer” (Caponi, 2012). A biopolítica supõe a oposição entre as populações as quais se destinam esquemas de higiene, segurança e proteção e as que serão ignoradas, sendo que estas serão alvo de estratégias de silenciamento, exclusão e controle, sendo definidas, a partir do uso de estatísticas, como anormais ou desviantes.

Desta forma, instala-se um olhar médico para os fatos sociais; a partir do qual as coisas são percebidas por meio de sua organização ao redor da norma, onde é definido o que é normal do que é anormal, por meio do pensamento médico (Foucault, 1997).

A norma é o elo entre o “entre o elemento disciplinar do corpo individual (disciplinas) e o elemento regulamentador de uma multiplicidade biológica (biopoder)” (Danner, 2017, p. 155).

Portanto, as individualidades diferenciais serão tomadas num quadro estatístico como normalidades diferenciais que, consideradas em suas diferenciações dentro de um mesmo quadro estatístico de normalidade, podem ser tecnicamente trabalhadas de modo a minimizar os aspectos deletérios e negativos de alguma normalidade, forçando-a a se aproximar daquelas ditas favoráveis. Esta é a meta por excelência da biopolítica considerada como um conjunto complexo de estratégias normativas e reguladoras, pelas quais se gere e garante vidas e subjetividades consideradas, senão ótimas e ideais, ao menos mais favoráveis para o coletivo social (Nalli, 2012, p. 144).

A sociedade de normalização é aquela onde a norma disciplinar e a norma de regulamentação se cruzam. Isto permite um conjunto de ações que tem por objetivo alcançar a sociedade, enquanto uma totalidade. Isto se dá a partir do apoderamento da vida como fim, objeto e efeito das estratégias biopolíticas. Segundo Nalli, “é patente o primado da norma em todo o conjunto de forças e relações tecnológicas pelas quais se regula a vida social” (Nalli, 2012, p. 139).

Para Foucault, “uma sociedade normalizadora é o efeito histórico de uma tecnologia de poder centrada na vida” (1988, citado por Danner, 2017, p.155).

Parece-me que um dos fenômenos fundamentais do século XIX tem sido o que poderíamos denominar uma invasão da vida pelo poder: ou se vocês desejam, um exercício de poder sobre o homem enquanto ser vivo, uma sorte de estatização do

biológico, ou pelo menos uma certa tendência ao que se poderia denominar uma estatização do biológico (Foucault, 1997, p. 286).

Aqui o poder não se refere à vida cotidiana, nem à vida como fato existencial, mas à vida em seu domínio biológico. Nessa perspectiva a pluralidade da condição humana é reduzida somente a processos biológicos.

Em o Nascimento da Biopolítica, Foucault afirma que pretende “entender de que modo a prática governamental tentou racionalizar os fenômenos colocados por um conjunto de seres vivos constituídos como uma população: problemas relativos à saúde, à higiene, à natalidade, à longevidade, às raças e outros (Foucault, 2004, p. 27, citado por Caponi, 2012, p. 109).

Diante disso, saberes como a higiene, a saúde pública e a medicina ocupam lugar privilegiado na sociedade moderna, pois possibilitam junção entre os saberes biológicos e as intervenções do governo sobre os indivíduos e as populações (Caponi, 2012).

A biopolítica é um modo de gestão, um conjunto de estratégias utilizadas pelos governos sobre uma população que é reduzida ao campo biológico, aos processos ligados à vida e morte.

A biopolítica é justamente aquilo que se opõe à política entendida como governo de si, como espaço de constituição ética e política da subjetividade. Aquilo que permite substituir o diálogo argumentativo, essencial para a construção do espaço político, pela urgência, pela imediata e irreflexiva satisfação das necessidades, reduzindo a pluralidade da condição humana a processos biológicos (Caponi, 2012, p. 113).

3.3 BIOPOLÍTICA E MEDICALIZAÇÃO

Em *Os Anormais* (1999) Foucault analisa o discurso que integrou ao campo da psiquiatria fatos da vida cotidiana, que fazem parte da condição humana, como, por exemplo, “a tristeza profunda, a desatenção na infância, a excessiva preocupação com o trabalho, as alterações em nossos padrões de sono ou apetite” (Caponi, 2014, p. 743).

Foucault diz que, diferentemente da disciplina, que tem por objetivo atingir o corpo do indivíduo, a biopolítica tem como finalidade o homem como espécie. “A nova tecnologia que se instala se dirige à multiplicidade dos homens, mas não resumidos a corpos, mas como ela forma, ao contrário, uma massa global, afetada por processos de conjunto que são próprios à vida, e que são processos como o nascimento, a morte, a produção, a doença, etc.” (Foucault, 1999, p. 289). A disciplina é voltada ao corpo-indivíduo, já a biopolítica irá se dirigir ao que é natural da espécie humana. Essa tomada de poder é, portanto, massificante e não mais individualizante. Segundo Nalli “a biopolítica como uma ‘tecnologia regulamentadora da vida’ visa uma espécie de homeostase social” (2012, p. 132) visto que tem por objetivo operar na natureza biológica das populações e em sua normalização.

Foucault pretende compreender o modo de funcionamento da medicina a partir do século XVII, identificando alguns pontos específicos na sua formação, sendo eles: “(a) o surgimento da autoridade do médico; (b) o surgimento de um campo de intervenção médica distinto da doença; (c) a introdução do hospital como aparelho de medicalização coletiva; e (d) a introdução de mecanismos de administração médica a partir da coleta de dados e análises estatísticas” (Foucault, 1994, p. 209, citado por Nalli, 2014).

Illich (1975, citado por Tesser, 2006) diz que a institucionalização da medicina se tornou uma ameaça à saúde. Segundo o autor isso ocorre a partir de três tipos de iatrogênese, sendo eles a clínica, “que se constitui nos danos ao indivíduo ocasionados pelo uso da

tecnologia médica, diagnóstica e terapêutica”, a iatrogênese social, “que gera uma desarmonia entre o indivíduo e o seu grupo social, resultando em perda de autonomia na ação e no controle do meio, expropriação da saúde enquanto responsabilidade das pessoas e disseminação do papel de doente como comportamento apassivado e dependente da autoridade médica” e a última delas seria a iatrogênese cultural, que diz respeito “a destruição do potencial cultural para lidar autonomamente com boa parte das situações de enfermidade, dor e morte” (Illich, 1975, citado por Tesser, 2006, p. 63). Segundo Illich, uma doença iatrogênica “é aquela que não existia antes do tratamento médico aplicado, ou seja, é provocada pela ação da medicina” (1975, citado por Tabet, Martins, Romano, Sá, & Garrafa, 2017, p. 1188).

Segundo Caponi (2014), “a existência inevitável de fronteiras instáveis, difusas e ambíguas entre o normal e o patológico no campo da saúde mental parece ter possibilitado o crescente processo de medicalização de condutas consideradas socialmente indesejáveis, que passaram a ser classificadas como anormais” (Caponi, 2014, p. 744). A esse processo Foucault (1999, citado por Caponi, 2014) irá chamar de medicina do não patológico.

De acordo com Nalli (2014), a medicina social diz respeito a uma sucessão de estratégias biopolíticas para controle e gestão da população, tendo por objetivo tornar a população mais saudável, visando uma atuação preventiva contra qualquer possibilidade de perigo que possa provir dela.

Nessa perspectiva, a população passa a ser um problema biopolítico devido à complexidade da sua natureza, e é em função dela que se estabelece uma classe de medicalização (Nalli, 2014). Ainda segundo o mesmo autor,

Se a prática terapêutica se torna questão médica por excelência, não o é em função de uma demanda do paciente a ser atendida pelo médico, será em função de uma “somatocracia” instaurada a partir de uma medicalização da população agindo em suas

variáveis, antes e durante a deflagração do patológico. Isso quer dizer que a ação terapêutica não é um movimento pelo restabelecimento da saúde como reação diante das situações críticas da morbidez, mas um movimento complexo de prevenção, controle e minimização dos riscos e perigos da doença. É, portanto, nesse contexto mais amplo da medicalização do corpo e da população que se coloca a questão da terapêutica (Nalli, 2014, p. 132).

A medicalização diz respeito à criação ou a incorporação de alguma situação não médica pela medicina, ou seja, quando algum problema não médico é caracterizado como doença, transtorno ou outro e é dada a autorização para que os profissionais da medicina possam ofertar tratamentos para essas questões (Carvalho, Rodrigues, Costa, & Andrade, 2015). Nesta perspectiva, para Guarido,

Há aí uma inversão não pouco assustadora, pois na lógica atual de construção diagnóstica, o remédio participa da nomeação do transtorno. Visto que não há mais uma etiologia e uma historicidade a serem consideradas, pois a verdade do sintoma/transtorno está no funcionamento bioquímico, e os efeitos da medicação dão validade a um ou outro diagnóstico. O caráter experimental da administração de medicamentos pode ser acompanhado nos procedimentos médicos atuais, bem como a mudança dos diagnósticos pela variação dos sintomas apresentados em certo espaço determinado de tempo (Guarido, 2007, p. 154).

Diniz (2008) define a medicalização como

o processo pelo qual o modo de vida dos homens é apropriado pela medicina e que interfere na construção de conceitos, regras de higiene, normas de moral e costumes prescritos – sexuais, alimentares, de habitação – e de comportamentos sociais. Este processo está intimamente articulado à idéia de que não se pode separar o saber – produzido cientificamente em uma estrutura social – de suas propostas de intervenção

na sociedade, de suas proposições políticas implícitas. A medicalização tem, como objetivo, a intervenção política no corpo social. O fenômeno da medicalização social surge e se desenvolve, historicamente, no contexto das sociedades disciplinares (2008, on-line).

A mesma autora coloca ainda que medicar pode ser necessário, mas isto deve ser avaliado caso a caso, diferentemente do que ocorre nos processos de medicalização.

Segundo Foucault (citado por Nalli, 2014), a medicalização da população não é caracterizada por um procedimento terapêutico, mas tem por objetivo a prevenção e a antecipação de anomalias. A psiquiatria abdica de sua função primária, a de cura, e passa a concentrar-se no papel de proteção e ordenação social e biológica. “A abdicção de sua função terapêutica não limitou sua ação; antes, reforçou sua condição política e generalizou sua atuação social” (Nalli, 2014, p. 132).

Nessa perspectiva, dentre as inúmeras práticas a partir das quais o Estado governa, encontra-se a Medicina. Para Foucault, “o controle da sociedade sobre os indivíduos não se efetua somente pela consciência ou pela ideologia, mas também no corpo e com o corpo. Para a sociedade capitalista, é o biopolítico que importa antes de tudo, o biológico, o somático, o corporal. O corpo é uma realidade biopolítica; a medicina é uma estratégia biopolítica”. (Foucault, 1994, p. 210).

Segundo Carvalho, et al. (2015), “Toda Medicina é social e política, variando, no entanto, conteúdos, modus operandi e objetivos com que suas práticas exercem intervenção sobre o corpo, a saúde e a vida dos indivíduos e coletivos” (p. 1263). Carvalho et al. (2015) enunciam ainda o seguinte:

Não negamos aqui o papel da Medicina no controle social e as alianças hegemônicas de seus profissionais e instituições com aquilo e aqueles que buscam manter o status quo. No entanto, reconhecemos, em um aparente paradoxo, que a Medicina tem

cumprido, para o bem e para o mal, um papel social na fabricação de nossos regimes morais e éticos (p. 1264).

Segundo Moysés e Collares (2008), esse processo ocorre “Com o consentimento da sociedade, que delega à medicina a tarefa de normatizar, legislar e vigiar a vida, estão colocadas as condições históricas para a medicalização da sociedade” (2008, p. 1). Desta forma, a Medicina é compreendida como uma instituição de controle social (Carvalho et al., 2015). Segundo Nalli, “as normas são, por definição, produtivas. Elas produzem vida e subjetividades” (2012, p. 142). Nesse cenário o que ocorre é uma tendência a que a singularidade dos pacientes não seja respeitada.

Portanto, segundo os mesmos autores,

a Medicina é considerada uma estratégia de saber-poder que busca, através de sua prática e do conhecimento científico adquirido, estruturar um campo de ação na sociedade que opera sobre os mecanismos de produção de subjetividade dos indivíduos. Efetua-se, aqui, uma dobra que envolve, no mesmo processo, poderes, saberes e produção de subjetividade. Portanto, diferente da tradição crítica à medicalização, sua capacidade de fabricar novas verdades e técnicas para responder às mais variadas possibilidades de ação dos sujeitos na sociedade (Carvalho, et al., 2015, p. 1257).

Alguns autores (Clarke et al. 2003, citado por Carvalho, et al., 2015) intitulam as mudanças nas práticas de saúde de “biomedicalização”, e definem como uma de suas principais características a incorporação de inovações tecnocientíficas na Medicina. Esses autores demonstram esse fenômeno a partir de um conjunto de mudanças importantes que ocorrem nos países desenvolvidos, tais como:

(1) a reconstituição político-econômica do vasto setor da Biomedicina; (2) uma crescente ênfase na Medicina e Saúde Pública em estratégias de supressão do risco e

aumento da vigilância; (3) transformações no modo com que os conhecimentos biomédicos vêm sendo produzidos, distribuídos e consumidos, com papel destacado do setor privado e novos modelos de gestão da saúde; e (4) a transformação dos corpos humanos objetivando acrescentar-lhes novas características e propriedades, tendo como objetivos a diminuição da susceptibilidade dos indivíduos aos agravos à saúde e a otimização da vida (Carvalho et al., 2015, p. 1261).

Diante disso, faz-se importante pensar sobre os manuais diagnósticos nesse contexto, visto que, para Tabet et al. (2017),

Ao catalogar os portadores de anormalidades, a medicina os coloca sob o controle de sua linguagem e de seus costumes. A definição da anormalidade muda de uma cultura para outra, através da qual cada civilização cria as suas próprias doenças, e um mesmo sintoma pode excluir da sociedade um homem, seja executando-o, exilando-o, abandonando-o, encarcerando-o, hospitalizando-o; ou pode acolhê-lo, cercando-o de respeito, donativos e subvenções (p. 1192).

O DSM-5, diferentemente das edições anteriores, propõe um caráter preditivo aos diagnósticos. Segundo Resende, Pontes e Calazans (2015), essas mudanças fortalecem o movimento de “patologização e medicalização da vida dos sujeitos” (p. 536) que já vinha ocorrendo ao longo das edições anteriores do DSM.

Ainda segundo os mesmos autores, a partir da análise dos dados sobre a venda de medicamentos em nosso país podemos perceber que estamos num processo de medicalização do sofrimento. Este não é um fenômeno observado apenas no Brasil, mas ele acompanha uma tendência mundial.

Pande e Amarante (2017) falam sobre a iatrogenia psicofarmacológica nos transtornos mentais, segundo eles “apesar do aumento significativo de substâncias supostamente capazes de combater os chamados transtornos mentais, o número de pessoas com diagnósticos desta

natureza tem aumentado. Tal paradoxo é consequência do próprio efeito iatrogênico dos medicamentos” (citado por Tabet et al., 2017, p. 1190).

Como exemplo desse processo pode ser citado o que aconteceu durante o processo de construção do DSM-5, no qual

O Instituto de Saúde Mental dos Estados Unidos, que trabalha com as pesquisas científicas que sustentam sua publicação, se negou a ver o nome da entidade associado a ela. Esse fato político é relevante porque o instituto é o maior patrocinador mundial de pesquisas em saúde mental. Uma de suas principais críticas ao manual foi a de que sua lógica estava contaminada pelos interesses da indústria dos psicofármacos (Guldberg, 2014, citado por Schillings, 2017, p. 119).

Vale considerar aqui que, alguns autores defendem de que alguns processos escapam do conceito de medicalização; segundo eles devemos pensar também num processo de “farmacologização” que seria a “transformação de condições, capacidades e potencialidades humanas em oportunidades para intervenções farmacológicas” (Williams et al., 2011, citado por Camargo Jr., 2013, p. 845).

Segundo Tesser (2006) “A medicalização transforma culturalmente as populações, com um declínio da capacidade de enfrentamento autônomo da maior parte dos adoecimentos e das dores cotidianas. Isso desemboca num consumo abusivo e contraprodutivo dos serviços biomédicos, gerando dependência excessiva e alienação” (p. 61).

Ainda segundo o mesmo autor, em um meio medicalizado a dor deixa a pessoa em sofrimento perturbada e desorientada, fazendo com que ela fique sem outros recursos para lidar com a situação, a não ser entregar-se a um tratamento médico.

A cultura medicalizada deixa o homem desamparado e incompetente, pondo-o nas mãos do trato médico profissional, estranho à compreensão tradicional ou pessoal do doente - às vezes já resquicial – e desagregador das relações entrelaçadoras do homem

com sua doença, seu meio, a natureza, seus próximos e com ele mesmo (Tesser, 2006, p. 65).

O atual contexto dos campos da saúde, configura

um novo regime de gestão da vida, que desloca a Medicina do lugar de agente do cuidado para o de prescritora de técnicas e orientações diversificadas a serem elegidas pelos experts e executadas pelos indivíduos-consumidores em relação ao manejo de seus próprios corpos, na incessante busca por “saúde” (Carvalho et al., 2015, p. 1261).

Faz-se, portanto, importante questionar quais as implicações que o atual DSM pode ter nesse movimento medicalizante, partindo da hipótese de que esse instrumento configura-se como parte deste movimento, visto que ele tenta sistematizar e justificar toda uma análise diagnóstica.

Ao longo das edições dos DSMs a quantidade de diagnósticos psiquiátricos se multiplicou, passando de 128 em sua primeira edição a 541 em sua atual versão (DSM-5). O DSM-IV, de 1994 “multiplicou o número de diagnósticos psiquiátricos de acordo com sintomas clínicos bastante ambíguos, possibilitando o surgimento de novas terapêuticas, que podem ser ou não farmacológicas” (Caponi, 2014, p. 743). Segundo a mesma autora, há uma vasta literatura sobre os limites desse aumento na quantidade de diagnósticos, que transformam quase todos os sofrimentos, condutas e experiências humanas em termos médicos.

Percebe-se um aumento exponencial na quantidade de categorias diagnósticas ao longo das edições do DSM, especialmente na última edição quando os critérios para definição das categorias adotados têm seus métodos baseados em estatística e não na clínica. Na atual edição nota-se a “apropriação pelo campo médico de questões que anteriormente não eram considerados médicas, mas de outra ordem, como jurídica, social ou existencial” (Resende, Pontes, & Calazans, 2015, p. 538). O que se percebe é que os problemas sociais estão cada

vez mais sendo medicalizados, isto é, compreendidos pela medicina como “doenças” passíveis de tratamento

Desse modo, a Medicina é considerada uma estratégia de saber-poder que busca, através de sua prática e do conhecimento científico adquirido, estruturar um campo de ação na sociedade que opera sobre os mecanismos de produção de subjetividade dos indivíduos. Efetua-se, aqui, uma dobra que envolve, no mesmo processo, poderes, saberes e produção de subjetividade. Portanto, diferente da tradição crítica à medicalização, sua capacidade de fabricar novas verdades e técnicas para responder às mais variadas possibilidades de ação dos sujeitos na sociedade (Carvalho, et al., 2015, p. 1257).

3.4 NORMAL E PATOLÓGICO

Em *O Poder Psiquiátrico* (2003), Foucault aborda uma nova problemática sobre a loucura, na qual não diz apenas sobre as representações da loucura como em *a História da Loucura* (1961), mas sim sobre os “discursos e estratégias de poder sobre as quais se edifica a psiquiatria” (Caponi, 2014, p. 744).

Nessa perspectiva “novos discursos e certezas se instalam no campo das ciências da vida, novas intervenções sobre as populações que se validam nas promessas de um saber médico e psiquiátrico obsecado (sic) por antecipar os riscos” (Castiel, 2007 citado por Caponi, 2012, p. 103).

Conforme afirma Foucault em *O Nascimento da Clínica*, a Medicina Moderna produziu a doença – tendo como referência o normal e o patológico – mas, acima de tudo, fabricou um corpo-sujeito que contém as doenças (Carvalho et al., 2015).

Segundo Schillings (2017), “o ‘normal’ é um critério de validação social que representa consenso de alguns grupos em determinados posicionamentos sociais” (pp. 118-119). De acordo com essa autora, no atual sistema econômico e social, os critérios relacionados aos comportamentos e às normas sociais parecem ser suficientes para classificar uma pessoa como saudável ou não.

Segundo Foucault, “a Medicina não é um conjunto dado e objetivo de fatos, mas, antes, um sistema de valores e práticas formatados através de relações políticas e sociais que, muitas vezes, não aparentam ter relação direta com a Medicina” (Foucault, 1977, citado por Carvalho, et. at., 2015, p. 1260).

No que diz respeito à atuação da medicina, para Canguilhem (2009), “o que lhes interessa é diagnosticar e curar. Teoricamente, curar é fazer voltar à norma uma função ou um organismo que dela se tinham afastado” (p. 47).

Canguilhem aponta que o conceito de normal apresenta uma dupla característica e isto é essencial para a compreensão das intervenções médicas, visto que o conceito de normal está relacionado a “valores de referência, as médias e as variações admissíveis para um determinado fenômeno biológico” estabelecidos a partir de estatísticas. Porém este conceito também diz respeito ao “que deve ser considerado desejável em determinado momento e em determinada sociedade” (1990, citado por Caponi, 2012, p. 109), trata-se, portanto também de um conceito que carrega um juízo de valor, um conceito normativo. Ainda segundo Canguilhem, “os fenômenos patológicos nos organismos vivos nada mais são do que variações quantitativas, para mais ou para menos, dos fenômenos fisiológicos correspondentes. Semanticamente, o patológico é designado a partir do normal” (2009, p. 12). É, portanto, a partir desses recursos (normas e estatísticas) que a medicina pode chegar a afirmar de que forma uma conduta deve ser.

Segundo Foucault (1997, citado por Nalli, 2014), na sociedade de normalização a norma da disciplina e a norma da regulamentação se cruzam. No século XIX o poder apropria-se da vida, do orgânico ao biológico, do corpo à população. Isso se dá a partir das tecnologias de disciplina e das tecnologias de regulamentação.

é cada vez menos o direito de fazer morrer e cada vez mais o direito de intervir para fazer viver, e na maneira de viver, e no “como” da vida, a partir do momento em que, portanto, o poder intervém sobretudo nesse nível para aumentar a vida, para controlar seus acidentes, suas eventualidades, suas deficiências, daí por diante a morte, como termo da vida, é evidentemente o termo, o limite, a extremidade do poder. (Foucault, 1997, p. 221 [p. 295s])

A medicina social, como estratégia biopolítica, tem como alvos a população, porém esta não pode ser tomada como uma unidade, pois é composta de uma diversidade de sujeitos, encarados como hierarquicamente desiguais: raça superior e inferior, diferentes classes sociais, etc. A partir dessas caracterizações, certos subgrupos passam a ser encarados como perigosos para os demais. A biopolítica confirma a diferença e a desigualdade, fazendo um juízo de valor sobre ela e classificando como desvio, periculosidade, risco, anormalidade (Nalli, 2014). Desta forma,

a sociedade de normalização é uma sociedade onde a disciplina e a regulamentação se articulam em torno das normas, permitindo um conjunto de ações planejadas e que visam atingir a sociedade como um todo, a partir de um expoente aglutinador capital, que é a vida, tomada como seu fim, seu objeto e seu efeito. De um modo ou de outro, é patente o primado da norma em todo o conjunto de forças e relações tecnológicas pelas quais se regula a vida social (Nalli, 2012, p. 139).

Ainda segundo o mesmo autor, as normas coagem a vida e a subjetividade, a partir do entendimento destas como experiências que podem ser qualificadas por meio de padrões

normativos previamente estabelecidos, nos quais as experiências podem ser classificadas e hierarquizadas.

O DSM-III foi a primeira edição a apresentar uma definição de transtorno mental. Essa definição foi revisada para a atual edição, o DSM-5. Segundo o que consta na atual edição, cada transtorno identificado neste manual deve satisfazer a seguinte definição:

Um transtorno mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes (APA, 2014, p. 20).

Numa perspectiva biopolítica, a multiplicidade de circunstâncias próprias da condição humana é reduzida à sua dimensão biológica, a partir da compreensão de que isso basta para poder governar as sociedades, reduzindo o homem a sua identidade enquanto espécie (Caponi, 2012).

No momento em que o domínio da ética e da política é reduzido ao campo do biológico, do corpo espécie, nossos sofrimentos individuais e cotidianos, nossos vínculos sociais, medos e desejos passarão a estar mediados por intervenções terapêuticas ou preventivas, sejam elas médicas ou psiquiátricas, interessadas em classificar todos os assuntos próprios da condição humana em termos de normalidade ou de patologia, limitando cada vez mais nossa margem de decisão ética e de ação política (Caponi, 2012, p. 112).

A psiquiatria, com sua perspectiva biologizante, estabelece “uma relação de poder em que o médico é detentor de uma verdade a despeito do sujeito e que atua na promoção de uma ordem social sem sintomas” (Resende, Pontes, & Calazan, 2015, p. 538).

3.5 A MEDICINA SOCIAL E A PSIQUIATRIA NO CONTEXTO DA BIOPOLÍTICA

Na Sociedade moderna, um novo cenário se apresenta, no qual o direito à igualdade existe aliado à garantia de que o Estado deve dar às expressões das diferentes características pessoais. Portanto, o indivíduo é alvo e efeito das intervenções da sociedade burguesa, resultado de “um modo de viver que individualiza, a experiência subjetiva da e na modernidade instaura as condições de constituição de um modo-padrão de experimentar as relações no mundo, o MODO-INDIVÍDUO” (Barros & Josephson, 2007, p. 441).

Nessa perspectiva, o caráter individual da experiência humana se fortalece.

Esta aliança entre o liberalismo e o romantismo sedimenta-se com as práticas disciplinares em curso que tratavam de examinar, classificar, regular e distribuir, no espaço social, os indivíduos. A sociedade, entendida como soma dos indivíduos, comporia um todo que deveria funcionar para viabilizar tais interesses individuais (Barros & Josephson, 2007, p. 442).

Diante disso, no século XVIII, se constitui uma medicina social como estratégia biopolítica, que compreende o indivíduo como corpo-coletivo-produtivo e que é centrada no corpo deste indivíduo. Foucault define biopolítica como as estratégias utilizadas para controle das populações, estratégia essa que investe no próprio corpo das populações tanto quanto no dos indivíduos. Segundo o mesmo autor, a medicina é uma estratégia Biopolítica (Foucault, 1979, citado por Barros & Josephson, 2007).

As novas relações de poder passam a ter como objeto a vida. Isto ocorre de duas formas, uma que tem por objetivo o corpo como máquina, seu adestramento e ampliação de aptidões; a outra é a biopolítica, que

centrou-se no corpo-espécie, no corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos: a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o

nível de saúde, a duração da vida, a longevidade, com todas as condições que podem fazê-lo variar; tais processos são assumidos mediante toda uma série de intervenções e controles reguladores: uma biopolítica da população (Foucault, 1988, p. 131).

A medicina investe seu olhar para os movimentos sociais franceses e ingleses que buscavam melhores condições de trabalho, numa tentativa de “não mais esquadrihar apenas os corpos dos indivíduos, mas o corpo das populações, dos grandes grupos” (Barros & Josephson, 2007, p. 443). Tratava-se de uma biopolítica das populações.

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa pelo corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que antes de tudo investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica (Foucault, 1989, citado por Caponi, 2012, p. 23).

O Estado passa a ser definido pela massa da população que se torna um alvo a ser enquadrado. O Estado é quem produz essa operação biopolítica e tem auxílio da tecnologia disciplinar operada pela medicina. A medicina, neste cenário, funciona como uma polícia, pois além de difundir normas para cuidados com saúde e higiene era também quem controlava sua aplicação (Barros & Josephson, 2007).

Diante disso, nota-se um crescimento dos movimentos de resistência, entendida aqui como sendo aquela que se exerce nas relações de poder. Nesta concepção, “a resistência é ela mesma uma ação nas relações de poder” (Barros & Josephson, 2007, p. 443).

As populações dos grandes centros urbanos europeus precisaram aprender que os modos de funcionamento no espaço público deveriam respeitar certos padrões de civilidade definidos, já no espaço privado o que prevalecia era a transparência das relações pessoais. As esferas pública e privada configuram-se como esferas espaciais e morais, que exigem comportamentos diferentes (Barros & Josephson, 2007). Nesse contexto, com a não revelação dos sentimentos particulares em público e o vigiar das expressões individuais, o que se pode

observar é a função disciplinadora dos corpos, as disciplinas passam a controlar os corpos e a população, “As disciplinas ordenam as diversidades” (Barros & Josephson, 2007, p. 445). Esse poder disciplinar define modos de relação entre as esferas pública e privada que refletem no modo como pensamos a distinção desses âmbitos na contemporaneidade.

O século XIX esteve marcado pelos movimentos de massa, o que significou uma mudança nas forças até então existentes, porém o modo de subjetivação individual mantém-se dominante. As massas representam um conjunto de indivíduos que, neste grupo, apresentam certas características peculiares. Estas características são vistas como distorções da natureza individual, mas também como força fundamental para a transformação da sociedade.

A massa, ainda que apareça em alguns de seus textos como algo desordenado e intolerante, ao ser relacionada à noção de público, abre uma perspectiva de multiplicidade: a massa não é apenas exaltada e irascível; ela também estabelece diversas relações sociais, cuja efetuação constitui o público (Barros & Josephson, 2007, p. 449).

Segundo Le Bon (1954), o indivíduo, quando imerso em uma multidão, atua de modo impulsivo, perdendo seu autocontrole e agindo de forma irracional.

Forma-se uma “mente coletiva” que se apossa de cada um, produzindo a incapacidade para raciocinar, a ausência do espírito crítico e de discernimento e uma unanimidade da qual cada um tem consciência e que traz consigo o dogmatismo, a intolerância, o sentimento de poder absoluto e a perda da noção de responsabilidade (Le Bon, 1954, citado por Barros & Josephson, 2007, p. 450).

Para Deleuze e Guattari a sociedade e o indivíduo são atravessados simultaneamente por dois modelos de organização do *socius*: um molar e outro molecular. Esta ideia indica que tudo é macro e micropolítica ao mesmo tempo. A leitura proposta por Deleuze e Guattari acerca da compreensão de massa como perigo, muito difundida no século XIX, “nos permite

indicar que o que se temia era o processo de desterritorialização provocado pelas massas, já que em seu plano molecular elas são fluxos que se deslocam sem cessar, desmanchando formas instituídas e levando à constituição de outros modos de subjetivação” (citado por Barros & Josephson, 2007, p. 457).

Juntamente com os saberes médicos higienistas, cabia a polícia zelar pela ordem, nesse momento, os saberes psi contribuíram com as estratégias de controle da massa pobre e miscigenada. O estudo de características atribuídas a negros e indígenas e que eram compreendidas como heranças biológicas, permitia ao saber “psi” separar o normal do desviante, o doente do são, dentre outras dicotomizações. Ou seja, estabelecer estratégias relativas ao dispositivo disciplinar e que tinham por objetivo qualificar e distribuir os indivíduos a partir de normas, criando categorias de anormalidades classificadas e controladas sistematicamente, como por exemplo o louco e o são (Barros & Josephson, 2007).

A importância crescente da norma sobre a lei é uma característica do biopoder, a ideia de que é necessário definir o normal a partir daquilo que lhe é oposto, ou seja, a figura dos anormais, o que é exceção. “A exceção tem uma função estratégica, que é a de auxiliar na conformação da identidade de um grupo, permitindo demarcar fronteiras entre normalidade e desvio” (Caponi, 2012, p. 24).

Os estudos e as estratégias eugênicas definem as características dessa biopolítica da população, tendo em vista, ao mesmo tempo que propõe o melhoramento da raça e espécie, “parece precisar da construção de corpos sem direito, que se configuram como simples ‘vida nua’, vida que se mantém às margens das relações de poder, vida que pode ser submetida e até aniquilada” (Caponi, 2012, p. 24).

O neoliberalismo deve ser visto para além de uma teoria econômica, mas como o discurso hegemônico de um modelo civilizatório, ou seja, como uma síntese dos pressupostos e valores da sociedade liberal moderna (Lander, 2005).

A sociedade liberal constitui- de acordo com esta perspectiva - não apenas a ordem social desejável, mas também a única possível. Essa é a concepção segundo a qual nos encontramos numa linha de chegada, sociedade sem ideologias, modelo civilizatório único, globalizado, universal, que torna desnecessária a política, na medida em que já não há alternativas possíveis a este modo de vida (Lander, 2005, p. 8).

Foi necessário um regime de disciplina e normatização para que as pessoas entrassem nas fábricas. Não bastava expulsar os camponeses e servos das terras, a economia moderna exigia uma transformação dos corpos, dos indivíduos e das formas sociais. Esse regime de normatização teve como produto o homem econômico (Lander, 2005).

As lutas sociais passam a definir-se no interior da sociedade liberal. A ideia de modernidade tem quatro aspectos básicos:

1) a visão universal da história associada à ideia de progresso (a partir da qual se constrói classificação e hierarquização de todos os povos, continentes e experiências históricas); 2) a naturalização tanto das relações sociais como da “natureza humana” da sociedade liberal-capitalista; 3) a naturalização ou ontologização das múltiplas separações próprias dessa sociedade; e 4) a necessária superioridade dos conhecimentos que essa sociedade produz (“ciência”) em relação a todos os outros conhecimentos (Lander, 2005, p. 13).

Diante disso, as categorias de economia, Estado, sociedade civil, mercado, classes, etc., passam a ser não somente categorias gerais para a análise de qualquer realidade, mas em proposições normativas que estabelecem normas para todos os povos (Lander, 2005).

Para Lander (2005), esta construção eurocêntrica organiza o tempo e espaço para toda a humanidade, a partir de seu próprio ponto de vista, colocando desta forma sua cultura como padrão de referência e as outras formas que fogem à norma não são vistas apenas como diferentes, mas como arcaicas, primitivas.

Segundo Nikolas Rose (2007, citado por Castiel, 2012) “uma das formas de se entender a subjetividade humana, especialmente no contexto das sociedades liberais avançadas, era considerando nossos ‘eu interiores’(sic) como amplos e profundos territórios com áreas inacessíveis à consciência” (p. 10).

Na sociedade de normalização a norma da disciplina e a norma da regulamentação se cruzam, a partir disso, no século XIX o poder se incumbe da vida, do orgânico ao biológico, dos corpos à população por intermédio das tecnologias de disciplina e de regulamentação.

Foucault pôde interpretar que a vida se transforma não mais em mero resultado e efeito de estratégias biopolíticas, mas em seu próprio fim e valor último. É nesse contexto que a biopolítica tem que ser tomada como normalizadora. E é, portanto, nessa relação intrincada que se pode tomar a biopolítica como produtora de vida, uma vez que por meio desse processo de normalização a vida de indivíduos, de normalidades diferenciais, considerada vantajosa dentro de um quadro estatístico de análise da população, pode ser alçada à condição de norma-padrão a ser almejada, intensivada, incitada; enfim, produzida (Nalli, 2012, p. 146).

Sobre a terapêutica, Nalli diz que deve ser pensada como técnica e saber e não pode se resumir apenas a um saber curar e restabelecer a saúde, mas a um saber sobre o que preservar, defender e restabelecer, isto é, a um saber sobre a saúde tomada como modelo ou fim a ser preservado e sobre a própria dinâmica processual da doença, com o fim de determinar o momento mais propício para intervir de modo a interromper o ciclo mórbido (Nalli, 2014, p.133).

A doença passa a ser caracterizada a partir de outros critérios, dentre eles a noção de caso. Com isso, a doença de uma forma geral deixou de ser tomada como “doença reinante”, isto é, dotada de certa sorte de natureza substancial, para ser caracterizada sob outros critérios: inicialmente, “individualizar os fenômenos coletivos e coletivizar os fenômenos individuais”

(Nalli, 2014, p. 134), a partir de um sistema de quantificação e distribuição, a partir do qual pode-se avaliar as possibilidades de contágio e formular cálculos de riscos.

A psiquiatria ampliada, que tem por interesse definir e classificar as doenças do homem normal, tornou as fronteiras entre o normal e o patológico cada vez mais ambíguas, concomitantemente naturalizou-se a medicalização de comportamentos, estendendo-se a todos os domínios de nossa existência. Diante disso, faz-se necessário pensar esse movimento ocorre nos manuais diagnósticos, especialmente no DSM. Para isto, será feito um resgate histórico sobre o desenvolvimento desse manual até a atual versão.

3.6 DO DSM-I AO DSM-5: ASPECTOS HISTÓRICOS

Conhecer o DSM e estar familiarizado com seu uso são ferramentas fundamentais para profissionais que trabalham com pessoas com doenças mentais, visto que:

O Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM) é o recurso mais disseminado para o diagnóstico de transtornos mentais. Como tal, tem enorme influência sobre a assistência e as pesquisas clínicas acerca dessas condições e sobre a compreensão de pacientes, familiares e do público com relação a transtornos mentais (Roberts & Louie, 2017).

Segundo Gonçalves, o movimento para se pensar em uma classificação dos transtornos mentais nos Estados Unidos surgiu a partir de uma necessidade de coletar dados estatísticos. Ainda segundo o mesmo autor, “a primeira tentativa norte-americana de adquirir informações sobre saúde mental se deu no registro da frequência de idiotia e insanidade no censo populacional de 1840” (Gonçalves, 2016, p. 56). Em 1880, no censo norte-americano, foram apontadas sete categorias de transtornos mentais, sendo elas: mania, melancolia, monomania, paresia, demência, dipsomania e epilepsia.

Nessa época os poucos psiquiatras dos EUA trabalhavam em grandes hospitais públicos e manicômios e suas práticas estavam mais relacionadas à gestão desses ambientes. O interesse acadêmico no desenvolvimento de classificações diagnósticas era restrito somente à aplicação das classificações no gerenciamento dos casos (Fulford, Peile & Carroll, 2012, citado por Gonçalves, 2016).

Nesse momento já se discutia sobre a dificuldade em estabelecer categorias acerca dos transtornos mentais, diante disto as classificações utilizadas eram fluídas e genéricas. Assim, ocorria uma sobreposição das categorias descritas, o que fazia com que dos diagnósticos de casos semelhantes diferissem radicalmente com profissionais diferentes.

Os profissionais acreditavam que os critérios estatísticos poderiam dar informações a respeito do curso das doenças, possibilitando a criação de políticas públicas e o aumento de financiamento para a psiquiatria. Nesse sentido foi preciso definir classificações dos transtornos mentais, visto que isto era necessário para a coleta de informações estatísticas.

No ano de 1917 a Associação Médico-Psicológica Americana elaborou um plano que foi adotado pelo Serviço do Censo norte-americano. No ano seguinte, a partir desse plano, foi publicado o Manual Estatístico para uso das Instituições para os Insanos. Alguns anos depois, em 1921, a Associação Médico-Psicológica Americana passa a se chamar Associação Psiquiátrica Americana (APA).

A Classificação Internacional de Doenças (CID) é uma classificação de doenças psicológicas e somáticas publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). No ano de 1948, sua sexta edição, CID-6, foi lançada. Esta foi a primeira edição a incluir uma seção sobre os transtornos mentais, mas, apesar disso, não abrangia diagnósticos para síndromes cerebrais crônicas, diversos transtornos de personalidade e reações situacionais. Segundo Gonçalves (2016),

Tais limitações não pareciam ser problemáticas (ou até mesmo conhecidas) para psiquiatras de outras partes do mundo, mas especialmente os problemas situacionais eram de grande interesse para o psiquiatra Adolf Meyer (1866-1950), que influenciou em larga medida o movimento da higiene mental nos EUA (p. 59).

Diante dessas ausências percebidas na CID-6, a APA propôs uma classificação alternativa para ser usada pelos norte-americanos, no ano de 1952 foi então publicada a primeira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico: Transtornos Mentais (DSM-I). A publicação deste manual tem por objetivo padronizar os diagnósticos psiquiátricos nos Estados Unidos. Este manual “apresentava um glossário de descrições das categorias diagnósticas e foi o primeiro manual oficial de transtornos mentais a ter foco na utilidade clínica” (Gonçalves, 2016, p. 60).

O psiquiatra e psicobiologista Adolf Meyer, passou a se dedicar aos fatores ambientais no desenvolvimento dos problemas mentais

passou a considerar as condições psiquiátricas como reações individuais, e não doenças, e a compreendê-las (bem como seus sintomas associados) como expressões simbólicas de problemas subjacentes, visão parcialmente influenciada pela psicanálise em voga nos EUA à época. Sua perspectiva tinha como foco o caráter situacional dos problemas mentais e os contextos particulares nos quais estresses psicológicos, sociais ou físicos sobrecarregavam o indivíduo. Meyer passou a divergir fortemente da visão de entidades nosológicas específicas e de base biológica, e buscou uma ideia unitária que integrasse as esferas de problemas humanos consideradas relevantes à época (Gonçalves, 2016, p. 63).

De acordo com a perspectiva de Meyer, o caráter individual dos transtornos é enfatizado. Para ele, os indivíduos vivenciavam reações diversas, a depender de sua história de vida, de seus aspectos específicos e da natureza das pressões sobre eles. O uso de alguns

termos no DSM-I demonstra a influência da perspectiva psicobiológica de Meyer, que acreditava que os transtornos mentais eram reações de ordem psicológica, social e biológica às adversidades da vida (Gonçalves, 2016).

Os termos presentes nas descrições das categorias no DSM-I eram relativos, cabia ao usuário do manual a interpretação desses. Este fato fazia com que ainda existissem problemas quanto à confiabilidade dos diagnósticos entre profissionais (Gonçalves, 2016).

A partir da publicação do DSM-I muitos estudos sobre o modo como os psiquiatras formulavam diagnósticos e de que forma poderiam aumentar a confiabilidade entre eles foram desenvolvidos. O psiquiatra britânico Stengel (1959, citado por Gonçalves, 2016) detalhou o fato de que a maior parte dos países já possuía seu próprio sistema de classificação de doenças mentais e concluiu seu estudo apresentando alguns pontos a serem observados ao se propor uma classificação internacional de transtornos mentais. Segundo este autor, essa classificação deve evitar a sensação de que se pretende educar os psiquiatras segundo certas correntes de pensamento que muitos podem não querer seguir. Para Stengel, era importante buscar neutralidade em relação aos desacordos entre correntes diversas de pensamento e propor uma classificação baseada em pontos de comum acordo.

Stengel mesmo argumentou que a consistência nos critérios para diferenciação entre categorias seria algo impossível, devido à própria falta de uma nosologia dos transtornos mentais consistente e amplamente aceita à época. Para ele a demanda dos psiquiatras de seu tempo por consistência nas classificações diagnósticas era exagerada e até mesmo irracional (Gonçalves, 2016, p. 66).

Stengel ressaltava a importância de que uma classificação internacional deveria ser baseada em dados advindos de consultas ambulatoriais, não de internações, visto que estas não seriam representativas da realidade das clínicas psiquiátricas. Para Stengel os diagnósticos deveriam ser registrados em mais de uma dimensão, segundo ele o DSM-I “já

apresentava a possibilidade de se registrar, além do diagnóstico principal, fatores precipitantes, personalidade pré-mórbida e o grau de prejuízo psiquiátrico” (1959, citado Gonçalves, 2016, pp. 66-67). Portanto, para Stengel o DSM-I era o modelo de classificação mais bem documentado na época, motivo este pelo qual se podia perceber um interesse dos outros países em adotá-lo. Além disso, a classificação internacional deveria ser o mais abrangente possível no número de categorias diagnósticas, algo que também já se tinha no DSM-I.

Como resultado das pesquisas de Stengel, em 1968 foi lançado o DSM-II.

Segundo Gonçalves, “o DSM-II abandonou o uso do termo ‘reação’, tentando se afastar da concepção psicobiológica dos transtornos mentais como reações temporárias a forças psicossociais nocivas” (2016, p. 68). Assim como no DSM-I, esta versão continuou apresentando influência da psicanálise na sua nomenclatura, como no uso do termo neurose como uma categoria diagnóstica.

Nevitt Sanford (1909-1995), professor de psicologia na Universidade da Califórnia, reconhecia importantes mudanças na sociedade americana, segundo ele isto relacionava-se ao declínio da perspectiva do indivíduo como uma pessoa integral. Segundo ele, com a diminuição do interesse na psicanálise e o gradual interesse na terapia comportamental que ocorre por volta da década de 60, a preocupação clínica passa a ser mudar sintomas e padrões de comportamento, focando somente nisso, sem reconhecer o significado dos sintomas no funcionamento do paciente como um todo.

No início da década de 70, estavam ocorrendo vários debates acerca da psiquiatria. Nessa época, a homossexualidade foi removida da lista de transtornos mentais no DSM, retirando-se a patologia do significado do termo (sendo substituída por uma nova categoria, o “Distúrbio de Orientação Sexual”, na sétima edição do DSM-II em 1974, e que foi então substituído pela categoria "homossexualidade egodistônica no DSM-III) e alguns

questionamentos acerca do diagnóstico de esquizofrenia surgiram. A partir disso, as discussões passam a ser a respeito da definição de transtorno mental, quais seriam os métodos científicos para estudo dos mesmos e quais poderiam ser classificados como pseudociência e de que forma determinados diagnósticos poderiam ter sua validade mensurada. Essas circunstâncias contribuíram para ampliar a crise de legitimidade da psiquiatria como especialidade médica que já estava instaurada desde a década de 60 (Gonçalves, 2016).

A elaboração do DSM-III pretende em parte responder a essa crise. Esta edição do manual foi publicada em 1980 e apresentava diferenças significativas em relação ao DSM-II.

A versão DSM-III rompe definitivamente com a psiquiatria clássica. A partir desta, os quadros psicopatológicos serão apresentados como transtornos mentais que serão diagnosticados a partir da presença de certo número de sintomas (identificados a partir de uma lista presente no manual para cada transtorno) e que devem estar presentes na vida do sujeito por um intervalo definido de tempo (Guarido, 2007, p. 154).

Segundo Gonçalves (2016), o DSM-III foi o primeiro a apresentar critérios operacionais específicos, a partir do qual uma combinação mínima oficializaria o diagnóstico. Outra mudança significativa nesse manual foi a inclusão da abordagem multitaxial para o diagnóstico, a partir da qual cada paciente deveria ser diagnosticado a partir de cinco eixos, sendo eles: (1) Síndromes Clínicas e Códigos V, (2) Distúrbios de Desenvolvimento e Distúrbios de Personalidade, (3) Distúrbios e Condições Físicas, (4) Gravidade dos Estressores Psicossociais e (5) Avaliação Global de Funcionamento. O DSM-III também foi o primeiro a incluir uma definição de distúrbio mental:

cada um dos distúrbios mentais é conceituado como uma síndrome ou um padrão, comportamental ou psicológico, clinicamente significativo, que ocorre numa pessoa e, que está associado com a presença de mal-estar (um sintoma doloroso) ou incapacidade (comprometimento de uma ou mais áreas importantes do funcionamento)

ou com um significativo aumento de risco de sofrer morte, dor, incapacidade ou uma importante perda de liberdade. Além do mais, esta síndrome ou padrão, não deve ser meramente uma resposta esperável para um evento particular, por exemplo, a morte de um ser amado. Qualquer que seja sua causa original, ele deve ser geralmente considerado como manifestação de uma disfunção comportamental, psicológica ou biológica da pessoa. Nenhum comportamento desviante, isto é, político, religioso ou sexual nem conflitos que estão primitivamente entre o indivíduo e a sociedade são distúrbios mentais, a não ser que o desvio ou o conflito seja um sintoma de uma disfunção da pessoa, como descrito acima (APA, 1989, p. XXIII).

Em resposta ao movimento antipsiquiátrico, este manual destaca que “um engano conceitual comum é de que a classificação dos distúrbios mentais classifica as pessoas, quando realmente o que está classificando, são os distúrbios que as pessoas têm” (APA, 1989, p. XXIII).

Segundo Gonçalves a “natureza revolucionária” (2016, p. 78), dessa versão do manual vai além das mudanças no texto. No período em que os DSMs I e II foram publicados a psiquiatria norte-americana era dominada por profissionais influenciados pela psicanálise e pela psicobiologia, já os autores do DSM-III, os neo-kraepelianos, de certo modo exilados da psiquiatria norte-americana, contribuíram para o abandono de diversos termos, pretendendo transformar o DSM em um modelo de classificação atórica e descritiva. Aqui é possível levantar um questionamento acerca desta proposta, como pensar em um modelo atórico? Os neo-kraepelianos não trazem para as classificações propostas no manual suas escolhas, decisões e vieses teóricos?

De acordo com Mayes e Horwitz, o DSM-III teve tanta repercussão na psiquiatria, pois ele delimitou o campo de atuação dessa especialidade.

Por volta da década de 1970 os clientes de psiquiatras [psico]dinâmicos eram pessoas com casamentos fracassados, crianças problemáticas, ambições frustradas, nervosismo generalizado e ansiedade difusa (...). Mais ainda, as pressuposições [psico]dinâmicas permeavam o tratamento de comportamentos desafiadores nas escolas, nas cortes juvenis e nas clínicas de orientação infantil (...). A psiquiatria [psico]dinâmica, não seu sucessor diagnóstico, foi responsável pelo tremendo crescimento da medicalização ao longo do século vinte. Ao contrário da visão comum de que o DSM-III expandiu a gama de patologias que a psiquiatria deveria tratar, de fato ele simplesmente recategorizou como entidades discretas a variada gama de problemas que a psiquiatria [psico]dinâmica já havia patologizado. Na realidade, e de muitas maneiras, as intenções dos criadores do DSM-III eram de *limitar* o reino da psiquiatria a entidades de doenças específicas que pudessem ser classificadas confiavelmente (2005, p. 251, citado por Gonçalves, 2016, p. 80).

Ainda segundo Mayes e Horwitz (2005, citado por Gonçalves, 2016), o que foi transformador no DSM-III foi o desenvolvimento de um modelo que permitiu equiparar sintomas visíveis e mensuráveis com a presença de doenças, o que permitiu que a psiquiatria desenvolvesse um sistema padronizado de mensuração, que beneficiou inúmeros interesses.

Este novo foco teve como consequência o direcionamento do olhar psiquiátrico para uma dimensão conceitual que se restringe cada vez mais aos aspectos somáticos. O tratamento a partir dessa perspectiva afastou-se do diálogo interpretativo e dos contextos psicossocioculturais, por exemplo, o olhar que antes se voltava ao paciente com diagnóstico de esquizofrenia passa a se voltar ao esquizofrênico. Isto ocorre em contraposição à proposição da APA citada anteriormente, que diz que as categorias têm por objetivo classificar as doenças mentais das pessoas e não as pessoas.

Segundo Aguiar,

O DSM-III promoveu uma reviravolta no campo psiquiátrico, que se apresentou como uma salvação da profissão. Não se tratava apenas de disputas teóricas internas ou de progresso científico. Ele surge como efeito da presença cada vez maior de grandes corporações privadas no campo da psiquiatria, como a indústria farmacêutica e as grandes seguradoras de saúde. O Congresso americano, que desacreditava o Instituto Nacional de Saúde Mental norte-americano (NIMH) no começo dos anos 1970, justamente devido à baixa confiabilidade dos diagnósticos psiquiátricos, passou a aumentar os recursos financeiros destinados à pesquisa após o DSM-III. Em 1994, os fundos de pesquisa do NIMH chegaram a US\$ 600 milhões, bem mais que os US\$ 90 milhões de 1976, e, sob a influência do instituto, o congresso foi persuadido a declarar os anos 1990 como “a década do cérebro” (Aguiar, 2004, p. 42).

Embora o DSM-III não tenha padronizado diretrizes para o tratamento dos transtornos mentais, a estrutura desse manual permitiu que a indústria farmacêutica pudesse fazer propaganda de seus produtos para inúmeras entidades diagnósticas específicas baseadas em sintomas. O DSM-III “posicionou a psicofarmacologia em uma trajetória de crescimento” (Gonçalves, 2016, p. 83).

Segundo Mayes e Horwitz,

Os diagnósticos padronizados que o DSM-III criou não somente solucionaram a profunda crise que a psiquiatria enfrentava na década de 1970, mas também estabeleceram um novo e poderoso modelo de enfermidade mental que reinou virtualmente sem desafios até o presente (Mayes & Horwitz, 2005, citado por Gonçalves, 2016, p. 83).

A partir da experiência clínica e de pesquisas com o DSM-III, foram percebidas algumas inconsistências nesse manual, pela falta de clareza em alguns critérios diagnósticos. Diante disso um grupo foi designado pela APA para fazer a revisão do manual e elaborar o

DSM-III-R. Nesta versão, além de serem apresentadas as modificações sugeridas, também foram incluídas novas categorias diagnósticas. O DSM-III-R continha 25 categorias diagnósticas a mais que o DSM-III.

Devido a embates e disputas políticas sobre quais categorias deveriam ser incluídas nesse manual, o grupo responsável pelo DSM-III-R decidiu incluir um novo apêndice às classificações, denominado “Categorias diagnósticas propostas que requerem mais estudo”. Esse apêndice abrigava três categorias diagnósticas, o Transtorno Disfórico da Fase Lútea Tardia, Transtorno de Personalidade Sádica e Transtorno de Personalidade Autodestrutiva. Segundo Gonçalves (2016), “a possível inclusão dessas categorias, além das discussões políticas, suscitou debates sobre potenciais consequências legais, como o uso inapropriado de diagnósticos em defesas judiciais, ao, por exemplo, rotular como insanidade comportamentos deliberados” (p. 86). Este apêndice continuou fazendo parte de todas as edições subsequentes do manual.

Segundo Gaines (1992, citado por Gonçalves, 2016), as classificações até então refletiam momentos em um processo histórico cultural, nesse sentido, a inclusão de um apêndice sobre condições clínicas a serem estudadas “apontava com clareza o fato de que as classificações sistematizavam categorias construídas em vez de ‘descobertas’” (p. 86).

A publicação do DSM-I foi em 1952, do DSM-II em 1968 e do DSM-III em 1980 e o DSM-III-R foi publicado apenas sete anos depois, o que gerou algumas críticas, pois para os pesquisadores era necessária estabilidade na definição das categorias, bem como a frequência de descobertas científicas nesse campo não justificava mudanças tão rápidas (Gonçalves, 2016).

Vale considerar que aqui pode-se fazer uma reflexão acerca da distância temporal entre as edições do DSM. Do DSM-I para o DSM-II levou-se 16 anos, do DSM-II para o DSM-III 12 anos e do III para o III-R 7 anos; isto é, uma média aproximada de redução de 4

anos no intervalo de uma edição para a seguinte. Somente a partir do DSM-IV, publicado em 1994, é que houve alguma estabilidade na redução temporal, já que foi lançado também 7 anos a versão anterior. O mesmo ocorre com o DSM-IV-TR, também lançado 7 anos após o DSM-IV. O DSM-5 só foi publicado em 2013, ou seja, 13 anos após, ainda que os trabalhos para sua elaboração já haviam começado em 1999, além disso, houve mudança de paradigma para esta edição, o que motivou polêmicas.

Apesar das críticas referentes ao curto período de tempo pelo qual os manuais vinham passando por atualizações, a força-tarefa responsável pelo DSM-IV continuou com a revisão do manual (Gonçalves, 2016).

Após seis anos de trabalho o DSM-IV foi publicado, ampliando as categorias de 253 para 383. Esta versão do manual apresentou aumento significativo também na seção “Categorias diagnósticas propostas que requerem mais estudo”, que no DSM-III-R possuía três categorias e no DSM-IV passa a conter 17 categorias. Além do crescimento das categorias apresentadas, nota-se também um movimento no sentido de também ampliar as categorias para as próximas edições. A partir dessa versão, o DSM se propõe a assumir múltiplas funções.

A utilidade e a credibilidade do DSM-IV exigem que seu foco se mantenha sobre suas finalidades clínicas, de pesquisa e educacionais e que esteja apoiado por uma ampla base empírica. Nossa maior prioridade tem sido de oferecer um manual útil para a prática clínica. Esperávamos tornar o DSM-IV prático e útil para clínicos, esforçando-nos para obter brevidade nos conjuntos de critérios, clareza de linguagem e relatos escritos dos construtos incorporados nos critérios diagnósticos. Uma meta adicional era facilitar as pesquisas e melhorar a comunicação entre clínicos e pesquisadores. Também tínhamos em mente o uso do DSM-IV para o aperfeiçoamento da coleta de

informações clínicas e como um instrumento didático para ensino de psicopatologia (APA, 1995, p. XV).

No ano 2000, uma versão revisada do DSM-IV foi publicada, o DSM-IV-TR. Esta nova edição tinha por objetivo atualizar as descrições sobre categorias e realizar mudanças em alguns critérios diagnósticos. Segundo Cosgrove e colaboradores (2006, citado por Gonçalves, 2016), 170 membros da força-tarefa apresentavam ligações financeiras com a indústria farmacêutica “Cinquenta e seis por cento desses membros, e 100% dos membros dos grupos de Transtornos do Humor e do grupo de Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos, apresentavam uma ou mais associações com companhias da indústria. As conexões eram especialmente fortes para as áreas diagnósticas nas quais os medicamentos já eram a primeira linha de tratamento” (Cosgrove, et al., 2006, citado por Gonçalves, 2016, p. 90). Segundo Gonçalves (2016),

Algumas investigações demonstraram que a forma como os profissionais realizavam diagnósticos se parecia muito com os modelos propostos pelo DSM-I e II, nos quais os psiquiatras (sic) primeiro diferenciavam entre transtornos orgânicos (somáticos) e não-orgânicos (funcionais) e, sendo o caso pertencente ao segundo grupo, distinguiam entre transtornos psicóticos e neuróticos. Em geral os profissionais não faziam diferenças entre transtornos do Eixo I (transtornos mentais propriamente ditos) e do Eixo II (transtornos de personalidade e do desenvolvimento) (p. 92).

O que sugere uma desconexão entre a forma como os psiquiatras clínicos percebiam os transtornos mentais e a forma como eles eram organizados no DSM até então.

Embora do DSM-III ao DSM-IV-TR os manuais diagnósticos declarassem não apresentar teorias causais para os transtornos descritos, evitando sugerir para eles, por exemplo, uma base biológica ou psicológica, na prática os psiquiatras raciocinavam de

maneira oposta. Mais uma vez essa poderia ser uma fonte de dificuldade no uso do manual (Gonçalves, 2016, p. 93).

O processo de elaboração do DSM-5 iniciou em 1999, a partir de uma parceria entre a APA e o Instituto Nacional de Saúde Mental norte-americano (NIMH) e teve como chefe da força tarefa David Kupfer. A parceria entre essas duas entidades teve por objetivo de expandir as bases científicas para os diagnósticos e classificações psiquiátricas. “Para estimular um pensamento inovador, as pessoas que estiveram intimamente envolvidas no desenvolvimento do DSM-IV não foram incluídas” (Black & Grant, 2015, p. 1). É importante considerar que a equipe do DSM-5 começou os trabalhos em 1999, época em que a equipe anterior (que seria desfeita posteriormente) trabalhava na elaboração do DSM-IV-TR, ou seja, essas duas equipes diversas trabalharam simultaneamente.

Embora o anúncio de todos os participantes tenha ocorrido após avaliação individual de potenciais conflitos de interesse e a estipulação de um limite nas quantias monetárias que cada membro poderia investir e receber da indústria farmacêutica, os métodos dessa avaliação foram criticados. Afinal, o número total de membros com conflitos de interesse com a indústria farmacêutica subiu de 56% no DSM-IV para 69% para o DSM-5, mantendo o maior nível de conflito entre os grupos cujos diagnósticos de estudos envolviam prescrição de medicamentos como primeira linha de tratamento (Gonçalves, 2016, p. 94).

Segundo Black e Grant (2015), a força tarefa tinha os seguintes princípios:

1. Dar prioridade à utilidade clínica; ou seja, quaisquer alterações nos critérios ou na organização do manual deveriam ser úteis para os clínicos.
2. Usar evidências de pesquisas acumuladas desde a publicação do DSM-IV como guia para realizar alterações.

3. Manter a continuidade histórica com relação às edições anteriores, especialmente ao DSM-III e ao DSM-IV.
4. Não estabelecer *a priori* quaisquer limites às mudanças sugeridas pelos grupos de trabalho (p. 2)

Além disso, foi solicitado que os grupos de trabalho do DSM-5 executassem as seguintes tarefas:

1. Esclarecer os limites entre os transtornos mentais para reduzir a confusão dos transtornos entre si e ajudar a orientar o tratamento efetivo
2. Considerar sintomas transversais (aqueles que comumente ocorrem em diferentes diagnósticos)
3. Demonstrar o ponto forte da pesquisa para as recomendações com base no máximo possível de níveis de evidência
4. Esclarecer os limites entre transtornos mentais específicos e o funcionamento psicológico normal (Black & Grant, 2015, pp.3-4).

Os grupos de trabalho do DSM-5 desenvolveram critérios diagnósticos iniciais para a nova edição, a partir da revisão dos avanços científicos. Esses critérios foram publicados em 2010, em um site elaborado especificamente para o desenvolvimento deste manual, onde, além de critérios provisórios, foi publicado um formulário para envio de comentários; entretanto essas opiniões não foram expostas publicamente e nem foi dado nenhum tipo de retorno aos comentadores. Esse meio de comunicação permitiu não só comentários e sugestões, mas também possibilitou a manifestação de uma tensão e oposição, que podem ter surgido desde o estabelecimento de uma falsa convivência entre as equipes de trabalho do DSM-IV-TR e DSM-5. Ao mesmo tempo, surgiram diversos blogs comentando os novos critérios. Um ano antes da publicação da versão final do DSM-5, em 2012, esse rascunho foi removido do site (Gonçalves, 2016).

A força-tarefa tinha por objetivo estabelecer o DSM-5 como um documento vivo, no qual pudessem ser feitas alterações futuras com rapidez, de acordo com os avanços científicos. Devido a isto, os membros dessa força-tarefa optaram por substituir a numeração em algarismos romanos por numerais arábicos, adotando então a nomenclatura DSM-5 em vez de DSM-V, isto permite um maior número de revisões desta edição, podendo ser designadas como DSM-5.1, DSM-5.2, e assim por diante, diferentemente dos numerais romanos, onde a designação “TR” (como em DSM-IV-TR) pode ser usada somente uma vez. Isto se dá por considerarem que a ocorrência de futuras revisões deste manual é muito provável (Black & Grant, 2015), visto que as revisões são pensadas de uma nova forma.

O DSM-5 foi publicado em 2013, apresentando um total de 541 categorias diagnósticas, ou seja, 160 a mais que a edição anterior.

A separação entre transtornos do Eixo I e II, proposta a partir do DSM-III, foi menosprezada por críticos desde o início; eles apontam uma falta de distinção fundamental entre esses transtornos. Segundo as críticas, o Eixo II apenas marginalizava mais os transtornos da personalidade e retardo mental; em muitas situações não havia uma distinção clara entre os Eixos I e II. O Eixo III nunca foi usado de maneira consistente e a distinção entre os Eixos I e III ficava confusa ou era artificial. Os Eixos IV e V sofreram críticas por serem considerados arbitrários e não confiáveis. Além disso o DSM era o único sistema diagnóstico que utilizava o esquema multiaxial o que colocava este manual em conflito com o resto da medicina (Black & Grant, 2015).

O sistema multiaxial, que acompanhava as edições desde o DSM-III foi abandonado, havendo uma combinação dos eixos de transtornos mentais e doenças físicas, com a recomendação de que os fatores psicossociais e contextuais deveriam ser registrados separadamente com os códigos do CID. Ao invés de dar continuidade ao sistema multiaxial, tido como razoavelmente confiável, válido e útil ao se pensar em uma perspectiva diagnóstica

ampliada e que já apresentava amplo uso, a APA optou por assumir somente os eixos ligados ao diagnóstico, deixando os eixos referentes à avaliação integral da pessoa a instrumentos da OMS (Gonçalves, 2016).

Segundo a nova versão deste manual, os clínicos não precisam mais separar artificialmente as condições previamente listadas nos Eixos I a III. Ao invés do Eixo IV, os clínicos podem especificar uma ou mais condições dos códigos V/Z (“Outras Condições que Podem Ser Foco de Atenção Clínica”). Em substituição ao Eixo V pode ser utilizada a escala de avaliação de incapacidade da Organização Mundial da Saúde, autoaplicável e contida na Seção III do DSM-5 (Black & Grant, 2015).

O DSM-5 é dividido em três seções. A primeira delas apresenta uma introdução que abrange materiais históricos, descreve o desenvolvimento do DSM-5 e traz informações sobre o uso do manual. A segunda apresenta os critérios diagnósticos e códigos dos transtornos mentais para as 19 principais classes diagnósticas² e outros transtornos mentais, apresenta também outras condições que podem ser foco de atenção clínica, os códigos V e Z. A terceira contém escalas de avaliação clínica e o capítulo condições para estudos posteriores, que até a edição anterior estava localizado no apêndice, e agora é apresentado como parte do texto. Esta seção apresenta condições que foram propostas para a atual versão, mas não tiveram apoio suficiente dos grupos de trabalho para serem incluídas como transtornos, portanto, estão sendo estudadas, para se definir se devem ou não entrar como categorias diagnósticas nas próximas edições.

² Transtornos do Neurodesenvolvimento; Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos; Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados; Transtornos Depressivos; Transtornos de Ansiedade; Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtornos Relacionados; Transtornos Relacionados a Trauma e a Estressores; Transtornos Dissociativos; Transtorno de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados; Transtornos Alimentares; Transtornos da Eliminação; Transtornos do Sono-Vigília; Disfunções Sexuais, Disforia de Gênero; Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta; Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtornos Aditivos; Transtornos Neurocognitivos; Transtornos da Personalidade; Transtornos Parafilicos.

No DSM-5 cada classe diagnóstica está em um capítulo, sendo que cada um deles contém uma sucessão de transtornos que podem ser vistos como parte de um espectro. “Cada transtorno é totalmente descrito, incluindo informações epidemiológicas ‘estatísticas’ e critérios baseados em evidências que devem ser satisfeitos para estabelecer seu diagnóstico” (Roberts & Louie, 2017, p. 18). Diferentemente das edições anteriores, no DSM-5 as classes diagnósticas de transtornos com características similares ou que se sobrepõe foram colocadas em uma sequência intencional.

O Guia de estudo para o DSM-5 (2017) foi elaborado por Roberts e Louie, com a permissão da APA para usar o material do DSM-5. O Guia teria por objetivo ajudar a compreensão dos critérios diagnósticos do DSM-5. Segundo estes autores,

Cabe ao leitor aprender como esses transtornos são expressos e manifestados em indivíduos na prática clínica. A experiência humana de uma condição – desde a perspectiva do indivíduo afetado e a partir da perspectiva do clínico – não pode ser capturada em “critérios” e “estatísticas”. O que uma pessoa diz quando vivencia um, ou mais de um, desses transtornos? Como o clínico conversa com um paciente sobre suas experiências? O clínico pode atribuir um diagnóstico a um paciente, mas decididamente a pessoa não pode ser reduzida a um conjunto de critérios, a um diagnóstico ou a uma lista de diagnósticos. Os detalhes específicos biológicos, psicológicos e sociológicos de cada indivíduo compõem a forma como uma doença, um “diagnóstico”, é expressa (Roberts & Louie, 2017, p. 19).

3.7 O DSM COMO ESTRATÉGIA BIOPOLÍTICA

A partir deste resgate histórico sobre o DSM e dos aspectos teóricos abordados anteriormente, surge o seguinte questionamento: será que é possível pensar a expansão das categorias diagnósticas no DSM-5, como uma estratégia biopolítica?

A atual versão do DSM teve como seu maior crítico Allen Frances, ele esteve à frente do trabalho de revisão do DSM- IV-TR. Vale ressaltar que quando a força-tarefa do DSM-5 foi criada, a equipe de revisão do DSM-IV, liderada por Frances, ainda estava trabalhando no DSM-IV-TR. Logo que o rascunho do DSM-5 foi disponibilizado, Frances faz uma crítica às mudanças ao manual no artigo *Opening Pandora's box* (Frances, 2010). Neste texto, seus comentários estão relacionados à linguagem, tida por ele como pobre e inconsistente, quanto ao aumento no número de transtornos, bem como da diminuição das características e condições para diagnósticos. Além disso, Frances faz também um questionamento sobre as possíveis consequências do uso desse manual nos campos forense, na educação e em organizações (Resende, Pontes, & Calazans, 2015).

Além de Frances, diversos outros autores se posicionaram contra essa edição do DSM. Assim como nas versões anteriores, esta edição apresenta “grandes fragilidades epistemológicas, limitando-se a elencar uma lista de sintomas pouco claros para um conjunto cada vez maior de patologias mentais” (Caponi, 2014, p. 742).

Em sua crítica Frances coloca que o DSM-5 é caracterizado por uma lista de patologias descritas de forma inconsistente e pouco clara, além de mal formuladas. Outra crítica apontada pelo mesmo autor é o acréscimo de patologias associadas à prevenção e antecipação de riscos, como a “Síndrome de risco de Psicose”. Essas patologias são acrescentadas a uma lista que já era extensa em suas versões anteriores.

Segundo Caponi, muitas das críticas feitas por Frances ao DSM-5 permitem afirmar que este manual “se articula entorno (sic) dos mesmos eixos que, de acordo com Foucault, possibilitaram a criação dos dispositivos de segurança próprios da biopolítica das populações” (2012, p. 104). Alguns dos pontos que permitem pensar nas estratégias de classificação do DSM como um dispositivo biopolítico: a dificuldade em precisar limites entre o normal e o patológico, o foco no controle e antecipação de riscos e o uso de estatísticas como forma de estabelecer limites entre normalidade e os desvios, sendo que estes devem ser antecipados e reparados. Estes pontos serão retomados e discutidos posteriormente. Vale acrescentar que muitas dessas críticas são também aplicáveis ao DSM IV, da qual Frances atuou como coordenador.

Nesse sentido, é válido fazer alguns questionamentos acerca das críticas feitas por Frances, visto que ele e sua equipe estavam trabalhando na revisão do DSM-IV durante o processo de construção do DSM-5, o que sugere alguma parcialidade por parte de Frances. Em uma carta enviada ao jornal *The New York Times*, Allen Frances diz que "as fronteiras da psiquiatria continuam a se expandir; a esfera do normal está encolhendo". Aqui cabe apontar que Frances diz que as fronteiras **continuam** a se expandir, ou seja, pode-se dizer que esse é um movimento que já acontecia em edições anteriores do DSM, e mesmo Frances tendo participado do processo de construção delas, ele relata esse movimento. Em outro momento na mesma carta, Frances diz que

Como presidente da Força-Tarefa do DSM-IV, eu devo assumir responsabilidade parcial por essa inflação de diagnósticos. Decisões que pareciam fazer sentido foram exploradas por empresas farmacêuticas em campanhas de marketing agressivas e enganosas. Elas venderam a ideia de que problemas da vida cotidiana são na verdade doenças mentais, causadas por desequilíbrios químicos e curadas com uma pílula (Frances, citado por Côrrea, 2013).

Pode-se dizer que Frances começou a perceber o problema das limitações diagnósticas do DSM durante o processo de confecção do DSM-IV e DSM-IV-TR? Será que isso se relaciona de alguma forma com o fato dele não ter sido convidado a participar da equipe do DSM-5? Em entrevista ao *El Pais*, Frances diz que foram muito conservadores, visto que só introduziram no DSM-IV dois dos 94 transtornos mentais sugeridos (Frances, 2014).

O DSM-5 tem como característica apresentar uma tentativa de predição dos diagnósticos. As consequências disso são graves, visto que podem acarretar em tratamentos desnecessários, uso de medicações de maneira excessiva, muitas vezes utilizando-se de medicamentos sem eficácia comprovada ou com efeitos colaterais como “diminuição da responsabilidade e controle próprio, uma vez que os problemas da vida diária serão medicalizados como transtornos mentais para a melhor adaptação do homem à sociedade moderna” (Resende, Pontes, & Calazans, 2015, p. 542).

A doença passa a ser considerada a partir das noções de caso, risco, perigo e crise; com base nestes princípios que são projetadas novas técnicas de intervenção:

Caso, risco, perigo, crise: são, creio, noções que são novas, ao menos em seu campo de aplicação e nas técnicas que demandam, pois se vai ter precisamente toda uma série de formas de intervenção que vão ter por fim não fazer justamente como se fazia outrora, a saber, tentar anular pura e simplesmente a doença em todos os indivíduos nos quais ela se apresenta, ou de impedir ainda que os sujeitos que estão doentes tenham contato com aqueles que não estão doentes. (Foucault, 2004, p. 63 [p. 81], citado por Nalli, 2014, p. 135).

A partir das novas categorias criadas no DSM-5, muitos aspectos da vida cotidiana dos sujeitos podem ser classificados como transtornos, o que contribui no processo de medicalização da existência. Além disso, muitos desses aspectos devem ser tratados a fim de não perturbar a ordem pública. Iannini e Teixeira (2012) referem-se a um caráter normativo

presente na classificação do DSM-5 “fundada num vertiginoso programa de psiquiatrização da vida cotidiana, assim como numa psicopatologização de toda condição subjetiva” (p. 13).

Ao falar de uma psicopatologização de toda experiência cotidiana subjetiva, trata-se de um olhar sobre o diagnóstico do qual ninguém escapa; “essa patologização da existência revela o novo imperativo da psiquiatria estatística atual: todos transtornados” (Calazans, Guerra, Kyrillos Neto, Pontes, & Resende, 2012, p. 192, citado por Resende, Pontes, & Calazans, 2015, p. 542).

Ainda segundo os mesmos autores, essa medicalização da vida vende uma garantia de bem-estar, a partir da eliminação total do sofrimento (Resende, Pontes, & Calazans, 2015, p. 543).

Há diferentes conceitos de medicalização, nem sempre compatíveis entre si, por serem vinculados a diferentes modos de compreender as complexas relações entre saúde e sociedade. Para Zola, por exemplo, a medicalização é uma forma de controlar a sociedade; para Foucault, uma consequência inevitável dos processos de transformação social que criam a medicina moderna e ao mesmo tempo se submetem a ela; Conrad, por fim, adota uma definição operacional do conceito, extremamente útil para estudos empíricos; para este último, a medicalização é o processo de transformação de problemas anteriormente não considerados “médicos” (ou “de saúde”, acrescentaríamos) em problemas médicos, usualmente sob a forma de transtornos ou doenças (Camargo JR, 2013, p. 844).

A medicalização envolve, portanto, não apenas a criação de novas categorias diagnósticas, como ocorre ao longo das edições dos DSMs, mas é também uma importante aliada no processo de busca de explicações biológicas para situações cotidianas das pessoas. Segundo Aguiar, o processo de medicalização está relacionado “à expansão do domínio da profissão médica para outros campos, especialmente aqueles referentes a problemas

considerados de ordem espiritual/moral ou legal/criminal” (2004, citado por Resende, Pontes, & Calazans, 2015, p. 543). No que diz respeito ao DSM-5, o que desencadeia esse processo de medicalização está principalmente relacionado ao fato deste manual propor-se a não ser utilizado somente em contextos clínicos, mas também em outros contextos como escolares, jurídicos, etc.

O que possibilita essa ampliação de usos do DSM-5 é que as categorias propostas já não são mais tão fechadas e antagônicas entre si como saúde e doença. Falar em transtorno implica em algumas concepções sobre a dinâmica da vida e da saúde como processo, como estágios de desenvolvimento. Implica também, no caso do DSM, em pensar em outros modelos explicativos dos aspectos patológicos que não dependem dos modelos causais utilizados na medicina somática, ainda que os fatores físicos (disfunção bioquímica, trauma, etc.) possam ser considerados.

De acordo com Resende, Pontes, & Calazans, “tais mudanças compravam mais uma vez que a lógica de transtorno do DSM está pautada numa disfunção pessoal baseada no desvio de uma norma social, uma alteração da ordem que deve ser restituída” (2015, p. 544).

Segundo Caponi (2014), alguns dos mecanismos que permitem perceber de que modo funciona o exercício do poder no âmbito da psiquiatria atual são:

(1) a centralidade da norma e a oposição normalidade-patologia; (2) os estudos estatísticos referidos aos fenômenos vitais que caracterizam as populações; (3) a problemática do risco-segurança, isto é, a ideia de que é possível antecipar os riscos para evitar a emergência de futuros danos (p. 750).

A partir disso, Caponi (2014) cita três pontos a partir dos quais pode-se pensar no DSM como estratégia biopolítica. O primeiro deles é a inexistência de fronteiras claras entre o que é considerado normal e as patologias psiquiátricas.

É este ponto que permite o crescente aumento nos diagnósticos psiquiátricos, o que pode ser observado ao longo das edições do DSM, visto que os limites epistemológicos não são definidos e, portanto, permitem que novos diagnósticos sejam criados.

Frances afirma que

O DSM-5 persiste em oferecer propostas que inadequadamente causam o rótulo de "transtorno mental" a milhões de pessoas agora consideradas "normais". Estas sugestões não encontram suporte científico e são fortemente combatidas por 51 associações de saúde mental, mas a APA continua a recusar pedidos de revisão externa independente (Frances, 2010, p. 6, citado por Caponi, 2012, p. 114).

Segundo Frances (2010, citado por Caponi, 2014), o DSM-5 aponta o que ele chama de uma pandemia de transtornos mentais. A proposta do DSM-5 é que os psiquiatras possam identificar mais cedo os diagnósticos de seus pacientes. Para Frances (2010, citado por Caponi, 2012), isto pode gerar inúmeros "falsos positivos", ou seja, centenas de milhares de pessoas podem receber um diagnóstico e um tratamento medicamentoso sem necessidade, bem como uso de medicações de forma indevida, com alto custo e que podem, inclusive, apresentar efeitos colaterais prejudiciais. Ainda segundo o mesmo autor, isto que agrava os problemas anteriormente causados pelo DSM-IV, visto que esta versão do manual já apresentava categorias diagnósticas bastante inclusivas.

Para Caponi (2014),

O fato de que essas propostas levaram a classificar inadequadamente com o rótulo de "transtorno mental" milhões de pessoas que antes eram consideradas "normais" não é novo, não é acidental, nem resultado de uma escolha metodológica equivocada, realizada pelo Grupo de Tarefas do DSM-V. Pelo contrário, trata-se de uma questão teórica e política que é contemporânea à própria ambição classificatória da psiquiatria (p. 752).

O aumento nas taxas de transtornos mentais ocorre a partir da criação de novas categorias diagnósticas, que apontam como patológicos comportamentos cotidianos, como, por exemplo, explosões de raiva, birras infantis, comportamentos sexuais, certas condutas cotidianas como episódios de compulsão alimentar, etc.; bem como tornando mais baixo o limiar do diagnóstico de patologias já existentes, como, por exemplo, o diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista que sofreu uma aglutinação de diagnósticos, ampliando assim o número de pessoas diagnosticadas com o transtorno. Além disso, pode-se citar também como exemplo a retirada do luto como critério de exclusão para o diagnóstico da depressão, processo esse que será discutido ao longo desse trabalho.

Essas estratégias podem ser percebidas também nas edições anteriores do DSM. Segundo Frances (2010, citado por Caponi, 2014), o DSM-5 teria maior impacto devido à sugestão de retirar o critério de significação clínica (proposto no DSM-IV) para os transtornos onde os limiares com a normalidade eram de difícil percepção e determinação. Ao retirar esse critério, reduz-se o peso do julgamento clínico do profissional ao dar um diagnóstico, aumentando, portanto, os índices de diagnósticos psiquiátricos. Esse critério foi substituído pelo uso de estratégias como testes e *checklists*, com a pretensão de uma maior objetividade; ou seja, aqui podemos perceber um mecanismo da biopolítica, o uso das estatísticas, médias e desvios populacionais.

Os Manuais Diagnósticos e Estatísticos dos Transtornos Mentais pretendem, portanto, construir estratégias de classificação estatística a respeito de um dos mecanismos anteriormente apontados como articuladores da biopolítica: a diferenciação entre normal e patológico.

O segundo ponto que nos permite compreender o DSM como ferramenta a serviço de uma estratégia biopolítica é o uso das estatísticas e dos desvios populacionais. Ao retirar o critério de significação clínica, as novas estratégias diagnósticas incluem a aplicação de testes,

de checklists, ou seja, todo um conjunto de critérios quantitativos, que têm como finalidade uma classificação mais objetiva. Esses critérios já se apresentavam em outras edições desse manual, mas aparecem de maneira mais intensificada em sua atual edição (Caponi, 2014).

Em muitos casos, os sintomas descritos nas categorias diagnósticas são comuns a diversas situações de vida, como, por exemplo, alterações no ciclo vigília-sono, alterações no apetite, sentimentos como infelicidade ou tristeza. Esses sintomas podem estar relacionados à perda de um emprego, à violência familiar, a um processo de luto, dentre tantas outras situações. Ao ignorar esses contextos, a maioria desses casos pode ser diagnosticado com depressão, recebendo uma mesma classificação, o mesmo código do DSM, o que acarretaria num tratamento medicamentoso dispensável.

O terceiro mecanismo fundamental para a estruturação de uma biopolítica dos sofrimentos psíquicos e que pode ser percebido no DSM é que “uma das estratégias indispensáveis para garantir a indefinida ampliação de diagnósticos e categorias psiquiátricas é a obsessão por identificar pequenas anomalias, angústias cotidianas, pequenos desvios de conduta como indicadores de uma patologia psiquiátrica grave por vir” (Caponi, 2014, p. 753). A identificação precoce e previsão de riscos, a partir da suposição da possibilidade de antecipar perigos sobre a vida e a saúde é uma estratégia biopolítica a partir da qual esse modo de exercer governo sobre as populações é legitimado.

Foucault aponta uma série de elementos presentes na construção dos dispositivos de segurança, dentre eles: realizar, pela mediação das estatísticas, cálculos diferenciais de risco por idade, sexo, profissão, etc.; estabelecer diferentes curvas de normalidade; calcular os desvios e criar estratégias de normalização; definir populações de risco e comparar padrões de morbidade e mortalidade; criar intervenções preventivas, capazes de reduzir os indicadores de morbidade, de reduzir os desvios e de antecipar os riscos (Caponi, 2014, p. 754).

Estratégias estas que podem ser encontradas na elaboração de manuais diagnósticos como o DSM. Além disso, segundo a mesma autora,

A ambição por identificar comportamentos de risco cada vez mais sutis, com a finalidade de construir uma psiquiatria preventiva, é central para compreender o modo como os pequenos desvios de conduta e as tristezas cotidianas ingressam no campo das intervenções psiquiátricas iniciando um verdadeiro processo de medicalização do não patológico (Caponi, 2012, p. 117).

Segundo Caponi, as críticas feitas por Frances permitem compreender o DSM-5 como uma estratégia biopolítica “isto é, como uma estratégia de gestão e governo das populações própria das sociedades liberais e neoliberais que se articula em torno à obsessão por antecipar e prevenir todos os riscos possíveis” (Caponi, 2014, p. 751). Apesar de Frances colocar essa característica como exclusiva da atual versão do DSM, podemos estender às outras edições deste manual. É possível reconhecer traços biopolíticos nas edições anteriores do DSM, inclusive e principalmente naquelas trabalhadas por Frances. A prevenção e antecipação de riscos ocupam papel central nestes manuais, pela ideia de que uma intervenção deve ser realizada antes que as patologias mentais se tornem irreversíveis.

Essa busca pela identificação precoce de indivíduos que apresentam risco de desenvolver uma patologia psiquiátrica tem levado a um processo de medicalização da infância, o qual pode-se perceber uma ampliação ao longo das edições do DSM. A cada edição a certeza de que a identificação precoce de comportamentos de risco irá permitir evitar certas patologias é desenvolvida. Entretanto, é esse processo de identificação de risco que permite a criação de novas patologias leves e de classificação imprecisa, que podem ser adicionadas à lista de classificações já existentes.

De acordo com Caponi (2012), esses mecanismos funcionam como um modo de exercer o governo sobre as populações ao excluir as narrativas dos sujeitos e suas histórias de

vida ou subordinando estas a alterações nos neurotransmissores. É característico da biopolítica deixar a capacidade de existência pública e política dos sujeitos, suas narrativas individuais, seus vínculos sociais suprimidas (Caponi, 2012).

Ainda que seja difícil pensar em outros saberes médicos defendendo a ampliação de categorias diagnósticas, parece que esta é a estratégia que permite a expansão dos diagnósticos de sofrimentos psíquicos leves. Tem-se uma classificação cujos limites diagnósticos se expandem a cada nova edição, é uma estratégia de poder, operando seguindo a lógica do dispositivo de segurança (Caponi, 2012).

A biopolítica da psiquiatria “aparece com um modo de exercer o governo sobre os outros que se vale de critérios pretensamente científicos e validados de classificação e que privilegia um modo de intervenção: a terapêutica farmacológica” (Caponi, 2012, p. 119).

Na cultura grega a noção de *pathos* significa tanto a paixão da alma, desejo quanto a doença do corpo (Foucault, 2006). Nesse sentido, compreende-se a medicalização como uma forma de extirpar o *pathos*. Pode-se dizer que a medicalização está relacionada a um movimento de mortificação da vida, de anestesia dos corpos. A forma como o psicótico deseja não se adequa ao capitalismo, visto que são corpos que não são rentáveis, que não produzem e não consomem; neste sentido, a extinção do sintoma é, portanto, vista como uma forma de normatizar o sujeito. A medicalização está, desse modo, relacionada com o enquadramento e não com o cuidado com o outro. O sintoma precisa ser extinto porque ele não é útil a sociedade capitalista.

Com o neoliberalismo econômico, a racionalidade governamental tem um novo objetivo, segundo Foucault “é necessário governar para o mercado, em vez de governar por causa do mercado” (2008, pp. 164-165). As formas de controle das populações se dão a partir das economias de mercado. A sociedade é, portanto, uma sociedade empresarial, na qual o

homem – *homo oeconomicus* é o homem da empresa e da produção, é estimulado pelas exigências do mercado e busca respondê-las (Danner, 2017).

Nesta perspectiva, pode-se dizer que os manuais diagnósticos, DSM, CID, funcionam na lógica da sociedade biopolítica. Esses manuais são construídos e utilizados a partir de um lugar de saber e poder.

Caponi conclui, portanto que “o DSM opera, assim, como um dispositivo de segurança que reduz todos os nossos sofrimentos à lógica da intervenção biomédica, à lógica da prevenção e da detecção de riscos” (Caponi, 2014, p. 759).

3.8 A PSICOPATOLOGIZAÇÃO DA VIDA COTIDIANA NO DSM-5: OUTROS CASOS

O movimento de psicopatologização das experiências cotidianas ocorre ao longo das edições do DSM, porém tem o seu ápice em sua versão atual, o DSM-5. Black e Grant, no Guia para o DSM-5: Complemento essencial para o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais, citam que, nesta edição, “várias categorias diagnósticas receberam uma crítica especial” (2015, p. 7). Ou seja, além das críticas que o manual como um todo recebeu, algumas categorias específicas também foram alvo de críticas. Esta seção pretende abordar algumas delas.

Segundo Ceccarelli (2010),

Gestos simples são patologizados: se você está angustiado, você tem um problema mental. Se você verificou mais de uma vez se a porta está bem fechada, você é neurótico. Enfim, ser "normal" - beber, apaixonar-se, chorar, não controlar as pulsões e reconhecer o retorno do reprimido, saber que não se é senhor em casa própria, rirmos de nós mesmos, problemas escolares comuns, de relacionamento, a dificuldade de fazer um luto - tudo isso que nos torna humanos está sendo patologizado. Ser normal é

uma patologia, cuja avaliação é ditada pelo DSM que prescreve os limites e as regras de conduta aos quais se deve responder. Toda essa forma de controle passou a ser padrão de normalidade (p. 133).

De acordo com Illich (1975, citado por Tabet, et. al., 2017), “a medicalização da vida é apenas um aspecto da dominação que o desenvolvimento industrial exerce sobre a sociedade”, portanto é parte integrante de sua institucionalização. Quando o rascunho do DSM-5 foi disponibilizado, Allen Frances (2010, citado por Resende, Pontes, & Calazans, 2015) fez alguns apontamentos sobre novos diagnósticos que poderiam abranger boa parte da população.

Segundo este autor, a sugestão mais preocupante do DSM-5 é a Síndrome de risco de psicose, que pretende identificar indivíduos com risco de desenvolver esquizofrenia e outros transtornos psicóticos. Segundo Frances (2010), esse novo transtorno, da maneira como está elaborado neste manual, pode ter uma taxa de mais de 70% de falsos positivos, o que acarretaria em centenas de milhares de pessoas que receberiam a prescrição de antipsicóticos sem necessidade. Segundo Black e Grant (2015), esta categoria

foi duramente criticada por alguns que foram motivados pela preocupação de que o diagnóstico estigmatizaria injustamente as pessoas pelo simples fato de serem consideradas estranhas pelos outros ou por causa de sua história familiar e de que não é possível identificar de maneira confiável as pessoas com probabilidade de desenvolver psicose; além disso, como não há tratamentos comprovados para o transtorno proposto, o diagnóstico simplesmente aumentaria o uso não indicado de antipsicóticos em uma tentativa fútil de tratar o transtorno (p. 7).

Outro diagnóstico que entraria nessa lista é o Transtorno depressivo misto de ansiedade. Seus sintomas correspondem a comportamentos que podem ser percebidos na população em geral, podendo facilmente tornar-se o mais comum dos transtornos mentais.

Inicialmente foi considerada como a inclusão desse transtorno no DSM-5, porém devido à quantidade de críticas que os especialistas enviaram aos revisores desta edição ele foi repensado, não entrando na versão final do DSM-5.

O Transtorno neurocognitivo menor é outro diagnóstico citado por Frances (2010). Esse diagnóstico é proposto como um nível menos grave de prejuízo cognitivo ou demência. Segundo o autor os sintomas que descreveriam esse transtorno são facilmente encontrados em pessoas com mais de 50 anos de idade. Entende-se que este diagnóstico abriria precedentes para que deficiências cognitivas que fazem parte do processo de envelhecimento resultem em tratamentos medicamentosos indevidos.

O transtorno de compulsão alimentar periódico, que consiste em episódios de compulsão alimentar, faz com que pessoas que tiverem episódios de comer compulsivamente uma vez por semana num período de três meses sejam diagnosticadas, podendo também ser medicalizadas. O Transtorno de temperamento disfuncional com disforia permitiria a medicalização desnecessária de pessoas que apresentem episódios de explosões temperamentais, ou seja, grande parte da população.

Além desses transtornos citados, o rascunho do DSM-5 propunha a criação da categoria vícios comportamentais, o que abriria precedentes para que vícios em compras, sexo, trabalho, jogos de videogame e outros possam ser diagnosticados e também medicalizados, deixando a responsabilidade do sujeito por suas escolhas em segundo plano. O maior questionamento em relação a essas categorias é quanto ao modo como esses diagnósticos poderiam ser usados em contextos forenses, visto que, como citado anteriormente, a atual versão deste manual propõe uma ampliação do seu uso, para além dos contextos clínicos, possibilitando o seu uso em circunstâncias jurídicas.

É importante ressaltar que essas críticas feitas por Frances foram baseadas no rascunho do DSM-5, disponibilizado antes de sua versão final.

Este rascunho sofreu diversas críticas de diversos pesquisadores em vários países, Caponi (2014) cita os estudos de Pignarre (2006), Elisabeth Roudinesco (2013), Phillips (2010), Paris e Phillips (2013), Sadler (2010, 2013), Hacking (2013), Horwitz (2007, 2002, 2013), Conrad (2007), Braunstein (2013), além disso, o rascunho do DSM-5 foi também alvo de um movimento na França feito por um coletivo chamado “Stop DSM”. Esse movimento constituiu-se de profissionais da psicanálise que se opunham ao pensamento único deste manual, já presente nas versões anteriores, mas que teve seu ápice na atual edição.

Esses movimentos tiveram alguns resultados, sendo que alguns dos transtornos citados anteriormente não entraram na versão final do DSM-5. Porém ainda esta versão amplia o número de categorias diagnósticas, tendo sido alvo de muitas críticas também no seu lançamento oficial.

No lançamento desta versão, a jornalista e escritora Eliane Brum (2013) escreve em sua coluna o texto “Acordei doente mental”, no qual também elenca alguns desses diagnósticos. Segundo a autora “A vida tornou-se uma patologia. E tudo o que é da vida parece ter virado sintoma de uma doença mental”³. Temos, portanto, que pessoas de diferentes áreas percebem as implicações que um documento como o DSM pode ter em suas vidas.

Algumas das categorias encontradas na versão final do DSM-5 que podem ser citadas como processos de patologização de experiências cotidianas serão descritas a seguir.

³ Eliane Brum é uma jornalista que ocupa-se das discussões acerca dessa temática. É ela quem faz o prefácio do livro “O holocausto brasileiro”, de Daniela Arbex, que narra os maus tratos ocorridos no Hospital Colônia, o maior hospício do Brasil, localizado em Barbacena. Em ocasião do lançamento do livro, Eliane Brum escreve em uma matéria para a Revista Época que “Há uma tendência no senso comum de considerar que categorias como ‘loucos’ são determinadas, imutáveis, indiscutíveis e, principalmente isentas dos humores do processo histórico. Não são. Cada Sociedade cria seus proscritos – uma construção cultural que varia conforme o momento e as necessidades de quem detém o poder a cada época” (BRUM, 2013).

O Transtorno de Compulsão Alimentar propõe que pessoas que apresentam episódios de ingestão de grande quantidade de comida em um curto período (de até duas horas) e apresentam esse comportamento durante três meses podem ser diagnosticadas com esta doença.

O Transtorno de Acumulação, que consiste em uma dificuldade permanente em se desfazer de pertences ou separar-se de suas posses, independente do seu valor real, acarretando assim na acumulação de itens. No DSM-IV a acumulação era listada como um sintoma do transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva, agora aparece como uma categoria diagnóstica.

O Transtorno Disfórico Pré-Menstrual estava presente no apêndice “Conjunto de Critérios e Eixos Propostos para Estudos Adicionais” do DSM-IV. Nesta versão é classificado como um transtorno mental. Caracterizado por “mudanças de humor, sentir-se repentinamente triste ou chorosa ou sensibilidade aumentada à rejeição” (APA, 2014, p. 172), sintomas esses manifestados nas duas últimas semanas do ciclo menstrual.

O Transtorno disruptivo de desregulação do humor é caracterizado por irritabilidade persistente e episódios de explosões de raiva como violência verbal ou pelo comportamento ao longo de um ano. O diagnóstico deve ser feito entre 6 e 18 anos, ou seja, adolescentes que apresentam essas alterações de humor (frequentemente observadas nessa fase do desenvolvimento) podem ser diagnosticados com esse novo transtorno. Segundo Black e Grant (2015) esse transtorno “foi criticado por rotular as crianças e irritáveis como com transtorno mental, o que também aumentaria o uso não indicado de antipsicóticos” (p. 7). Segundo a *American Psychiatric Association* (APA) esse diagnóstico foi incluído no DSM-5 devido ao suposto excesso de diagnósticos de bipolaridade em crianças, o Transtorno Disruptivo da Desregulação do humor surge, portanto, como uma alternativa que objetiva evitar o aumento do número de crianças sendo medicadas para transtorno bipolar, porém, essa

categoria pode acarretar que crianças com episódios de birra sejam medicadas de forma imprudente.

Segundo Caponi (2009) “essas classificações, relacionadas prioritariamente a comportamentos socialmente indesejados, permitem que quase todos os nossos sofrimentos e condutas sejam redefinidos em termos médicos” (p. 530). Diante disso, os limites entre normal e patológico tornam-se cada vez mais incertos, contribuindo para que a medicalização se estenda a quase todos domínios da existência humana.

O processo de psicopatologização da vida no DSM ocorre a partir de dois pontos, o primeiro é a criação de novos diagnósticos que tornam patológicos comportamentos comumente encontrados na sociedade, como alguns dos exemplos citados anteriormente. O segundo modo é estabelecer um limiar mais baixo para categorias diagnósticas já existentes, como por exemplo o que ocorre com a hiperatividade. Nessa categoria, a descrição de idade de início dos sintomas muda de antes dos sete anos para antes dos 12 anos de idade, ou seja, um maior número de crianças poderá ser enquadrado nesse diagnóstico.

Outro exemplo disto é o Transtorno do Espectro Autista, que teve seus critérios diagnósticos ampliados nesta última edição. No DSM-5, os seguintes diagnósticos: transtorno autista, transtorno de Asperger, transtorno desintegrativo da infância, síndrome de Rett e o transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação foram consolidados. Os indivíduos anteriormente diagnosticados com algum desses transtornos devem ser incluídos na nova categoria. Alguns grupos queriam preservar o transtorno de Asperger, argumentando que os indivíduos com esse transtorno sofreriam um abandono diagnóstico.

Outro exemplo dessa patologização da vida no DSM-5 e que foi escolhido como principal objeto de estudo desta pesquisa é a forma como o processo de luto é descrito. A atual edição do manual oferece uma visão questionável acerca deste processo, no qual o luto é

caracterizado como um transtorno de humor, quando passa por um período de duas semanas sem melhora significativa.

No DSM-IV, nos critérios diagnósticos para Episódio Depressivo Maior o processo de luto aparecia como critério de exclusão para esse diagnóstico: “Os sintomas não são mais bem explicados por luto, ou seja, após a perda de um ente querido, os sintomas persistem por mais de 2 meses” (APA, 1995, p. 312). Ou seja, os sintomas depressivos que tinham duração de menos de dois meses após a morte de um ente querido eram considerados excludentes do diagnóstico de depressão, quem apresentava essa condição não poderia ser diagnosticado com depressão.

No DSM-5, o luto foi retirado dos critérios de exclusão do diagnóstico do Transtorno depressivo Maior, sendo citado apenas na seguinte nota:

Respostas a uma perda significativa (p. ex., luto, ruína financeira, perdas por desastre natural, doença médica grave ou incapacidade) podem incluir sentimentos de tristeza intensos, ruminação acerca da perda, insônia, falta de apetite e perda de peso observados no Critério A, que podem se assemelhar a um episódio depressivo. Embora tais sintomas possam ser entendidos ou considerados apropriados à perda, a presença de um episódio depressivo maior, além da resposta normal a uma perda significativa, deve ser também cuidadosamente considerada. Essa decisão exige inevitavelmente exercício do juízo clínico, baseado na história do indivíduo e nas normas culturais para a expressão de sofrimento no contexto de uma perda (APA, 2014, p. 161).

Os autores do DSM-5 compreendem que a separação entre o processo de luto, ou seja, a perda de um ente querido, e outros estressores não é mais justificada. Desta forma, alguém que está passando por um processo de luto pode ser diagnosticado com depressão caso os sintomas de humor deprimido, diminuição do prazer nas atividades diárias, perda ou ganho de peso, dentre outros, persistam por mais de duas semanas. Segundo Black e Grant (2015), “a

decisão de retirar a “exclusão do luto” para transtorno depressivo maior foi criticada por pessoas que alegaram que a mudança transformaria o luto normal em um transtorno mental” (p.7). Para Roberts e Louie (2017) “o julgamento clínico pode permitir o diagnóstico de transtorno depressivo maior em indivíduos em luto” (p. 173). Ou seja, a retirada do luto como critério de exclusão pode incentivar o diagnóstico prematuro de depressão na sequência ao luto.

Há chances de que alguém apresentando reações naturais e até mesmo esperadas durante um processo de luto passe a ser tratada como depressiva, fazendo do luto um transtorno mental. Neste sentido, há uma preocupação de que pacientes com luto prolongado possam ser prescritos com antidepressivos para administrar as reações que fazem parte do processo de elaboração do luto. O luto não é uma doença e, portanto, não exige medicalização (exceto em casos onde outros transtornos psiquiátricos estejam associados a este processo). Vários autores (Franco, 2008; Veras, 2015, Venâncio & Oliveira, 2018⁴, dentre outros) combatem esse quadro, chamado por eles de “Patologização do luto”. Para Illich (1975, citado por Tabet, et al., 2017) “a medicalização dos grandes rituais também faz parte de um sintoma grave da iatrogênese social” (p. 1192). O luto pode ser entendido como um exemplo desses rituais, e a medicalização desse processo, pensando no ponto de vista da iatrogênese social, pode gerar uma discrepância entre o indivíduo e o grupo social, acarretando em uma perda de autonomia e na propagação da ideia da pessoa em processo de luto como alguém doente que depende de uma autoridade médica.

González Rey considera alguns aspectos ao definir saúde.

⁴ Venâncio e Oliveira (2018) realizaram um estudo que consistiu em uma revisão dos DSMs e teve por objetivo buscar identificar de que forma o luto, a morte e a perda de uma pessoa são referidos nestes manuais. Além disso, o trabalho realizado por essas autoras contou com uma pesquisa com a mesma temática nos periódicos do portal CAPES. Este trabalho foi apresentado pelas autoras no Congresso Brasileiro de Psicologia da FAE e só foi acessado pela autora do presente trabalho em julho de 2019. Vale destacar que os resultados obtidos e os apontamentos levantados por Venâncio e Oliveira (2018) estão de acordo com os descritos na presente pesquisa.

a) Saúde não pode se identificar com um estado de normalidade, pois no âmbito individual é um processo único e com manifestações próprias. A saúde não é uma média, é uma integração funcional que no aspecto individual se alcança por múltiplas e diversas alternativas; b) saúde não é um estado estático do organismo, é um processo que continuamente se desenvolve, no qual participa de forma ativa e consciente o indivíduo como sujeito do processo; c) na saúde combinam-se de forma estreita fatores genéticos, congênitos, somato-funcionais e psicológicos. A saúde é uma expressão plurideterminada e seu curso não se decide pela participação ativa do homem de forma unilateral; d) a expressão sintomatológica da enfermidade é resultante de um processo que precede o surgimento dos sintomas. A doença, como saúde, é um processo que se define qualitativamente antes do surgimento dos sintomas, os quais não são mais do que um momento do desenvolvimento da doença (González Rey, 1993, citado por Freitas, 2010, p. 69).

Diante desta definição, fica clara a dificuldade em reduzir este conceito a fórmulas únicas aplicadas a todos os indivíduos que passam por processos similares.

É importante também destacar que nesta edição do DSM o “Transtorno do Luto Complexo Persistente” está proposto no tópico “Condições para estudos posteriores”. Como citado anteriormente, outros diagnósticos sugeridos neste tópico em edições anteriores foram inseridos como categorias diagnósticas nas versões seguintes do DSM, ou seja, isso nos dá indícios de que o “Transtorno do Luto Complexo Persistente” possa se desenvolver como categoria nas próximas edições deste manual.

Horwitz e Wakefield apontam que “existe uma pressão social, governamental e da própria área da saúde para diagnósticos cada vez mais rápidos e precoces, e defendem que estamos numa sociedade em que não parece ter mais espaço para a tristeza ou o luto” (2010, citado por Bocchi, 2018, p. 100).

Diante disto surge o questionamento sobre a quem interessa que a perda de alguém importante como um pai, mãe, filho ou companheiro deva ser elaborado apressadamente, ou sequer elaborado? Faz-se importante também questionar quais os riscos e perigos que podem advir desta pressa ou da ausência da elaboração do luto. Pode-se pensar, portanto, nesse processo, e também nas outras categorias diagnósticas citadas anteriormente, como estratégias biopolíticas.

4 DSM E OS PROCESSOS DE LUTO

4.1 LUTO NO DSM-II

Foram elaboradas tabelas com as incidências do termo luto nas seguintes edições do DSM: DSM-II, DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV, DSM-IV-TR e DSM-5. O DSM-I não foi contemplado devido à impossibilidade de acesso ao documento.

A elaboração dessas tabelas deu-se a partir de consulta ao índice remissivo dessas edições. Além disso, nas edições em que o acesso ao arquivo digital foi possível, foram incluídas as entradas do termo luto obtidas por meio da ferramenta localizar. Vale ressaltar que a ferramenta de busca do leitor de arquivo em formato PDF permite encontrar outras remissões, cuja função é de localização terminológica, o que não é exatamente o caso do índice remissivo. Na apresentação de cada tabela será descrito quais resultados são contemplados.

No DSM-II foi utilizada a ferramenta localizar para a busca dos termos “Grief” e “Bereavement” no arquivo digital do manual.

Tabela 3.
Incidências do termo luto no DSM-II

Página	Categoria	Trecho
49	307.0 Reação de ajuste da infância	Exemplo: uma reação de luto associada com a separação materna do paciente, manifestada por meio de crises de choro, perda de apetite e isolamento social grave ⁵

A única incidência do termo luto nesta edição é na categoria Reações de ajustamento da infância, essa categoria faz parte dos Transtornos Comportamentais da Infância e Adolescência e diz respeito a perturbações situacionais Transitórias.

⁵ Tradução livre da autora de *Adjustment reaction of infancy. Example: A grief reaction associated with separation from patient's mother, manifested by crying spells, loss of appetite and severe social withdrawal.*

Além disso, foi feito uma busca pela categoria Melancolia Involucional, que é a categoria que deu origem ao Transtorno Depressivo Maior. Essa categoria apresenta a seguinte descrição:

296.0 Melancolia involucional

Esta é uma desordem que acontece no período involucional e caracterizada por meio de preocupação, ansiedade, agitação e insônia grave. Sentimentos de culpa e preocupações somáticas são frequentemente presentes e podem ser de proporções delusionais. Esta desordem é distinta da doença maníaco-depressiva dada a ausência de episódios anteriores; distingue-se da esquizofrenia em que o teste de realidade prejudicada é devido a uma desordem de humor; e distingue-se da reação psicótica-depressiva em a depressão não é devida a alguma experiência de vida⁶ (APA, 1968, p. 36).

Nesta edição o luto ainda não aparece de forma clara como critério de exclusão para este diagnóstico, porém, descreve que os sintomas depressivos observados no diagnóstico de Melancolia Involucional não são relativos a alguma experiência de vida, ou seja, para que esse diagnóstico seja realizado, os sintomas devem ser apresentados sem que sejam relacionados a algum evento estressor que possa ter ocorrido na vida da pessoa. Essa especificação possibilita a criação do Luto como critério de Exclusão para o diagnóstico do Transtorno Depressivo Maior, que ocorre a partir da próxima edição do manual, o DSM-III.

⁶ Tradução livre da autora de *Melancolia involucional: This is a disorder occurring in the involucional period and characterized by worry, anxiety, agitation, and severe insomnia. Feelings of guilt and somatic preoccupations are frequently present and may be of delusional proportions. This disorder is distinguishable from Manic-depressive illness (q.v.) by the absence of previous episodes; it is distinguished from Schizophrenia (q.v.) in that impaired reality testing is due to a disorder of mood; and it is distinguished from Psychotic depressive reaction (q.v.) in that the depression is not due to some life experience.*

4.2 LUTO NO DSM-III

No DSM-III a pesquisa também foi realizada por meio da ferramenta localizar, com a qual foi realizada a busca dos termos “Grief” e “Bereavement” no arquivo digital desta edição do manual. Os resultados encontrados são apresentados na tabela a seguir.

Tabela 4.

Incidências do termo luto no DSM-III

Página	Categoria	Trecho
108	<i>Transtornos Mentais Orgânicos Demência</i>	Indivíduos com Demência são especialmente vulneráveis a estressores físicos e psicossociais. Por exemplo, luto e aposentadoria podem agravar consideravelmente os déficits intelectuais. ⁷
213	<i>Transtornos do Humor Episódio Depressivo Maior</i>	Luto Descomplicado é distinguido de um episódio depressivo maior e não é considerado um transtorno mental mesmo quando associado com a Síndrome depressiva (vide p. 333). Entretanto, se o luto é demasiadamente severo ou prolongado, o diagnóstico pode ser modificado para Depressão Maior. Critério diagnóstico para episódio depressivo maior Não ser devido a nenhum Transtorno Mental Orgânico ou Luto Descomplicado ⁸
236	309.81 Transtorno de Estresse Pós-Traumático, Crônico ou com Início Tardio	O estressor produtor desta síndrome causaria sintomas significativos de angústia na maioria das pessoas, e está geralmente fora da gama de experiências comuns como o luto simples, doenças crônicas, perdas nos negócios, ou conflitos conjugais. ⁹

⁷ Tradução livre da autora de: *Organic Mental Disorders- Dementi*: Individuals with Dementia are especially vulnerable to physical and psychosocial stressors. For example, bereavement or retirement may considerably aggravate intellectual deficits.

⁸ Tradução livre da autora de: *Affective Disorders-Major Depressive Episode*: Uncomplicated Bereavement is distinguished from a major depressive episode and is not considered a mental disorder even when associated with the full depressive syndrome (see p. 333). However, if bereavement is unduly severe or prolonged, the diagnosis may be changed to Major Depression. **Diagnostic criteria for major depressive episode** Not due to any Organic Mental Disorder or Uncomplicated Bereavement

⁹ Tradução livre da autora de: 309.81 Post-traumatic Stress Disorder, Chronic or Delayed: The stressor producing this syndrome would evoke significant symptoms of distress in most people, and is generally outside the range of such common experiences as simple bereavement, chronic illness, business losses, or marital conflict.

301	Transtorno de Adaptação	de	A perturbação não se encaixa nos critérios de nenhum dos transtornos específicos listados anteriormente ou no Luto Descomplicado. ¹⁰
301	TIPOS DE TRANSTORNOS DE ADAPTAÇÃO 309.00 Transtorno de Adaptação com Humor Depressivo	DE	Esta categoria deve ser utilizada quando a manifestação predominante envolve sintomas como humor depressivo, choro iminente e desesperança. O maior diferencial é com a Depressão Maior e Luto Descomplicado. ¹¹
333	V62.82 Luto Descomplicado		<p>Essa categoria pode ser utilizada quando o foco de atenção ou tratamento é a reação normal a morte de um ente querido (luto).</p> <p>Uma síndrome depressiva frequentemente é uma reação normal para tal perda, com sentimentos de depressão e sintomas associados como perda de apetite, perda de peso, e insônia. Entretanto, preocupação mórbida com inutilidade, comprometimento funcional prolongado e acentuado, e retardo motor acentuado são incomuns e indicam que o luto está complicado pelo desenvolvimento de uma Depressão Maior.</p> <p>No Luto Descomplicado, culpa, se presente, é principalmente sobre coisas feitas ou não pelo sobrevivente na hora da morte; considerações sobre a morte são normalmente limitadas pelos pensamentos do indivíduo de que ele ou ela estaria melhor morto ou de que ele ou ela deveria ter morrido junto com a pessoa que morreu. O indivíduo com Luto Descomplicado geralmente considera o sentimento de humor depressivo como “normal”, embora ele ou ela pode procurar ajuda profissional para alívio de sintomas associados como insônia e anorexia.</p> <p>A reação à perda pode não ser imediata, mas raramente ocorre depois dos primeiros dois ou três meses. A duração do luto “normal” varia consideravelmente entre grupos subculturais diferentes.¹²</p>

¹⁰ Tradução livre da autora de: **Adjustment Disorder:** The disturbance does not meet the criteria for any of the specific disorders listed previously or for Uncomplicated Bereavement.

¹¹ Tradução livre da autora de: TYPES OF ADJUSTMENT DISORDER - 309.00 Adjustment Disorder with Depressed Mood: This category should be used when the predominant manifestation involves such symptoms as depressed mood, tearfulness, and hopelessness. The major differential is with Major Depression and Uncomplicated Bereavement.

¹² Tradução livre da autora de: **V62.82 Uncomplicated Bereavement:** This category can be used when a focus of attention or treatment is a normal reaction to the death of a loved one (bereavement). A full depressive syndrome frequently is a normal reaction to such a loss, with feelings of depression and such associated symptoms as poor appetite, weight loss, and insomnia. However, morbid preoccupation with worthlessness, prolonged and marked

421	298 Outras psicoses não orgânicas 298.0 <i>Tipo depressivo</i>	<p>Uma psicose depressiva que pode ser similar em seus sintomas com a psicose maníaco-depressiva, tipo depressivo (296.1) mas é provocada aparentemente por um estresse que causa tristeza como o luto, ou um desapontamento ou frustração. Pode haver menos variação diurna de sintomas do que no 296.1, e os delírios são mais frequentemente compreensíveis dentro do contexto das experiências de vida. Normalmente há seria perturbação de comportamento e.g., tentativa de suicídio grave.</p> <p>Psicose reativa depressiva Psicose depressiva psicogênica.</p> <p>Exclui: Psicose maníaco-depressiva, tipo depressivo (296,1) Neurose depressiva (300.4)¹³</p>
438	309 Reação de adaptação	<p>Transtorno moderado ou passageiro que dura mais do que reações de estresse agudas (308.-) que ocorre em indivíduos de qualquer idade sem transtorno mental prévio aparente. Tais transtornos são comumente relativamente circunscritos ou específicos a uma situação, geralmente são reversíveis, e normalmente duram apenas alguns meses. Eles são normalmente intimamente relacionados temporalmente e em conteúdo com estresses como luto, migração ou experiências de separação. Reações a estresses maiores que duram mais do que alguns dias também estão inclusas aqui. Em crianças tais transtornos estão associados com nenhuma distorção significativa do desenvolvimento.</p>

functional impairment, and marked psychomotor retardation are uncommon and suggest that the bereavement is complicated by the development of a Major Depression. In Uncomplicated Bereavement, guilt, if present, is chiefly about things done or not done at the time of the death by the survivor; thoughts of death are usually limited to the individual's thinking that he or she would be better off dead or that he or she should have died with the person who died. The individual with Uncomplicated Bereavement generally regards the feeling of depressed mood as "normal," although he or she may seek professional help for relief of such associated symptoms as insomnia and anorexia. The reaction to the loss may not be immediate, but rarely occurs after the first two or three months. The duration of "normal" bereavement varies considerably among different subcultural groups.

¹³ Tradução livre da autora de: 298 Other nonorganic psychoses - 298.0 *Depressive typ*: A depressive psychosis which can be similar in its symptoms to manic-depressive psychosis, depressed type (296.1) but is apparently provoked by saddening stress such as a bereavement, or a severe disappointment or frustration. There may be less diurnal variation of symptoms than in 296.1, and the delusions are more often understandable in the context of the life experiences. There is usually a serious disturbance of behaviour, e.g., major suicidal attempt. Reactive depressive psychosis Psychogenic depressive psychosis Excludes: manic-depressive psychosis, depressed type (296.1) neurotic depression (300.4)

		Exclui: Reação aguda a estresse maior (308.-) Transtornos neuróticos (300.-) ¹⁴
438	309.0 <i>Reação depressiva breve</i>	Estados de depressão, não especificáveis como maníaco-depressivos, psicóticos ou neuróticos, geralmente passageiros, nos quais os sintomas depressivos estão usualmente intimamente relacionados temporalmente e em conteúdo com algum evento estressante. Reações de luto. Exclui: Psicoses afetivas (296.-) Depressão neurótica (300.4) Reação depressiva prolongada (309.1) Psicose depressiva psicogênica (298.0) ¹⁵
439	309.3 <i>Com predominante perturbação de conduta</i>	Transtorno moderado ou passageiro, que cumpri o critério geral para reação de adaptação, no qual a principal perturbação envolve predominantemente uma perturbação de conduta. Por exemplo, a reação de luto de um adolescente que resulta em transtorno agressivo ou antissocial seria incluída aqui. Exclui: Perturbação de conduta não especificada (312.-) comportamento dissociativo sem a manifestação de transtorno psiquiátrico Transtorno de personalidade com manifestações predominantemente sociopatas e associadas (301.7) ¹⁶

¹⁴ Tradução livre da autora de: **309 Adjustment reaction:** Mild or transient disorders lasting longer than acute stress reactions (308.-) which occur in individuals of any age without any apparent pre-existing mental disorder. Such disorders are often relatively circumscribed or situation-specific, are generally reversible, and usually last only a few months. They are usually closely related in time and content to stresses such as bereavement, migration or separation experiences. Reactions to major stress that last longer than a few days are also included here. In children such disorders are associated with no significant distortion of development. Excludes: acute reaction to major stress (308.-) neurotic disorders (300.-)

¹⁵ Tradução livre da autora de: 309.0 *Brief depressive reaction:* States of depression, not specifiable as manic-depressive, psychotic or neurotic, generally transient, in which the depressive symptoms are usually closely related in time and content to some stressful event. Grief reaction Excludes: affective psychoses (296.-) neurotic depression (300.4) prolonged depressive reaction (309.1) psychogenic depressive psychosis (298.0)

¹⁶ Tradução livre da autora de: 309.3 *With predominant disturbance of conduct:* Mild or transient disorders, fulfilling the general criteria for adjustment reaction, in which the main disturbance predominantly involves a disturbance of conduct. For example, an adolescent grief reaction resulting in aggressive or antisocial disorder would be included here. Excludes: disturbance of conduct NOS (312.-) dyssocial behaviour without manifest psychiatric disorder (V71.0) personality disorder with predominantly sociopathic or asocial manifestations (301.7)

O DSM-III é a primeira edição do manual na qual o luto é descrito como critério de exclusão para o diagnóstico do Episódio Depressivo Maior (e, portanto, para o diagnóstico do Transtorno Depressivo Maior, visto que este segue os mesmos critérios daquele). Ou seja, uma pessoa que passou recentemente pela perda de alguém não pode ser diagnosticada com Episódio Depressivo Maior, pois considera-se que os sintomas apresentados estão relacionados a este episódio e são reações esperadas durante o processo de luto.

O DSM-III ocupa-se em diferenciar o luto do episódio depressivo maior, afirmando categoricamente que o luto não é considerado um transtorno mental, mesmo quando associado a uma síndrome depressiva. Há a ressalva de que o diagnóstico pode ser alterado para Depressão Maior caso o luto seja severamente grave ou prolongado.

No DSM-III o termo luto aparece ligado às seguintes classes diagnósticas: Distúrbios Mentais Orgânicos, Distúrbios de Humor, Distúrbios de Ansiedade e Distúrbios de Ajustamento.

Outro ponto importante que merece destaque é o fato de que o DSM-III é a primeira edição a apresentar o luto como critério de exclusão para o diagnóstico do Transtorno Depressivo e também a primeira a apresentar a categoria Luto sem Complicação. Essa categoria é descrita na secção “Códigos V para Condições Não Atribuídas a Distúrbio Mental Que São Foco de Atenção ou Tratamento” e é caracterizada por uma reação normal à morte. Diante disso pode-se fazer o seguinte questionamento, por que um manual diagnóstico possui uma categoria que fala do luto normal?

Vale retomar Schillings (2017), que diz que a normalidade se dá a partir do juízo crítico de validação social de certos grupos e posicionamentos sociais, portanto, os critérios relacionados às normas sociais são utilizados para classificar uma pessoa como normal/saudável ou não. A apresentação de uma descrição de um conceito de normalidade em um manual diagnóstico é a manifestação disso. Este conceito carrega um juízo de valor,

visto que diz respeito ao que é considerado desejável na sociedade naquele momento (Canguilhem, 1990, citado por Caponi, 2012). O fato de um manual diagnóstico de transtornos mentais descrever uma reação normal ou esperada ao luto corrobora com esta ideia, pois evidencia o fato de que o conceito de normalidade é construído e descrito a partir de certos posicionamentos sociais apresentados por certos grupos, como por exemplo a força-tarefa responsável pela criação das edições do DSM.

O próprio nome da seção em que essa categoria se encontra já aponta esse movimento: Códigos V para Condições Não Atribuídas a Distúrbio Mental Que São Foco de Atenção ou Tratamento. Se o luto sem complicação diz respeito a uma reação normal a morte de alguém, é compreensível que seja sugerida atenção a esse momento, porém o próprio nome da seção sugere que esta condição não é um distúrbio mental, mas ao mesmo tempo sugere que pode ser alvo de tratamento. Ora, se a descrição contida nesta categoria diz respeito a uma experiência normal, por que este processo seria alvo de tratamento? A descrição desta categoria comprova que o DSM é um instrumento patologizante. Pode-se afirmar também que a patologização do processo de luto inicia-se nesta edição e vai se acentuando ao longo das outras edições deste manual.

4.3 LUTO NO DSM-III-R

No DSM-III-R os resultados apresentados foram obtidos por meio do índice remissivo, que permitiu localizar somente uma incidência, a categoria de “Luto Sem Complicação”. Além disso a categoria Episódio Depressivo Maior foi incluída na tabela.

Tabela 5.
Incidências do termo luto no DSM-III-R

Página	Categoria	Trecho
233	Episódio Depressivo Maior	O diagnóstico é feito somente se não se pode estabelecer que o fator orgânico iniciou e manteve a perturbação e a perturbação não é reação normal a perda de uma pessoa amada (Luto sem Complicação). O Luto Sem Complicação é distinguido de um Episódio Depressivo Maior e não é considerado um distúrbio mental mesmo quando associado a uma síndrome depressiva completa. Contudo, a preocupação mórbida com a desvalia, ideação suicida, comprometimento funcional acentuado ou lentificação psicomotora, ou duração prolongada sugerem que o luto está complicado por um Episódio Depressivo Maior.
233	Episódio Depressivo Maior	Esta categoria pode ser usada quando o foco de atenção ou tratamento for uma reação normal à morte de uma pessoa amada (luto). Uma síndrome depressiva completa, frequentemente é uma reação normal a tal perda, com sentimentos de depressão e sintomas associados tais como apetite diminuído, perda de peso, e insônia. Contudo, a preocupação mórbida com a inutilidade, comprometimento funcional prolongado e acentuado, e retardamento psicomotor marcado são incomuns e sugerem que o luto está complicado pelo desenvolvimento de uma Depressão Maior.
381	V62.82 Luto Sem Complicação	No Luto Sem Complicação, culpa, se presente, é principalmente sobre as coisas feitas pelo sobrevivente na hora da morte; pensamentos de morte são habitualmente limitados ao pensamento de que ela estaria melhor morta ou que ela deveria ter morrido junto com a pessoa falecida. A pessoa com Luto Sem Complicação geralmente considera o sentimento de humor deprimido como “normal”, embora ela possa procurar ajuda profissional para alívio de sintomas associados tais como insônia ou anorexia. A reação à perda pode não ser imediata, mas raramente ocorre após os primeiros dois ou três meses. A duração do luto “normal” varia consideravelmente entre os diferentes grupos culturais.

Com base no DSM-III-R, considera-se que o diagnóstico de um Episódio Depressivo maior só pode ser realizado após a verificação se o que acarretou os sintomas descritos (humor deprimido, interesse e prazer diminuídos, perda ou ganho de peso significativo,

insônia, agitação ou lentificação psicomotora, fadiga, sentimentos de desvalia, diminuição da concentração, pensamentos recorrentes de morte, dentre outros) não foi um fator orgânico ou também se não fazem parte a uma reação normal à morte de um ente querido. Com isso, tem-se que alguém que passou por uma perda recente de alguém não pode ser diagnosticado com um Episódio Depressivo Maior (e, portanto, também não pode ser diagnosticado com Transtorno Depressivo Maior, visto que este segue os mesmos critérios diagnósticos do Episódio).

Além disso, na categoria Episódio Depressivo Maior no DSM-III-R é apresentada uma descrição sobre como diferenciar este episódio do Luto Sem Complicação, na qual são citados alguns sintomas (ideação suicida, comprometimento funcional acentuado ou lentificação psicomotora) ou a duração prolongada desse processo como indicativos de que o luto está complicado devido a um Episódio Depressivo Maior. Quanto ao período de tempo de duração do processo de luto, ao descrever o Luto Sem Complicação, o DSM-III diz que as reações ao luto são esperadas até três meses após a morte do ente querido. Além disso, cita que esses dois diagnósticos se distinguem pois o Luto Sem Complicação não é considerado um distúrbio mental.

A introdução do DSM-III-R descreve que, apesar deste manual propor uma classificação de distúrbios mentais, não há uma definição que precise adequadamente os limites do distúrbio mental, porém propõe a seguinte descrição:

No DSM-III-R cada um dos distúrbios mentais é conceituado como uma síndrome ou um padrão, comportamental ou psicológico, clinicamente significativo, que ocorre numa pessoa e, que está associado com a presença de mal-estar (um sintoma doloroso) ou incapacidade (comprometimento de uma ou mais áreas importantes do funcionamento) ou com um significativo aumento de risco de sofrer morte, dor, incapacidade ou uma importante perda de liberdade. Além do mais, esta síndrome ou

padrão, não deve ser meramente uma resposta esperável para um evento particular, por exemplo, a morte de um ser amado. Qualquer que seja sua causa original, ele deve ser geralmente considerado como manifestação de uma disfunção comportamental, psicológica ou biológica da pessoa. Nenhum comportamento desviante, isto é, político, religioso ou sexual nem conflitos que estão primitivamente entre o indivíduo e a sociedade são distúrbios mentais, a não ser que o desvio ou o conflito seja um sintoma de uma disfunção da pessoa, como descrito acima (APA, 1989, p. XXIII).

Todavia, ao descrever o Luto Sem Complicação, o mesmo manual cita que esta categoria pode ser utilizada quando o foco do tratamento for uma reação normal ao luto. Cabe aqui outro questionamento, se o Luto sem complicação é o luto normal, como este pode ser passível de tratamento?

Esta constatação corrobora com o que diz Canguilhem (1990, citado por Caponi, 2012), citado anteriormente nesse texto, que afirma que o conceito de normal está relacionado ao que é considerado desejável na sociedade em cada momento, ou seja, este conceito é definido a partir de um juízo de valor.

4.4 LUTO NO DSM-IV

No DSM-IV a elaboração da tabela foi feita a partir de pesquisa no índice remissivo. Esta pesquisa teve como resultado somente a incidência na seção “Outras condições que podem ser foco de atenção clínica”.

Além dessa incidência, obtida por meio do índice remissivo, foi acrescentado à tabela as categorias “Episódio Depressivo Maior” e “Transtorno Depressivo Menor”, visto que essas duas categorias apresentam o luto como critério de exclusão para seu diagnóstico, porém não são citadas no índice remissivo.

Tabela 6.
Incidências do termo luto no DSM-IV

Página	Categoria	Trecho
311	Episódio Depressivo Maior	<p>Um Episódio Depressivo Maior que ocorre em resposta a um estressor psicossocial é diferenciado de um Transtorno de Ajustamento com Humor Deprimido pelo fato de que no Transtorno de Ajustamento não são satisfeitos todos os critérios para Episódio Depressivo Maior. Após a perda de um ente querido, mesmo que os sintomas depressivos tenham duração e número suficientes para satisfazerem os critérios para um Episódio Depressivo Maior, eles devem ser atribuídos ao Luto, ao invés de Episódio Depressivo Maior,' a menos que persistam por mais de 2 meses ou incluam prejuízo funcional acentuado, preocupação pré-mórbida com desvalia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor.</p> <p>Critérios para Episódio Depressivo Maior</p> <p>E. Os sintomas não são melhor explicados por Luto, ou seja, após a perda de um ente querido, os sintomas persistem por mais de 2 meses ou são caracterizados por acentuado prejuízo funcional, preocupação pré-mórbida com desvalia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor.</p>
678	Transtorno Depressivo Menor	<p>Diagnóstico diferencial</p> <p>Os sintomas depressivos que ocorrem em resposta à perda de um ente querido são considerados Luto</p> <p>V62.82 Luto</p>
644	Outras condições que podem ser foco de atenção clínica	<p>Esta categoria pode ser usada quando o foco de atenção clínica é uma reação à morte de um ente querido. Como parte de sua reação à perda, alguns indivíduos enlutados apresentam sintomas característicos de um Episódio Depressivo Maior (por ex., sensações de tristeza e sintomas associados, tais como insônia, perda de apetite e perda de peso). O indivíduo enlutado tipicamente considera seu humor deprimido como “normal”, embora possa buscar auxílio profissional para o alívio dos sintomas associados, tais como insônia ou anorexia. A duração e expressão do luto “normal” variam consideravelmente, entre diferentes grupos culturais.</p> <p>O diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior geralmente não é dado, a menos que os sintomas ainda estejam presentes 2 meses após a perda. Entretanto, a presença de certos sintomas que não são característicos de uma reação “normal” de luto pode ser útil para a diferenciação entre luto e um Episódio Depressivo Maior. Exemplos: 1) culpa acerca de coisas outras que não ações que o sobrevivente tenha realizado ou não à época do falecimento; 2)</p>

pensamentos sobre morte, outros que não o sentimento do sobrevivente de que seria melhor estar morto ou de que deveria ter morrido com a pessoa falecida; 3) preocupação mórbida com inutilidade; 4) retardo psicomotor acentuado; 5) prejuízo funcional prolongado e acentuado; 6) experiências alucinatórias outras que não o fato de achar que ouve a voz ou vê temporariamente a imagem da pessoa falecida.

No DSM-IV o luto permanece como critério de exclusão para o “Episódio Depressivo Maior” e “Transtorno Depressivo Menor”. De acordo com esta edição, mesmo que os sintomas depressivos sejam suficientes para o diagnóstico de um Episódio Depressivo Maior ou Transtorno Depressivo Menor, se a pessoa passou pela perda de um ente querido, eles devem ser atribuídos ao Luto, e, portanto, não deve ser diagnosticada com alguma dessas categorias. A descrição dessas categorias ainda traz a ressalva de que este critério é válido a menos que os sintomas persistam por mais de dois meses, ou seja, no DSM-IV as reações ao luto são consideradas esperadas durante o período de dois meses após a perda.

Na seção “Outras condições que podem ser foco de atenção clínica” o luto é apresentado como uma situação que merece atenção, porém não configura como algo do campo patológico. Neste trecho também é descrito que as reações ao luto são consideradas como normais ou esperadas por até dois meses após a perda do ente querido.

4.5 LUTO NO DSM-IV-TR

No DSM-IV-TR a busca foi realizada a partir do índice remissivo. Nesta versão foi encontrada somente uma incidência do termo luto, apresentada na tabela a seguir.

Tabela 7.
Incidências do termo luto no DSM-IV-TR

Página	Categoria	Trecho
692	Outras Condições que Podem ser Foco de Atenção Clínica	Esta categoria pode ser usada quando o foco de atenção clínica é uma reação à morte de um ente querido. Como parte de sua reação à perda, alguns

V62.82 Luto

indivíduos enlutados apresentam sintomas característicos de um Episódio Depressivo Maior (p. ex., sentimentos de tristeza e sintomas associados, tais como insônia, perda de apetite e perda de peso). O indivíduo enlutado tipicamente considera seu humor deprimido como “normal”, embora possa buscar auxílio profissional para o alívio dos sintomas associados, tais como insônia ou anorexia. A duração e a expressão do luto “normal” variam consideravelmente entre diferentes grupos culturais. O diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior geralmente não é dado, a menos que os sintomas ainda estejam presentes 2 meses após a perda. Entretanto, a presença de certos sintomas que não são característicos de uma reação “normal” de luto pode ser útil para a diferenciação entre o luto e um Episódio Depressivo Maior. Exemplos: 1) culpa acerca de coisas outras que não ações que o sobrevivente tenha realizado ou não à época do falecimento; 2) pensamentos sobre morte, outros que não o sentimento do sobrevivente de que seria melhor estar morto ou de que deveria ter morrido com a pessoa falecida; 3) preocupação mórbida com inutilidade; 4) retardo psicomotor acentuado; 5) prejuízo funcional prolongado e acentuado; 6) experiências alucinatórias outras que não o fato de achar que ouve a voz ou vê temporariamente a imagem da pessoa falecida.

O DSM-IV-TR apresenta uma descrição sobre do que se trata a seção “Outras Condições que Podem ser Foco de Atenção Clínica”:

Esta seção cobre outras condições ou problemas que podem ser foco de atenção Clínica. Existe uma relação com os transtornos mentais descritos anteriormente neste manual de uma das seguintes maneiras: 1) o problema é o foco do diagnóstico ou tratamento e o indivíduo não tem um transtorno mental [...]; 2) o indivíduo tem um transtorno mental, mas esse não tem relação com seu problema [...]; 3) o indivíduo tem um transtorno mental relacionado ao problema, mas o problema é suficientemente grave a ponto de indicar atenção clínica independente (APA, 2003, p. 683).

A partir desta apresentação, temos que as categorias descritas nesta seção dizem respeito a outras condições ou problemas que não caracterizam um transtorno mental, mas

que se relacionam com eles de alguma forma. Porém, ao descrever de qual tipo pode ser esta relação, o DSM-IV-TR diz que estas categorias podem ser usadas quando as mesmas forem o foco do diagnóstico ou do tratamento. Aqui cabe novamente o questionamento, se essas condições não se enquadram na descrição de transtorno mental, como elas são passíveis de tratamento? E por que categorias que descrevem situações que não caracterizam um transtorno mental estão presentes em um manual diagnóstico de transtornos mentais?

Ao pensar na apresentação do luto nesta seção, pode-se observar que sua presença é descrita e justificada para as situações em que a pessoa enlutada “considera seu humor deprimido como ‘normal’, embora possa buscar auxílio profissional para o alívio dos sintomas associados” (APA, 2003, p. 692). Mas se esses sintomas são tidos como normais, por que precisam ser aliviados? A partir disso, pode-se dizer que esta versão do DSM apresenta o mesmo movimento que foi alvo de inúmeras críticas no DSM-5, o de patologizar situações consideradas normais, incluindo o luto.

Esta categoria apresenta também alguns critérios para diferenciar o luto de um Transtorno Depressivo Maior. Nessa descrição do luto o DSM-IV-TR também considera as reações ao luto como esperadas durante o período de 2 meses após a morte do ente querido e, portanto, durante esse período, o diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior não é dado.

4.6 LUTO NO DSM-5

Na tabela a seguir, referente às incidências no termo luto no DSM-5, os resultados foram obtidos a partir do índice remissivo e de busca a partir da ferramenta de busca do leitor de arquivo em formato PDF.

No DSM-5, pela ferramenta de busca foram encontradas 115 incidências do termo luto. Todas as ocorrências estão registradas na Tabela 8, sendo que os resultados obtidos são

apresentados da seguinte forma: na tabela elaborada constam todas as categorias com incidências do termo luto, sendo que estas foram obtidas a partir da ferramenta de busca, destas são destacadas por meio do grifo cinza as que também são apresentadas no índice remissivo.

Tabela 8.

Incidências do termo luto no DSM-5

Página	Quantidade	Seção	Categoria
XXXIV – Classificação do DSM-5	1	Outras Condições que Podem ser Foco da Atenção Clínica (715)	V62.82 (Z63.4) Luto sem Complicações (716)
XII	2	Prefácio	
125	9	Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados	Transtorno Bipolar Tipo I
134	9	Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados	Transtorno Bipolar Tipo II
155	3	Transtornos Depressivos (Abertura)	
161	9	Transtornos Depressivos	Transtorno Depressivo Maior
194	2	Transtornos de Ansiedade	Transtorno de Ansiedade de Separação (Diagnóstico Diferencial)
276	1	Transtornos Relacionados a Trauma e a Estresse	Transtorno de Estresse Pós- traumático
284	1	Transtornos Relacionados a Trauma e a Estresse	Transtorno de Estresse Agudo (Características associadas que apoiam o diagnóstico)
287	4	Transtornos Relacionados a Trauma e a Estresse	Transtornos de Adaptação
290	2	Transtornos Relacionados a Trauma e a Estresse	Outro Transtorno Relacionado a Trauma e a Estressores Especificado
407	3	Transtornos do Sono- Vigília	Transtorno do pesadelo (Diagnóstico diferencial/Comorbidade)
424	1	Disfunções sexuais (Abertura)	
425	1	Disfunções sexuais	Ejaculação Retardada
427	1	Disfunções sexuais	Transtorno Erétil
431	1	Disfunções sexuais	Transtorno do Orgasmo Feminino
435	1	Disfunções sexuais	Transtorno do Interesse/Excitação Sexual Feminino
438	1	Disfunções sexuais	Transtorno da Dor Gênito- pélvica/Penetração
442	1	Disfunções sexuais	Transtorno do Desejo Sexual

Masculino Hipoativo			
444	1	Disfunções sexuais	Ejaculação Prematura (Precoce)
716	3	Outras condições que podem ser foco da atenção clínica	V62.82 (Z63.4) Luto Sem Complicações
729	1	Instrumentos de Avaliação de Modelos Emergentes	Transtorno do Luto Complexo Persistente
758	1	Conceitos Culturais de Sofrimento	
789	38	Condições para estudos posteriores	Transtorno do Luto Complexo Persistente
811	5	Destaques das Modificações do DSM-IV para o DSM-5 – Transtornos Depressivos	
826	1	Glossário de termos técnicos	
835	1	Glossário de Conceitos Culturais de Sofrimento – Kufungisisa	
845	1	Listagem alfabética dos Diagnósticos do DSM-5 e Códigos CID-9-MC e CID-10-MC	
876	1	Listagem numérica dos Diagnósticos do DSM-5 e Códigos (CID-9-MC)	
895	1	Listagem numérica dos Diagnósticos do DSM-5 e Códigos (CID-10-MC)	

A partir desta tabela, pode-se perceber que várias incidências do termo luto encontradas a partir da ferramenta localizar na versão digital do DSM-5 não aparecem no índice remissivo; diante disso alguns pontos podem ser considerados. Em geral, quando se faz uma busca por um termo em um livro como este, essa busca é realizada utilizando o índice remissivo, ele é que elenca o que está determinado como importante no livro em questão. A partir da consulta ao exemplar impresso do DSM-5, tem-se uma perspectiva de que tudo que se precisa saber sobre o luto, do ponto de vista dos diagnósticos, são as incidências nas categorias que aparecem no índice, apesar de existirem outras incidências que não são citadas. Se elas não são citadas é importante questionar o porquê isso ocorre. Porque algumas

ocorrências aparecem no índice e outras não? Será que isto se deve a um equívoco por parte de quem fez o índice? O índice remissivo é uma ferramenta por meio da qual os autores do manual estabelecem quais as prioridades diagnósticas, nesse caso o luto entra como um diferencial. Nos outros casos (os que não são apresentados no índice), embora o termo luto apareça, ele não é mais um diferencial. Portanto, o que se nota é uma oscilação entre os casos em que o luto é considerado como um fator importante ou não para o diagnóstico no DSM. Diante disso, é importante observar o que pode ser descrito a partir da observação dos casos que não aparecem no índice, porém o termo é apresentado.

No DSM-5 o termo luto aparece ligado a 17 categorias diagnósticas, de cinco das dezenove classes diagnósticas, sendo as seguintes classes: Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados; Transtornos Depressivos; Transtornos de Ansiedade; Transtornos Relacionados a Trauma e a Estresse e Disfunções sexuais.

Nas categorias da classe do Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados e Transtornos Depressivos, o termo luto aparece no seguinte trecho:

Nota: Respostas a uma perda significativa (p. ex., luto, ruína financeira, perdas por desastre natural, doença médica grave ou incapacidade) podem incluir sentimentos de tristeza intensos, ruminação acerca da perda, insônia, falta de apetite e perda de peso observados no Critério A, que podem se assemelhar a um episódio depressivo. Embora tais sintomas possam ser entendidos ou considerados apropriados à perda, a presença de um episódio depressivo maior, além da resposta normal a uma perda significativa, deve ser também cuidadosamente considerada. Essa decisão exige inevitavelmente exercício do juízo clínico, baseado na história do indivíduo e nas normas culturais para a expressão de sofrimento no contexto de uma perda. Ao diferenciar luto de um episódio depressivo maior (EDM), é útil considerar que, no luto, o afeto predominante inclui sentimentos de vazio e perda, enquanto no EDM há humor deprimido

persistente e incapacidade de antecipar felicidade ou prazer. A disforia no luto pode diminuir de intensidade ao longo de dias a semanas, ocorrendo em ondas, conhecidas como “dores do luto”. Essas ondas tendem a estar associadas a pensamentos ou lembranças do falecido. O humor deprimido de um EDM é mais persistente e não está ligado a pensamentos ou preocupações específicos. A dor do luto pode vir acompanhada de emoções e humor positivos que não são característicos da infelicidade e angústia generalizadas de um EDM. O conteúdo do pensamento associado ao luto geralmente apresenta preocupação com pensamentos e lembranças do falecido, em vez das ruminatórias autocríticas ou pessimistas encontradas no EDM. No luto, a autoestima costuma estar preservada, ao passo que no EDM sentimentos de desvalia e aversão a si mesmo são comuns. Se presente no luto, a ideiação autodepreciativa tipicamente envolve a percepção de falhas em relação ao falecido (p. ex., não ter feito visitas com frequência suficiente, não dizer ao falecido o quanto o amava). Se um indivíduo enlutado pensa em morte e em morrer, tais pensamentos costumam ter o foco no falecido e possivelmente em “se unir” a ele, enquanto no EDM esses pensamentos têm o foco em acabar com a própria vida em razão dos sentimentos de desvalia, de não merecer estar vivo ou da incapacidade de enfrentar a dor da depressão (APA, 2014, p. 125).

Na classe dos Transtornos de Ansiedade o termo luto foi encontrado somente na categoria Transtorno de Ansiedade de Separação, ao descrever o Diagnóstico diferencial:

Luto. Anseio intenso ou saudades da pessoa falecida, tristeza intensa e dor emocional e preocupação com a pessoa falecida ou com as circunstâncias da morte são respostas esperadas no luto, enquanto o medo de separação de outras figuras de apego é central no transtorno de ansiedade de separação (APA, 2014, p. 194).

Na classe dos Transtornos Relacionados a Trauma e a Estresse o termo luto foi encontrado nas seguintes categorias: Transtorno de Estresse Pós-traumático, Transtorno de Estresse Agudo e Transtornos de Adaptação. No Transtorno de Estresse Pós-traumático o termo luto aparece nas características que apoiam o diagnóstico, da seguinte forma:

A regressão do desenvolvimento, como a perda da fala em crianças pequenas, pode ocorrer. Pseudoalucinações auditivas, como ter a experiência sensorial de escutar seus próprios pensamentos ditos em uma voz ou em vozes diferentes, bem como ideias paranoides, podem estar presentes. Depois de eventos traumáticos graves, prolongados e repetidos (p. ex., abuso infantil, tortura), o indivíduo pode apresentar também dificuldades na regulação de emoções ou para manter relacionamentos interpessoais estáveis, ou ainda sintomas dissociativos. Quando o evento traumático produz morte violenta, sintomas de luto complicado e TEPT podem estar presentes (APA, 2014, p. 276).

Na categoria Transtorno de Estresse Agudo o termo luto também foi encontrado nas características que apoiam o diagnóstico, no trecho a seguir:

No caso do luto subsequente a uma morte que ocorreu em circunstâncias traumáticas, os sintomas de transtorno de estresse agudo podem envolver reações de tristeza agudas. Nesses casos, sintomas de revivência, dissociativos e de excitação podem envolver reações à perda, como recordações intrusivas das circunstâncias da morte do indivíduo, negação da morte da pessoa e raiva a respeito da morte. Sintomas pós-concussivos (p. ex., cefaleia, tontura, sensibilidade a luz ou som, irritabilidade, déficits de concentração), que ocorrem frequentemente em seguida a uma lesão cerebral traumática leve, também costumam ser vistos em indivíduos com transtorno de estresse agudo. Sintomas pós-concussivos são igualmente comuns em populações que sofreram lesão cerebral e nas que não sofreram, e a ocorrência frequente desses

sintomas poderia ser atribuída a sintomas de transtorno de estresse agudo (APA, 2014, p. 284).

No Transtorno de adaptação o termo luto foi encontrado nos critérios diagnósticos da seguinte forma “Os sintomas não representam luto normal” (APA, 2014, p. 287); além disso o luto também é descrito nas características diagnósticas:

Transtornos de adaptação podem ser diagnosticados após a morte de um ente querido quando a intensidade, a qualidade e a persistência das reações de luto excedem o que se esperaria normalmente, quando normas culturais, religiosas e apropriadas à idade são consideradas. Um conjunto mais específico de sintomas relacionados ao luto foi designado como transtorno de luto complexo persistente (APA, 2014, p. 287).

De acordo com o DSM-5, a categoria Outro Transtorno Relacionado a Trauma e a Estressores Especificado

é usada nas situações em que o clínico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não satisfaz os critérios para qualquer transtorno relacionado a trauma e a estressores especificado. Isso é feito por meio do registro de “outro transtorno relacionado a trauma e a estressores especificado”, seguido pela razão específica (p. ex., “transtorno de luto complexo persistente”) (APA, 2014, p. 290).

O luto é descrito como um dos exemplos de apresentação que pode ser especificada com esta categoria “Transtorno do luto complexo persistente: Este transtorno é caracterizado por reações de luto e pesar persistentes (ver capítulo ‘Condições para Estudos Posteriores’)” (APA, 2014, p. 290).

Na classe Disfunções sexuais o luto aparece nas categorias: Ejaculação Retardada, Ejaculação Retardada, Transtorno do Orgasmo Feminino, Transtorno do Interesse/Excitação Sexual Feminino, Transtorno da Dor Gênitopélvica/Penetração, Transtorno do Desejo Sexual

Masculino Hipoativo e Ejaculação Prematura (Precoce). Em todas elas o termo luto aparece no seguinte trecho:

Além dos subtipos “ao longo da vida/adquirido” e “generalizado/situacional”, os cinco fatores a seguir devem ser considerados durante a avaliação e o diagnóstico de ejaculação retardada, tendo em vista que podem ser relevantes para a etiologia e/ou tratamento: 1) fatores relacionados à parceira (p. ex., problemas sexuais; estado de saúde); 2) fatores associados ao relacionamento (p. ex., comunicação inadequada; discrepâncias no desejo para atividade sexual); 3) fatores relacionados a vulnerabilidade individual (p. ex., má imagem corporal; história de abuso sexual ou emocional), comorbidade psiquiátrica (p. ex., depressão, ansiedade) ou estressores (p. ex., perda de emprego, luto); 4) fatores culturais ou religiosos (inibições relacionadas a proibições de atividade sexual ou prazer; atitudes em relação à sexualidade); e 5) fatores médicos relevantes para prognóstico, curso ou tratamento (APA, 2014, p. 425).

O DSM-5 é a primeira edição a transformar em definitivo o luto numa categoria diagnóstica, é, portanto, a partir da visão do luto proposta nesta edição que existe a possibilidade de falar sobre o luto como patologia. Esta categoria é apresentada na seção “Condições para Estudos Posteriores”, na qual são apresentados “conjuntos de critérios propostos para condições para as quais são encorajadas pesquisas futuras” (APA, 2014, p. 783) e tem por objetivo “que os profissionais da área compreendam melhor essas condições e instrumentem as decisões quanto à possível inclusão nas próximas edições do DSM” (APA, 2014, p. 783). Ao incluir o Transtorno do Luto Complexo Persistente como um categoria no DSM, ainda que como uma categoria que necessita de mais estudos, o que ocorre é um processo de patologização do luto e não a descoberta de uma forma (naturalmente) patológica do luto.

A seguir, será apresentado um quadro com os critérios diagnósticos propostos para o Transtorno do Luto Complexo Persistente no DSM-5. A opção por apresentar esta categoria separadamente da tabela é devido à compreensão de que esta categoria apresenta muitos elementos que podem passar por crivo de análise, e a tabela restringiria o acesso a essas informações.

Transtorno do Luto Complexo Persistente
Critérios Propostos
<p>A. O indivíduo experimentou a morte de alguém com quem tinha um relacionamento próximo.</p> <p>B. Desde a morte, ao menos um dos seguintes sintomas é experimentado em um grau clinicamente significativo na maioria dos dias e persistiu por pelo menos 12 meses após a morte no caso de adultos enlutados e seis meses no caso de crianças enlutadas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Saudade persistente do falecido. Em crianças pequenas, a saudade pode ser expressa em brincadeiras e no comportamento, incluindo comportamentos que refletem ser separado de e também voltar a unir-se a um cuidador ou outra figura de apego. 2. Intenso pesar e dor emocional em resposta à morte. 3. Preocupação com o falecido. 4. Preocupação com as circunstâncias da morte. Em crianças, essa preocupação com o falecido pode ser expressa por meio dos temas de brincadeiras e comportamento e pode se estender à preocupação com a possível morte de outras pessoas próximas a elas. <p>C. Desde a morte, ao menos seis dos seguintes sintomas são experimentados em um grau clinicamente significativo na maioria dos dias e persistiram por pelo menos 12 meses após a morte, no caso de adultos enlutados, e seis meses no caso de crianças enlutadas:</p> <p>Sofrimento reativo à morte</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Marcada dificuldade em aceitar a morte. Em crianças, isso depende de sua capacidade de compreender o significado e a continuidade da morte. 2. Experimentar incredulidade ou entorpecimento emocional quanto à perda. 3. Dificuldade com memórias positivas a respeito do falecido. 4. Amargura ou raiva relacionada à perda. 5. Avaliações desadaptativas sobre si mesmo em relação ao falecido ou à morte (p. ex., autoacusação). 6. Evitação excessiva de lembranças da perda (p. ex., evitação de indivíduos, lugares ou situações associados ao falecido; em crianças, isso pode incluir a evitação de pensamentos e sentimentos relacionados ao falecido). <p>Perturbação social/da identidade</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Desejo de morrer a fim de estar com o falecido. 8. Dificuldade de confiar em outros indivíduos desde a morte.

9. Sentir-se sozinho ou isolado dos outros indivíduos desde a morte.
10. Sentir que a vida não tem sentido ou é vazia sem o falecido ou a crença de que o indivíduo não consegue funcionar sem o falecido.
11. Confusão quanto ao próprio papel na vida ou senso diminuído quanto à própria identidade (p. ex., sentir que uma parte de si morreu com o falecido).
12. Dificuldade ou relutância em buscar interesses desde a perda ou em planejar o futuro (p. ex., amizades, atividades).

D. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

E. A reação de luto é desproporcional ou inconsistente com as normas culturais, religiosas ou apropriadas à idade.

Especificar se:

Com luto traumático: Luto devido a homicídio ou suicídio com preocupações angustiantes persistentes referentes à natureza traumática da morte (frequentemente em resposta a lembranças da perda), incluindo os últimos momentos do falecido, grau de sofrimento e lesão mutiladora ou a natureza maldosa ou intencional da morte.

Características Diagnósticas

O transtorno do luto complexo persistente é diagnosticado somente se ao menos 12 meses (seis meses em crianças) se passaram desde a morte de alguém com quem o enlutado tinha um relacionamento próximo (Critério A). Esse intervalo de tempo discrimina o luto normal do luto persistente. A condição envolve, em geral, uma saudade persistente do falecido (Critério B1), que pode estar associada a intenso pesar e choros frequentes (Critério B2) ou preocupação com o falecido (Critério B3). O indivíduo também pode estar preocupado com a maneira como a pessoa morreu (Critério B4).

Seis sintomas adicionais são necessários, incluindo dificuldade acentuada de aceitar que o indivíduo morreu (Critério C1) (p. ex., preparando refeições para ele), descrença em que o indivíduo está morto (Critério C2), lembranças angustiantes do falecido (Critério C3), raiva com relação à perda (Critério C4), avaliações desadaptativas sobre si mesmo em relação ao falecido ou à morte (Critério C5) e evitação excessiva de lembranças da perda (Critério C6). Os indivíduos também podem relatar desejo de morrer porque desejam estar com o falecido (Critério C7); não confiar nos outros (Critério C8); sentir-se isolados (Critério C9); acreditar que a vida não tem sentido ou propósito sem o falecido (Critério C10); experimentar um senso diminuído de identidade no qual sentem que uma parte de si morreu ou foi perdida (Critério C11); ou ter dificuldade em se engajar em atividades, buscar relações ou planejar o futuro (Critério C12).

O transtorno do luto complexo persistente requer sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento psicossocial (Critério D). A natureza e a gravidade do luto devem estar além das normas esperadas para o contexto cultural relevante, grupo religioso ou estágio do desenvolvimento (Critério E). Embora haja variações em como o luto pode se manifestar, os sintomas do transtorno do luto complexo persistente ocorrem em ambos os gêneros e em grupos sociais e culturais diversos.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Alguns indivíduos com transtorno do luto complexo persistente experimentam alucinações (auditivas ou visuais) com o falecido em que temporariamente percebem sua presença (p. ex., vendo o falecido sentado na sua cadeira favorita). Também podem experimentar diversas queixas somáticas (p. ex., queixas digestivas, dor, fadiga), incluindo sintomas experimentados pelo falecido.

Prevalência

A prevalência do transtorno do luto complexo persistente é de 2,4 a 4,8%. É mais prevalente em indivíduos do sexo feminino do que nos do sexo masculino.

Desenvolvimento e Curso

O transtorno do luto complexo persistente pode ocorrer em qualquer idade, iniciando após a idade de 1 ano. Os sintomas em geral se iniciam nos primeiros meses após a morte, embora possa haver um atraso de meses, ou mesmo anos, antes que a síndrome completa apareça. Mesmo que respostas de pesar costumem aparecer imediatamente após o luto, tais reações não são diagnosticadas como transtorno do luto complexo persistente a menos que os sintomas persistam além de 12 meses (6 meses para crianças).

Crianças pequenas podem experimentar a perda de um cuidador primário como traumática, dados os efeitos desorganizadores que a ausência do cuidador pode ter sobre a resposta de enfrentamento da criança. Nelas, o sofrimento pode ser expresso em brincadeiras e no comportamento, em regressões no desenvolvimento e em comportamento ansioso ou de protesto em momentos de separação e reunião. A angústia de separação pode ser predominante em crianças menores, e a angústia social/de identidade e o risco de depressão comórbida podem se manifestar de forma crescente em crianças maiores e adolescentes.

Fatores de Risco e Prognóstico

Ambientais. O risco de transtorno do luto complexo persistente é aumentado pela maior dependência do falecido antes da morte e pela morte de uma criança. Problemas com o apoio de cuidadores aumentam o risco para crianças enlutadas.

Genéticos e fisiológicos. O risco para o transtorno é aumentado quando o indivíduo enluta- do é do sexo feminino.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Os sintomas do transtorno do luto complexo persistente são observados entre os contextos culturais, porém as respostas de luto podem se manifestar de formas culturalmente específicas. O diagnóstico do transtorno requer que as respostas persistentes e graves vão além das normas culturais das respostas de luto e não sejam mais bem explicadas por rituais culturalmente específicos.

Risco de Suicídio

Indivíduos com transtorno do luto complexo persistente frequentemente relatam ideiação suicida.

Consequências Funcionais do Transtorno do Luto Complexo Persistente

O transtorno do luto complexo persistente está associado a déficits no trabalho e no funcionamento social e a comportamentos prejudiciais à saúde, tais como aumento do uso de tabaco e álcool. Também está associado a aumento acentuado nos riscos de condições médicas graves, incluindo doença cardíaca, hipertensão, câncer, deficiência imunológica e qualidade de vida reduzida.

Diagnóstico Diferencial

Luto normal. O transtorno do luto complexo persistente distingue-se do luto normal pela presença de reações graves de luto que persistem por pelo menos 12 meses (ou seis meses em crianças) após a morte da pessoa próxima. O transtorno é diagnosticado somente quando persistem níveis graves de resposta de luto por ao menos 12 meses após a morte, interferindo na capacidade do indivíduo de funcionar.

Transtornos depressivos. Transtorno do luto complexo persistente, transtorno depressivo maior e transtorno depressivo persistente (distímia) compartilham tristeza, choro e pensamento suicida. Enquanto o transtorno depressivo maior e o transtorno depressivo persistente podem compartilhar o humor deprimido com o transtorno do luto complexo persistente, este último é caracterizado por um foco na perda.

Transtorno de estresse pós-traumático. Indivíduos que experimentam luto em consequência de morte traumática podem desenvolver tanto transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) quanto transtorno do luto complexo persistente. Ambas as condições podem envolver pensamentos intrusivos e evitação. Enquanto as intrusões no TEPT giram em torno do evento traumático, as memórias intrusivas no transtorno do luto complexo persistente são focadas em pensamentos a respeito de muitos aspectos do relacionamento com o falecido, incluindo aspectos positivos do relacionamento e sofrimento pela separação. Em indivíduos com o especificador de luto traumático do transtorno do luto persistente complexo, os pensamentos ou sentimentos angustiantes podem ser mais manifestamente relacionados à forma da morte, com fantasias angustiantes sobre o que aconteceu. Tanto o transtorno do luto complexo persistente quanto o TEPT podem envolver a evitação de lembranças dos eventos que provocam sofrimento. Enquanto a evitação no TEPT é caracterizada pela evitação consistente de estímulos internos e externos que lembram a experiência traumática, no transtorno do luto complexo persistente há também preocupação com a perda e a saudade do falecido, que está ausente no TEPT.

Transtorno de ansiedade de separação. O transtorno de ansiedade de separação é caracterizado por ansiedade pela separação de figuras de apego atuais, enquanto o transtorno do luto complexo persistente envolve sofrimento pela separação de um indivíduo falecido.

Comorbidade

Os transtornos comórbidos mais comuns com o transtorno do luto complexo persistente são transtorno depressivo maior, TEPT e transtornos por uso de substâncias. O TEPT é mais frequentemente comórbido com o transtorno do luto complexo persistente quando a morte ocorreu em circunstâncias traumáticas ou violentas.

Diante da informações apresentadas nesta categoria, faz-se importante considerar que o DSM-5 apresenta a seguinte definição de Transtorno Mental:

Um transtorno mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes. Uma resposta esperada ou aprovada culturalmente a um estressor ou perda comum, como a morte de um ente querido, não constitui transtorno mental. Desvios sociais de comportamento (p. ex., de natureza política, religiosa ou sexual) e conflitos que são basicamente referentes ao indivíduo e à sociedade não são transtornos mentais a menos que o desvio ou conflito seja o resultado de uma disfunção no indivíduo, conforme descrito (APA, 2014, p. 20).

Apesar de citar logo nas suas primeiras páginas esta definição, o DSM-5 parece ir na contramão de sua própria definição de transtorno mental, tendo em vista que é descrito nela que reações ou respostas esperadas a perdas ou a morte não constituem transtorno mental, mas concomitantemente retira o luto como critério de exclusão para o Transtorno Depressivo Maior e ainda propõe a criação de uma categoria em que o luto é descrito como transtorno, o “Transtorno do Luto Complexo Persistente”, apresentado no capítulo “Condições para estudos posteriores”.

Segundo Freitas,

De todo modo, o diagnóstico de luto complicado se estende, no DSM-5, para um ano de sintomas persistentes entre adultos e seis meses entre crianças, mantendo-se dois

meses para o diagnóstico de depressão. Contudo, se por um lado o manual abre a possibilidade de compreendermos o luto como uma reação normal, sem negligenciarmos os casos onde podem se apresentar situações de sofrimento mental mais intenso, a avaliação do processo de luto como normal ou complicado recai sobre o clínico, correndo-se riscos, amplamente debatidos pela literatura, de se intensificar a patologização da vida, aumentando o número de diagnósticos e o uso de medicação desnecessária. Corre-se o risco de incorrer, como já denunciado por Tatossian (2012), em uma tarefa na qual o clínico “está em posição de saber, mais que em posição de prática” (Tatossian, 2012, p. 147, citado por Freitas, 2018, p. 50).

Ao propor o “Transtorno do Luto Complexo Persistente” como uma categoria para estudos posteriores, o DSM-5 intensifica o processo de psicopatologização do luto. Porém é importante destacar que esse processo não se dá somente a partir desta edição, embora no DSM-5 ele ganhe outras proporções, esse processo ocorre a partir de uma tendência que tem início no DSM-III, visto que este é o primeiro a apresentar o Luto sem Complicação como uma categoria. Ou seja, do DSM-III até o DSM-5 o que se assiste é uma espécie de adensamento na estratégia diagnóstica do luto, até transformá-lo numa patologia. Esse processo pode não ter ocorrido a partir de um planejamento prévio, mas certamente aponta uma intencionalidade patologizante.

Até o DSM-IV-TR, a única situação que o DSM permitia que pessoas que preenchessem os critérios diagnósticos sem apresentar depressão era no caso de estarem passando por um processo de luto.

os “sintomas” que as pessoas apresentam, quando estão passando por uma tristeza intensa relacionada a alguma situação de sua vida ou ao luto, podem ser idênticos aos da Depressão Maior, no entanto o contexto é diferente. Em uma compreensão que

considere o contexto, teremos um posicionamento; em outra, que focalize apenas os sintomas, como preconiza o DSM atual, uma atitude diversa (Veras, 2015, p. 39).

Conforme dito anteriormente, um dos maiores críticos da atual versão do DSM é Allen Frances, chefe da força tarefa do DSM-IV e do DSM-IV-TR. Segundo Frances (2010), essa alteração, aparentemente pequena, afeta de forma profunda o modo como o luto é tratado pela psiquiatria, ao permitir o diagnóstico de Depressão Maior, mesmo nos casos em que a pessoa esteja sofrendo logo em seguida a perda de um ente querido; com isso, muitas pessoas que tinham seu sofrimento considerado com uma variação dentro da normalidade, agora recebem um diagnóstico de transtorno mental.

No DSM-III-R, na definição da categoria “Luto sem Complicação” é apresentada a seguinte descrição: “A reação à perda pode não ser imediata, mas raramente ocorre após os primeiros dois ou três meses” (APA, 1989, p. 381).

No DSM-IV, são apresentados alguns pontos para o diagnóstico diferencial de um Transtorno Depressivo Maior, dentre eles pode-se destacar o seguinte:

Um Episódio Depressivo Maior que ocorre em resposta a um estressor psicossocial é diferenciado de um **Transtorno da Adaptação com Humor Deprimido** pelo fato de que no Transtorno da Adaptação não são satisfeitos todos os critérios para um Episódio Depressivo Maior. Após a perda de um ente querido, mesmo que os sintomas depressivos tenham duração e número suficientes para satisfazerem os critérios para um Episódio Depressivo Maior, eles devem ser atribuídos ao **Luto**, em vez de Episódio Depressivo Maior, a menos que persistam por mais de 2 meses ou incluam prejuízo funcional acentuado, preocupação mórbida com desvalia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor (APA, 1994, p. 311) (grifo do autor).

Ou seja, no DSM-III-R as reações ao luto eram consideradas esperadas durante os três primeiros meses após a perda do ente querido. No DSM-IV esse tempo diminui para dois

meses, após esse período seria possível o diagnóstico de um Episódio Depressivo Maior. Na atual versão do DSM, isso se apresenta em uma nova configuração.

Os sentimentos de tristeza intensa experienciados pelo indivíduo podem estar relacionado a inúmeras situações de perdas ou separação, desemprego, dentre outras. Ao vivenciar uma dessas experiências o indivíduo pode alcançar o número de cinco sintomas que o DSM sugere para o diagnóstico de uma patologia, além disso, esses sintomas podem ultrapassar o tempo limite de duas semanas de manifestação, critério proposto para o diagnóstico de depressão maior. Segundo Veras (2015) “uma pessoa com tristeza intensa, em decorrência de algum aspecto do seu contexto, pode manifestar, pelo período de duas semanas, alterações no sono, no apetite, na atenção e concentração, na disponibilidade de energia ou sentimentos de culpa e desvalia” (p. 39). Pode-se perceber aqui uma mudança no período de tempo em que as reações ao luto são consideradas esperadas, passando de três meses no DSM-III-R para dois meses no DSM-IV e duas semanas no DSM-5. Frances (2010) ressalta que, para ele, existe uma diferença entre perder um ente querido e outros eventos estressores da vida, portanto o luto deveria ser mantido como critério de exclusão para o diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior.

O DSM-5 apresenta um apêndice chamado “Destaques das Modificações do DSM-IV para o DSM-5”, nele a retirada do luto como critério de exclusão é descrita da seguinte forma:

No DSM-IV, havia um critério de exclusão para um episódio depressivo maior que era aplicado a sintomas depressivos que durassem menos de dois meses após a morte de uma pessoa amada (i.e., a exclusão do luto). Essa exclusão é omitida no DSM-5 por várias razões, incluindo o reconhecimento de que o luto é um estressor psicossocial grave que pode precipitar um episódio depressivo maior em um indivíduo vulnerável, geralmente iniciando logo após a perda, e pode acrescentar um risco adicional para sofrimento, sentimentos de desvalia, ideação suicida, problemas de saúde e

funcionamento interpessoal e laboral pior. Foi fundamental remover a afirmativa de que o luto geralmente dura apenas dois meses, quando tanto os médicos quanto os conselheiros para luto reconhecem que a duração é mais comumente de 1 a 2 anos. Uma nota de rodapé detalhada substituiu a exclusão mais simplista do DSM-IV para auxiliar os clínicos a fazer a distinção crítica entre os sintomas característicos do luto e aqueles de um transtorno depressivo maior. Por fim, foi acrescentado um novo especificador para indicar a presença de sintomas mistos tanto no transtorno bipolar quanto nos transtornos depressivos (APA, 2014, p. 811).

Quando o DSM retira o luto como critério de exclusão para o diagnóstico de depressão, aponta para a intensificação do quadro de regulação da vida biológica, psíquica e social (Veras, 2015). Com isso, poderiam se encaixar no diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior pessoas que

mesmo passando por situações de perda, apresentassem pelo período de apenas duas semanas sintomas como humor deprimido, perda do interesse em atividades cotidianas, insônia, diminuição do apetite e dificuldades em concentração (estados muito comuns à maioria das pessoas em processos de luto) (Veras, 2015, p. 41).

Apesar de em seu apêndice o DSM-5 descrever que o luto pode durar de 1 a 2 anos, a partir da descrição do Transtorno Depressivo Maior, o diagnóstico deste transtorno pode ocorrer a partir de duas semanas após a perda de um ente querido, o que demonstra uma incoerência entre os aspectos teóricos a respeito do luto apontados no manual e as possibilidades de percepção da vivência dessa experiência a partir desta categoria diagnóstica. No DSM-5 isso ocorre a partir da justificativa de uma intervenção precoce, ou seja, de que pessoas passando por um processo de luto e que mais tarde poderiam desenvolver um transtorno depressivo, seriam diagnosticadas e tratadas precocemente.

Frances (2010) expressa que essa mudança seria útil em alguns casos em que as pessoas poderiam receber o tratamento necessário muito antes, porém, concomitantemente muitos outros receberiam um diagnóstico desnecessário, o que pode acarretar em muitos efeitos prejudiciais.

Medicalizar o luto normal estigmatiza e reduz a normalidade e a dignidade da dor, encurta o processo existencial esperado da perda, reduz a confiança nos diversos rituais culturais bem estabelecidos de consolo da perda e sujeitaria muitas pessoas a tratamentos medicamentosos desnecessários e potencialmente prejudiciais¹⁷ (Frances, 2010).

Essa mudança pretende identificar um número muito pequeno de pessoas que apresentam reações que vão além do esperado em gravidade, sintomas e duração, mas quando os critérios são muito ampliados para identificar uma pequena porcentagem de casos, corre-se o risco de uma infinidade de falsos positivos (Frances, 2010).

Ao apresentar os critérios diagnósticos para o Episódio Depressivo Maior, o DSM-5 propõe alguns direcionamentos para o diagnóstico diferencial entre o Episódio Depressivo Maior e o luto:

Ao diferenciar luto de um episódio depressivo maior (EDM), é útil considerar que, no luto, o afeto predominante inclui sentimentos de vazio e perda, enquanto no EDM há humor deprimido persistente e incapacidade de antecipar felicidade ou prazer. A disforia no luto pode diminuir de intensidade ao longo de dias a semanas, ocorrendo em ondas, conhecidas como “dores do luto”. Essas ondas tendem a estar associadas a pensamentos ou lembranças do falecido. O humor deprimido de um EDM é mais persistente e não está ligado a pensamentos ou preocupações específicos. A dor do luto

¹⁷ Tradução livre da autora de: *Medicalizing normal grief stigmatizes and reduces the normalcy and dignity of the pain, short-circuits the expected existential processing of the loss, reduces reliance on the many well-established cultural rituals for consoling grief, and would subject many people to unnecessary and potentially harmful medication treatment.*

pode vir acompanhada de emoções e humor positivos que não são característicos da infelicidade e angústia generalizadas de um EDM. O conteúdo do pensamento associado ao luto geralmente apresenta preocupação com pensamentos e lembranças do falecido, em vez das ruminções autocríticas ou pessimistas encontradas no EDM. No luto, a autoestima costuma estar preservada, ao passo que no EDM sentimentos de desvalia e aversão a si mesmo são comuns. Se presente no luto, a ideação autodepreciativa tipicamente envolve a percepção de falhas em relação ao falecido (p. ex., não ter feito visitas com frequência suficiente, não dizer ao falecido o quanto o amava). Se um indivíduo enlutado pensa em morte e em morrer, tais pensamentos costumam ter o foco no falecido e possivelmente em “se unir” a ele, enquanto no EDM esses pensamentos têm o foco em acabar com a própria vida em razão dos sentimentos de desvalia, de não merecer estar vivo ou da incapacidade de enfrentar a dor da depressão. (APA, 2014, p. 126)

A vivência do luto implica em algum sofrimento, mas este não precisa ser encarado como algo que deve ser diagnosticamente caracterizado como patologia. Considerando que estamos em um contexto de hiperpatologização e hipermedicalização, compreende-se que o preço disso é não conseguir perceber quem está de fato passando por um processo de adoecimento, em quais indivíduos a ruptura causada pela morte de um ente querido causou uma disfunção.

Segundo Frances (2010) a maioria das prescrições são feitas por médicos que tem um tempo muito restrito com os pacientes, em consultas de 6 minutos, que não sabem pontos delicados dos critérios diagnósticos e desejam a solução mais rápida. Esses hábitos no diagnóstico e tratamento podem acarretar em uma medicalização generalizada do luto, o que poderia acarretar em uma epidemia de luto psiquiátrico. Vale ressaltar que ao dizer isso, Frances parece ter a intenção de isentar o DSM de qualquer responsabilidade sobre essa

medicação generalizada, a partir desta fala, tem-se que o problema não é o Manual, mas sim a conduta precipitada dos médicos, sendo que os dois, médicos e Manual diagnóstico, fazem parte de uma mesma tendência de medicalização e psicopatologização da existência humana.

Pode-se dizer que esta crítica que Frances faz ao DSM-5 é frágil e inconsistente, tendo em vista que os pontos que ele coloca em relação aos diagnósticos que muitas vezes são realizados em consultas de curta duração e por profissionais que não conhecem de maneira profunda os critérios diagnósticos, podem ser levantados também em relação aos DSM-IV e IV-TR, que tiveram como chefe da força tarefa o próprio Frances. Além disso, é importante ressaltar que a força tarefa para o DSM-5 foi criada enquanto a força-tarefa comandada por Frances para a revisão do DSM-IV estava ainda em processo de trabalho. Ou seja, o ponto de onde Frances estabelece suas críticas é de alguém que havia acabado de ser dispensado de suas atividades (ao não ser convidado para participar da equipe de elaboração do DSM-5) e passa a reagir criticamente a isso.

É importante ressaltar que as críticas feitas por Frances, são aceitas nesta pesquisa, porém ele as faz somente em relação ao DSM-5, que é o objeto principal de análise deste trabalho, todavia, ao compactuar com as críticas propostas por ele, pode-se fazê-las também às outras edições. Tem-se, portanto, que, ainda que o DSM-5 apresente algumas estratégias diversas em relação às edições anteriores (como as categorias diagnósticas citadas anteriormente ao longo deste trabalho), outras estratégias são comuns a todas as edições deste manual. A partir disto este manual continua patologizando, medicalizando e permitindo uma farmacologização da vida cotidiana, incluindo o processo de luto.

Segundo Parkes (1998), o ser humano tem reações diferentes na elaboração de um luto, elas dependem do significado da perda e podem variar em intensidade e grau e afetar ou não as relações pessoais e sociais. Para o mesmo autor, o processo de luto “envolve uma sucessão de quadros que se mesclam e se substituem” (p. 24). Apesar das críticas que se pode

fazer ao modo como o luto é citado no DSM-5, em uma nota de rodapé este manual apresenta uma boa descrição de como esse processo ocorre: “A disforia no luto pode diminuir de intensidade ao longo de dias a semanas, ocorrendo em ondas, conhecidas como ‘dores do luto’” (APA, 2015, p. 126). Ao definir o luto como uma experiência vivida em ondas, o DSM-5 abre uma possibilidade de que possamos compreender esse processo como algo que ocorre de forma não linear, ou seja, o luto é um processo passível de recaídas. Esta definição se dá de forma quase que oposta do que é dito no restante do manual, porém esta é uma informação importante acerca da vivência desse processo. Vale ressaltar que essa descrição aparece somente em uma nota de rodapé.

4.7 CONSIDERAÇÕES SOBRE O LUTO COMO UM TABU À SOCIEDADE DO DESEMPENHO

Segundo Foucault (2000, citado por Azambuja & Souza, 2018), desde o século XIX as tecnologias disciplinares se articulam no corpo individual e nas populações, com o foco no controle de doenças; isso se dá por meio do discurso biomédico, a partir do qual

Atravessados pela noção de risco, a qualquer momento alguma patologia poderá se desenvolver ou invadir os corpos biológicos fazendo com que os indivíduos sejam subjetivados pelo medo e pela ansiedade da iminência patológica: o corpo precisa ser visto em sua estrutura orgânica e bioquímica para que o sujeito seja visto e se veja como saudável. Cria-se uma insegurança que somente o exame “normal” pode tranquilizar o sujeito submetido a tais verdades (Azambuja & Souza, 2018, p. 2).

O filósofo político Byung-Chul Han, em seu livro *Psicopolítica: neoliberalismo e novas técnicas de poder*, propõe que não estamos vivendo mais no tempo da biopolítica; para ele, Foucault “não realiza a virada para a *psicopolítica* que teria sido necessária” (Han, 2018, p. 38). Segundo Han, os principais mecanismos de controle não incidem mais sobre a matéria,

sobre o corpo biológico. A argumentação deste autor é que a psique “consiste na matéria fundamental a ser utilizada como mecanismo de monitoramento das condutas, dos comportamentos, das escolhas e da mobilidade de indivíduos e grandes extratos populacionais” (Han, 2014, citado por Benevides, 2017).

Para Han, a sociedade do século XXI é uma sociedade de desempenho e não mais uma sociedade disciplinar. A população é caracterizada por “sujeitos de desempenho e produção” (Han, 2017, p. 23).

Foucault (2008) aponta que

a inclusão de esferas pertencentes à dimensão subjetiva na noção de capital [...] e a extensão da análise econômica a domínios outrora distintos do que se compreendia como sendo o mercado [...] constituem em importantes deslocamentos que sinalizam bem a especificidade das práticas de governo neoliberais (Foucault, 2008, citado por Benevides, 2017, p. 2).

Este deslocamento à psique e, portanto, a psicopolítica se relaciona com o capitalismo atual, visto que este é determinado por modos de produção imateriais e incorpóreos (Han, 2018).

Para Han (2018), no tempo em que vivemos a produção imaterial é predominante sobre a produção material. Isso demonstra um deslocamento das forças de controle, que vão do “bios” para a “psique”. Segundo o mesmo autor, “isso está relacionado à velocidade própria, à emocionalidade como processo subjetivo e psicológico que acompanha *vis-a-vis* os processos de produção e circulação do lucro no capitalismo contemporâneo” (Han, 2014, citado por Benevides, 2017, p. 4).

Han argumenta a partir do que ele chama de “Crise da Liberdade”; segundo esse autor, Hoje, acreditamos que não somos sujeitos submissos, mas projetos livres, que se esboçam e se reinventam incessantemente. A passagem do sujeito ao projeto é

acompanhada pelo sentimento de liberdade. E esse mesmo projeto já não se mostra como uma figura de coerção, mas sim como uma forma mais eficiente de subjetivação e sujeição. O <<eu>> como projeto, que acreditava ter se libertado das coerções externas e das restrições impostas por outros, submete-se agora a coações internas, na forma de obrigações de desempenho e otimização (Han, 2018, p. 9).

No que diz respeito aos direitos do trabalhador em caso de falecimento de alguém próximo, a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) diz o seguinte:

Art. 473. O empregado poderá deixar de comparecer ao serviço sem prejuízo do salário: I – até 2 (dois) dias consecutivos, em caso de falecimento do cônjuge, ascendente, descendente, irmão ou pessoa que, declarada em sua Carteira de Trabalho e Previdência Social, viva sob sua dependência econômica; (Brasil, 1943).

Portanto, segundo a Lei, o trabalhador tem o direito de se ausentar dois do trabalho devido ao luto, e isto ocorre somente em casos de falecimento de parentes próximos. O que determina os sentimentos em relação ao luto? As pessoas só tem o direito de estarem enlutadas quando o falecido for cônjuge, ascendente, descendente ou irmão? E as outras relações? O que determina qual o vínculo que temos com alguém e os sentimentos que irão se manifestar com essa perda? Curiosamente, a Lei também estabelece os mesmos direitos caso o falecido tenha uma relação de dependência econômica com o trabalhador, de acordo com a Lei, não é o afeto, a dependência afetiva que define se a perda de alguém acarretará em um processo de luto, mas a dependência econômica.

Para Bromberg (1996), “só existe luto quando tiver existido um vínculo que tenha sido rompido” (p. 101), portanto, o luto se apresenta como uma reação à perda de uma pessoa amada. Viorst (2005) afirma que esse processo depende de como a perda é sentida, da idade da pessoa enlutada, da idade da pessoa que morreu, da forma como a morte aconteceu e “sem

dúvida, depende da nossa história – nossa história ao lado da pessoa que morreu e nossa história individual de amor e de perda” (p. 244).

A legislação permite a falta por dois dias consecutivos, mas quantas vezes falas como “eu já vou voltar a trabalhar amanhã, é bom que me distraio” são ouvidas em velórios e enterros? Normalmente esse tipo de fala é incentivada por outros que dizem “você precisa voltar a trabalhar”, “a vida continua”, “fulano se foi, mas a sua vida não pode parar”. Apesar do direito garantido em Lei, encontramos algumas pessoas que cogitam ou até mesmo chegam a abrir mão dele, muitas vezes em nome do desempenho e da otimização apontados por Han, visto que, segundo esse autor, “a sociedade laboral individualizou-se numa sociedade de desempenho e numa sociedade ativa. O *animal laborans* pós-moderno é provido do ego ao ponto de quase dilacerar-se” (Han, 2017, p. 43).

Ainda segundo o mesmo autor, “precisamente frente à vida desnuda, que acabou se tornando radicalmente transitória, reagimos com hiperatividade, com a histeria do trabalho e da produção. Também o aceleração de hoje tem muito a ver com a carência de ser” (Han, 2017, p. 46). Pode-se dizer que o DSM acompanha esse movimento que ocorre na sociedade, ele é ao mesmo tempo um fator interferente e um reflexo desse movimento. No que diz respeito a vivência do processo de luto, que é o foco desta pesquisa, faz-se importante o seguinte questionamento: se a morte é uma experiência estruturante, visto que a partir dela nos definimos como sujeitos, como fica a vivência desse processo nessa sociedade do aceleração?

Segundo Benevides (2017), a ideia de que tempo é dinheiro já não é vista mais de forma metafórica, diante disso, o atual capitalismo traz uma noção de extinção de todo e qualquer espaço antes reservado para a interioridade. Esse modo de capitalismo tem por ideal “acabar com o tempo prévio a ação” (Benevides, 2017, p. 8), ou seja, abrevia informações para que o tempo despendido seja reduzido. Para Han, “o sujeito do desempenho é mais

rápido e mais produtivo que o sujeito da obediência. O poder, porém, não cancela o dever. O sujeito de desempenho continua disciplinado” (2017, p. 25).

Nesta perspectiva, “reagir de imediato e seguir todo e qualquer impulso já seria uma doença, uma decadência, um sintoma de esgotamento” (Han, 2017, p. 52). Diante disso, pode-se pensar nas reações ao luto como sendo consideradas fraqueza nesta sociedade. A partir dessa perspectiva, pode-se olhar para o movimento que ocorre com esse processo ao longo das edições do DSM, visto que ocorre uma diminuição no período de tempo em que as reações ao luto são consideradas esperadas, sendo de três meses no DSM-III-R, dois meses no DSM-IV e passando para duas semanas no DSM-5. Ariès já apontava esse movimento, pois, segundo ele, durante o século XX surge uma forma nova de morrer, ao contrário do que ocorria em outras épocas, “nada mais anuncia ter acontecido alguma coisa na cidade [...] a sociedade já não faz uma pausa: o desaparecimento de um indivíduo não mais lhe afeta a continuidade. Tudo se passa na cidade como se ninguém morresse mais” (1981, p. 613). Sendo que, segundo Fukumitsu (2011), o luto não precisa ser terminado, ele é um processo que precisa ser experienciado como parte do desenvolvimento.

Para Han (2018), atualmente a demanda no mercado de trabalho não é somente por uma competência cognitiva, mas também pela competência emocional. Ao avaliar os resultados do empregado, os aspectos referentes à competência emocional e social e são cada vez mais sujeitos ao crivo de análise. Ainda segundo o mesmo autor,

O corpo como força produtiva não é mais tão central como na sociedade biopolítica. Em vez de superar as resistências corporais, processos psíquicos e mentais são otimizados para o aumento da produtividade. O disciplinamento corporal dá lugar à otimização mental. Assim, o neuro-enhancement¹⁸ se diferencia fundamentalmente das técnicas psiquiátricas disciplinares. Hoje, o corpo é liberado do processo imediato

¹⁸ Neuro-enhancement – descreve o aumento do rendimento psíquico por meio de psicotrópicos.

de produção e se torna um objeto de otimização estética ou técnico-sanitária (Han, 2018, p. 40).

Pode-se dizer que o DSM-5 acompanha esse processo, ao apresentar como algumas de suas características o foco no controle e antecipação de riscos, bem como o uso de estatísticas para estabelecer limites entre o que é considerado normal ou desviante, sendo que os desvios devem ser antecipados e reparados. Isto corrobora com a perspectiva de aumento do rendimento psíquico descrita por Han, visto que, segundo esse autor,

O imperativo neoliberal de otimização pessoal serve apenas a um funcionamento perfeito do sistema. Bloqueios, debilidades e erros devem ser removidos terapêuticamente para melhorar a eficiência e o desempenho. Assim, tudo é comparável, mensurável e está sujeito à lógica do mercado. Nenhuma preocupação com a boa vida impulsiona a otimização pessoal (Han, 2018, p. 45).

Preciado (2008, citado por Benevides, 2017) caracteriza o que ele nomeou de indústria farmacopornográfica. Para ele,

A utopia dessa indústria consiste precisamente em levar à literalidade a “molecularização” como produção de substâncias que materializem estados tidos como subjetivos, interiores ou psicológicos – assim, a felicidade é molecularizada em serotonina, a masculinidade em testosterona, a euforia em anfetamina etc. Com isso, toda uma tecnociência é animada; cientistas e empreendedores são desafiados à tarefa de corporificar estados psíquicos e substâncias que materializam “psique” são comercializadas. Trata-se, aí, de uma indústria que segue o caminho oposto ao da imaterialidade (Preciado, 2008, citado por Benevides, 2017, p. 6)

Diante disso, temos que aspectos psicológicos e subjetivos, tido como imateriais, são transformados em substâncias químicas, em bens administrados pela indústria farmacêutica (Preciado, 2008, citado por Benevides, 2017). Para Han, “a sociedade do cansaço, enquanto

uma sociedade ativa, desdobra-se lentamente numa sociedade do *doping*” (Han, 2017, p. 69). Nesta sociedade o homem torna-se uma “*máquina de desempenho*”, capaz de funcionar sem perturbações, tendo como objetivo a maximização do desempenho.

A esse respeito, Lima (2004, citado por Benevides, 2017), argumenta que as práticas disciplinares se deslocam para outras que investem no corpo, por meio da alteração da matéria, mediante processos de reconfiguração molecular. Isto ocorre por meio da busca pela obtenção de lucro por meio da supressão do tempo de decisão, o que “produz correlativamente estados de dormência psíquica (que tende à sua anulação)” (Benevides, 2017, p. 7).

Para Han (2017), ao pensar o início do século XXI a partir de uma perspectiva patológica, pode-se dizer que ele é definido como neuronal.

Transtornos neuronais como a depressão [...] determinam a paisagem patológica do começo do século XXI. Não são infecções, mas enfartos, provocados não pela negatividade de algo imunologicamente diverso, mas pelo excesso de positividade. A violência da positividade que resulta da superprodução, superdesempenho ou supercomunicação já não é mais “viral” (Han, 2017, p. 16).

Isto pode ser percebido a partir da observação do DSM e do aumento de categorias diagnósticas que ocorre ao longo das edições deste manual. Han aponta que a violência neuronal é uma violência sistêmica. Ele descreve alguns dos transtornos apresentados no DSM como sendo caracterizados por um excesso de positividade. Para este autor, “A sociedade disciplinar ainda está dominada pelo não. Sua negatividade gera loucos e delinquentes. A sociedade do desempenho, ao contrário, produz depressivos e fracassados. Já habita, naturalmente, o inconsciente social, o desejo de maximizar a produção” (Han, 2017, p. 25).

Han descreve o uso da palavra “curar” na literatura de autoajuda norte americana. Segundo ele, este termo diz respeito a uma otimização pessoal, na qual qualquer fraqueza funcional deve ser curada terapeuticamente, com a justificativa de promover a eficiência e o desempenho. Han diz ainda que essa otimização permanente é destrutiva e conduz a um colapso mental.

Segundo Han (2018), estamos vivendo uma época de excesso de positividade, na qual qualquer aspecto relativo à negatividade é descartado, porém

É próprio a negatividade que mantém viva a vida. A dor é constitutiva para a experiência. Uma vida que fosse constituída unicamente de emoções positivas e experiências máximas não seria humana. É precisamente à negatividade que o espírito humano deve sua profunda tensão (Han, 2018, p. 47).

Nesse contexto em que somente a positividade é possível, não sobra espaço para manifestações de sentimentos como o luto, visto que este é um fenômeno da negatividade. Nessa perspectiva, pode-se dizer que o DSM-5 tem um papel muito importante no desenvolvimento desse processo, porém, em certa medida, ele também acompanha o movimento que ocorre na sociedade atual. Han ressalta também a importância das experiências e emoções negativas na nossa constituição enquanto seres humanos, para ele “Sem a negatividade da morte a vida enrijece em morte. A negatividade é a força vital da vida” (Han, 2017, pp. 117-118). Isto corrobora com Oddone e Fukumitsu (2008) que descrevem o luto como uma experiência estruturante. Nesse sentido, vale questionar como se dão os processos de subjetivação em um contexto onde emoções necessárias para esse processo são suprimidas e até mesmo patologizadas.

Para Han (2018), a violência da positividade é tão destrutiva quanto a violência da negatividade. Para ele

A psicopolítica neoliberal, com a indústria da consciência, destrói a alma humana, que é tudo menos uma máquina positiva. O sujeito do regime neoliberal perece com o imperativo da otimização de si, ou seja, ele morre da obrigação de produzir cada vez mais desempenho. A cura se torna assassinato (Han, 2018, p. 48).

Han (2018) diferencia emoção, sensação e afeto. Para ele, afeto e emoção representam algo subjetivo, já o sentimento diz respeito a algo objetivo; “o luto também é um sentimento” (Han, 2018, p. 60). Segundo o mesmo autor, “o sentimento permite uma narração: tem uma duração ou uma profundidade narrativa. Nem o afeto nem a emoção são narráveis.” (Han, 2018, p. 60). Han diz que essa pressão pela aceleração acarreta no que ele chama de uma ditadura da emoção. Para ele o desempenho está em primeiro lugar na sociedade disciplinar, desse modo, “as emoções representam em primeiro lugar um estorvo, portanto, devem ser erradicadas” (Han, 2018, p. 67). Ainda segundo o mesmo autor, “a crescente positividade da sociedade enfraquece também sentimentos como angústia e luto, que radicam numa negatividade, ou seja, são sentimentos negativos” (Han, 2017, p. 55).

A patologização da vida cotidiana, especialmente do luto, presente na sociedade do desempenho, força que o luto deixe de ser encarado como um elemento constitutivo, como uma experiência estruturante de nossa existência, para ser tomado como algo que não deve ser vivido ou experimentado. O excesso de positividade faz com que, de algum modo, exista uma proibição da vivência de uma experiência que, ainda que implique em algum sofrimento que perdura por um período de tempo variável, é-nos estruturante, podendo, quando bem vivido, tornar-nos mais fortes e até mais realizados, visto que, a partir desta experiência podemos refletir sobre a vida e sobre suas possibilidades. A violência da positividade, que trata a vivência do luto como um tabu, impede a experimentação desse processo.

Segundo Han (2018), a psicopolítica neoliberal é uma técnica de dominação que usa da programação e do controle psicológicos para a manutenção do sistema dominante. Para ele,

“a psicopolítica neoliberal se ocupa da emoção para influenciar ações sobre esse nível pré-reflexivo. Através da emoção, as pessoas são profundamente atingidas. Assim, ela representa um meio muito eficiente de controle psicopolítico do indivíduo” (Han, 2018, p. 68).

Oddone e Fukumitsu afirmam que “o processo de luto não tem regras nem modelos prévios, tem a marca da subjetividade, entrelaçada a relações que possam ser mais ou menos favoráveis a esta caminhada” (2008, p. 73). Sendo assim, não há um modelo, um padrão de como o luto será vivido, ele ocorrerá de acordo com cada individualidade, com as vivências anteriores do enlutado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde que o seu rascunho foi disponibilizado, o DSM-5 foi alvo de inúmeras críticas, visto que, nesta edição, muitos aspectos da vida cotidiana passam por um processo de patologização. Processo esse que já ocorria em outras edições do manual, mas que ganham mais consistência devido a algumas mudanças observadas nesta edição.

De todos esses aspectos, esta pesquisa propunha a observar como se construiu esse movimento de patologização no que diz respeito ao luto. Partindo do pressuposto de que o DSM é patologizante, esta pesquisa propôs-se a descrever de que forma isto ocorre ao longo das edições do DSM, como foi se construindo uma categorização patológica do luto. A questão que esta pesquisa objetivou responder foi: como os processos de luto são citados nos DSMs e como se construiu o processo de psicopatologização desta experiência?

Esta pesquisa teve o seguinte percurso, num primeiro momento alguns aspectos teóricos foram retomados, passando pelos aspectos culturais que envolvem as expressões da morte e do luto e como esse processo foi modificando-se ao longo da história; pelo conceito de biopolítica para Foucault e como esta concepção se relaciona com a compreensão do que é considerado normal e patológico. Foi necessário também apresentar alguns aspectos históricos referentes a criação de cada edição do DSM. A partir desta pesquisa e dos aspectos teóricos observados a partir dela, decorreu-se a compreensão do DSM como uma estratégia biopolítica.

Em seguida foram apresentados os resultados obtidos a partir da observação das incidências do termo luto nas edições do manual. A partir desses resultados fica claro que ao longo das edições do DSM há um processo de patologização do luto, e não a descoberta de uma forma patológica do luto. Isto se evidencia de algumas formas, especialmente no que diz respeito ao período de tempo em que a vivência deste processo é considerada normal e/ou esperada, visto que nota-se uma diminuição desse período, que passa de três meses no DSM-

III-R para dois meses no DSM-IV e duas semanas no DSM-5. Vale ressaltar que o DSM é um documento patologizante, mas também é, em certa medida, um reflexo da sociedade.

Compreendo que ao se pensar os processos de luto, faz-se necessário observar vários aspectos que o DSM-5 parece desconsiderar. A morte de alguém é um evento abrupto, que modifica um contato que a pessoa tem com o outro, visto que, ao se relacionar com alguém a pessoa partilha uma espacialidade, uma temporalidade, aspectos esses, muito importantes na sua experiência com o mundo. Quando alguém morre, não se pode mais compartilhar a temporalidade, isto é o que diferencia o luto por morte de outros lutos, a impossibilidade de compartilhar a temporalidade, a impossibilidade da atualização da presença.

Se nas experiências que temos com os outros vivemos trocas tão importantes, quando alguém morre, não se perde só alguém, mas também se perde uma forma de ver o mundo, uma forma que se organiza a partir daquela experiência, daquela relação, perde-se um modo de ser que só existia com aquela pessoa. O que da pessoa também acaba com a morte do outro? E o que fica?

A primeira condição para a experiência do Luto é a ruptura mesma vivida do ser-com, do partilhar uma espacialidade e temporalidade específicas. A morte nos impele a vivenciar esta perda de modo irreversível, produzindo abertura para a angústia e para a impotência diante do desaparecimento do outro e da interrupção de nossa história em comum. Não é apenas o outro que desaparece com sua história. É uma vida em comum que se interrompe, morremos “nós”, em largo sentido – eu e o outro. Com ele nós desaparecemos, nossa história conjunta, um modo específico de se expressar naquela relação, uma possibilidade de abertura de percepção de mundo, possibilidades de vivenciar um papel social, uma emoção, uma tarefa cotidiana. Ele morre em sua corporeidade, eu em minhas possibilidades de ser com ele, o “nós” enquanto temporalidade compartilhada (Freitas, Michel, & Zomkowski, 2015, pp. 17-18).

Como citado anteriormente, esta pesquisa parte também da compreensão de que o luto é uma experiência estruturante (Oddone e Fukumitsu, 2008). Segundo Heidegger (1997),

A morte é uma possibilidade ontológica que o próprio Ser-aí tem que assumir. [...] Essa possibilidade decorre para o Ser-aí pura e simplesmente do ser-no-mundo. E a sua morte é a possibilidade de não poder mais ser-aí [...]. voltando-se assim sobre si mesmo, dissipam-se todas as relações com os outros Ser-aí. Essa possibilidade absolutamente própria e incondicionada é, ao mesmo tempo, extrema. Enquanto poder ser o Ser-aí não pode ultrapassar a possibilidade da morte. A morte é a possibilidade da pura e simples impossibilidade do Ser-aí. Assim, a morte se revela como possibilidade mais própria, incondicionada e insuperável (p. 32).

É importante compreender que isto não se dá a partir de um processo, mas sim por uma ruptura, por um evento drástico e definitivo que é a morte do outro.

Vivemos hoje uma cultura de não lidar com a morte, a atitude diante da morte é de tentar a qualquer custo driblá-la ou retardá-la o máximo possível. A morte é vista como uma inimiga que deve ser vencida a qualquer custo. Há um movimento social de negação da concretude da morte, que pode ser exemplificada pela maquiagem como se o corpo não estivesse morto, vista em velórios.

Para a discussão dos resultados obtidos, acrescento alguns aspectos teóricos apresentados pelo filósofo político Byung-Chul Han, que descreve a sociedade do século XXI como uma sociedade de desempenho. Nesse sentido, podemos pensar alguns dos transtornos apresentados no DSM como determinados por um excesso de positividade. Assim, qualquer aspecto relativo à negatividade é descartado; porém, vale destacar que a negatividade é um dos aspectos que nos torna humanos.

Vivemos atualmente em um contexto de hiperpatologização e hipermedicalização e o preço disso é que as fronteiras entre o normal e o patológico estão cada vez mais ambíguas.

Apesar de todas as críticas passíveis de serem feitas, o DSM-5 apresenta uma definição importante sobre o que é o processo de luto, ao descrevê-lo como um processo que ocorre em ondas, isto é, um processo não linear, que passa por várias reincidências.

Ao pensar nos processos de luto e em suas vivências, faz-se importante um olhar clínico, voltado para o indivíduo, porém é imprescindível observar os aspectos sociais do luto. Os resultados obtidos nesta pesquisa demonstram isto, a forma de vivenciar o luto é única para cada sujeito, a depender de uma série de fatores, mas estes incluem também aspectos sociais que precisam ser observados, visto que a forma como o indivíduo irá lidar com esse processo também se relaciona com o modo como cada sociedade em cada período de tempo lida e permite as vivências desse processo.

No que diz respeito ao papel da psicologia diante deste processo de psicopatologização da vida cotidiana, especialmente do luto, percebemos que muitas das terapias do luto praticadas pela psicologia são na direção de uma elaboração desse processo. Isto demonstra que a escuta da psicologia, muitas vezes, também é patologizante. Esse movimento vai na contramão do que foi discutido a partir dos resultados obtidos nesta pesquisa, visto que esse olhar desumaniza o ser humano a medida que não aceita o sofrimento. Esta perspectiva tira do humano algo que é do humano, que é nosso constituinte, em busca de uma otimização pessoal, como descrita por Han (2017).

Os resultados descritos nesta pesquisa evidenciam, portanto, que o DSM é um instrumento patologizante. Este manual está a serviço de uma sociedade onde o homem deve tornar-se uma máquina de desempenho, que deve funcionar sem perturbações, buscando sempre uma maximização do seu desempenho.

Partindo da compreensão da morte e do luto como experiências estruturantes, uma vez que a partir desses processos nos definimos enquanto sujeitos, cabe refletir como se dá essa experiência tendo em vista a sociedade do aceleramento, bem como o processo de

patologização que o luto é alvo no DSM. Faz-se necessário questionar como a psicologia irá se posicionar diante disso, quais as possibilidades que temos de atuação e enfrentamento diante desta constatação.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, A. A. de (2004). *A psiquiatria no divã: Entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1968). *DSM-II. Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2nd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1980). *DSM III: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental health disorders* (3rd ed., revised). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association, (1989). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-III-R*. São Paulo: Manole.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (revisado). Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association. (2003). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: Texto revisado (DSM-IV-TR)*. Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Aranha, M. D. A., & Martins, M. H. P. (1993). *Filosofando: Introdução à filosofia*. São Paulo: Moderna.
- Ariès, P. (1981). *O homem diante da morte*. (vols. 1 e 2) (L. Ribeiro, Trad.). Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Ariès, P. (2012). *História da morte no Ocidente: Da Idade Média até nossos dias*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

- Associação Americana De Psiquiatria. (1995). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV)*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Azambuja, R. S., & Souza, N. G. S. (2018, setembro). Apontamentos sobre o corpo e o cuidado de Si. *Anais eletrônicos do VII Seminário Corpo, Gênero e Sexualidade; III Seminário Internacional Corpo, Gênero e Sexualidade; III Luso-brasileiro Educação em sexualidade, gênero, saúde e sustentabilidade*. Rio Grande: Editora da FURG. pp. 325-333.
- Barros, R. D. B., & Josephson, S. C. (2007). A invenção das massas: A psicologia entre o controle e a resistência, In A. M. Jacó-Vilela, A. A. L. Ferreira, & F. T. Portugal (Orgs.), *História da psicologia: Rumos e percursos* (pp. 441-462). Rio de Janeiro: Nau Editora.
- Benevides, P. S. (2018). Neoliberalismo, Psicopolítica e Capitalismo da Transparência. *Psicologia & Sociedade*, 29, e164064. doi:10.1590/1807-0310/2017v29i164064
- Black, D. W., & Grant, J. E. (2015). *Guia para o DSM-5: Complemento essencial para o manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Bocchi, J. (2018). A psicopatologização da vida contemporânea: Quem faz os diagnósticos?. *DOXA: Revista Brasileira de Psicologia e Educação*, 20(1), 97-109. doi:10.30715/rbpe.v20.n1.2018.11309
- Brasil. (1943). Consolidação das Leis do Trabalho. Decreto-Lei nº 5.442, de 1º de maio de 1943. Recuperado em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del5452compilado.htm.
- Bromberg, M. H. P. F. (1996). Luto: a morte do outro em si. In M. H. P. F. Bromberg, M. J. Kovács, M. Carvalho, M. J. C. Margarida, & V. A. Carvalho. *Vida e morte: Laços de existência* (pp. 99-122). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Brum, E. (2013, junho 03). Os loucos, os normais e o Estado. *Revista Época*. [on-line] Recuperado em <http://revistaepoca.globo.com/Sociedade/eliane-brum/noticia/2013/06/os-loucos-os-normais-e-o-estado.html>
- Bueno, F. D. S. (2000). *Minidicionário da língua portuguesa*. São Paulo: FTD.
- Camargo, K. R. D., Jr (2013). Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. *Cadernos de saúde pública*, 29(5), 844-846. doi:10.1590/S0102-311X2013000500002
- Canguilhem, G. (2009). *O normal e o patológico* (revisado). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Caponi, S. (2009). Biopolítica e medicalização dos anormais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19(2), 529-549. doi:10.1590/S0103-73312009000200016
- Caponi, S. (2012). Classificar e medicar: A gestão biopolítica dos sofrimentos psíquicos. *INTERthesis*, 9(2), 101-122. doi:10.5007/1807-1384.2012v9n2p101

- Caponi, S. (2012). *Loucos e degenerados: Uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Caponi, S. (2014). O DSM-V como dispositivo de segurança. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24(3), 741-763. doi:10.1590/S0103-73312014000300005
- Caregnato, R. C. A., & Mutti, R. (2006). Pesquisa qualitativa: Análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto contexto enferm*, 15(4), 679-84. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a17>
- Carvalho, S. R., Rodrigues, C. D. O., Costa, F. D. D., & Andrade, H. S. (2015). Medicalização: Uma crítica (im)pertinente? Introdução. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 25(4), 1251-1269. doi:10.1590/S0103-73312015000400011
- Castiel, L. D. (2012). Prefácio. In S. Caponi. (2012). *Loucos e degenerados: Uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Ceccarelli, P. R. (2010). A patologização da normalidade. *Estudos de Psicanálise*, 33, 125-136.
- Côrrea, A. (2013, Maio 15). Nova 'Bíblia da psiquiatria' amplia lista de transtornos e gera polêmica. *BBC Brasil*. [on-line] Recuperado em: https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2013/05/130515_manual_psiquiatria_ny_fl
- Dalfovo, M. S., Lana, R. A., & Silveira, A. (2008). Métodos quantitativos e qualitativos: Um resgate teórico. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, 2(3), 1-13.
- Danner, F. (2017). O sentido da biopolítica em Michel Foucault. *Revista Estudos Filosóficos*, 4, 143-157. Recuperado em <https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistaestudosfilosoficos/art9-rev4.pdf>
- Diniz, M. (2008, julho). Os equívocos da infância medicalizada. *Proceedings of the 7th Formação de Profissionais e a Criança-Sujeito*, São Paulo. Recuperado em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000032008000100056&script=sci_arttext
- Foucault, M. (1987). *Vigiar e punir: nascimento da punição*. Petrópolis (RJ): Vozes.
- Foucault, M. (1988). *História da sexualidade: a vontade de saber* (Vol. 1). Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1994). *La naissance de la médecine sociale*. Dits et Écrits III. Paris: Gallimard; Seuil.
- Foucault, M. (1997). *Il faut défendre la société*. Paris: Gallimard; Seuil.
- Foucault, M. (1999). *Em defesa da sociedade: Curso no Collège de France (1975-1976)* (M. E. Galvão, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2002). *Os anormais*. São Paulo: Martins Fontes.

- Foucault, M. (2004). *Sécurité, territoire, population*. Paris: Gallimard; Seuil.
- Foucault, M. (2006). *A hermenêutica do sujeito: Curso dado no Collège de France (1981-1982)* (M. A da Fonseca & S. T. Muchail, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2006). *O poder psiquiátrico: Curso dado no Collège de France (1973-1974)*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2008). *Segurança, território, população*. São Paulo: Martins Fontes.
- Frances, A. (2010). Opening Pandora's box: The 19 worst suggestions for DSM5. *Psychiatric Times*, 27(3).
- Frances, A. (2014, Setembro 28). Transformamos problemas cotidianos em transtornos mentais. Entrevista concedida a Milagros Pérez Oliva. *El País* [On-line]. Recuperado em: https://brasil.elpais.com/brasil/2014/09/26/sociedad/1411730295_336861.html
- Franco, M. H. P. (2008). Luto em cuidados paliativos. In Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Org.), *Cuidado paliativo* (pp. 559-570). São Paulo: CREMESP.
- Freitas, J. L. (2010). *Experiência de adoecimento e morte: Diálogos entre a pesquisa e a Gestalt-terapia*. Curitiba: Juruá.
- Freitas, J. L. (2018). Luto, pathos e clínica: Uma leitura fenomenológica. *Psicologia USP*, 29(1), 50-57.
- Freitas, J. L., Michel, L. H. F., & Zomkowski, T. L. (2015). Eu sem tu: uma leitura existencial do luto em psicologia. In J. L. Freitas & M. V. F. Cremasco. (Orgs.) *Mães em luto: A dor e suas repercussões existenciais e psicanalíticas*, pp.15-24. Curitiba: Juruá.
- Fukumitsu, K. O. (2004). *Uma visão fenomenológica do luto: Um estudo sobre as perdas no desenvolvimento humano*. São Paulo: Livro Pleno.
- Fukumitsu, K. O. (2011). *Perdas no desenvolvimento humano: Um estudo fenomenológico*. (2ª ed.). São Paulo: Digital Publish & Print.
- Gil, A. C. (2002). Como classificar as pesquisas. In A. C. Gil, *Como elaborar projetos de pesquisa* (pp. 41-57). São Paulo: Editora Atlas.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Editora Atlas.
- Gill, R. (2002). Análise de discurso. In M. W. Bauer, & G. Gaskell (Orgs.), *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: Um manual prático* (pp. 200-213), Petrópolis (RJ): Vozes.
- Godoy, A. S. (1995). Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *Revista de administração de empresas*, 35(2), 57-63. Recuperado em <http://www.scielo.br/pdf/rae/v35n2/a08v35n2.pdf>

- Gonçalves, A. M. N. (2016). *Valores na produção do DSM-5: Análise do debate em torno da proposta da Síndrome Psicótica Atenuada*. (Tese de Doutorado), Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Guarido, R. (2007). A medicalização do sofrimento psíquico: Considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. *Educação e pesquisa*, 33(1), 151-161.
- Han, B. C. (2017). *Sociedade do cansaço* (E. P. Giachini, Trad.). Petrópolis: Vozes.
- Han, B. C. (2018). *Psicopolítica: O neoliberalismo e as novas relações de poder*. Belo Horizonte: Âyiné.
- Heidegger, M. (1997). *Ser e Tempo* (5 ed.). Petrópolis: Vozes.
- Iannini, G. D. P. M., & Teixeira, A. (2012). Reflexões sobre o DSM 100. *CliniCAPS*, 6(16), 11-18.
- Kovács, M. J. (2002). *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lander, E. (2005). Ciências sociais: Saberes coloniais e eurocêtricos. *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas*. Buenos Aires: CLACSO, 21-53.
- Mansano, S. R. V. (2012). Alguns desafios colocados para a pesquisa qualitativa na contemporaneidade. *Revista Espaço Acadêmico*, 12(136), 1-9. Recuperado em <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico>
- Moysés, M. A. A., & Collares, C. A. L. (2008, outubro). A medicalização na educação infantil e no ensino fundamental e as políticas de formação docente: a medicalização do não-aprender-na-escola e a invenção da infância anormal. *Anais da 31ª. Reunião Anual da ANPED*, 1-25. Recuperado em http://31reuniao.anped.org.br/4sessao_especial/se%20-%2012%20-%20maria%20aparecida%20affonso%20moyses%20-%20participante.pdf
- Nalli, M. (2012). A imanência normativa da vida (e da morte) na análise foucaultiana da biopolítica: Uma resposta a Roberto Esposito. *O que nos faz pensar*, 21(31), 127-152.
- Nalli, M. (2014). Foucault: O estatuto biopolítico da terapêutica/Foucault: The biopolitical status of therapeutics. *Natureza Humana-Revista Internacional de Filosofia e Psicanálise*, 16(1), 121-140. Recuperado em <http://revistas.dww.com.br/index.php/NH/article/view/78>
- Oddone, H. R. B., & Fukumitsu, K. O. (2008). *Morte, suicídio e luto: estudos gestálticos*. São Paulo: Livro Pleno.
- Parkes, C. M. (1998). *Luto estudos sobre a perda na vida adulta* (Vol. 56). São Paulo: Summus Editorial.

- Raupp, F. M., & Beuren, I. M. (2006). Metodologia da pesquisa aplicável às ciências sociais. In I. M. Beuren (Org.), *Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática* (pp. 76-97). São Paulo: Atlas.
- Resende, M. S., Pontes, S. P., & Calazans, R. (2015). O DSM-V e suas implicações no processo de medicalização da existência. *Psicologia em Revista*, 21(3), 534-546. doi: 10.5752/P.1678-9523.2015v21n3p534
- Roberts, L. W., & Louie, A. K. (2017). *Guia de Estudo para o DSM-5*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Schillings, A. (2017). Os sofrimentos emocionais agravados e o diagnóstico “borderline”. In L. M. Frazão, & K. O. Fukumitsu (Orgs.), *Quadros Clínicos Disfuncionais e Gestalt-terapia* (Cap. 5, pp. 117-139). São Paulo: Summus.
- Soares, E. G. B., & Mautoni, M. A. D. A. G. (2013). *Conversando sobre o luto*. São Paulo: Editora Ágora.
- Tabet, L. P., Martins, V. C. S., Romano, A. C. L., Sá, N. M. D., & Garrafa, V. (2017). Ivan Illich: da expropriação à desmedicalização da saúde. *Saúde em Debate*, 41(115), 1187-1198. doi:10.1590/0103-1104201711516
- Tesser, C. D. (2006). Medicalização social (I): O excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 10(19), 61-76. doi: 10.1590/S1414-32832006000100005
- Tesser, C. D. (2006). Medicalização social (II): Limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 10(20), 347-362. doi: 10.1590/S1414-32832006000200006
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: Definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde pública*, 39(3), 507-514. Recuperado em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>
- Venâncio, M., & Oliveira, C. (2018). A patologização do luto: Uma revisão dos Manuais Diagnósticos e Estatísticos de Transtornos Mentais. *Anais do II Congresso Brasileiro de Psicologia da FAE*, 135-139. Recuperado em <https://cbpsifae.fae.edu/cbpsifae/article/viewFile/50/49>
- Veras, L. (2015). A medicalização do luto e a mercantilização da morte na sociedade contemporânea. *Fenomenologia e Psicologia*, 3(1), 29-44. Recuperado em <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/fenomenolpsicol/article/view/4150>
- Viorst, J. (2005). *Perdas necessárias*. (5a ed.). (A. S. Rodrigues, Trad.). São Paulo: Melhoramentos.