



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CAMPUS DE SOBRAL
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MIKKAEL DUARTE DOS SANTOS

**IMPLICAÇÕES DO ESTADO DE RISCO PARA PSICOSE NA SAÚDE DA
FAMÍLIA: DOS CRITÉRIOS PSIQUIÁTRICOS À CLÍNICA PSICANALÍTICA**

SOBRAL
2019

MIKKAEL DUARTE DOS SANTOS

IMPLICAÇÕES DO ESTADO DE RISCO PARA PSICOSE NA SAÚDE DA FAMÍLIA:
DOS CRITÉRIOS PSIQUIÁTRICOS À CLÍNICA PSICANALÍTICA

Dissertação de Mestrado apresentada a Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para à obtenção do título de mestre em Saúde da Família. Linha de pesquisa: Estratégias de Educação Permanente e Desenvolvimento Profissional em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Luis Achilles Rodrigues Furtado.

SOBRAL

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S236i Santos, Mikkael Duarte dos.

Implicações do estado de risco para psicose na saúde da família : dos critérios psiquiátricos à clínica psicanalítica / Mikkael Duarte dos Santos. – 2019.
90 f. : il.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2019.

Orientação: Prof. Dr. Luis Achilles Rodrigues Furtado .

1. Estado mental de risco. 2. Psicose. 3. Psicanálise. 4. Saúde da Família. I. Título.

CDD 610

MIKKAEL DUARTE DOS SANTOS

IMPLICAÇÕES DO ESTADO DE RISCO PARA PSICOSE NA SAÚDE DA FAMÍLIA:
DOS CRITÉRIOS PSIQUIÁTRICOS À CLÍNICA PSICANALÍTICA

Dissertação de Mestrado apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Linha de pesquisa: Estratégias de Educação Permanente e Desenvolvimento Profissional em Saúde da Família.

Aprovada em: 04/10/2019

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luis Achilles Rodrigues Furtado (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Camilla Vieira Araújo Lopes
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Trícia Feitosa Nogueira Silva
Universidade Federal do Ceará (UFC)

À Anna Lou e Diana.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, especialmente minha mãe que sempre foi companheira e presente, além de ser inspiração como ser humano.

Aos meus irmãos pelo crescimento em conjunto comigo.

À minha esposa que é fundamental para o meu caminhar adiante.

Aos meus amigos, com destaque para os amigos do Cariri que tem algo de cada um deles no texto deste trabalho, das conversas filosóficas do questionar o mundo à necessidade imperiosa de amar e mudar as coisas.

À Rede de Atenção Integral à Saúde Mental por ser meu sustentáculo de aprendizado mútuo e campo de atuação.

Aos pacientes que são motivo primeiro da confecção desse trabalho.

A todos os professores que passaram pela minha vida – da tia Edileuza aos preceptores da residência médica – por me impulsionarem à carreira docente.

Aos meus colegas da residência médica, principalmente Arthur e Igor pelo companheirismo, aprendizado e amizade para a vida.

Ao meu orientador por despertar minha paixão pela psicanálise.

“Tu vens, tu vens. Eu já escuto os teus
sinais”. (Alceu Valença)

RESUMO

No campo da saúde, há uma discussão quanto aos riscos do surgimento de agravos à saúde, assim como o manejo desses na prevenção de doenças. No bojo desse debate, a saúde mental vem também examinando a noção de risco para sofrimento e transtornos psíquicos. Nosso trabalho, através de uma revisão bibliográfica, investiga as implicações das noções de risco para psicose no campo da saúde da família. Nesse intento, usamos a psicanálise para imprimir um contraponto crítico ao conceito psiquiátrico de estado de risco para psicose. Percorremos as mudanças históricas que o conceito de psicose sofreu ao longo dos séculos, bem como o seu encontro com medicina preventiva do risco. Também foi esquadrihado como se dá a construção diagnóstica da psiquiatria contemporânea através dos manuais de classificação e a tentativa do DSM de traçar critérios diagnósticos que definam o que é síndrome da psicose atenuada. A psicose, como diagnóstico estrutural, teve seu conceito novamente revisto, com destaque para o estado de pré-psicose, para a compreensão da clínica psicanalítica. Por fim, nosso trabalho permitiu discutir os possíveis impactos políticos e clínicos da operacionalização por critérios do estado mental de risco. Advogamos que o atual cenário de despreparo na condução da saúde mental na saúde da família, levando em consideração também a enorme interferência do capital farmacêutico na ciência médica-psiquiátrica, pode resultar numa explosão de novos pacientes que, se por um lado não são doentes, por outro gozam de um estado de não-saúde – os chamados pacientes de risco. Finalizamos reafirmando a necessidade da construção de uma clínica do um-a-um que preze pela singularidade em detrimento ao estatístico.

Palavras-chave: Estado mental de risco. Psicose. Psicanálise. Saúde da Família.

ABSTRACT

In the health field, there is a discussion about the risks of the emergence of health problems, as well as their management in disease prevention. In the midst of this debate, mental health has also been examining the notion of risk for suffering and mental disorders. Our work, through a literature review, investigates the implications of the notions of risk for psychosis in the field of family health. In this regard, we use psychoanalysis to provide a critical counterpoint to the psychiatric concept of risk status for psychosis. We have covered the historical changes that the concept of psychosis has undergone over the centuries, as well as its encounter with risk prevention medicine. It was also scanned how the diagnostic construction of contemporary psychiatry occurs through the classification manuals and attempt of DSM to draw diagnostic criteria that define what is attenuated psychosis syndrome. Psychosis, as a structural diagnosis, had its concept revised again, with emphasis on the state of pre-psychosis, for understanding the psychoanalytic clinic. Finally, our work allowed us to discuss the possible political and clinical impacts of operationalization by risk state mental criteria. We argue that the current scenario of unpreparedness in the conduct of mental health in family health, also taking into account the enormous interference of pharmaceutical capital in medical-psychiatric science, could result in an explosion of new patients who, while not being ill, on the other they keep a state of unhealthy – so-called at-risk patients. We conclude by reaffirming the need to build a one-on-one clinic that values singularity over statisticians.

Keyword: Mental state of risk. Psychosis. Psychoanalysis. Family health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Desmembramento das categorias do grupo das psicoses da CID-9 para CID-10	32
Quadro 2 – Transtornos psicóticos no DSM-IV-R.....	39
Quadro 3 – Evolução temporal de lançamentos dos manuais de classificação diagnóstica DSM e CID	40
Quadro 4 – Critérios propostos para Síndrome da Psicose Atenuada.....	42
Quadro 5 – Relação entre a estrutura clínica, formas de negação e fenômeno apresentado	51
Figura 1 – Modelos de projeção delirante	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- APA – Associação Americana de Psiquiatria
- APS – Atenção Primária à Saúde
- BVS- Biblioteca Virtual de Saúde
- CAARMS – Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- CHR – Clinical High Risk
- CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
- CIE – Congresso Internacional de Estatística
- CMI – Complexo Médico-Industrial
- DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
- ERP – Estado de Risco para Psicose
- ESF – Estratégia Saúde da Família
- EUA – Estados Unidos da América
- GAF – Global Assessment Functioning Scale
- LILACS- Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
- MTSM – Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- ONU – Organização das Nações Unidas
- PMD – Psicose Maníaco-Depressiva
- PSF – Programa Saúde da Família
- SCIELO- Scientific Electronic Library Online
- SOPS – Scale of Psychosis-risk Symptoms
- SPA – Síndrome da Psicose Atenuada
- SUS – Sistema Único de Saúde
- TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
- TEA – Transtorno do Espectro Autista
- TMC – Transtornos Mentais Comuns
- UHR – Ultra High Risk

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 O encontro do objeto de estudo	11
1.2 Psicose e risco	12
1.2.1 Conceituando psicose	13
1.2.2 Risco e saúde mental	20
2 A CONSTRUÇÃO DO DIAGNÓSTICO NA PSIQUIATRIA CONTEMPORÂNEA: OS MANUAIS DE CLASSIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA	28
2.1 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID	29
2.2 Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM	33
3 PSIQUIATRIA CONTEMPORÂNEA E ESTADO DE RISCO PARA PSICOSE	42
4 A PSICOSE NA PSICANÁLISE: DE FREUD A LACAN	48
4.1 A Estrutura Psicótica	51
4.1.1 Freud e a paranoia de Schreber	51
4.1.2 Lacan e a forclusão do nome-do-pai	55
4.2 Pré-psicose e desencadeamento sintomático	59
5 IMPLICAÇÕES POLÍTICO-CLÍNICAS DO ESTADO DE RISCO PARA PSICOSE NA SAÚDE DA FAMÍLIA	69
5.1 Saúde mental e APS	69
5.2 Implicações políticas	71
5.3 Implicações clínicas	74
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS	82

1 INTRODUÇÃO

1.1 O encontro do objeto de estudo

Ainda na graduação de medicina, em aula prática da disciplina de psiquiatria, visitamos um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) onde, junto com outros colegas e o professor, em conversa grupal, em formato de roda, escutamos de um paciente sua história: há meses encontrava-se em franco sofrimento psíquico devido acreditar, de forma inabalável, que estava sendo perseguido por uma “gangue”, apesar de se julgar “inocente” de qualquer ato que pudesse justificar tal perseguição. O relato, carregado de certezas indubitáveis, motivou que ele, o paciente, mudasse-se de sua cidade natal, noutra estado nordestino, para Juazeiro do Norte, Ceará. Contudo, os perseguidores ainda o atormentavam na nova morada: circulavam a casa, faziam ameaças verbais através das paredes, bisbilhotavam pelo telhado. As portas e janelas sempre trancadas, o cuidado em não sair de casa, a vigília diuturna, nada barrava a invasão promovida pelos perseguidores!

Essa história, de alguma forma, despertou meu interesse por aqueles que vivenciam sua própria verdade, arditamente construída de maneira singular. Anos após fui impulsionado a fazer a residência de psiquiatria e lá, o interesse pela psicose avolumou-se levando-me inclusive a desenvolver um estudo sobre intervenções no primeiro episódio psicótico, tema do meu trabalho de conclusão de curso.

Atualmente exerço duas funções: a de médico psiquiatra e de professor do curso de medicina. Ambas me incitam alguns desafios. A primeira das funções, a de clinicar, a todo instante coloca à prova as capacidades que os serviços e os profissionais de saúde tem de assistir pacientes psicóticos, seja pela insuficiência de recursos ou mesmo pela simples falta de adesão dos pacientes ao tratamento (apenas 30 a 40% dos pacientes psicóticos aderem ao tratamento, tornando esse, o principal motivo de precipitação de novas crises) (NOTO; ORTIZ; HONDA, 2015).

A segunda função, a de lecionar em um curso essencialmente pragmático e de respostas precisas, quando me é rotineiramente questionado qual a origem dos sintomas psicóticos, a resposta comum de que seria uma condição que surge devido interação entre fatores biológicos e ambientais pouco me acalenta.

Coordeno ainda, no CAPS geral da cidade de Sobral, Ceará, uma linha de cuidado para pacientes que manifestam seus primeiros sintomas psicóticos. Lá

concilio os dois ofícios, clinicando e supervisionando internos dos cursos de medicina e residentes de psiquiatria. Recebemos sujeitos, sejam eles pacientes ou familiares, no auge de sua fragilidade, sobrecarregados de sofrimento. Os pacientes absorvem numa realidade que não há espaço para dúvidas, mas que digladiam a todo instante com o discurso e as atitudes das pessoas do “mundo real”. Os familiares, em contraste, navegam em noite enevoada, nas águas turvas da incerteza, buscando uma bússola que leve às respostas “o que está acontecendo?”, “o que eu devo fazer?” “como isso aconteceu?”, “isso vai ter fim?”.

O que a psiquiatria e a psicanálise têm a falar sobre a psicose no que se refere ao risco do surgimento dos sintomas? Há algo a ser feito para se evitar a manifestação dos sintomas psicóticos? Aqui chego as reais intenções desse trabalho. A antecipação ao surgimento de sintomas vem ganhando força desde a segunda metade do século XX com políticas preventivas na saúde e, por contiguidade, na saúde mental. O conceito de “paciente em risco” para psicose ganhou holofotes no fim dos anos 80 e é foco de iminente debate atual, como discutiremos ao longo deste trabalho. Pensamos, pois, em criar interface entre uma noção psiquiátrica sobre risco para psicose e concepções psicanalíticas acerca de risco e causalidade.

O diagnóstico psiquiátrico, iminentemente categorial, classificatório e fenomenológico pode dialogar com o diagnóstico estrutural psicanalítico? Esse cruzamento psiquiatria-psicanálise não é novo, o que se busca aqui neste trabalho é dar luz, sob o olhar da psicanálise, sobre o entendimento do conceito do sujeito em estado de risco para psicose: Síndrome da Psicose Atenuada (SPA), *Ultra High Risk* (UHR), *Clinical High Risk* (CHR) ou pródromo; denominações usadas pela psiquiatria contemporânea.

1.2 Psicose e risco

Há, no campo da saúde, uma discussão quanto aos riscos do surgimento de agravos à saúde, bem como o manejo desses na prevenção de doenças. No bojo dessa discussão, a saúde mental vem também debatendo a noção de risco para sofrimento e transtornos psíquicos.

É interessante aqui percebermos que diferente de condições patológicas marcadamente orgânicas, o sofrimento psíquico carrega em sua essência um caráter

plural e de etiologia multifatorial. Assoma-se daí inevitáveis questões epistemológicas de como delimitar situações ou indivíduos ditos de risco no campo da saúde mental.

Nesse trabalho, a psicose será o objeto de estudo, particularmente trazendo à tona o debate sobre risco, desencadeamento e a causalidade dos sintomas psicóticos. A ideia é edificar um diálogo entre dois referenciais teóricos essencialmente divergentes em seu entendimento quanto à psicose nos conceitos de risco e causas: a literatura médica psiquiátrica e a psicanálise. Por ora, ater-nos-emos às questões conceituais que montam este trabalho: psicose e risco.

1.2.1 Conceituando psicose

Historicamente a psicose é reconhecida como loucura. Apesar de remontar a história da humanidade, a loucura só foi posta como objeto de descrição literária na Grécia da Antiguidade. Os heróis nos mitos gregos eram conduzidos até a loucura pelos deuses. No auge da civilização de Atenas, a mentalidade introspectiva ganha contornos e torna-se o arquétipo da *psiquê* que se estabelece como modelo de mente e loucura (PORTER, 2006).

Os filósofos clássicos da Grécia Antiga como Sócrates e Platão enalteceram a racionalização da natureza e a consciência moral do homem. O irracional, portanto, era julgado como inimigo da dignidade e moral humanas. Para a sociedade leiga da Grécia, a loucura era chamada de “doença sagrada”, ligada a profanação de deuses e ao destino inconsolável do indivíduo; no entanto, Hipócrates advoga no seu tratado chamado “Sobre a doença sagrada” que a doença mental, com destaque para a epilepsia (tida como acometimento sobrenatural), trata-se de uma doença como qualquer outra (PORTER, 2006).

O pensamento da loucura causada por forças sobrenaturais ou pelo divino é retomado na Idade Média e, em seguida, superado pelos pensadores iluministas, que resgataram a essência do pensamento grego, que punham a loucura como algo antagônico a razão e mesmo como doença, como ilustrado a seguir no conceito de loucura tecido por Voltaire no século XVIII:

A loucura (*folie*) é uma doença do cérebro que impede o homem de pensar e agir como os outros homens fazem. Se ele não pode cuidar da sua propriedade, ele é posto sob tutela; se sua conduta é inaceitável, ele é isolado; se for perigoso, ele é confinado; tornando-se furioso, ele é amarrado (PICCININI, 2014, p.15).

A loucura, no século XIX, é rebatizada pelo médico Philippe Pinel de alienação mental. Com esse termo, Pinel abraça a concepção que a loucura é considerada como uma doença, por conseguinte, deve ser tratada e assim inaugura o ramo da medicina responsável por esse tratamento: a psiquiatria (PICCININI, 2014).

No século em questão, surgem as denominações neurose e psicose, servindo como campo semântico para a delimitação de saberes médicos. O surgimento da neurologia também no mesmo século incitou o psiquiatra austríaco Ernst V. Feuchtersleben a cunhar o termo psicose. Ainda em meados do século XIX, o termo neurose era abrangente e referia-se a qualquer doença do sistema nervoso como sugere sua etimologia (*neûron* – nervo e *osis* – processo/doença) (BÜRGY, 2008). A psicose (da junção de dois radicais gregos *psykhé* – alma/mente + *osis*), contudo, trazia em seu conceito, à época, a noção de acometimento de origem psíquica em detrimento às alterações do sistema nervoso. A delimitação aqui se torna mais clara: cabia à psiquiatria e ao psiquiatra cuidar das afecções advindas do psiquismo sem que houvesse a preocupação quanto às alterações neuronais que pudessem estar ou não originando as manifestações. Tratava-se, portanto, de denominar toda e qualquer doença psíquica como sendo psicose (TENÓRIO, 2016).

A descrição de doenças com processos neuropatogênicos como demência de Binswanger e Pick, doença de Alzheimer, esclerose múltipla e neurosífilis, afastaram progressivamente o termo neurose da neurologia (BÜRGY, 2008). Todavia, foi a psicanálise de Sigmund Freud que exerceu papel central e determinante na transformação do conceito de neurose. Adiante, retornaremos a esse tópico.

Ainda na segunda metade do século XIX, o entendimento do neuropatologista francês Jean-Martin Charcot, referência no estudo das neuroses, encarava a histeria¹ como uma neurose a despeito de se construir essa nosologia sedimentada nas manifestações psíquicas. Creditava à histeria, uma etiologia degenerativa em forma de “fraqueza mental”, por conseguinte, não poderia ser denominada uma doença mental – uma psicose (BÜRGY, 2008).

Voltando a relacionar a incumbência que a psicanálise freudiana exerceu na conceituação de neurose e psicose, temos que Freud descobriu a relação

¹ A histeria é uma condição historicamente conhecida. Charcot foi o primeiro a investigar sistematicamente sua semiologia caracterizando-a como contraturas, anestésias, mutismo, cegueira, anorexia, coreias e transtornos multisistêmicos. Sydenham, médico do século XVII, foi mais sucinto ao dizer que “a histeria se manifesta de múltiplas formas e imita quase todas as enfermidades que sofre o gênero humano” (OLIVEIRA, 2013).

simbólica dos sintomas apresentados pelos histéricos, a sua íntima relação subjetiva e sexual com informações autobiográficas do doente. Ademais, através da fala, o paciente histérico poderia significar seus sintomas e livrar-se deles. Desde então, desse modo, a neurose foi compreendida como patologia psíquica e psicogênica (BÜRGY, 2008).

Assim como aconteceu com a neurose, o termo psicose ganha outras conotações quando Freud o separa como antonímia da neurose. Àquela não cabia tratamento para a cura na psicanálise, enquanto que essa, a neurose, podia ser passível de modificação pela intervenção psicanalítica. Freud, assim sendo, manteve o interesse clínico-teórico na psicose, mas reconhecia a incapacidade de tratamento psicanalítico para a mesma (TENÓRIO, 2016).

Karl Jaspers, psiquiatra alemão, em 1913 sumarizou a dicotomia neurose e psicose: a primeira derivava de causas biográficas e por isso passível de compreensão psicológica, e a segunda, causada por processos somáticos (explicáveis, porém não compreensíveis) fazia relação com nexos causal orgânico (BÜRGY, 2008).

O cenário que se montou na virada do século XIX para o século XX colocava a psicose como delimitador de campos de atuação. À psicose, cabia à psiquiatria o seu cuidado; a psicanálise freudiana tinha como seu escopo de atuação por excelência a neurose e por fim, as doenças neurológicas, com acometimento sabidamente orgânico, ficaram a cargo da neurologia.

A psicose, como doença psiquiátrica grave, reverberou na classificação feita pelo psiquiatra alemão Emil Kraepelin. Sustentado na denominação de “psicoses”, Kraepelin distinguiu três nosologias: paranoia, psicose maníaco-depressiva (PMD) e a demência precoce (SADOCK, B.; SADOCK, V., 2017).

Kraepelin descrevia a paranoia como os casos de pacientes com ideias delirantes criadas de forma lenta e duradoura, sem que houvesse prejuízo nos processos de pensamento ou na volição. Apesar de nuclear, o delírio promove uma mudança processual do sujeito interpretar a vida, o que ele chamou de “loucura de posição” (*Verrückung*). Essa mudança do sujeito perante o mundo não confere degeneração ou transformação da sua personalidade, o que explica a plausibilidade e a lógica interna do delírio na paranoia (ODA, 2010).

Já a PMD intercala crises no tônus afetivo: estados depressivos e maníacos. O aspecto essencial é a retomada completa da personalidade nos períodos

intercrise. O prognóstico, logo, é marcado por perturbações transitórias no humor, de duração variável e a preservação da personalidade em espaços intervalares (PEIXOTO, 2010).

A demência precoce (ou *dementia precox*) foi originada do termo *démence précoce* cunhado pelo psiquiatra Benedict Morel. Utilizada para realçar a progressiva degeneração da personalidade e cognições, bem como a prematuridade em que o quadro surgia, a demência precoce configura-se, na verdade, como um conjunto de três outras condições previamente descritas. A primeira delas, a catatonia, foi descrita por Kahlbaum como alteração da psicomotricidade progressiva, com fases de mania, depressão e psicose, que caminha para a demência. A hebefrenia, descrita por um aluno de Kahlbaum, Eward Hecker, é marcada pelo início na juventude com intensas alterações de comportamento e rápida evolução para o declínio das funções psíquicas. Por fim, a *dementia paranoide* guardava grande relação fenomenológica com a paranoia o que gerou críticas, principalmente da escola francesa² (CAMPOS, 2010; PEREIRA, 2001).

Para clarificar as razões que levaram Kraepelin a incluir o subtipo paranoide na demência precoce, é preciso entender que a descrição feita até então de paranoia, abarcava qualquer delírio crônico, havendo ou não outras alterações nas funções psíquicas, independentemente da sua evolução. Sendo assim, Kraepelin classificou dois tipos distintos de delírio crônico: o dissociado, que acompanhava alterações alucinatórias e que evoluía para o definhamento psíquico e o delírio interpretativo, que não apresentava alucinações, não comprometia outras funções psíquicas e nem terminava em demência. O primeiro, Kraepelin incluiu na demência precoce e o segundo chamou de paranoia (TENÓRIO, 2016).

Fica clara a forte influência exercida pela classificação de Emil Kraepelin nos manuais estatísticos e diagnósticos atuais (CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde e DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais). Posteriormente comentaremos sobre os manuais e a construção do diagnóstico psiquiátrico contemporâneo. Por enquanto, seguiremos no resgate histórico do conceito de psicose.

² Nas edições seguintes de seu Tratado, em especial na oitava, Kraepelin levará em conta as objeções providas da escola francesa, separando a paranoia e a parafrenia da forma paranoide da demência precoce, o que estabelecerá as grandes linhas do recorte contemporâneo do campo das esquizofrenias e das psicoses delirantes crônicas (PEREIRA, 2001).

Em 1911, o psiquiatra suíço Eugen Bleuler, lançou a obra “Demência precoce ou o grupo das esquizofrenias” em que sugeria a mudança de nomenclatura preconizada por Kraepelin para *Esquizofrenias*, um neologismo formado por dois radicais gregos *Skhízein* (dividir/separar) + *Phrén* (mente). A modificação do termo fazia transparecer a forte influência psicanalítica de Bleuler: enquanto Kraepelin ressaltou em sua classificação o curso e o prognóstico da psicose, Bleuler interessou-se com os aspectos que uniam e fundamentavam as psicoses do ponto de vista psicopatológico e que fizesse referência a sua dinâmica psicológica; dizia que “as cisões das mais diversas funções psíquicas é uma das características mais importantes” (BLEULER, 1993, p.38 *apud* TENÓRIO, 2016, p.947).

Bleuler, no intento de buscar fundamentos estruturais do diagnóstico, separa os sintomas que se referem à etiologia, chamados primários e secundários, e aos que dizem respeito ao diagnóstico, os sintomas fundamentais e acessórios.

Os sintomas primários declaram a ruptura primeira do sujeito, onde há a cisão do Eu, deixando o sujeito à deriva quanto a sua colocação e significação no mundo. Há, a partir dessa fratura psíquica, a premência para uma restauração mental, uma necessidade expressa pelos sintomas secundários. As crenças delirantes, alucinações e ambivalência afetiva são exemplos de tentativas desesperadas para a restituição da unicidade do Eu e, por isso, nomeadas por Bleuler como sintomas secundários (PEREIRA, 2000).

Para Bleuler, as esquizofrenias partilhavam, independentemente da fase da doença, de pelo menos quatro características: a ambivalência afetiva, alterações de afetividade e das associações do discurso, além da tendência ao isolamento, o que ele chamou de autismo³. Nomeou-os como sintomas fundamentais. Os sintomas acessórios seriam as crenças delirantes, alucinações, alterações de humor e a catatonia (PEREIRA, 2000).

Mais uma vez a influência psicanalítica se mostra presente na obra de Bleuler. O neologismo usado para apontar o “ensimesmamento” esquizofrênico, deriva do termo criado por Freud, “autoerotismo”. Bleuler reconhecia que a palavra autismo tem significado muito próximo ao indicado por Freud, de dirigir a libido a si

³ Os sintomas fundamentais também são conhecidos como os “quatro As de Bleuler”. A ambivalência diz respeito a vivência simultânea de dois afetos antagônicos; à desarmonia entre a ideia e o afeto expresso caracteriza a alteração afetiva; as transformações na forma do pensamento manifestam-se do afrouxamento à completa desagregação do discurso (DALGALARRONDO, 2008).

mesmo, desligando-se parcialmente da realidade, porém, preferiu suprimir o componente sexual (eliminando o radical *eros* da composição literal) para evitar a possível confusão com o uso dos dois termos (TENÓRIO, 2016).

Podemos concluir o resgate histórico conceitual da psicose com o último representante da psiquiatria clássica⁴: Clérambault. A figura de Gaëtan Gatian De Clérambault surge num momento em que a psiquiatria se inclinava para as abordagens neurofisiológicas de um lado ou psicanalíticas, contudo, o psiquiatra francês, de forma um tanto anacrônica, persistia na fenomenologia descritiva comum aos alienistas da virada dos séculos XIX-XX (PEREIRA, 1999).

Talvez a grande marca na psiquiatria deixada por Clérambault tenha sido a descrição da erotomania e a teorização da síndrome do automatismo mental – S. Antes, é preciso elucidar que Clérambault advogava que as psicoses paranoicas deveriam estar divididas em dois grupos: as psicoses passionais (erotomania, delírio de reivindicação e de ciúme) e as psicoses interpretativas que guardam no seu cerne a sensação delirante de desconfiança característico das paranoias (PEREIRA, 1999).

O expoente das psicoses passionais, a erotomania, foi caracterizada como a crença do sujeito delirante ser o objeto vigorosamente amado por outro, sendo esse delírio monotemático, na sua forma pura, e sendo o sujeito “amante” único e tipicamente de status social (ou mesmo simbólico) superior. A erotomania passaria necessariamente por três fases: a fase da esperança, em que o delirante aguardaria a declaração aberta do amor do pretendente; a fase de despeito, em que o psicótico desdenha o aspirante amoroso pela não concretização do romance; e, finalmente, a fase de ressentimento e agressividade, em que o sujeito com erotomania, estando em posição de rebaixamento e humilhação, adotaria uma postura de ódio ao suposto amante. Há a presença de uma reivindicação do psicótico que busca algo que lhe foi vilipendiado pelo enamorado de outrora (BARRETO, 2013).

Outra grande contribuição do Clérambault trata-se da síndrome do automatismo mental ou, como o próprio psiquiatra costumava chamar, S. Diferentemente da erotomania, S constitui o “início” da psicose, algo que precede a crença delirante.

⁴ Psiquiatria clássica é considerada a época que perdura de Griesinger (1817-1868) a Kraepelin (1856-1925), na escola alemã e de Pinel (1745-1826) a Clérambault (1872-1934), na escola francesa. À época, a psiquiatria era marcada pela clínica fenomenológica de caracterização e nomeação das nosologias praticadas nas instituições asilares (BARRETO, 2013).

S, a estrutura, é atemática, é neutra, é autônoma, é uma hipótese mecanicista. Seria possível definir ou identificar o aspecto nuclear de S? É o Clérambault chamou de *fenômeno xenopático*. O sujeito tem a impressão de que seu pensamento está sendo objeto de alguma manobra e penetrado por ideias estranhas, que sua linguagem interior está sendo repetida e que suas palavras e seus atos são impostos e comentados. Fenômenos tão singulares ressoam em seu íntimo como ideias totalmente alheias, impossíveis de reconhecer como algo próprio (POROT, 1967 *apud* BARRETO, 2013, p. 169).

Ele distingue, dentro do grupo do automatismo mental, o *petit* e o *grand automatisme*. O *petit*, que precede o *grand*, caracteriza-se como uma “síndrome de passividade” em que o sujeito, antes mesmo da instalação do delírio, experimenta estranhamento quanto a seus próprios pensamentos, bloqueio do curso do pensamento, surgimento de ideias invasivas como se por imposição de outrem. O resultado é a impressão de estar sendo controlado por forças externas ao Eu. O *grand automatisme* viria em seguida com a instalação de alucinações multissensoriais, com destaque às verbais que comentam o comportamento do paciente; a difusão, eco e roubo do pensamento, as estereotipias motoras e os automatismos volitivos (PEREIRA, 1999).

Para Clérambault, há na síndrome do automatismo mental um reconhecimento de uma ordem estrutural no funcionamento psíquico do psicótico: uma personalidade pré-existente à instalação dos sintomas psicóticos propriamente ditos. O delírio, pois, seria a tentativa do sujeito de lidar com o funcionamento doentio dos neurônios; não obstante, S foi associado a *Structure* (estrutura) por Lacan⁵. O psiquiatra francês Clérambault, todavia, ansiava que sua teoria conferisse organicidade às suas observações e acabasse com as teorias psicogênicas da psicose; por isso acreditava ele que, pelo seu trabalho, as psicoses passariam a fazer parte da neurologia (PEREIRA, 1999).

Por fim, de forma irônica e simbólica, finda-se o período da psiquiatria clássica, *a clínica do olhar*, com a morte de Clérambault em 1934. O último dos clássicos torna-se cego devido a uma cirurgia ocular (para tratar sua catarata) malsucedida e motiva-o ao suicídio.

Como veremos à frente, a psiquiatria ganha maiores raízes como especialidade médica pela incorporação das neurociências e da psicofarmacologia. A fenomenologia e caracterização minuciosamente descritiva da psiquiatria clássica dá

⁵ Vale lembrar que Lacan, um dos mais influentes psicanalistas depois de Freud e que reconhecidamente trouxe grandes contribuições para o tratamento da psicose, afirmava que Clérambault teria sido o único mestre em psiquiatria que ele reconhecia (COSTA; FREIRE, 2010).

lugar às classificações diagnósticas que objetivam homogeneizar as nomenclaturas e as nosologias psiquiátricas. Com isso, o que se entende por psicose e sua instalação mudam no transcorrer do século XX e XXI. A conceituação atual de psicose é atravessada por vários saberes psicodinâmicos e biomédicos. No corpo do trabalho, trataremos mais essa discussão que faz parte do cerne do nosso problema.

1.2.2 Risco e saúde mental

Etimologicamente, a palavra risco é possivelmente originada da palavra italiana *risco* que literalmente remete ao significado “aquilo que corta”. Originalmente, seu uso na linguagem estaria ligado à navegação referindo-se aos recifes que poderiam “cortar” as embarcações. Com o tempo, a palavra foi incorporada às noções de probabilidade da matemática, pois até então, em meados do século XVII, a ideia de probabilidade era ligada à opinião de alguma autoridade respeitável em determinado tema. A noção de risco atrelando-se à de probabilidade, paulatinamente convida a concepção de “evidência” para construir a previsibilidade estatística. Como nota, conceituamos evidência como os sinais que a natureza nos possibilita à antecipação de determinado evento. A essa altura, cabe uma constatação: enquanto as ideias supracitadas emergiam, as ciências, à época, assentavam-se no modelo de causa-efeito newtoniano (PONTES, 2011).

O risco estatístico construído como mencionado anteriormente, adentra o campo da saúde através da junção da epidemiologia, medicina e estatística. Dessa fusão nasce a epidemiologia clínica que usa as regularidades dos fenômenos patogênicos para consolidar o conceito de risco em saúde (AYRES, 2011).

Já no século XX, nos Estados Unidos, a chamada epidemiologia de risco toma forma. Ao modelo preventivista vigente no país, a epidemiologia ofereceu as ferramentas para o controle e fiscalização nas chances de adoecimento. Os estudos epidemiológicos permitiram uma maior liberdade para levantar e testar hipóteses causais baseada no controle de variáveis de exposição e desfecho sob a égide da dedução de risco estatístico.

Consolidava-se, assim, como uma ciência altamente formalizada, na qual a inferência passa a ser de base substantivamente matemática. O risco, seu conceito central, já possuía seus critérios próprios e autônomos para construir e validar enunciados, ganhando plena cidadania científica entre os saberes do campo da saúde. Falar de risco desde então é, imediata e rigorosamente,

falar de grandezas matemáticas e elas são estimativas da chance de que a exposição a um fator (genético, ambiental, comportamental) possa estar causalmente associada a um determinado estado ou condição de saúde, dado um certo grau de incerteza da inferência, considerada pragmaticamente aceitável (AYRES, 2011, p.1308-1309).

Notabiliza-se então a concepção de risco como grandeza matemática que ancora e sustenta o discurso de confiabilidade e validade⁶ científica nas ciências biomédicas. E como a noção de risco adentrou a saúde mental? Até chegarmos ao viés biomédico dos transtornos mentais, emergente na segunda metade do século vinte e, portanto, carente de validação científica para se consolidar como saber médico, precisamos resgatar a relação histórica de risco com a psiquiatria.

Castel (1987, *apud* RODRIGUES, 2017, p.2) defende que sempre houve a associação entre periculosidade e loucura. Essa ligação estaria na base de condutas preventivas para lidar com o louco. Como vimos anteriormente, a valorização da razão no iluminismo move a ideia de ordenamento social e torna o louco – o irracional – um ultrajante que ameaça a norma da sociedade. Desta maneira, a periculosidade, ou seja, o risco do paciente com acometimento psiquiátrico de cometer crimes ou atos violentos, fortaleceu o contexto asilar, diminuindo supostamente as chances de uma desordem social.

Na segunda metade do século XX, o risco em saúde mental se desliga da ideia de periculosidade devido a confluência de alguns fatores. Comentamos há pouco sobre o engrandecimento da epidemiologia clínica e de risco no pós-segunda guerra. Essa epidemiologia trazia no seu âmago o risco estatístico e a ampliação de atividades de cunho preventivo com a valorização dos fatores de risco aumentando a probabilidade de adoecimento.

Ainda no mesmo cenário, temos uma psiquiatria em transformação: de um lado, o surgimento da psicofarmacologia e a introdução dos ensaios clínicos como fonte de verdade científica; em contraponto, o enfraquecimento do modelo de psiquiatria asilar, o constante questionamento dos métodos e critérios da psiquiatria

⁶ A confiabilidade diz respeito a capacidade de reproduzir dado resultado de forma consistente no tempo e no espaço ou com observadores diferentes, apontando aspectos sobre coerência, precisão, estabilidade, equivalência e homogeneidade. A validade refere-se ao instrumento que mede exatamente o que ele se propõe a medir. Por se referir a uma população definida, a validade é determinada com relação a uma questão particular. É preciso que haja uma teoria atrelada à validade de um constructo. Quanto mais abstrato o conceito, mais dificultoso estabelecer a validade (SOUZA, ALEXANDRE, GUIRARDELLO, 2017).

biológica, a ampliação de terapias para a saúde mental com assistentes sociais e psicólogos.

Nessa conjuntura, o risco em saúde mental migra da periculosidade para prevenção. Ainda por volta da década de 1970, a psiquiatria vê o *boom* da neurociência e o interesse da indústria farmacêutica, além do crescimento da influência dos manuais diagnósticos, com destaque para o DSM, fomentando as hipóteses biológicas das doenças mentais e as intervenções medicamentosas. Essa fundamentação faz-se refletir na esperança de se compreender melhor a etiologia da enfermidade psíquica e, em vista disso, sujeita a antecipação da gênese da doença (RODRIGUES, 2017).

Nos anos 1980, portanto, a noção de prevenção em saúde mental se operacionaliza. Destacamos aqui os programas de intervenção precoce no primeiro episódio psicótico. Como a denominação sugere, esses programas baseavam-se em diminuir o tempo entre o surgimento dos sintomas e a primeira intervenção terapêutica. No decorrer dos primeiros anos, a proposta foi ampliada para intervenção nos chamados pacientes de risco para psicose (FREITAS-SILVA; ORTEGA, 2014). Inaugura-se a noção de “estado mental de risco para a psicose”. Adiante voltaremos à discussão sobre o conceito de risco para psicose.

Temos aí um cenário construído pelo preventivismo da saúde pública da segunda metade do século XX, a remodelação constante do conceito de psicose, essa cada vez mais dominada pela dimensão categorial e biológica da psiquiatria, e a dimensão de risco sendo introduzida na saúde mental e, por conseguinte (e pela via), na psicose.

A esquizofrenia, entidade nosológica reconhecida como a maior causa de psicose, tem uma prevalência no mundo em torno de 0,3% a 0,7%, o que pode representar um total de 53 milhões de pessoas acometidas no mundo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION- APA, 2014). O impacto de tal condição abrange dimensões sociais, relacionamento interpessoal, comprometimento laboral, com consequente perda da produtividade e ainda com aumento do risco para doenças clínicas e diminuição da sobrevida. Estima-se um custo, por pessoa/ano, de 88000 dólares no Reino Unido (STAFFORD *et al.*, 2013). Nos Estados Unidos da América (EUA), a cifra chega a pouco mais de 32 bilhões de dólares anuais gastos com esta população, a maior parte atribuída a internações repetidas (PENN *et al.*, 2005). Os prejuízos no funcionamento global dos sujeitos acometidos por quadros psicóticos são

indubitáveis. Os estigmas e as consequências no cotidiano ocasionados pelos sintomas ativos e residuais são marcantes.

Desde 2001, após a promulgação da Lei 10.216 que redireciona a assistência em saúde mental para tratamentos de base comunitária em detrimento a hospitais psiquiátricos, houve um crescente gasto em saúde mental (51,3%) até 2009, com uma inversão de gastos entre os serviços extra-hospitalares, que aumentou seu aporte financeiro em 404,2% nesse intervalo, e hospitalares, que decresceu 39% (GONÇALVES; VIEIRA; DELGADO, 2012). No entanto, segundo Ana Pitta, vice-presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental, houve redução de investimentos em saúde mental no Brasil a partir de 2010. Em 2017, os custos com saúde mental no Brasil chegaram a cifra de um bilhão e trezentos milhões de reais no ano de 2017, duzentos milhões a menos do que o orçamento de 2009; uma redução *per capita* de quase 20% (MARTINS, 2017).

Os transtornos mentais e comportamentais foram responsáveis por 274.808 internações no Brasil no ano 2009, o que equivale a 2,4% de todas as internações do SUS (Sistema Único de Saúde), no país, em 2009. Sendo somados, as psicoses esquizofreniformes (esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes) e os transtornos de humor, são responsáveis por mais de 50% do número de internações (BENEDICTO, 2013).

No transcorrer do nosso trabalho, destacamos a evolução histórica do conceito de psicose e a influência dos manuais de classificação diagnóstica, sendo esses, as principais bússolas para o diagnóstico psiquiátrico. O nascimento desses manuais será tema de um dos nossos capítulos, mas de antemão, vale a informação que tais manuais nasceram da necessidade de homogeneização de nomenclaturas e conceitos para fins de comunicação, avaliação e intervenção estatísticos. Porém, como destaca Furtado (2011, p 98):

O problema que encontramos é que há incompatibilidade entre os imperativos racionais dos dados estatísticos e a multiplicidade e relatividade dos dados complexos das ditas ciências humanas (principalmente as que versam sobre a vida psíquica e suas patologias).

A problemática trazida por essa incompatibilidade dos diagnósticos psiquiátricos, inspirados nos manuais de classificação, entre o subjetivo/singular e o geral/estatístico fomenta que outras formas de saber tencionem outras formas de entendimento. Se nos deparamos com manuais que ditam os critérios diagnósticos e

que esses foram pensados originalmente para fins estatísticos⁷ e, conseqüentemente, institucionais, onde fica a clínica?⁸ Usar a psicanálise como marco teórico para essa discussão sobre estado de risco para psicose é sublinhar um olhar paulatinamente ignorado pela psiquiatria contemporânea, o da clínica.

Adotar a visão psicanalítica para o entendimento do desencadeamento psicótico, não torna nossa visão reducionista de um fenômeno, como nossa clínica revela, tão complexo. O contrário! A heterogeneidade da psicose é que nos permite afrontar a visão hegemônica cientificista da psiquiatria contemporânea que, no afã de equalizar o sofrimento psíquico, termina por apagar a singularidade. Reforçamos ainda que não se trata de antagonizar “biologia X psique”; como diria Lacan (1955-1956, p. 24), para ser psicótico é necessária uma predisposição, se não alguma condição. Questionado se a psicose seria uma questão orgânica ou não, Lacan é categórico em dizer (isso em idas décadas) que isso é uma “questão superada” e “que não fazia distinção entre psicologia e fisiologia, e que certamente não se torna louco quem quer”.

A conjunção dos termos psiquiátricos de estado de risco com o estudo de pré-psicose e desencadeamento psicanalítico é ignorado pela literatura científica dominante. Combinando-se descritores como “*Ultra High Risk*” (UHR), “*Psychosis*” e “*Psychoanalysis*” no maior motor de buscas de artigos biomédicos do mundo, o pubmed; e também associando-se os descritores “psicanálise”, “alto risco” e “psicose” ou mesmo, “psicose atenuada” e “psicanálise” na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), que é um portal que abriga os indexadores mais importantes da América Latina, como a Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e o *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), e o resultado foi o mesmo: nenhum artigo que aborde a temática.

Destacamos, enfim, a necessidade de se discutir as noções de risco no campo da saúde da família. Para cumprimento da integralidade no cuidado a saúde (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação), as noções de fatores de risco vêm sendo incorporadas pelas estratégias de saúde da família (BRASIL, 1997; NAKATA, 2013; RÊGO, 2016). Nosso trabalho traz de forma crítica um novo olhar sobre o risco

⁷ O DSM-5 aponta que seu objetivo primordial é o de auxiliar “clínicos treinados” no diagnóstico dos transtornos mentais de seus pacientes.

⁸ Aqui assumimos o conceito etimológico de clínica, palavra que deriva do grego *klinikós* (*klínos*: inclinar, ou *Klíne*: leito). “Inclinar sobre o leito” traduz o status singular, construído no um-a-um, que a palavra carrega no seu significado (BEDRIKOW; CAMPOS, 2011).

(especificamente sobre risco para psicose), com enfoque na perspectiva singular do sujeito.

Objetivamos com esse trabalho, portanto, investigar quais as implicações das noções de risco para psicose no campo da saúde da família; para tal, analisamos a construção do diagnóstico na psiquiatria contemporânea, além de discutir noções de causalidade em psicanálise para pacientes psicóticos. Finalmente, investigamos as fragilidades do conceito, por critérios, do estado de risco para a psicose na psiquiatria contemporânea e articulamos pontos divergentes e convergentes das noções de risco para psicose na psiquiatria e na psicanálise.

Este trabalho trata-se de uma pesquisa exploratória bibliográfica. Exploratória porque, que como define Gil (2002), tenta dar maior familiaridade com o problema, dando a ideia de maior aperfeiçoamento de ideias, e portanto, permitindo uma maior flexibilidade no seu planejamento, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado. Assim, não há aqui o interesse em conclusões péticas, mas o de abrir o campo de hipóteses e probabilidades.

Quanto à técnica metodológica, nosso estudo classifica-se como pesquisa bibliográfica. Esse tipo de delineamento é feito através de levantamento de material já desenvolvido e lançado, como livros e artigos. Ele se impõe quando o objetivo da pesquisa é estudar ideologia ou mesmo quando se propõe a analisar um determinado problema de uma outra posição (GIL, 2002). Assim como Gil (2002), Marconi e Lakatos (2003) ratificam que a pesquisa bibliográfica propicia examinar determinado tema através de um novo enfoque permitindo conclusões inovadoras.

Usamos a teoria psicanalítica como referencial norteador. Aqui vale destacar a distinção entre a psicanálise aplicada e a teoria psicanalítica. A primeira diz respeito ao tratamento psicanalítico em si, enquanto a teoria refere-se a tudo que escapa ao tratamento, o que é inerente à atividade humana. É imprescindível perceber que da clínica psicanalítica é que se deriva a teoria. A escolha da psicanálise objetiva por um contraponto a visão hegemônica psiquiátrica perpassada pela operacionalidade estatística em prejuízo da clínica.

Foram buscados e utilizados artigos, *sites* e livros que ajudassem a elucidar as questões postas no trabalho. Como o trabalho está assentado em três grandes áreas de saber (psiquiatria, psicanálise e saúde pública), o processo de obtenção da literatura a ser analisada seguiu caminhos distintos.

Usamos o indexador *Pubmed* para localizar trabalhos publicados nos

últimos 10 anos em língua inglesa e espanhola acerca do estado de risco para psicose e suas nomenclaturas equivalentes como a síndrome da psicose atenuada, *ultra high risk* e *clinical high risk*. Essa busca sedimentou a construção da investigação conceitual, histórica e operacional dos critérios diagnósticos e características clínicas montados a partir do conhecimento da psiquiatria contemporânea para o risco para psicose. Em outro momento, a busca se deu em revistas eletrônicas, livros e artigos (em indexadores como o SCIELO), sem restrição de ano de publicação, para resgate histórico da construção diagnóstica em psiquiatria.

Com relação à psicanálise, a aquisição de literatura privilegiou (sem usar de forma exclusiva) os textos clássicos de Freud e de Lacan, com destaque para “*Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (dementia paranoides)*” de Freud e o “*Seminário 3: as psicoses*” de Lacan, pela suas relevâncias na formação das bases do conhecimento psicanalítico no que concerne a estrutura da psicose.

Por fim, para edificar a dialética com a saúde pública, nos valem da literatura disponível em livros e artigos que pudessem auxiliar uma nova forma de encarar o risco, de forma crítica, para a psicose na atenção primária à saúde e na saúde da família. Os bancos nacionais, como o LILACS e o SCIELO, foram as principais fontes de artigos.

Visando nossos objetivos, percorremos, no primeiro capítulo, a história da construção do diagnóstico em psiquiatria como especialidade médica, refazendo os passos e contexto histórico na criação dos manuais diagnósticos CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde) e DSM (Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais). No segundo capítulo colocamos em evidência o nosso objeto de estudo: o estado de risco para a psicose. Nos últimos 30 anos, a literatura médico-psiquiátrica vem crescendo em torno dessa temática numa progressiva tendência de transformar esse período prévio ao surgimento de sintomas psicóticos propriamente ditos noutra nosologia. Discutimos as definições e o percurso histórico do estado de risco para psicose (ERP).

Revisitamos os primeiros constructos freudianos sobre a paranoia até embarcarmos em Lacan e suas ideias revolucionárias no campo da psicose. Ainda no mesmo capítulo enfocamos o estado pré psicótico e o desencadeamento no olhar da psicanálise. Por fim, o capítulo derradeiro problematiza, sob a égide da clínica psicanalítica e tomando como norte os princípios da saúde da família, o uso, de forma

operacionalizada por critérios diagnósticos, do conceito de estado de risco para psicose.

2 A CONSTRUÇÃO DO DIAGNÓSTICO NA PSIQUIATRIA CONTEMPORÂNEA: OS MANUAIS DE CLASSIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA

Sabidamente não há classificação do universo que não seja arbitrária e conjectural. A razão para isso é muito simples: não sabemos o que é o universo (BORGES, 1989, p.111 *apud* BEZERRA JUNIOR, 2014, p.13).

“Classificações não são espelhos” como defende Bezerra Júnior (2014, p. 14), tentam sistematizar as diferentes multiplicidades de determinada realidade de forma que se tornem compreensíveis, e completa:

Toda classificação supõe certas coisas: um autor, um agente, um princípio classificador, um eixo ordenador que preside a criação das categorias que a compõem e organiza hierarquicamente sua distribuição. Toda classificação tem uma destinação, visa um objetivo (BEZERRA JÚNIOR, 2014, p.14).

A necessidade de uniformizar nomenclaturas e classificações para estatística, a priori, culminou na consolidação dos manuais de classificação como principais meios para diagnóstico psiquiátrico.

A primeira classificação de acometimentos psíquicos foi feita por Hipócrates (IV a.C.) que distinguia *mania* e *melancolia*. Nos séculos subsequentes às tipologias hipocráticas foram acrescentadas *demência* (por Barrougth, 1583), *Idiotia* (Pinel, séc. XVIII), além das nosologias previamente comentadas. Contudo, o psiquiatra alemão, Emil Kraepelin foi o maior influenciador das classificações atuais (BARRIO, 2009).

Como vimos na introdução, duas figuras nortearam a psicopatologia da primeira metade do século XX. Kraepelin, construiu descrições nosográficas mutuamente excludentes que serviram de base e sedimento para os sistemas de classificações atuais. Descrições essas inspiradas no curso e evolução da nosologia. Do outro lado, Freud fundamentava o diagnóstico psicopatológico na psicanálise em três estruturas: a psicose, a neurose e a perversão. Dessa forma, Freud deslocou o diagnóstico da descrição do fenômeno para a dimensão psicodinâmica. Uma consequência imediata foi o enevoamento dos limites entre o normal e o patológico (BEZERRA JUNIOR, 2014).

Interessante perceber que as correntes teóricas psicopatológicas apontadas não ofereciam condições para sistematizações para uso em larga escala pela medicina para fins estatísticos e diagnósticos. Remonta do século XIX, em 1840, uma primeira tentativa de classificação psiquiátrica oficial nos EUA no qual figuram duas categorias: *idiocy* (idiotia) e *insanity* (insanidade). Em 1880, já constavam sete

categorias: *mania, melancholia, monomania, paresis, dementia, dipsomania* e *epilepsy*. Só em 1917 surge a primeira classificação voltada para uso estatístico hospitalar (GAINES, 1992).

Adiante discorreremos sobre a evolução histórica dos dois principais manuais diagnósticos utilizados pela medicina/psiquiatria e as mudanças de nomenclaturas e entendimento da psicose nesses manuais. Debruçar-nos-emos primeiramente com a CID e após o DSM.

2.1 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) é o sistema de classificação diagnóstica mais utilizado no mundo. É composto por capítulos, sendo esses divididos em grupos e por sua vez, os grupos divididos em categorias e, finalmente, as categorias divididas em subcategorias. O maior intento da primeira edição da CID, no entanto, não era a de fornecer dados diagnósticos, mas a de padronizar a classificação das causas de morte (BENEDICTO, 2013).

A primeira tentativa de classificar sistematicamente as doenças remete ao século XVII, com o médico e botânico François Boissier de Lacroix, conhecido como Sauvages, com a obra *Nosologia Methodica*. Já no século XIX, o médico estatístico, William Farr, por solicitação dos congressistas do primeiro Congresso Internacional de Estatística (CIE), preparou uma classificação uniforme das causas de morte que pudesse ser aplicada em todo o mundo. No congresso seguinte, em 1855, Farr apresentou uma catalogação com 5 grupos: doenças epidêmicas, doenças constitucionais, doenças locais organizadas de acordo com o local anatômico, doenças do desenvolvimento e doenças derivadas de resultados diretos de violência (WHO, 2019).

A lista de Farr foi revisada algumas vezes nos congressos subsequentes e, apesar de não conseguir seu objetivo maior – o de unificar a nomenclatura de causas de morte no mundo todo, serviu de base para a próxima tentativa de unificação que veremos a seguir.

O Instituto Internacional de Estatística (sucessor do CIE), em Viena, em 1891, nomeou o estatístico francês, Jacques Bertillon, como chefe de uma comissão

para preparação de uma nova classificação de causas de morte. A essência de sua classificação foi herdada da classificação utilizada em Paris, essa, por sua vez, era uma síntese das classificações inglesa, alemã e suíça. Assim como Farr, Bertillon fez distinção entre doenças gerais e por localização anatômica específica, nascendo assim a chamada classificação internacional de causas de morte. Essa categorização foi adotada por países europeus e da América do Norte. É-se decidido também pela sua revisão a cada dez anos (WHO, 2019).

Interessante notar que desde Farr, era percebida a necessidade de se classificar também morbidades que não causassem morte. Somente em 1900, na primeira conferência internacional para revisão da classificação de Bertillon que se adotou uma classificação paralela de doenças (que não causavam morte). Nos quase 50 anos subsequentes, as duas classificações – de causas de morte e de morbidade – correram em paralelo, sendo unificadas somente na sexta revisão em 1948.

Vale aqui uma abertura de parêntese. Na década de 1920, a organização de saúde da Liga das Nações⁹, também interessada em estatísticas de morbimortalidade, através da sua comissão de peritos e estatísticos, publicou em 1928 uma expansão da lista lançada da última revisão da lista internacional de causas de morte. Em seguida, o instituto internacional de estatística em associação com a organização de saúde da Liga da Nações, criou uma comissão mista, formada por representantes de ambas organizações. Essa comissão foi a responsável pelas propostas da quarta (1929) e quinta (1938) revisões da lista internacional de causa de morte (WHO, 2019).

Chegamos, pois, a sexta revisão, que por fim unifica as classificações de causas de morte e de morbidade, sob o nome de *Classificação Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Morte* (CID), em 1948, já sob a égide da Organização Mundial de Saúde (OMS) da recém-criada Organização das Nações Unidas (ONU). Organizada em dois volumes, a classificação trazia no seu volume 2 um índice alfabético de diagnósticos codificados em categorias. A orientação era a de que Estados membros das nações unidas adotassem a classificação internacional na compilação de morbidade e mortalidade.

⁹ A Liga das Nações foi o precursor da Organização das Nações Unidas. Foi instituída na Conferência de Paz de Paris no pós-primeira guerra, em 1919. O intuito era o de estabelecer uma aliança de segurança e paz entre as nações (SAMPAIO; RUSSO, 2011).

A sexta edição se tornou marco no campo da saúde pública porque, além da unificação das duas listas, recomendou aos países membros da ONU que criassem um amplo programa de colaboração internacional de estatísticas relacionadas a saúde. A ideia era que as nações organizassem comitês nacionais de estatística que servissem de elo entre os dados nacionais e a OMS (WHO, 2019).

A estrutura básica da CID permaneceu nas revisões seguintes tendo o seu uso ampliado rapidamente nos registros médicos hospitalares em todo o mundo. Todavia, na revisão de número nove, ocorrida em 1975, houve debate com relação às constantes reavaliações do manual, o que trazia despesas quanto às readaptações frequentes dos sistemas de processamento hospitalares. A ideia, que veio consolidar na CID-10, era a introdução de intervalos maiores que dez anos para revisões e trabalhar numa classificação com estrutura estável que evitasse alterações radicais por longo período de tempo (WHO, 2019). Ciente do contexto da evolução histórica da CID, podemos estreitar para a discussão das mudanças conceituais de psicose desse manual diagnóstico.

Como já relatado, somente a partir da sua sexta edição, a lista internacional de causas de morte passou a englobar morbidades não fatais e passou a se chamar de Classificação Internacional de Doenças- CID. O capítulo V abrigava as chamadas “Perturbações mentais, psiconeuroses e modificações da personalidade” que continham 3 agrupamentos (sendo um deles denominado “psicoses”), subdivididos em 26 categorias e 60 subcategorias. O grupo das psicoses englobava, além das chamadas “perturbações esquizofrênicas”, as “psicoses afetivas” (atualmente chamados de transtornos de humor). Na CID-7, o capítulo V passou a se chamar “Doenças mentais, psiconeuroses e perturbações da personalidade”, sem aumento no número de grupos, categorias ou subcategorias, apesar do abandono de algumas definições (ex.: histeria e psicose maníaco-depressiva) (BENEDICTO, 2013).

A CID-8, apesar de não alterar novamente o número de categorias e grupos, aumentou de 60 para 131 o número de subcategorias. O capítulo V passou a se chamar “transtornos mentais”. Ressalta-se que da sexta até a nona edição da CID, o grupo das psicoses manteve-se em conjunto entre “esquizofrenias/perturbações esquizofrênicas/psicoses esquizofrênicas” e as “psicoses afetivas”. A grande peculiaridade trazida na edição de 1975, a nona, foi a inclusão de um glossário com definições dos significados dos títulos. A ideia era a de trazer maior uniformização da comunicação entre os psiquiatras (BENEDICTO, 2013).

A classificação na sua décima edição CID-10 se firma, de fato, como um manual que se propõe não só para a codificação, mas também para diagnóstico. Em princípio, passa a se chamar *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* (a abreviação continuou a mesma – CID). Ao capítulo chamado de “transtornos mentais” houve o acréscimo da palavra “comportamentais”; e, em comparação a CID-9 que tinham 3 agrupamentos, 30 categorias e 180 subcategorias, a CID-10 passou a ter 11 agrupamentos, 78 categorias e 274 subcategorias, distribuídas em codificação alfanumérica do F00 ao F99 (BENEDICTO, 2013). O quadro 1 compara e ilustra o desmembramento do agrupamento “psicoses” da CID-9 para a CID-10.

Quadro 1 – Desmembramento das categorias do grupo das psicoses da CID-9 para a CID-10.

Categorias diagnósticas	Agrupamentos			Categorias		Subcategorias		
	Revisões	Códigos	Nome	Código	Nome	Total	Excluídas	Acrescentadas
ESQUIZO-FRENIA	CID-9	290 a 299	Psicoses	295	Psicoses esquizofrênicas	10	-	-
	CID-10	F20 a F29	Esquizofrenia, T. esquizotípicos e delirantes	F20	Esquizofrenia	9	3	2
T. HUMOR	CID-9	290 a 299	Psicoses	296	Psicoses afetivas	9	2	5
	CID-10	F30 a F39	T. de humor (afetivos)	F30	Episódio maníaco	5	9	5
				F31	T. afetivo bipolar	10	-	10
				F32	Episódios depressivos	6	-	6
				F33	T. depressivo recorrente	7	-	7
				F34	T. de humor (afetivos) persistentes	4	-	4
				F38	Outros transtornos de humor (afetivos)	3	-	3
F39	T. do humor (afetivos) não especificados	0	-	-				

Fonte: Adaptado de Benedicto (2013).

Legenda: T- Transtorno (s).

A CID-11 foi lançada em junho de 2018 e será apresentada aos estados membros das nações unidas em 2019 na assembleia mundial de saúde. Será oficialmente incorporada em janeiro de 2022 (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE- OPAS BRASIL, 2018). Portanto, por ainda estar em processo de

implementação, a décima primeira edição da classificação não será incluída na discussão desse trabalho.

2.2 Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM

Vimos que desde o século XIX os EUA se esforçavam na criação de uma classificação única para transtornos mentais. O imperativo, no entanto, para que tal classificação se tornasse imprescindível para a saúde pública estadunidense foi o fim da II Guerra Mundial. Nenhum dos sistemas de classificação vigentes à época no país (*Standard Classified Nomenclature of Disease*, *Armed Forces Nomenclature* e *Veterans Administration Nomenclature*) eram utilizados nos relatórios hospitalares. Havia uma pressão dos veteranos da guerra para que o estado americano os reinserisse na sociedade e isso demandava grandes ações de saúde pública. Tais ações necessitavam de um sistema de classificação homogêneo. A CID-6, ainda por ser lançada, não trazia no seu capítulo sobre condições psiquiátricas, nosologias que abrigassem situações caras aos veteranos, como síndromes cerebrais crônicas e reações situacionais (GROB, 1991).

A Associação Americana de Psiquiatria (APA), independente da classificação da OMS (CID), elaborou uma proposta de classificação psiquiátrica homogênea com 106 categorias diagnósticas. O Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-I, foi fortemente influenciado por William Menninger e Adolf Meyer. Ambos viam na doença mental, diferentemente da psiquiatria alemã (com visão predominantemente etiológico-anatômico), resultado de situações enfrentadas pelo sujeito do qual ele não conseguiu se adaptar. O adoecimento psíquico era uma reação simbólica e não uma doença. Isso se reflete nas categorias diagnósticas do DSM: ao agrupamento dos diversos quadros esquizofrênicos, por exemplo, dava-se o nome de “reações esquizofrênicas” (GAINES, 1992). Abaixo destacamos a definição de paranoia trazida pela primeira edição do DSM. Nota-se a característica descritiva e de influência fortemente psicanalítica:

Esse tipo de transtorno psicótico é extremamente raro. É caracterizado por um sistema paranóico intrincado, complexo e de desenvolvimento lento, com frequência é logicamente elaborado após uma interpretação falsa de uma ocorrência real. Frequentemente, o paciente se considera dotado de habilidade superior ou única. O sistema paranóico é particularmente isolado de grande parte do fluxo normal da consciência, sem alucinações e com

relativa intacta e preservação do restante da personalidade, apesar de um curso crônico e prolongado (APA, 1952, p. 28, tradução nossa).

O DSM-I, não obstante, teve recepção fria e de pouca aplicabilidade. As descrições subjetivas das nosologias diminuíam a confiabilidade dos diagnósticos e por isso teve pouca capilaridade no meio médico (BARRIO, 2009).

O lançamento do DSM-II, dezesseis anos depois, permaneceu, a exemplo da primeira edição, sem nenhuma expressividade internacional. Nacionalmente, o DSM trazia pouca influência na clínica, sendo restrito o seu uso em burocracias administrativas. Retirou a palavra “reações” das nosografias, ampliou o número de categorias para 180 e permaneceu tendo forte influência psicanalítica, tanto pelo destaque dado às definições psicose e neurose, como por assumir que a sintomatologia tem natureza simbólica. Para fins práticos, o DSM-II assemelhou-se a uma extensão da sua primeira edição (BEZERRA JUNIOR, 2014).

Na década de 70, inicia-se uma avalanche de críticas à psiquiatria. As primeiras edições do DSM, como já comentamos, entendiam que o adoecimento psíquico derivava de um *continuum* entre o normal e o patológico e que surgiam de traumas biográficos e sociais. No entanto, a fluidez de limites das nosografias trouxe insatisfação dos próprios psiquiatras. De um lado, os psiquiatras de orientação biomédica advogavam que deveria haver um retorno da psiquiatria ao modelo psicopatológico médico convencional; de outro lado, os seguidores do movimento que ficou conhecido com *Antipsiquiatria* defendiam que se a doença psiquiátrica fosse consequência psicossocial, ela deveria ser domínio do saber das ciências sociológicas e não médicas. As classificações psiquiátricas seriam apenas rótulos arbitrários que estariam a serviço da própria classe médica e não aos pacientes. (VIANA, 2010).

Outro fator que contribuiu para o declínio da classificação de orientação psicodinâmica foi de ordem econômica. Dados referidos por Viana (2010) apontam que houve um declínio de pelo menos 5% ao ano de investimentos destinados para *National Institute of Mental Health* para pesquisas em saúde mental dos anos de 1965 a 1972. A origem central dessa redução era a incapacidade que a própria psiquiatria tinha de delimitar o saudável da doença mental.

Por fim, a psicofarmacologia em franco crescimento na segunda metade do século XX foi um dos aspectos determinantes para o total enfraquecimento da influência psicodinâmica no DSM. A possibilidade que (outros) fármacos pudessem

ser desenvolvidos com potenciais efeitos terapêuticos nas diversas psicopatologias reafirmava que as nosografias psiquiátricas tivessem substrato bioquímico-orgânico. Isso fazia com que a psiquiatria experimental fosse mais necessária, convergindo com as ciências biomédicas e afastando-se mais das ciências humanas. A carência de critérios claros de inclusão e exclusão, de doença e não-doença, era agora, mais do que nunca, evidenciada (VIANA, 2010).

Nasce então o manual que revolucionou a forma de atuação da psiquiatria contemporânea: o DSM-III. A nova edição do manual, lançada em 1980, abandonava de vez o caráter descritivo de nosografias e adotava critérios diagnósticos precisos. Isso ilustra o radical rompimento com a psicanálise. Os diversos adoecimentos e manifestações sintomatológicas deixam de ser demonstração simbólica de conflitos intrapsíquicos e põem o psiquiatra em papel de fino observador de fenômenos (BAN, 2001). O DSM-III impõe ao seu usuário, o psiquiatra, o papel de um agente de catalogação de sintomas e critérios diagnósticos. Não mais interessava para intervenção psiquiátrica o entendimento alegórico do quadro apresentado pelo paciente, a identificação da ocorrência de sintomas característicos dos critérios do manual já seria suficiente para intervenção, psicofarmacológica, fundamentalmente. Essa mudança é divulgada como uma forma de comunicação universal entre os diversos profissionais e suas diferentes correntes teóricas de pensamento, contudo, ela traz nas entrelinhas o importante crescimento da psicofarmacologia e de seu peso na nova psiquiatria (BAN, 2001; GAINES, 1992).

O termo “psicótico” no novo manual agora é usado para descrever o transtorno mental¹⁰ ou o paciente que, em *determinado momento*, tem percepções e pensamentos errôneos acerca da realidade mesmo diante de evidências contrárias à sua crença. O termo se aplica ao prejuízo “bruto” do teste de realidade e a criação de um novo fato. Indício direto desse julgamento falho da realidade seria a presença de alucinações, delírios ou comportamento grosseiramente desorganizado (BAN, 2001).

O DSM-III trouxe uma verdadeira redefinição da função do psiquiatra e do que seria doença mental. Ao clínico psiquiatra caberia a coleta de informações extraídas pelo discurso explícito do sujeito não ousando supor interpretação sobre a significação desses sintomas. Essa forma de operacionalização por critérios

¹⁰ A expressão “transtorno mental” (“*mental disorder*”) foi adotada no DSM-III em detrimento a “doença mental” (“*mental illness*”). A troca objetivava fortalecer o caráter “ateórico” do manual (VIANA, 2010).

fragmentou os diagnósticos (antes contidos em 180 categorias, agora, na versão III, continham 295) fazendo emergir a noção de comorbidades.

Outra inovação trazida pelo DSM-III foi a inclusão da avaliação multiaxial. Nesse modelo, o transtorno psiquiátrico é apenas um dos cinco diagnósticos que formam os eixos axiais. Sendo o transtorno mental constituindo o eixo I; os transtornos relacionados ao desenvolvimento ou a personalidade formando o segundo eixo; o eixo III, os diagnósticos de origem física; o quatro, os fatores psicossociais e por último, a avaliação funcional. A ideia do diagnóstico multiaxial era de transformar o diagnóstico psiquiátrico em instrumento de pesquisa: estudos epidemiológicos, ensaios controlados, pesquisas multicêntricas, entre outras (BEZERRA JUNIOR, 2014).

Aqui nos deparamos com um ponto crucial da origem do nosso objeto de estudo. O panorama da psiquiatria dos anos 1980 mudou a partir da apresentação do DSM-III. Para além de implicações clínicas, o DSM demarcou novos paradigmas para adoecimento psíquico que transcenderam a barreira do campo da saúde, transformando-se em agente modificador social e cultural. Se hoje habita no imaginário popular que a mente é produto de processos cerebrais, podemos apontar o DSM-III como um dos responsáveis por essa encarnação social. As condições que tornaram possível o surgimento dessa significativa classificação, merecem alguns parágrafos do nosso texto.

Bezerra Junior (2014) defende pelo menos cinco pontos que sedimentaram o alvorecer da terceira edição da classificação americana. Ressalta-se, contudo, que nessa edição, o DSM irrompe as fronteiras dos EUA e passa a ser ordenador de pesquisas no campo da saúde mental. Vamos aos pontos!

É sabido que na segunda metade do século XX era crescente o movimento que contestava o modelo psiquiátrico asilar. O entendimento da desinstitucionalização empreendia o intento de tratamento fora dos hospitais e dentro da comunidade. A reinserção social exigia uma força-tarefa da saúde pública através de grandes ações e que precisariam ser orquestradas epidemiologicamente. Para serem implementados e avaliados, programas de saúde necessitam de sistemas de classificação simples e consensuais. Até o DSM-III, inexistia instrumento que fornecesse, critérios e rigorosamente, dados para largas intervenções e planejamentos em saúde mental. Ora, em detrimento a doentes graves e cronificados, o movimento antimanicomial deslocou o centro de cuidados dos grandes hospitais psiquiátricos para a população

geral com algum sofrimento psíquico. De forma implícita esse processo fortaleceu o aumento do mercado das opções terapêuticas.

O surgimento e escalada da psicofarmacologia apresenta-se como decisivo para o sucesso de difusão do DSM-III. Através de regulação, o governo estadunidense tenta controlar o lançamento de psicofármacos. Era preciso que o fármaco em questão provasse sua eficácia através de ensaio clínicos controlados. O manual de classificação fornecia o que era exigido por esses desenhos de estudo: critérios de inclusão e exclusão. Seria possível, portanto, conduzir pesquisas que satisfizessem o desejo da indústria farmacêutica de unir categoria e seu tratamento (farmacológico) correspondente.

A psicofarmacologia faz clarear outro ponto: a ascensão do naturalismo. Nas duas edições anteriores à terceira, existia a clássica tensão entre as concepções biológicas e psicossociais. Todavia, o DSM-III traz uma observação discreta, mas fundamental, no capítulo sobre transtornos mentais orgânicos: “Diferenciar Transtornos Mentais Orgânicos como uma classe separada não implica que os transtornos mentais não-orgânicos (“funcionais”) sejam de alguma forma independentes dos processos cerebrais” [tradução livre feita pelo autor] (APA, 1980, p. 101). A concepção era que de alguma forma processos orgânico-cerebrais poderiam estar implicados na gênese dos acometimentos mentais. Esse conceito é consequência do crescimento da biologia das décadas anteriores com a psicofarmacologia, os métodos de imagem cerebral e o descobrimento do DNA. O DSM-III ganha notoriedade nesse cenário: se ele não sustenta o paradigma naturalista da psiquiatria biológica, ao menos não o contradiz.

Mais um ponto de destaque no progresso do DSM como principal instrumento diagnóstico da psiquiatria contemporânea era a falta de consistência na formulação do diagnóstico psiquiátrico ao redor do globo. Tomemos como exemplo a diferença de prevalência de pacientes esquizofrênicos internados em Nova Iorque que chegava a cifra de 60%, ao passo que em Londres esse mesmo diagnóstico não ultrapassava 30% dos internados. Dos pacientes psiquiátricos londrinos, 49% recebiam o diagnóstico de psicose depressiva, mania ou distúrbios de personalidade, enquanto que apenas 10% dos pacientes nova-iorquinos recebiam esses mesmos diagnósticos (BEZERRA JUNIOR, 2014). Se a partir da década de sessenta o mundo vivenciava uma onda de questionamentos dos costumes ocidentais (feminismo, movimento LGBT, hippie...), a psiquiatria – e sua fragilidade de saber – também foi

percebida como poderio reacionário a ser combatido. Um sistema de classificação homogêneo que validasse seu diagnóstico era imprescindível.

O DSM-III promoveu uma difusão do vocabulário psiquiátrico e de suas categorias para além do meio médico. Aproximou as vivências singulares de cada ser social a um modelo operacional. A delimitação por critérios do que seria transtorno mental fez emergir um sentimento de insegurança difuso e uma busca incessante de autorreflexão para uma evitação persistente dos transvios da norma. O DSM-III, finalmente, aflora a chamada “população de risco”.

O DSM-III rompe definitivamente com a psicopatologia clássica eliminando o binômio, como antítese, neurose-psicose. Considerados como definições teóricas, os termos não teriam mais espaço num manual que se propunha ateuórico, fundamentalmente descritivo (RESENDE; CALAZANS, 2013). Ou a complexidade única da construção dos fenômenos psicopatológicos imbuídos na neurose e na psicose ou o positivismo cientificista dos critérios diagnósticos. O DSM se firma na segunda opção.

A revisão do terceiro DSM trouxe algumas novidades. Uma se referia ao uso, em adição, da Escala de Avaliação de Funcionamento Global (GAF – Global Assessment Functioning Scale) no quinto eixo (avaliação funcional): pontuando-se de 1-10 significa maior risco para si e terceiros, prejuízo no autocuidado; de 91-90: sem ou com mínimo de sintomas, bom funcionamento em todas áreas – social, interpessoal, laboral...). Um ponto que merece ênfase se refere a incorporação de “apêndice” ao manual. No apêndice, o DSM engloba “possíveis futuras categorias”, que ainda não fazem parte do manual pois necessitariam demais estudos. Em geral, as categorias apresentadas no apêndice eram consideradas controversas legal e politicamente. Como exemplo, no apêndice do DSM-III-R encontramos o transtorno de personalidade autodestrutivo descrito como mulheres, em sua maioria, que ‘permitiam’ ser abusadas por longos períodos de tempo (GAINES, 1992).

A sessão apendicular nos interessa especialmente, pois na quinta edição do DSM, lançada em 2013, traz o termo “síndrome da psicose atenuada” que seria a nomenclatura dada pela APA para o estado de risco para psicose. A frente retornaremos a esse tópico.

Em 1994 é lançado o DSM-IV. Liderada por Allen Frances, o manual tinha como objetivos: ter critérios mais breves; clareza na linguagem; atualização de dados

empíricos recentes e afinar categorias com o capítulo para transtornos mentais da CID-10 (BARRIO, 2009).

Diferentemente do que aconteceu com o termo neurose – que foi abolido desde da terceira edição do DSM – o termo psicose permaneceu nos manuais subsequentes, no entanto, caracterizados como sintomas e não como estrutura clínica específica. Os quadros psicóticos foram ordenados em algumas categorias (ver Quadro 2).

Quadro 2 – Transtornos psicóticos no DSM-IV-R

Esquizofrenia (subcategorias: paranoide, desorganizado, indiferenciada, catatônica e residual)
Transtorno esquizofreniforme
Transtorno esquizoafetivo
Transtorno delirante
Transtorno psicótico breve
Transtorno psicótico devido à condição médica geral
Transtorno psicótico induzido por substâncias
Transtornos psicótico sem outra especificação

Fonte: Adaptado de APA (2004).

A psicose, agora identificada como conjunto de sintomas, poderia apresentar-se em várias categorias, não sendo exclusiva do grupo dos “transtornos psicóticos”. Atualmente, sintomas psicóticos são caracterizados pela presença de um ou mais dos sintomas a seguir: alucinações, discurso ou comportamento grosseiramente desorganizado (ou catatônico), delírios e sintomas negativos (APA, 2004).

Finalmente, em maio de 2013, a APA lança a versão mais atual do DSM (Ver quadro 3 sobre a linha do tempo de lançamento dos manuais de classificação). A primeira grande alteração foi a descontinuação do modelo multiaxial. Não houve mais distinção entre os 3 primeiros eixos (condição psiquiátrica primária, transtornos do desenvolvimento ou personalidade e condição médica geral, respectivamente). Apesar dos fatores psicossociais ainda permanecerem como foco de atenção, não mais são codificados no novo manual. A GAF é retirada do manual para avaliação do

quinto eixo. Na sessão III do DSM-5, podemos encontrar alguns instrumentos sugeridos para avaliação funcional (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2013).

No capítulo sobre transtornos psicóticos, o DSM abandonou a classificação de subtipos de esquizofrenia sob a alegação que essa categorização não espelhava diferenças no curso e na resposta ao tratamento. Outro aspecto interessante é que a catatonia deixou de ser subtipo de esquizofrenia e passou a ser classe independente ou mesmo especificador de outra condição (ex.: transtorno depressivo com catatonia) (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2013).

Quadro 3 – Evolução temporal de lançamentos dos manuais de classificação diagnóstica DSM e CID.

Ano	DSM	CID
1900		CID-1
1910		CID-2
1920		CID-3
1929		CID-4
1938		CID-5
1948		CID-6
1952	DSM-I	
1955		CID-7
1967		CID-8
1968	DSM-II	
1975		CID-9
1980	DSM-III	
1987	DSM-III-R*	
1992		CID-10
1994	DSM-IV	
1998	DSM-IV-R*	
2013	DSM-5**	
2018		CID-11***

Fonte: elaborada pelo autor.

*Versão revisada. **A APA deixou de usar algarismos romanos e passou a usar algarismo arábico.

***Lançada, mas não implementada.

O DSM-5 traz na sessão “condições para estudos posteriores” o nosso objeto de estudo sob o nome Síndrome da Psicose Atenuada (SPA). Nesse capítulo “são apresentados conjuntos de critérios propostos para condições para as quais são encorajadas pesquisas futuras” e que “não se destinam ao uso clínico” (APA, 2014, p. 783). No próximo capítulo do nosso trabalho, ater-nos-emos à discussão do entendimento da psiquiatria contemporânea sobre estado de risco para psicose e várias das suas nomenclaturas (*Ultra High Risk, Clinical Risk, Síndrome da Psicose Atenuada*).

3 PSQUIATRIA CONTEMPORÂNEA E ESTADO DE RISCO PARA PSICOSE

A SPA é a junção, sob critérios diagnósticos, de várias definições correntes na literatura psiquiátrica para denominar o estado de risco para psicose – ERP, a saber: *Ultra High Risk* (UHR), *Clinical High Risk* (CHR) ou pródromo. Como discorrem Yung *et al.* (2010), esse estado de risco consiste em sintomas psicóticos subliminares ou atenuados que provocam sofrimento clínico ou disfunção para o paciente ou terceiros, de forma suficiente para impulsionar busca por ajuda. Os critérios propostos pelo manual encontram-se no Quadro 4.

Quadro 4 – Critérios propostos para Síndrome da Psicose Atenuada

<p>A. Ao menos um dos seguintes sintomas está presente na forma atenuada, com teste de realidade relativamente intacto, e é de gravidade ou frequência suficiente para indicar atenção clínica:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Delírios. 2. Alucinações. 3. Discurso desorganizado.
<p>B. O(s) sintoma(s) deve(m) ter estado presente(s) ao menos uma vez por semana durante o último mês.</p>
<p>C. O(s) sintoma(s) deve(m) ter iniciado ou piorado no último ano.</p>
<p>D. O(s) sintoma(s) provoca(m) sofrimento e comprometimento suficientes a ponto de indicar atenção clínica ao indivíduo.</p>
<p>E. O(s) sintoma(s) não é(são) mais bem explicado(s) por outro transtorno mental, incluindo um transtorno depressivo ou bipolar com características psicóticas e não é(são) atribuído(s) aos efeitos psicológicos de uma substância ou a outra condição médica.</p>
<p>F. Os critérios para um transtorno psicótico nunca foram satisfeitos.</p>

Fonte: APA (2014, p. 783).

Para clarificar, vale aqui elucidar o que o DSM define como sintomas psicóticos atenuados. Em linhas gerais, comparando-se à psicose, a SPA tem sintomas menos graves e transitórios, com *insight*¹¹ relativamente intacto. Deste modo, o “delírio atenuado”, em detrimento ao delírio de fato, não teria as características da certeza indubitável, mas sim, de crenças de perigo e desconfiança

¹¹ O *insight* é capacidade de se perceber adoecido. Dalgarrondo (2019) compreende o *insight* formado com três componentes: consciência de que tem um problema, modo de nomear os sintomas e adesão aos tratamentos propostos. Comumente psicóticos tem graves prejuízos quanto ao *insight*.

nos delírios atenuados de conteúdo persecutório ou crenças de superioridade nos de conteúdo grandioso, por exemplo.

As alucinações atenuadas, por sua vez, podem incluir alterações perceptivas auditivas e visuais (mais tipicamente), como sons e imagens disformes, ou mesmo experiências mais vívidas que, no entanto, não prejudicam o juízo do sujeito em perceber a anormalidade dos sintomas. Por fim, o discurso desorganizado atenuado pode apresentar-se como um “discurso estranho (vago, metafórico, excessivamente elaborado, estereotipado), discurso sem foco (confuso, atrapalhado, muito rápido ou muito lento, palavras erradas, contexto irrelevante, fora do contexto) ou discurso tortuoso (circunstancial, tangencial)” (APA, 2014, p. 784).

Goulding (2013, p. 563) ilustra, numa vinheta clínica, como seria um paciente típico em estado de risco para psicose:

John é um calouro de 18 anos que chegou para a entrevista com uma aparência desgredada. Ele não relatou história de problemas psiquiátricos, embora tenha visto um conselheiro no ensino médio por apresentar sentimentos depressivos. John descreveu a atual tristeza e angústia em relação a problemas crescentes de concentração e desempenho acadêmico. Apesar de entusiasmado no início do ano letivo, John experimentou uma diminuição na motivação acadêmica e social e uma maior preocupação com as relações interpessoais. Ele não fez amigos na faculdade e acha que os outros alunos estão evitando-o e criticando-o pelas costas. Embora não tenha certeza sobre a natureza das críticas, John especula que isso pode ser causado por seu crescente interesse e envolvimento em fenômenos paranormais. John afirmou que mudar-se para o campus no início do primeiro ano e ser exposto a um novo grupo de colegas fez com que ele pensasse que poderia haver influências paranormais em ação no que uma vez ele teria considerado “interações coincidentes com os outros”. Durante o primeiro semestre, ele se juntou a um grupo de meditação no campus para lidar com o estresse e compartilhou sua fascinação com experiências paranormais com os membros do grupo. Mais especificamente, John descreveu sua crença de que a maior parte do que os humanos experimentam é através do sexto sentido, o qual só é alcançado por um subgrupo de indivíduos como ele. Embora tenha admitido voluntariamente ao examinador que essa poderia ser apenas sua imaginação, John acrescentou que agora, quase diariamente, tem sentimentos passageiros de que está recebendo mensagens do sexto sentido de outros alunos quando passa por eles no campus. No entanto, em retrospectiva, ele acha que não deveria ter compartilhado essas ideias com o grupo, porque isso lhes deu uma impressão errada.

O DSM vem tentando canalizar uma discussão que se iniciou ainda na década de 1920 com o lançamento do artigo de Sullivan (1927) intitulado *the onset of schizophrenia* (o início da esquizofrenia). O artigo discorre, com uma nítida influência psicanalítica, casos de desencadeamento psicótico além de descrever aspectos fenomenológicos e interpessoais no surgimento da crise. Sullivan realça a preponderância de aspectos biográficos – contingências que precederam os sintomas

psicóticos no surgimento desses. Fala ainda da crucial importância da sexualidade na psicose e enxerga no delírio uma tentativa malograda do sujeito em se ajustar às exigências da vida.

Uma característica interessante no texto de Sullivan reside no fato que, já à época, o surgimento das mais diversas sintomatologias do espectro neurótico são descritas no período prodrômico à psicose. A presença de sintomas ansiosos, histéricos e obsessivos, bem como comportamento dipsômano são observados por Sullivan e nomeados como “mecanismos psiconeuróticos”.

Fusar-Poli *et al.* (2014) questionam o que de fato poderia ser a SPA. Por um lado, poderíamos depreender desse estado uma condição clínica distinta, com vários desfechos possíveis (dentre eles a psicose esquizofrênica, por exemplo); ou, a SPA poderia representar um fator de risco para o desenvolvimento da psicose. Na primeira hipótese seria preciso estabelecer o diagnóstico e o tratamento adequado para evitar prognósticos piores como a esquizofrenia. De outra forma, assumir a SPA como um fator de risco, seria necessário a detecção por rastreio e a instituição da prevenção.

A percepção de sintomas variados não-psicóticos previamente à psicose é vastamente relatada na literatura psicanalítica, psicopatológica e psiquiátrica clássica e contemporânea. Na clínica com psicóticos, costuma-se falar em diagnóstico retrospectivo do período prodrômico. Os sintomas que surgem na fase pré-psicótica e que fazem o sujeito buscar ajuda médica são inespecíficos. Rietdijk *et al.* (2011) conduziram uma coorte retrospectiva de pacientes que eram tratados com algum quadro psicótico e identificaram que mais da metade (56,2%) desses pacientes havia sido tratada, até vários anos antes, em serviços de saúde mental antes de iniciada a psicose. Os diagnósticos mais comumente encontrados eram transtornos do humor, ansiedade e transtorno por uso de substâncias psicoativas.

O diagnóstico de transição psicótica é particularmente complicado pelo limiar psicótico pouco claro delineando os limites entre o estado de risco e o início agudo da psicose. Embora arbitrária, tal distinção é operacionalmente relevante à prática clínica, porque muitas vezes é o ponto de partida para tratamentos com medicações antipsicóticas (FUSAR-POLI *et al.*, 2014).

O agravamento de pelo menos um dos sintomas psicóticos vivenciados na fase prodrômica como “atenuados”, associado a forte convicção (perda do insight),

romperia a barreira para se firmar o diagnóstico de psicose, segundo Marshall *et al.* (2019).

No entanto, pacientes prototípicos como ilustrado na vinheta clínica deste capítulo são aparentemente raros nos serviços de saúde. Ajnakina (2016) apontou que, em centros urbanos que tinham serviços prodrômicos (de detecção precoce), apenas 4,1% dos pacientes em primeiro episódio psicótico haviam feito contato anterior nesses serviços. Há de se pensar, portanto, qual seria o real impacto de centros prodrômicos para detecção precoce (e possível intervenção) na saúde pública. A falta de repercussão pode refletir o chamado paradoxo da prevenção¹².

Os sintomas psicóticos atenuados em nível populacional estão fortemente associados a diagnósticos não psicóticos, ou psicopatologia não psicótica sub-diagnóstica, como mencionamos acima, incluindo ansiedade, depressão, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno por uso de substâncias, transtorno alimentar e muitas outras psicopatologias (OS; GULOKSUZ, 2017). Essa evidência histórica de sintomatologia inespecífica, que incapacitava a intervenção antecipada, motivou a sistematização de critérios – assim como havia sido feito com a esquizofrenia no DSM III – nos serviços de identificação precoce nos moldes da medicina preventiva.

O uso das escalas CAARMS (Avaliação Abrangente de Estados Mentais de Risco) (YUNG *et al.*, 2005) e SOPS (Entrevista Estruturada para Sintomas Prodrômicos) (TANDY *et al.*, 2002) é utilizado com frequência nos estudos que avaliam risco e transição para psicose. Cabe aqui também uma crítica a essas escalas. Os itens, com frequência, ou são incrivelmente específicos (por exemplo, “pelo menos uma vez por mês a duas vezes por semana - mais de uma hora por ocasião, ou pelo menos 3 a 6 vezes por semana - menos de uma hora por ocasião”) ou amplamente inespecífico (ex.: “presente por pelo menos 1 semana e não mais do que 5 anos”). A variação de um ponto nessas escalas pode marcar a diferença entre o risco e a psicose propriamente dita. Outros domínios psicopatológicos, independentemente da gravidade, não são avaliados pelas escalas.

¹² O paradoxo da prevenção foi descrito pela primeira vez por Rose (1981) que o conceitua como uma situação aparentemente contraditória em que a maioria dos casos de determinado agravo é proveniente de sujeitos com baixo a moderado risco e uma minoria dos casos provém da população de alto risco. Isso acontece porque, para o agravo em questão, a população de alto risco é pequena.

Os e Guloksuz (2017) fazem algumas críticas a esse modelo inspirado na biomedicina preventiva. É sabido que há interjeição de multifatores no aparecimento de adoecimentos psíquicos e o desconhecimento da história natural, dos mecanismos biológicos e como o ambiente interfere nesse surgimento, é um forte fator limitante na possibilidade de implantação de “critérios” clínicos preventivos na saúde mental. As escalas psicométricas não são ferramentas que guardam objetividade suficientes para triar pacientes que possam sofrer intervenção preventiva e, por último, ainda se fossem eficazes nessa detecção, o que poderia ser feito, tendo em vista que não há tratamento específico para uma condição de pré-psicose.

A própria história natural dos ditos sintomas atenuados pode trazer várias barreiras quanto a intervenção e ao prognóstico. Nem todo psicótico tem período prodrômico característico, nem todos os pacientes com os sintomas prodrômicos vão desenvolver quadro psicótico franco e quais benefícios e malefícios a construção de uma nova categoria diagnóstica traria. Parrish *et al.* (2019) observaram que pacientes identificados em estado de risco para psicose (SPA/UHR/CHR) padeciam de um grau de estigma similar aos pacientes com esquizofrenia.

Pacientes que procuram o serviço de saúde com as características da SPA tem chance de até 30% (400 vezes mais que a população geral) de desenvolver um transtorno psicótico (como transtorno bipolar, depressão psicótica e, na maioria das vezes, para esquizofrenia) em 24 meses, segundo McGuire, Selvaraj e Howes (2011). No entanto, pelo menos duas grandes metanálises confrontam esses dados e advogam que há um enriquecimento dos dados nos estudos que utilizam os critérios para ERP. Os estudos tradicionalmente se utilizam dos critérios nos pacientes que buscam os serviços de identificação precoce; entretanto, a metanálises de Kaymaz *et al.* (2012) averiguou indivíduos que apresentavam sintomas psicóticos atenuados, mas que não buscavam o serviço de saúde, ou seja, amostra não selecionada. A taxa de conversão para psicose girava em torno de 0,56% nessa população, comparando-se a 0,16% de conversão em pacientes que não apresentavam sintomas atenuados. Fusar-Poli *et al.* (2014) advogam que provavelmente os critérios da SPA não são válidos para a população geral pois resulta em vários falsos-positivos. Daí explicita-se a limitada capacidade para se triar sujeitos supostamente em alto risco para psicose.

Outro conflito estatístico é evidenciado pela metanálise de Conrad *et al.* (2017). Um seguimento de dez anos revelou que pacientes, que buscavam o serviço

de identificação precoce com sintomas de psicose atenuada, apresentavam taxa de conversão para psicose (17,3%) essencialmente similar a taxa de conversão para transtornos não psicóticos (14,6%).

Os primeiros ensaios com pacientes ditos em estado de risco utilizavam antipsicóticos objetivando evitar transição para a psicose pela redução de sintomas positivos (WOODS *et al.*, 2013). O resultado é tautológico. Usar antipsicóticos para evitar que ele use antipsicóticos no futuro! É como usar tratamento anticolesterol antes de ter dislipidemia para evitar o colesterol alto.

Podemos questionar qual a verdadeira utilidade do diagnóstico do estado de risco para psicose sob a tutela dos critérios do DSM. A evidência atual sugere que encarar os ditos sujeitos de risco sob o prisma da psicose não parece ser útil e ainda é eticamente questionável. O espectro de psicopatologias que incide em jovens que, por ventura, podem cursar com psicose no futuro é amplo tal qual as possibilidades de desfechos (que não se limitam a psicose). Presumimos que é errôneo o entendimento que sintomas psicóticos atenuados podem ter utilidade em saúde pública na prevenção de quadros psicóticos. Os termos “risco”, “transição” e “pré” visando diagnósticos prospectivos, leva a falsos julgamentos que esses sujeitos evoluirão para psicose.

4 A PSICOSE NA PSICANÁLISE: DE FREUD A LACAN

Como explicitado anteriormente, Freud revoluciona o conceito de neurose, através do estudo da histeria e, por conseguinte, redesenha a denominação de psicose. A neurose, por fim, sai do campo da neurologia tornando-se, por excelência, o objeto de tratamento psicanalítico e a psicose cada vez mais abraçada pela psiquiatria clássica. Percebamos que a psiquiatria não se opõe psicanálise, diria Freud. Compara as duas, psiquiatria e psicanálise, com a anatomia e a histologia, sendo uma responsável pelo estudo da forma, da superfície e a outra, os tecidos que compõem essa forma. A psicanálise, enfim, estuda a estrutura e a psiquiatria se ocupa dos fenômenos. Uma é contígua a outra (FREUD, 1917/1996). Ainda, no mesmo texto, assevera que, assim como o estudo da anatomia é pilar na formação médica, bem como a dissecação de cadáveres para estudo dos seus pormenores, o conhecimento sólido do inconsciente se vale com base para o entendimento da fenomenologia psiquiátrica.

Portanto, o diagnóstico psicanalítico se assenta, diferentemente da psiquiatria, sobretudo a contemporânea, em estruturas clínicas. Curiosamente, as categorias clínicas da psicanálise derivam da psiquiatria clássica: neurose, psicose e perversão. A psicose ainda dividida em melancolia, paranoia e esquizofrenia (QUINETa, 2009).

Antes de seguirmos, algumas palavras sobre o complexo edipiano que serão de grande utilidade para o entendimento do nosso trabalho.

Assim como na tragédia grega “Édipo Rei”, onde o filho torna-se amante da mãe e assassina o pai, Freud teoriza, a partir da clínica psicanalítica e da sua própria análise, que universalmente todos passamos por uma “novela simbólica” protagonizada pelo sujeito triangulado pelo pai e a mãe.

Em meados dos três e cinco anos de idade, cada sujeito vivencia o apogeu do seu complexo. O menino, na ameaça da castração promovida pelo pai, renuncia o desejo incestuoso pela mãe e encerra seu Édipo, entrando assim na fase de latência até a puberdade. Nas meninas, Freud admitia que, já com efeito da castração operado, o complexo de Édipo seria, portanto, gradativamente superado ou persistiria na vida normal das mulheres (FREUD, 1925/1996).

Em princípio a criança teoriza que não há distinção entre os homens e as mulheres. Todos têm a mesma constituição sexual igual a dele. O menino, então, se

defronta com personagens femininos, incluindo sua mãe que não tem, como ele, um pênis. Dessa forma, cede, pelo medo de ser castrado (assim como imagina ter sido sua mãe) e é então subjugado pelo detentor do amor de sua mãe, o pai. Está aí operada a separação da criança do seu objeto desejado, promovida pelo pai castrador, (reconhecido no discurso e no desejo de sua mãe) introduzindo-a em lugar de falta. Estamos diante de um conceito psicanalítico, o falo: a representação da falta (FURTADO, 2014).

O complexo de castração do qual discorri no parágrafo anterior introduz a criança na linguagem e no mundo simbólico. No desejo de ligação amorosa com a mãe, a criança é barrada com frequência e inalcança o objeto amado. A superação do complexo edípiano é marcada por uma ausência fálica. Percebe-se que o encerramento é crucial para a estruturação psíquica. Essa demarcação da falta é o que permitirá que o sujeito, diante da falta do amor materno, seja impelido a buscar substitutos simbólicos na cultura. À essa interdição do desejo, Lacan chama de *Nome-do-Pai*. O marcador de separação entre o sujeito e o Outro. O conjunto de regras do qual o sujeito se submete na inserção ao mundo pela linguagem: ao simbólico (FURTADO, 2014).

Há, segundo Lacan (1957-1958a/1999), três tempos para o complexo de Édipo. De início, encontramos três elementos: mãe, falo e criança. No entanto, a criança, no primeiro tempo, é reconhecida como o objeto de desejo da mãe. Logo, a criança é igual ao falo. A mãe é o Outro capaz, de forma onipotente, suprir (ou não) as necessidades da criança. A lei (a lei materna) da qual a criança é submetida nessa etapa é ilimitada e incontrolada. Dela a criança tudo depende. Ela é absoluta.

O segundo tempo é marcado pela entrada da criança no mundo simbólico. Representada ludicamente pelo jogo de carretel “longe-aqui” (*fort-da*), a criança já se utiliza da metaforização para identificar a ausência da mãe. É entendido, portanto, que a mãe, antes reconhecida como o Outro absoluto, é, de fato, subjugada por um Outro, pela lei de um terceiro capaz de provocar a ausência da mãe. “O Outro do Outro” (LACAN, 1958, p. 199).

Há nesse tempo a primeira introdução da lei. Agora não se trata mais de a criança ser ou não desejo da mãe, mas dessa mãe ser dependente de um objeto que um Outro tem ou não. Isso permite que a criança se desloque do lugar de objeto identificado como falo. Estamos novamente falando da inserção de um significante que permite a simbolização da mãe, o nome-do-pai.

O autor Quinet reforça que esse é o tempo da castração simbólica: “o falo como objeto imaginário do Desejo da Mãe passa para o nível significante do desejo do Outro. Inscreve-se aí a castração no Outro, constituindo-se o inconsciente como barrado do sujeito” (QUINET, 2014, p. 12).

Finalmente, no terceiro tempo, é percebida pela criança que o pai pode dar a mãe o que ela deseja. Ele *tem* o falo e não o é! E, por ser o detentor do falo, o pai se firma no registro simbólico de paternidade e é internalizado pelo sujeito como o ideal do eu. É, portanto, no terceiro tempo que há a saída da criança do complexo de Édipo (LACAN, 1958).

Dito, pois, a passagem do complexo edipiano encadeia o sujeito no registro simbólico através da linguagem; isso pô-lo-á na concepção das mais diversas questões pertinentes à vida como sexo, fé, amor, morte e etc. O diagnóstico estrutural psicanalítico, por conseguinte, se dá nas formas de negação da castração impelida durante a travessia edipiana (QUINET, 2009a).

Como sistematiza Fink (2018) há 3 formas de negar a castração derivando, desse modo, três estruturas diagnósticas: neurose, perversão e psicose. À castração promovida pelo Outro, o neurótico nega através do recalque (*Verdrängung*) conservando-a no inconsciente. Apesar de manter o registro da castração também no inconsciente, na perversão há a negação pelo “desmentido” (*Verleugnung*). Por último, a foraclusão¹³ (*Verwerfung*) é a forma de negação da psicose, onde não há conservação de registro simbólico da castração. A cada modo de negação se segue um retorno do negado como esquematizado no quadro 5. Na neurose e na perversão, o que é negado no simbólico, volta no simbólico: na primeira através dos sintomas neuróticos e na segunda no fetiche. Na psicose, a negação do simbólico resulta no retorno no real, através dos automatismos mentais, como a alucinação (FINK, 2018; QUINET, 2009a).

¹³ Foraclusão é um neologismo, uma adaptação do termo francês *forclusion* empregado por Lacan, emprestado do meio jurídico, para denotar quando um processo é prescrito. Ou seja, quando não se pode mais recorrer e há, por isso, a exclusão de um direito que não foi usado em tempo hábil. Com o uso desse termo, Lacan remete à concepção de lei do Nome-do-Pai (QUINET, 2009b).

Quadro 5 – Relação entre a estrutura clínica, formas de negação e fenômeno apresentado.

Estrutura clínica	Forma de negação	Local de retorno	Fenômeno
Neurose	Recalque (<i>Verdrängung</i>)	Simbólico	Sintoma
Perversão	Desmentido (<i>Verleugnung</i>)	Simbólico	Fetice
Psicose	Foraclusão (<i>Verwerfung</i>)	Real	Alucinação

Fonte: Quinet (2009a, p. 19).

Explanada a concepção de estrutura clínica em psicanálise, destrincharemos a seguir a categoria clínica estrutural da qual se ocupa esse trabalho: a psicose. No primeiro tópico, discorreremos sobre a teorização psicanalítica da psicose e depois afunilaremos no tópico sobre o desencadeamento sintomático psicótico e o estado pré-psicótico.

4.1 A Estrutura Psicótica

4.1.1 Freud e a paranoia de Schreber

Freud, através do livro “memórias de um doente dos nervos”, publicada em 1903 por Daniel Paul Schreber, faz interpretações analíticas de um caso de paranoia. O caso se torna icônico para a psicanálise pois dele Freud sedimenta as bases teóricas da ordenação psíquica da psicose através da paranoia. Alicerces esses que são utilizados, décadas depois, pelo psicanalista francês Jacques Lacan na edificação minuciosa das concepções primeiras sobre a estruturação e desenvolvimento da psicose.

O livro de Schreber é um relato do próprio autor quando, segundo ele, “sofre por duas vezes de distúrbios dos nervos” (FREUD, 1911/1996, p. 23). No primeiro adoecimento, 1884, Schreber permanece por seis meses com o médico Flechsig em sua clínica. No seu relatório, Flechsig descreve o distúrbio “como sendo uma crise de grave hipocondria” e posteriormente o próprio Schreber ratifica que sua

condição, à época, “seguiu seu curso ‘sem a ocorrência de quaisquer incidentes que tocassem as raias do sobrenatural.’” (FREUD, 1911/1996, p. 23).

Após sanado o primeiro adoecimento, Schreber passa oito anos com sua esposa até que em junho de 1893 é indicado ao cargo de “presidente da justiça” (*Senatspräsident*) e assume em primeiro de outubro do mesmo ano. Nesse ínterim, Schreber descreve que sonhou que o velho “distúrbio nervoso” retornara e isso o fazia infeliz no sonho. Além, certa manhã, entre o estado de sono e vigília, foi acometido por um pensamento do quanto seria bom “ser mulher e submeter-se ao ato da cópula”. Em provável que Schreber teria rejeitado veementemente tal pensamento, caso estivesse desperto.

No fim de outubro, Schreber já retorna a clínica de Flechsig com graves crises de insônia e já com alguns sinais psicóticos:

No início de seu internamento ali, expressava mais ideias hipocondríacas, queixava-se de ter um amolecimento do cérebro, de que morreria cedo etc. Mas ideias de perseguição já surgiam no quadro clínico, baseadas em ilusões sensoriais que, contudo, só pareciam aparecer esporadicamente, no início, enquanto, ao mesmo tempo, um alto grau de hiperestesia era observável - grande sensibilidade à luz e ao barulho. Mais tarde, as ilusões visuais e auditivas tornaram-se muito mais frequentes e, junto com distúrbios cenestésicos, dominavam a totalidade de seu sentimento e pensamento. Acreditava estar morto e em decomposição, que sofria de peste; asseverava que seu corpo estava sendo manejado da maneira mais revoltante, e, como ele próprio declara até hoje, passou pelos piores horrores que alguém possa imaginar, e tudo em nome de um intuito sagrado. O paciente estava tão preocupado com estas experiências patológicas, que era inacessível a qualquer outra impressão e sentava-se perfeitamente rígido e imóvel durante horas (estupor alucinatório). Por outro lado, elas o torturavam a tal ponto, que ele ansiava pela morte. Fez repetidas tentativas de afogar-se durante o banho e pediu que lhe fosse dado o “cianureto que lhe estava destinado”. Suas ideias delirantes assumiram gradativamente caráter místico e religioso; achava-se em comunicação direta com Deus, era juguete de demônios, via “aparições miraculosas”, ouvia “música sagrada”, e, no final, chegou mesmo a acreditar que estava vivendo em outro mundo (FREUD, 1911/1996, p. 24 e 25).

Nos anos subsequentes à internação, Schreber desenvolve um complexo e polimórfico sistema delirante que tem pelo menos dois postos-chave. Um ponto asseverado por Freud como culminante, seria a convocação divina para que Schreber pudesse reintegrar a beatitude perdida à humanidade, assim como redimir o mundo. Para tanto, seria necessária a sua transformação em mulher. Em um processo demorado, nervos femininos seriam implantados até que ele pudesse ser fecundado por Deus originando uma nova raça humana. Logo, Schreber transfeito em mulher, poderia morrer junto com o restante da humanidade alcançando assim a beatitude.

Outro tópicos residia na crença delirante que teria vários perseguidores, dentre eles, o seu antigo médico Flechsig, chamado pelo paciente de “assassino de alma”. Mesmo na fase de “reconciliação” (onde o paciente sai da crise e pode retornar para seu lar), Schreber relata que ainda continua a alucinar com o nome de Flechsig “como sendo o primeiro autor dos meus danos que sofri” (FREUD, 1911/1996, p.48).

Freud então especula que a pessoa para qual toda a crença paranoica converge, o perseguidor que exerce total influência delirante no psicótico “é, se claramente nomeada, idêntica a alguém que desempenhou papel igualmente importante na vida emocional do paciente antes de sua enfermidade” (FREUD, 1911/1996, p. 50). A pessoa, outrora ao adocimento, amada, no delírio torna-se o perseguidor implacável. A qualidade emocional se torna no oposto.

Sendo sucinto para alcançarmos o ponto nevrálgico da nossa empreitada: assomando o sonho pré-psicótico que colocava Schreber novamente em posição de doente (manifestando seu desejo inconsciente para retornar a ficar do lado de Flechsig), a crença delirante que inverte a qualidade emocional do amor para ódio/perseguição (do admirado médico para o assassino de alma) e necessidade imperiosa de se tornar uma mulher, a causa ativadora da doença psicótica é a irrupção da libido homossexual de Schreber, assevera Freud. Todos os seres humanos, defende Freud (1911/1996), oscilam ao longo da vida entre desejos homo e heterossexuais. A frustração em uma das direções impulsiona para o lado contrário.

Um parêntese precisa ser posto para não perdermos a rédea do raciocínio. O fenômeno manifesto na relação entre Schreber e seu médico, Flechsig permite a ligação das interpretações freudianas. Falamos sobre o processo de transferência¹⁴ posta na relação médico-paciente no caso em questão que coloca Flechsig no lugar de figura fraterna/paterna para Schreber. Sigamos.

No transcorrer delirante, Schreber comuta a figura de Flechsig em Deus. Ora, sendo o seu perseguidor o médico do qual Schreber admirava, Deus, em seguida, transmutado no principal motor delirante, obrigando o paciente a ser consumado sexualmente como uma mulher, deveria, pois, ser alguém também amado previamente, alguém de importância maior na vida de Schreber. Fundamentado na

¹⁴ A transferência é posta quando o sujeito sob tratamento transpõe para a figura do médico/terapeuta (sujeito até então indiferente para o paciente) uma emoção originada de uma pessoa importante fazendo com que aquele, o médico, seja visto como um substituto para esse (FREUD, 1911/1996, p. 56).

dinâmica transferencial, Freud interpreta o Deus do delírio como sendo o reaparecimento do pai de Schreber, e reafirma fazendo alusão a postura infantil do filho para com o pai composta pela mescla de subserviência e insubordinação – a mesma flagrada entre Schreber e o seu Deus (FREUD, 1911/1996).

O complexo paterno, sondada nesse texto no tópico anterior, aparece aí no texto freudiano e serve de assento para Lacan. Como percebe Freud (1911/1996), a ameaça da castração promovida pela figura paterna na mais tenra infância, retorna como material para o delírio – a princípio combatida como manifestação persecutória e depois aceita – de ser transformado em mulher.

Realçando que o ponto chave para a formação psicótica paranoica é a fantasia de desejo homossexual, Freud então retoma a atenção sobre as fases de desenvolvimento da libido¹⁵. A direção da qual a libido recai sobre o próprio sujeito “e começa por tomar a si próprio, seu próprio corpo, como objeto amoroso” é chamada de narcisismo (FREUD, 1911/1996, p. 68). Essa fase narcísica segue após para o direcionamento libidinal, num contíguo temporal, para objetos externos com órgãos sexuais semelhantes e daí, para objetos heterossexuais. Como apontado por Freud, não há uma “superação” da fase homossexual para heterossexual. As tendências homossexuais permanecem para toda a vida sem o caráter sexual propriamente dito (em pessoas heterossexuais) e fazem parte dos instintos sociais.

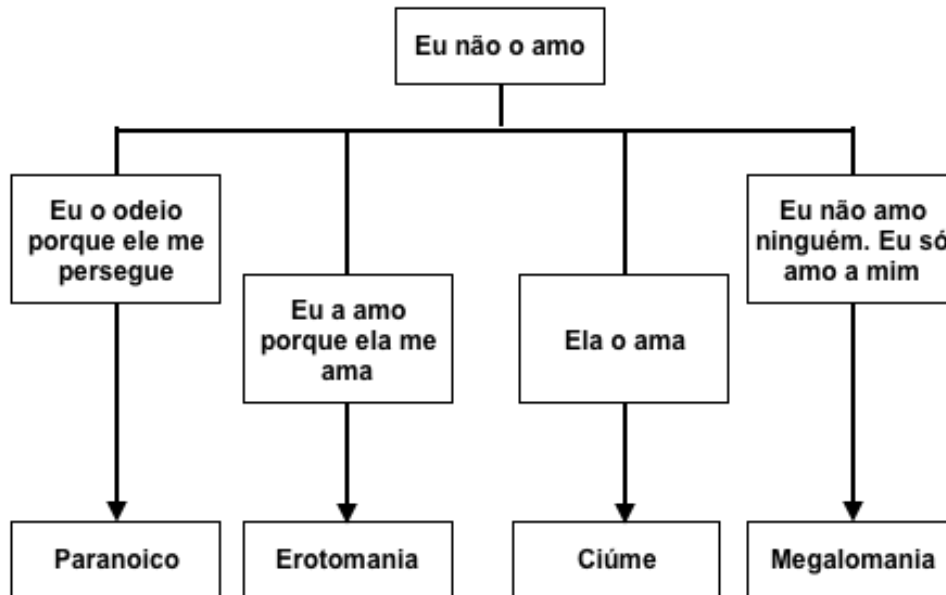
Tomando por base o impulso homossexual da paranoia, o ponto de fixação postulado por Freud deve ser em torno do narcisismo/homossexualismo. Adotamos de forma prototípica que o cerne da paranoia é um conflito de desejo homossexual, posto na proposição “*Eu amo um homem*”. Tal sentença é contradita pelo persecutório “*Eu não o amo – Eu o odeio*”.

Esta contradição, que deve ter sido enunciada assim no inconsciente, não pode, contudo, tornar-se consciente para um paranoico sob essa forma. O mecanismo de formação de sintomas na paranoia exige que as percepções internas - sentimentos - sejam substituídas por percepções externas. Consequentemente, a proposição ‘eu o odeio’ transforma-se, por projeção, em outra: ‘Ele me odeia (persegue), o que me desculpará por odiá-lo.’ E, assim, o sentimento inconsciente compulsivo surge como se fosse a consequência de uma percepção externa: ‘Eu não o amo - eu o odeio, porque ELE ME PERSEGUE.’ A observação não deixa lugar para dúvidas de que o perseguidor é alguém que foi outrora amado (FREUD, 1911/1996, p. 71).

¹⁵ Ao longo do desenvolvimento da psicanálise, a descoberta da vida sexual infantil fez com que Freud identificasse fases das quais havia uma primazia de algumas zonas erógenas ao longo da infância. Postulou então que há uma tendência à fixação (fixação libidinal) em alguma das fases tendo assim papel fundamental na gênese dos sintomas psíquicos (LAPLANCHE, 2001).

Esse modelo de projeção na paranoia pode ser reproduzido nas diversas temáticas delirantes como evidenciado na figura 1.

Figura 1 – Modelos de projeção delirante.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Como destacado, o mecanismo fundamental da paranoia é a projeção. Uma percepção interna é abolida, após, sofre uma distorção do seu conteúdo e depois retorna à luz consciente. “Tudo o que é recusado na ordem simbólica, no sentido da *verwerfung*, retorna no real”, como décadas depois diria Lacan (1955, p. 22).

Em suma, na construção da estrutura psicótica, Freud (1911/1996) argumenta que há primeiro uma fixação na fase libidinal narcísica/homossexual, a libido permanece “represada” (ou recalçada) e, por fim, há uma falência desse recalque trazendo à tona a libido homossexual com o retorno do recalçado de forma desordenada, sem a fantasia simbólica típica dos neuróticos. Retorna no real – nas crenças delirantes e na alucinação. E finalmente ratifica que o psicótico delira, após essa quebra com a realidade, numa tentativa de reconstrução de significados. Ele delira numa tentativa de cura e de religação ao mundo simbólico.

4.1.2 Lacan e a forclusão do nome-do-pai

Da etimologia vem o início. E daí começemos! Os termos introduzidos por Lacan para explicitar o mecanismo motriz da estrutura psicótica trazem úteis e

norteadores conceitos. A forclusão - *forclusion*, como introduzimos em uma nota de rodapé prévia, deriva de um termo jurídico que denota, em português, prescrição¹⁶. À forclusão temos a rejeição radical de um significante crucial no ordenamento da vida simbólica do sujeito. Em francês, forclusão também é usado em formas de negação (QUINET, 2014). Introduzido por Freud como *verwefung* (rejeição), Lacan (1955-1956/1988) propõe a adoção da palavra forclusão como a engrenagem para a formação da estrutura psicótica. O elemento significante forcluído refere-se à função paterna, o nome-do-pai.

Já estamos cientes do conjunto de regras impostas interpessoal e culturalmente ainda da passagem da criança pelo complexo edipiano. Essa interdição ao desejo, função paterna, é nomeada por Lacan como nome-do-pai. Essa tradução para o português nos limita quanto aos desdobramentos linguísticos passíveis vistos na nomeação original francesa, *Nom-du-Père*. Primeiramente, “nom”, além de nome, significa substantivo. Ainda, pode-se jogar com a palavra e perceber que a locução se refere ao nome dado pelo pai (“fulano de tal”). E, por fim, “nom” tem a mesma pronúncia de “non” (“não” em francês). O ilustrativo *Não!-do-pai* (FINK, 2018).

A forclusão do nome-do-pai é condição *sine qua non* para a psicose na psicanálise. A abolição do significante essencial para entrada do mundo simbólico. Quinet (2014) esclarece a relação linguística que Lacan inaugura na psicanálise. De forma nova, o psicanalista francês inverte a ligação posta por Saussure (1916/2006), em sua obra póstuma “Curso de Linguística Geral” de que o signo estabelece “que um conceito se une a uma imagem acústica” (SAUSSURE, 1916/2006, p. 80) e não o contrário. Há, pois, uma preponderância do significado sobre o significante (s/S).

Subvertendo essa ordem, Lacan estabelece que o significante vem antes do significado (S/s); temos, portanto, significantes descolados de significados e que são, somente ao fim da enunciação e, após sequência de significantes, posta em significado onde se “assenta o *a posteriori* da significação: só depois de concluída a sentença seu sentido aparece” (QUINET, 2014, p. 8). O significante não é tratado por seu significado, mas como vários significados e como carro de partida para vários outros significantes. O significante não é isolado. Atribuir significação ao significante

¹⁶ O ato de prescrever no Direito refere-se a “perda da ação atribuída a um direito que fica assim juridicamente **desprotegido** [grifo nosso], devido à inércia de seu titular e em consequência da passagem do tempo” (SANTOS, 2001, p. 191).

é atividade própria do sujeito falante, logo, conclui Lacan (1955-1956/1988), o inconsciente é estruturado em linguagem.

A linguagem, de toda forma, é-nos posta desde que nascemos. Para se incluir em sociedade, devemos nos submeter a linguagem. Essa mesma linguagem que nos é apresentada pelo Outro, que não é nossa, moldará nossos pensamentos e desejos. Sem as palavras não há significados. Na neurose, desta maneira, o sujeito passa a habitar a linguagem. O contrário notabiliza-se na psicose onde o sujeito “é habitado, possuído, pela linguagem” (LACAN, 1955-1956/1988, p. 292). Retornemos ao desenvolvimento infantil, mas na ótica lacaniana.

Lacan (1949/1998), no *Estádio do espelho como formador na função do eu*, teoriza sobre que em determinada época, a criança é bombardeada de percepções e sensações de forma caótica, sem coordenação, até que se depara com a sua imagem especular, o que lhe promove um certo grau de coerência e unidade. Essa autoimagem é repetidamente refletida por outras pessoas (pais, professores, entre outros) e proporciona investimento libidinal pela criança internalizando um molde para o eu infantil.

Anos mais tarde, Lacan (1960-1961/1992) acrescenta que o reconhecimento da autoimagem é acompanhado por gestos de aprovação do genitor que a segura de frente ao espelho. Portanto, a imagem especular alcança relevância com o reconhecimento e aprovação do pai/mãe.

No estágio do espelho, associa Lacan, internaliza-se na criança o que Freud chamou de ideal do eu. Ela interioriza a visão percebida em conjunto com os pais e passa a se ver como é vista pelos pais; ela julga essa imagem como ideal. Há aí uma reorganização do que antes era um caos de percepções. O registro imaginário (dos sons, imagens, sensações táteis e etc.) é redito pelo registro simbólico – pelas palavras e frases usadas pelos pais. Como Lacan (1955-1956/1988, p. 17) afirma: “Se a imagem desempenha igualmente um papel capital no campo que é o nosso [humano], esse papel é inteiramente retomado, refeito, reanimado pela ordem simbólica”.

Na neurose essa subordinação do imaginário pelo simbólico possibilita a ordenação da vida psíquica pelas relações simbólicas marcadas pela preocupação por ideais, realização culpa, entre outras. Como salta aos olhos, relaciona-se essa substituição de registro ao complexo de castração freudiano. E assim, como já se espera, a reedição de registros (do imaginário para o simbólico) é falida na psicose.

Por falta de referência simbólica o sujeito psicótico funciona no registro imaginário, onde o outro é tomado como espelho e modelo de identificação imediata. [...] É aí que se situa a questão homossexual da psicose: na identificação imediata com o outro do mesmo sexo em torno do qual se forma um campo de agressão erotizada. [...] Trata-se, pois, de um fenômeno imaginário que nada tem a ver com a homossexualidade neurótica ou perversa, pois o sujeito psicótico é *ex-sexo* e, portanto, sua problemática não é *homo*, mas, como situa Lacan, *transsexual* (QUINET, 2014, p. 20).

Na psicose há uma recusa ao acesso no mundo simbólico pela ameaça da castração, foraclui o nome-do-pai, quebra drasticamente a ligação do significante e o significado estando a psicose com inconsciente na superfície (BURGARELLI; SANTIAGO, 2009; LACAN, 1955-1956/1988).

A criação metafórica é inacessível ao psicótico. Por meio de imitação e identificação, até pode reproduzir, mas nunca criar metáforas: “Se [Schreber] é com toda a certeza um escritor, não é um poeta. [Ele] não nos introduz numa dimensão nova da experiência” (LACAN, 1955-1956/1988, p. 96). Essa ineficácia em metaforizar deriva do fracasso da metáfora essencial: a metáfora paterna. A interposição do pai (do nome-do-pai) substitui a (o desejo da) mãe e obriga a criança a lançar mão, devido a uma ameaça ou demanda do pai, de certo gozo. Essa barreira impede que a criança seja uma extensão da mãe, funciona como aquele que proíbe o gozo. A metáfora paterna pode ser sintetizada na fórmula a seguir:

O nome (Não!)-do-pai

A mãe como gozo

É vital que entendamos a metáfora paterna para a compreensão, inclusive da apresentação sintomática da psicose, neologismos, afrouxamentos das associações no discurso, alucinação, delírio... A instauração do nome-do-pai na neurose promove o chamado sentido primário. Fink (2018, p. 106) afirma que da interdição mãe-filho origina a ligação da palavra (o significante) ao significado “sendo o significado a ‘matéria’ da nossa realidade constituída em termos sociais/linguísticos – isto é, da realidade que compartilhamos, porque falamos dela”. Esse sentido primário permite uma amarração inabalável de linguagem ao sujeito, de ligação mínima entre significante e significado. Lacan (1955-1956/1988) chama de *point de capiton* (ponto de capitonê, ponto de ancoragem ou ponto de basta).

A metáfora paterna inaugura o desejo na criança (sem o gozo da mãe, a criança passa a desejar gozar) e cria um significado fundador e impassível, uma cadeia de significantes, o sentido primário. A esse ponto de basta que liga a linguagem como um todo ao significado, tudo se articula na vida psíquica através da metáfora. Sem ele, tudo se desintegra em significantes sem significado. É a psicose!

Se rememorarmos o primeiro tempo lógico do Édipo, a mãe é tida como o Outro absoluto quando a criança é reconhecida como falo. Ora, se há interdição da junção da criança com a mãe tornando-a capaz de desejar, há, do outro lado, a construção de uma barragem, por uma cadeia de significantes, que desfaz a onipotência do desejo materno, que vai permitir uma vazão localizada do Desejo da Mãe, do gozo do Outro. A falência da construção dessa barragem pela metáfora paterna, estrutura o sujeito na psicose e torna-o objeto desse Outro gozador sem fim.

Se do complexo edipiano – ou da falha de atravessar o Édipo – deriva a estruturação clínica psicótica, o que mantém o sujeito sem sintomas psicóticos ativos até a juventude (na esquizofrenia, mais comumente) ou mesmo até a meia idade (na paranoia, por exemplo)? E quando se iniciam esses sintomas, por que se iniciam? Na óptica psicanalítica, através de estruturas clínicas, no nosso trabalho, a estrutura psicótica particularmente, podemos falar em risco? Enigmas postos, coloquemos em debate no próximo capítulo.

4.2 Pré-psicose e desencadeamento sintomático

“Tudo o que é recusado na ordem simbólica retorna no real” (LACAN, 1955-1956/1988, p. 22).

Após a travessia do Édipo, a criança entra numa fase de latência até o desencadeamento sintomático (ou não). Lacan (1955-1956/1988) já questionava o que seria o início da psicose pondo em interrogação se o período pré-sintomático, assim como acontece na neurose, traz uma pré-história.

Resguarda um enorme desafio falar sobre a vida anterior ao surgimento de sintomas psicóticos pela via psicanalítica tendo em vista que há uma predominância na leitura de Freud e Lacan da clínica da crise, dos sintomas.

A clínica lacaniana nos trouxe a dimensão do transcorrer do curso da psicose. No período anterior à crise, na pré-psicose, o sujeito ampararia sua realidade nas chamadas “bengalas imaginárias” que discorreremos neste capítulo. No momento do surto, as tais bengalas não mais sustentam o sujeito precipitando-o no desencadeamento sintomático, dissolvendo sua realidade e por fim, numa tentativa de se refazer na sua existência, constrói um sentido delirante.

O termo pré-psicose é definido por Lacan (1955-1956/1988) para se referir ao período logo anterior ao desencadeamento psicótico, da convocação de significantes no lugar do Outro, pondo em xeque a cadeia de significantes. Para que haja o desencadeamento, há, portanto, a invocação do significante (foraclusão) nome-do-pai no lugar do Outro em “oposição simbólica ao sujeito” (LACAN, 1957-1958b/1998, p. 584).

Essa fase prévia ao surgimento da sintomatologia psicótica é descrita por Lacan (1955-56/1988) como de intensa perplexidade da qual o sujeito não consegue significar sua experiência. A etapa prodrômica foi classicamente descrita por Jaspers (1979 *apud* DALGALARRONDO, 2019, p. 212) como humor delirante, onde o sujeito experimenta sensações inefáveis, ansiedade, pressentimentos que algo está para acontecer. O sentimento de confusão perante ao mundo é desfeito após a instalação do delírio. É posto por Lacan que o sujeito psicótico então recorre a metáfora delirante após deflagração sintomática.

O desenvolvimento de sintomas psicóticos, sempre se relaciona a acessos, fases, “crises” e não de forma insidiosa como diria Kraepelin (LACAN, 1955-1956/1988). A nossa questão se impõe daí: e quando não percebemos a ruptura? Localizar o sujeito na pré-psicose torna-se um desafio para psicanalistas e psiquiatras, “nada se parece tanto com uma sintomatologia neurótica quanto uma sintomatologia pré-psicótica.” (LACAN, 1955-1956/1988, p. 224).

Há, contudo, sujeitos que permanecem estruturados na psicose sem nunca deflagrarem sintomas. A crise sintomática em questão refere-se, como mencionado, à convocação do significante foraclusão. Reunindo o que já temos explanado, podemos elucubrar o processo de desencadeamento psicótico. A conjuntura para o desencadeamento necessita de dois momentos: a estrutura psicótica construída na passagem do Édipo, com a foraclusão do significante nome-do-pai e o posterior encontro com o Um-pai – a exigência simbólica da qual situações contingentes da vida (vinda do Outro) confrontarão o sujeito em sua capacidade de metaforizar.

É a falta do Nome-do-Pai nesse lugar que, pelo furo que abre no significado, dá início a cascata de remanejamentos do significante de onde provem o desastre crescente do imaginário, até que seja alcançado o nível em que significante e significado se estabilizam na metáfora delirante (LACAN, 1957-1958b/1998, p. 584).

No caso do desencadeamento psicótico de Schreber, a sua nomeação ao cargo mais alto da lei foi esse encontro com o Um-pai, um lugar no Outro impossível para o sujeito estruturado na psicótico responder de forma simbólica senão pelo delírio.

Então como podemos explicar os sujeitos que permanecem assintomáticos ou, mesmo estando estruturados na psicose, perduram por vários anos sem sintomas até a ocasião da crise? Como discorre Quinet (2014, p. 20), “por falta de referência simbólica o sujeito psicótico funciona no registro imaginário, onde o outro é tomado como espelho e modelo de identificação imediata”. A situação, antes do surgimento dos sintomas, pode ser comparada como a de uma cadeira que tem apenas três pés, as “bengalas imaginárias” que ao chamado do significantes nome-do-pai, derrubam o sujeito no buraco da significação.

A predominância da relação imaginária no psicótico pode ser comparada à relação simbólica que predomina na neurose como aponta Fink (2018, p. 109):

O neurótico, embora tenda a expor uma multiplicidade de conflitos mais ou menos significativos com amigos e colegas – isto é, com outros semelhantes a ele – comumente deixa claro ao terapeuta, desde as primeiras sessões, que sua queixa principal é quanto ao Outro simbólico. Isso pode expressar-se através de reclamações sobre pais, figuras de autoridade, expectativas sociais ou problemas de autoestima, todos os quais sugerem um conflito no nível em que o paciente se vê, em termos das ideias do Outro [...] O psicótico, por outro lado, apresenta as coisas de outra maneira: o conflito parece dar-se com outros da sua idade – rivais, concorrentes ou amores. Eles não estão todos tentando obter a aprovação de uma mesma figura de autoridade; em vez disso, um deles está usurpando o lugar do psicótico.

A detecção pelo clínico desse conflito da ordem da identificação imaginária não é, obviamente, condição para presumirmos a estrutura psicótica. É nesse contexto que Lacan (1955-1956/1988, p. 113) reforça que “é preciso haver distúrbios de linguagem”.

Da quebra da cadeia significante fica então evidenciada, dentre outros, nos fenômenos de linguagem como os neologismos e as alucinações verbais. A exterioridade da linguagem é marcante na posição do psicótico frente ao Outro, o que fez Lacan enunciar a frase que abre esse capítulo. Diferentemente do neurótico que

testemunha o inconsciente de forma velada pelos seus sintomas, o psicótico tem o inconsciente a céu aberto.

Tomemos como exemplo a alucinação verbal, um fenômeno psicótico. Há uma enunciação de significantes que não tem significação. É o retorno do significante no real. Uma significação sem origem e que não remete a nada, mas que diz respeito ao sujeito. “A emergência na realidade de uma significação enorme que não se parece com nada – e isso, na medida em que não se pode ligá-la a nada, já que ela jamais entrou no sistema de simbolização” (LACAN, 1955-1956/1988, p. 105). O Outro absoluto torna-se presente nas alucinações cheia de significantes sem sentido, sendo o sujeito apenas objeto desse Outro que lhe dá ordens, lhe ofende e o acusa.

O eu do neurótico dialetiza com o seu próprio eu. É marcado por ambiguidades, dúvidas, permissões e tem a característica de ser revogável. No psicótico, o sujeito é completamente identificado com o seu eu. Com isso, na alucinação o sujeito fala com o seu eu (LACAN, 1955-56/1988).

Em nossa experiência, a resposta dada às alucinações tem alto valor clínico. O enigma sem significação introduzido pelos significantes alucinatórios, do ponto prévio ao surto, pode exigir do psicótico a elaboração de uma metáfora delirante que responda à alucinação. A voz que fala é do perseguidor! Podemos, dessa forma, localizar a alucinação (antes de elaborar um delírio) num período pré-psicose? Não raras são as vezes que nos deparamos na clínica psiquiátrica com pacientes que referem alucinar desde a juventude e somente anos depois desencadeiam sintomatologia de desorganização franca de pensamento, delírios ou desordem de linguagem.

Lacan (1957-1958b/1998) discorre sobre dois tipos de fenômenos psicóticos. Quando da enunciação de significantes – e não de sentidos – do Outro é o objeto da comunicação, nas alucinações, na construção de novos significantes, nos neologismos ou mesmo na intuição delirante, marcada por certeza, estamos diante dos fenômenos de código. Sobre o delírio, interessante assinalar, que a certeza delirante pode não residir na construção delirante em si, mas na certeza de que algo lhe pertence (LACAN, 1955-1956/1988).

A outra espécie de fenômeno, chamado de mensagem, são os comunicados interrompidos, do qual há enunciação do Outro com frases incompletas, por exemplo. Tal fenômeno pode apresentar-se como bloqueio do pensamento. Lacan afirma que existe um ar de desafio nas frases inacabadas. Onde acontece a

interrupção da sequência de significantes é o ponto onde se colocaria a significação. Recorre a Schreber e exemplifica na alucinação verbal “agora eu vou me...”. A interrupção é depois completa por Schreber “... render ao fato que sou burro” (LACAN, 1957-1958b/1998). Os fenômenos de linguagem apresentados reforçam a dinâmica defendida por Lacan da primazia do significante sobre o significado e a sua relação desordenada.

O chamado ao sujeito psicótico para a significação fálica, da qual ele não está inscrito, provoca o desencadeamento sintomático. A solução encontrada, aos órfãos do nome-do-pai, pode ser a construção da metáfora delirante. E quando o psicótico delira? “A partir do momento que a iniciativa vem do Outro [...] O Outro quer isso, e ele quer sobretudo que se saiba disso, ele quer significar” (LACAN, 1955-1956/1988, p. 220). À essa invasão impiedosa e devastadora do Outro, há uma tentativa de limitar seu gozo (nomeando-se o perseguidor no delírio persecutório, ou reconhecendo o(a) amante na erotomania, por exemplo). Dessa forma, o sujeito redireciona a libido investida em si de volta ao mundo tornando possível “poder viver nele mais uma vez” pelo remodelamento da realidade através do delírio, numa tentativa de cura (FREUD, 1911/1996, p. 78).

Dessa maneira, o delírio seria uma suplência de um buraco (da significação). Freud (1924a/1996) descreve a ideia que na psicose o conflito com a realidade não é o total pertinente, mas como o sujeito a constrói ou substitui. Na neurose encontramos uma tentativa de mascarar, dissuadir ou encobrir uma determinada parte da realidade com a construção sintomática neurótica; em detrimento, na psicose, o fragmento sintomático – o delírio, rege uma nova realidade. Essa ligação entre suplência e realidade da neurose e da psicose, permitiu Lacan afirmar que *todos deliramos* (QUINET, 2014).

Em suma, Lacan (1957-58a/1999) estabelece que a tentativa de construir uma metáfora delirante objetiva suprir a ausência do nome-do-pai e, dessa maneira, circunscrever o gozo do Outro. Perceba que falamos em “tentativa de construção” da metáfora através do delírio, conseguida com relativo sucesso entre os paranoicos e dificilmente entre os esquizofrênicos, estes que permanecem tentando sua cura, sem conseguir sistematizar (e canalizar o gozo) um delírio.

Considerando o diagnóstico estrutural e o desencadeamento sintomático da convocação do nome-do-pai foracluído, qual o uso que a psicanálise faz da noção de risco? Ora, se na assistência nos deparamos com sujeitos pré-psicóticos ou

mesmo no seu primeiro episódio psicótico, tendo posto a estrutura demarcada na passagem do Édipo e na constituição do sujeito de linguagem, o que (e como) a clínica psicanalítica tem a contribuir sobre prevenção na psicose?

Freud (1924b/2011, p. 161) cita o termo “prevenção das psicoses” e discorre sobre o que seria a gênese da sintomatologia psicótica em contraponto à origem da neurose: “a neurose seria o resultado de um conflito entre o Eu e seu Id, enquanto a psicose seria o análogo desfecho de um tal perturbação nos laços entre o Eu e o mundo exterior”. Prossegue exemplificando a total perda do investimento (libidinal) no mundo exterior por parte de algumas formas graves de psicose, como a esquizofrenia com o embotamento afetivo ou mesmo a melancolia com a catatonia. Rememoramos ainda a construção do delírio como uma tentativa de emenda a uma fissura criada entre o Eu e o mundo exterior. Essas constatações levam Freud a afirmar que a etiologia comum do desencadeamento psicótico seria sempre uma frustração externa (excetuando casos específicos que a frustração poderia vir “daquela instância interior ‘Super-eu’ que se encarregou de representar as exigências da realidade”).

Seria pueril predizer, contudo, que ao relacionar prevenção de psicoses com a frustração que precede a irrupção dos sintomas, o caminho a ser percorrido seria o de evitar, pois, as frustrações mundanas já que essas são frutos da inevitabilidade da vida humana. Essa frustração é o encontro com o Um-pai. E esse é o nosso gancho para atuação da clínica psicanalítica no chamado risco para o desencadeamento psicótico.

O encontro do sujeito com o serviço de saúde, sobretudo com a psiquiatria, dado o princípio dos sintomas pode levar meses a anos (LLOYD-EVANS *et al.*, 2011) e não se deve ao ensimesmamento psicótico (os chamados sintomas negativos), mas a ruptura na ordem social que esse desencadeamento provoca. Como aponta Rocha e Fernandes (2004), não existe demanda psiquiátrica quando a produção psicótica está referida na cultura, por exemplo. A princípio não há uma busca surgida do desejo do sujeito ao analista, alguém próximo ao psicótico (família, vizinhos e etc) efetua essa procura. Com isso temos uma diligência destinada à psiquiatria que se refere a uma demanda social que geralmente reflete um pedido de proteção a um iminente (risco) ato disruptivo. Falamos da *passagem ao ato*.

O grupo que engloba o suicídio (ou a tentativa), a agressão, o uso de substâncias psicoativas, a automutilação, a impulsividade, dentre outros, forma em

psicanálise o chamado ato, pois se refere a uma manifestação no real daquilo que escapa ao simbólico devido ao declínio da função paterna (MARCOS; DERZI, 2013; BORGES; MEDONÇA, 2016). O termo que se refere a emersão do ato – *passagem ao ato* – tem origem na psiquiatria clássica que por sua vez o adotou da criminologia do século XIX. A periculosidade está para o risco da prática de um ato criminoso no campo do Direito, assim como, para o campo da saúde mental, está a passagem ao ato (DUTRA, 200). Lacan trouxe o termo para a psicanálise e discorre sobre:

O momento da passagem ao ato é o do embaraço maior do sujeito, com o acréscimo comportamental da emoção como distúrbio do movimento. É então que, do lugar em que se encontra — ou seja, do lugar da cena em que, como sujeito fundamentalmente historizado, só ele pode manter-se em seu status de sujeito —, ele se precipita e despenca fora da cena (LACAN, 1962-1963/2005, p. 129).

Falamos um pouco na introdução sobre o entrelaçamento histórico entre o risco, periculosidade e a psicose. O psiquiatra francês do século XIX, Valentin Magnan, abordava a questão do risco pré-delitual da passagem ao ato em pacientes psicóticos na terceira fase do delírio¹⁷ e defendia que se deveria efetuar medidas de segurança para a proteção do próprio paciente e da comunidade, antes mesmo do acontecimento de qualquer crime.

Apesar de Lacan advogar que a passagem ao ato não seja restrita a psicose, ela opera de forma peculiar nessa estrutura. A castração edipiana é o responsável pela separação e recorte do gozo do Outro estabelecendo a hiância causa de desejo; esse mesmo lapso que não pertence nem ao campo do sujeito e nem ao campo do Outro, é o que permite a instalação do laço com o Outro – o que Lacan chama de objeto *a*. Como já debatido, não há na psicose a criação intervalar entre o sujeito e o Outro (não há extração do objeto *a*). A passagem ao ato na psicose seria, portanto, essa tentativa de extração do objeto *a* a uma radicalização da castração real do gozo que o subjuga. Quando falta a *falta*, emerge a angústia e esse curto-

¹⁷ Pautado no conhecimento da psicopatologia e psiquiatria clássica, Maleval (2002 *apud* BORGES; MEDONÇA, 2016) relaciona no ensino lacaniano as quatro fases do delírio: a primeira fase, chamada de incubação, há o encontro com o Um-pai e daí a geração de uma falha no simbólico induzindo grande mal-estar, angústia e perplexidade. Na segunda fase, o psicótico tenta construir explicações (iniciando um delírio) e há um empenho em significar o gozo do Outro. Já na terceira fase, uma conotação paranoide se estabelece de forma mais concreta e há a identificação do gozo do Outro. Apesar de incitar uma certa amarração, essa fase ainda carrega reverberações da violência impressa pelo Outro e isso se reflete na forma de perseguidores. Por fim, a última fase é a elaboração da metáfora delirante, onde há a cessação do enfrentamento do delírio e cria-se o consentimento do sujeito com o gozo do Outro resultando em apaziguamento.

circuito sujeito/objeto apaga qualquer possibilidade de discurso (CALAZANS; BASTOS, 2010; QUEIROZ; KOBAYASHI, 2016).

O famoso caso francês das irmãs Papin, estudado por Lacan na década de 1930, ilustra bem a passagem ao ato na psicose e o apaziguamento delirante após tal ato (tendo em vista que as irmãs permaneceram assintomáticas por meses após o crime). Trata-se do caso de assassinatos brutais praticados por duas irmãs, Léa e Christine Papin.

As duas irmãs trabalhavam como empregadas domésticas numa casa burguesa em Le Mans, na França. Os patrões, sempre muito rígidos, apesar de estranharem o rotineiro silêncio das irmãs, não tinham do que reclamar dos serviços. Eram consideradas empregadas-modelo. Certo dia, na ausência das patroas, houve um curto-circuito na casa provocado acidentalmente por uma das irmãs. Ao chegarem na casa, as patroas são dominadas e tem seus olhos enucleados das órbitas enquanto ainda estavam vivas. Seguiram com espancamentos utilizando objetos que tinham à vista como facas e martelos; amassaram-lhe os crânios e deixaram as genitálias das vítimas à mostra. Christine e Léa são encontradas limpas, nuas, deitadas e abraçadas na cama. Não há nenhum indício de psicose (sintomas emergiram somente meses após a prisão) ou de comportamento anormal enquanto são detidas (TOLEDO, 2004).

A passagem ao ato é marcada por ser aparentemente imotivada, contudo, a psicanálise enxerga no ato uma lógica que remete a posição do sujeito perante o Outro. No caso das irmãs Papin, por exemplo, Bentes (2011, p. 113) discorre que “foram extraídos os olhos no real do corpo, sobretudo por tocar a tentativa de extração do objeto a como olhar. Uma vez que o objeto é impossível de extrair pela operação simbólica, ele é extraído à custa da passagem ao ato homicida” (BENTES, 2011, p. 113). O sujeito, na impossibilidade de criar metáfora – essa que expõe a ambiguidade do significante – torna o significante em signo, donde advém a literalidade na psicose. Essa operação do ato traria o desaparecimento do delírio o que justifica, segundo Lacan, a ausência de indícios sintomáticos nos meses subsequentes ao crime (QUEIROZ; KOBAYASHI, 2016).

No entanto, Dutra (2000) alerta que a passagem ao ato não produz nos sujeitos psicóticos efeitos idênticos quanto à repercussão no quadro clínico. Para que haja uma tentativa de reintegração psíquica à realidade, é preciso que o sujeito elabore uma certa culpabilidade quanto ao ato. Podemos demonstrar com um exemplo da nossa clínica: o caso de Abraão (nome fictício).

Abraão assassinou seu filho de dez anos de idade com uma punhalada nas costas enquanto esse dormia. A esposa, que presenciou a cena, não desconfiou do que viria a acontecer quando viu Abraão caminhar tranquilamente, pouco antes do crime, até a cama do filho, beijá-lo e então efetuar o golpe. O seu ato culminou com uma longa internação compulsória até que a justiça, em acordo com a família (pais), decidiu que o paciente não deveria ser preso e condicionava sua liberdade ao acompanhamento regular no serviço de saúde.

O que se seguiu nos meses subsequentes foram vários atos, aparentemente imotivados e sem pródromo identificáveis pela família, de agressões e tentativas de assassinatos cometidos por Abraão, como na ocasião em que desferiu um golpe com uma panela na nuca da genitora deixando-a inconsciente. A cada ato, uma internação psiquiátrica. Nas hospitalizações, Abraão mostrava-se angustiado e chorava copiosamente, sem conseguir significar os seus atos. Por vezes apresentava discurso de conteúdo delirante religioso, mas sem desorganização do comportamento ou prejuízo marcante nos nexos do discurso.

Após a última passagem ao ato, voltando de um culto religioso com a sua mãe, sem esboçar qualquer alteração no comportamento, Abraão tentou esfaqueá-la e a família já não mais suportou a ameaça constante e não-dita de Abraão e buscou a justiça para que o paciente fosse encaminhado ao manicômio judiciário para cumprir pena.

Presente na paranoia de autopunição, descrita por Lacan no caso das irmãs Papin, o sujeito psicótico busca a função paterna através do ato e a sua posterior pena. É realçado por Lacan que não se deve furtar o psicótico de subjetivar seu crime, caso contrário, a desresponsabilização pode ter resultados desfavoráveis na evolução clínica (DUTRA, 2000). Presenciamos no caso de Abraão que, via passagem ao ato, o mesmo buscava a punição e a elaboração de uma culpabilidade que o fizesse se reenlaçar na sociedade.

Lacan afirma, todavia, que não se deve recuar diante da psicose e com isso reconhecer as saídas e tentativas de cura. Diferente da condução de análise na neurose, a transferência na psicose pode ser transformada em erotomania e, pode perigosamente transformar o terapeuta em perseguidor.

A dificuldade encontrada pelo analista é que ele pode facilmente se tornar o perseguidor, já que esta é uma das dimensões da função paterna. Além disso, as intervenções do analista caminham no sentido de propiciar uma barreira ao gozo do Outro, buscando uma possível estabilização, sem que

ocorra a passagem ao ato. A intenção, portanto, é situar o paciente como sujeito e não como objeto de gozo do Outro (BORGES; MENDONÇA, 2016, p. 276).

Contudo, é preciso que haja uma certa aceitação (em contraponto a uma devastação) por parte do sujeito psicótico do que possa vir de demanda do Outro. Seria o equivalente a um parcial “sim” àquilo que o Outro deseja desse sujeito com relação ao gozo, sem, porém, desresponsabilizar o sujeito. É nessa aceitação que a prevenção do risco da passagem ao ato se torna uma possibilidade (DUTRA, 2000).

O psicótico demanda do analista a tentativa de constituir, junto a ele, formas de saída da crise. E ao analista cabe a escolha da melhor forma de se posicionar frente ao psicótico. Dentre as tentativas de cura, a passagem ao ato figura como uma possibilidade de posterior estabilização para o psicótico, embora, de forma óbvia é a via a ser evitada. O manejo do risco para psicose na psicanálise, refere-se, portanto, a secretariar o psicótico por outras vias que não a da crise que sucumbe à passagem ao ato. A clínica psicanalítica é a clínica orientada para e pela fala, o ato é um tema limite. As formulações sintomáticas, bem como a arte, são investidas na palavra pelos psicóticos na busca de reenlace social, uma tentativa de reinvestimento libidinal nos objetos. Deve ter como norte terapêutico o estímulo a historização dos sintomas, como afirma Quinet (2009b, p. 54), “o analista pode secretariar o esquizofrênico em suas tentativas de estabelecer pares de oposição significativa e promover a pontuação em sua fala para possibilitar a precipitação do sentido.” Ainda sobre vias alternativas ao risco da passagem ao ato, a produção artística permite ao psicótico uma sustentação subjetiva. A obra pode circunscrever o gozo desviando do sujeito a invasão implacável do Outro (POLI; MESQUITA, 2014).

5 IMPLICAÇÕES POLÍTICO-CLÍNICAS DO ESTADO DE RISCO PARA PSICOSE NA SAÚDE DA FAMÍLIA

5.1 Saúde mental e APS

A psiquiatria asilar alienista de Pinel, atravessando a psiquiatria clássica europeia, encontra na segunda metade do século XX um processo transformador na sua práxis. O modelo hospitalocêntrico e manicomial se vê em decadência em vários países do mundo dando lugar à desinstitucionalização dos pacientes (e progressiva reinserção dessas pessoas na vida social) e a introdução do cuidado assentado em redes de serviços comunitários de saúde mental (AMARANTE, 2007).

Os paradigmas que sustentavam o modelo manicomial foram, enfim, revisados. O entendimento de adoecimento mental, com reforço no entendimento no “incurável” (compreendendo cura como remissão total de sintomas), na incapacidade de retornar ao estado pré-mórbido, alicerçava a clínica do isolamento asilar justificando intermináveis internações. Era preciso, pois, uma revolução conceitual na perspectiva do que seria doença (ou transtorno) mental. O adoecimento é, então, revisto como um processo e o âmago terapêutico não seria mais a ausência completa de sintomatologia. A reabilitação e reintegração social, bem como a incorporação da subjetividade de bem-estar dos sujeitos passaram a ser as principais diretrizes de tratamento (SERPA JUNIOR *et al*, 2014).

Essa transição paradigmática, chamada de Reforma Psiquiátrica, inicia-se no Brasil, de forma contemporânea ao movimento sanitário, nos anos 1970. O movimento da Reforma, sobretudo social, ganha peso nos congressos nacionais do MTSM (Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental) e de Saúde Mental em 1987. No mesmo ano surge o primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo. Dois anos mais tarde, entra no congresso nacional o projeto de lei que propõe a regulamentação dos direitos das pessoas com transtorno mental e a progressiva extinção dos manicômios. Os CAPS passariam a ser pontos estratégicos de cuidado em saúde mental substituindo os hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Ainda no contexto da Reforma Psiquiátrica e Sanitária, em 1988, com a criação de uma nova Constituição, o SUS é implementado em lei. Com o desafio lançado de ofertar saúde de forma universal para toda uma nação continental, a atenção primária à saúde (APS), como resultante do movimento sanitário, é o modelo

organizacional a ser implementado. A APS consiste em cuidados essenciais à saúde, sendo o primeiro nível de contato com o sistema nacional de saúde e o primeiro componente de uma complexa e contínua linha de cuidado. É assentada em tecnologias acessíveis e que levam serviços de saúde o mais próximo possível do cotidiano social e laboral das pessoas (GOMES, 2011).

Para operacionalizar a APS, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi paulatinamente ganhando destaque no cenário nacional como método de funcionamento e aplicação dos cuidados primários. Surgido na intenção de oferecer cuidados em áreas vulneráveis em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) passou a ser considerado pelo ministério da saúde, já em 1999, como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde aplicando um novo modelo assistencial e de organização dos serviços e ações de saúde (SCOREL *et al.*, 2007).

Hoje, não mais nomeada de programa, mas de estratégia, a ESF, segundo o Brasil (2017), “busca promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco [...] Com atenção integral, equânime e contínua, a ESF se fortalece como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS).” Como reforça Gomes (2011), a ESF é baseada em quatro dimensões exclusivas da APS: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. É estabelecido como atividades básicas (dentre outras) da equipe de saúde da família identificar problemas de saúde comuns, além de situações de risco do qual a população possa estar exposta. É papel também da equipe, procedimentos de vigilância à saúde e vigilância epidemiológica.

Os preceitos das Reformas Sanitária e Psiquiátrica brasileiras articulam-se nos seus serviços estratégicos, ESF e CAPS. No entanto, a demanda de saúde mental difere, em seu perfil de clientela, no serviço especializado e na atenção primária. Além dos pacientes com queixas somáticas, os Transtornos Mentais Comuns¹⁸ (TMC) podem perfazer de um terço a metade da demanda na atenção básica (FORTES *et al.*, 2011). Apesar da grande demanda em saúde mental, o contexto de determinantes sociais na apresentação de sintomas físicos e psíquicos nos pacientes pode levar os profissionais da atenção primária a subdiagnosticar e negligenciar cuidados (ou

¹⁸ Transtorno mentais comuns referem-se a indivíduos que não preenchem formalmente critérios diagnósticos (pela CID-10 ou DSM-5) para depressão ou ansiedade, mas que tem sintomas psíquicos de tais esferas e que causam sofrimento e incapacidade funcional tão considerável ou pior que quadros crônicos bem estabelecidos (SANTOS, 2002).

mesmo não saber lidar com a demanda), normalizando a situação de adoecimento atrelando-a a uma resposta esperada, mesmo que o sofrimento traga grandes repercussões de incapacidade. Essa negligência no cuidado ou percepção de incapacidade em manejar casos de saúde mental é uma marca da persistência do modelo biomédico na formação e entendimento de adoecimento psíquico (GASK, 2008; GRYSCHER; PINTO, 2015).

Estando a ESF nesse lugar estratégico de primeiro contato e de cuidado continuado, a equipe de saúde da família tem o privilégio de estar próxima e conhecer melhor o histórico dos usuários. Os motivos que levam o usuário da APS ao atendimento são os mais diversos e não necessariamente implicam em condições patológicas e, em se tratando de saúde mental, as demandas nem sempre são de “transtornos mentais” (de acordo com os manuais de classificação). São comuns queixas inespecíficas, como atenta Fortes *et al.* (2014, p. 193) “Na atenção primária estamos perto do ‘normal’, do indivíduo sem patologia ou com pequenas alterações, seja em termos de patologias físicas ou mentais” e corrobora com a ideia que os sistemas de classificação tradicionais não atendem as demandas da APS.

O fortalecimento do cuidado em saúde mental na APS deve ser relevante no que se refere à promoção e tratamento, dentre outras razões, por reduzir a demanda no serviço especializado e facilitar a reinserção no contexto comunitário. A equipe ainda enxerga no paciente uma figura que instabiliza o serviço e que, de forma geral, deve ser atendida necessariamente por psiquiatras e psicólogos. Pode-se apontar outros obstáculos que dificultam o manejo de pacientes pela equipe de saúde da família com sofrimento mental como a escassez de profissionais capacitados, a falta de grupos (pastorais, comunidades de bairro, grupos terapêuticos), bem como as dificuldades dos usuários em encontrar na rede básica a assistência em saúde mental. (OLIVEIRA *et al.*, 2009).

5.2 Implicações políticas

Para problematizar o que este capítulo se propõe – a análise das possíveis implicações político-clínicas do estado de risco em psicose na saúde da família – precisamos voltar historicamente na construção do conceito de saúde no século XX. “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”, assim define OMS (1946) o que

é saúde. Essa definição inaugura o chamado “conceito positivo” de saúde e carrega consigo a noção que saúde é direito inalienável de todo ser humano. A estrutura que permite a criação desse conceito está pautada pela promoção de Estados fortes que garantissem direitos sociais pela social-democracia e o *welfare state*. A ONU, criada das cinzas de duas grandes guerras, demonstra claramente seu interesse em barrar o surgimento de autocracias ocidentais, como a Alemanha de Hitler, e, na mesma tacada, impedir a proliferação do comunismo soviético. O que se viu nas décadas seguintes, todavia, foi o enfraquecimento do ideal de “Estado forte” impulsionada pelo fortalecimento dos Estados Unidos (nação de firme tradição liberal) e queda da União Soviética, e o conseqüente emaranhamento cultural do “Estado mínimo”. Surfando na onda do capitalismo pós-industrial, da globalização econômica, da cultura do individualismo consumista e da superficialização das relações humanas, a saúde positiva prenunciada pela OMS sucumbe na práxis (RAMOS, 2014).

Aliás, não falaremos em falência desse conceito, a saúde como conceito positivo foi oportunizado pelo contexto político-econômico das últimas décadas para uma perspectiva direcionada para o mercado. Saúde não era necessariamente a ausência de uma doença, poderia, no entanto, ser um estado de potencial risco para uma futura doença e, como tal, passível de “consumo de cuidados”. Passemos agora à doença e o adoecer, propriamente ditos.

Helman (1990 *apud* FORTES *et al.*, 2014) identifica dois importantes aspectos para a construção do cuidado em saúde, a saber: a doença (*disease*) e o adoecer (*illness*). No modelo biomédico, ainda por ser superado no fazer em saúde, a ênfase (ou a única preocupação) gira em torno da doença. Contudo, os processos de doença/adoecer são interligados e se reforçam. Como doença, entende-se como alterações em nível clínico, funcional e anatomopatológico, que são epidemiologicamente (e através de consensos) determinados, traçando o limite entre o normal e o patológico. Na psiquiatria, são as categorias diagnósticas dos manuais.

É, embora, preciso perceber que nunca houve um caso sequer em que o médico ou qualquer outro profissional de saúde tenha conseguido tratar uma esquizofrenia, uma depressão ou um transtorno de ansiedade. O cuidado terapêutico oferecido mira o esquizofrênico, o depressivo, o ansioso... E ainda corrijo, o esforço em tratar é voltado para o sujeito que, em decorrência das contingências mundanas, do atropelo do seu corpo com o ambiente, do encontro entre a sua subjetividade e a do outro, padece de algum sofrimento com manifestação necessariamente física,

psíquica, social, histórica e cultural, onde a doença/transtorno/sofrimento é só mais uma peça que forma esse sujeito.

A experiência subjetiva de “portar” uma doença, a transformação do papel social e familiar, o contexto que molda a forma de vivenciar esse adoecimento, os medos, a aflição, a demanda infligida do e para o outro, e até o “como” das manifestações sintomáticas se referem ao adoecer e esse, para além (e muito além) da doença é o motor de constante e ininterrupto trabalho terapêutico entre a equipe e o sujeito. O adoecer (e não a doença), em última via, vai determinar o grau de sofrimento e incapacidade.

Nesse terreno arenoso do qual se forma a fronteira tênue entre saúde e doença é que nasce o estado de risco. À primeira vista, estar em risco pode parecer topograficamente uma estreita linha que separa o saudável do doente, porém, pela categorização desse mal-estar (desenvolvida pelo DSM a partir da sua terceira edição) – que, se por um lado não é doença, faz parecer uma representação de situação arriscada de saúde onde há real ou potencial risco para adoecer – há uma amplificação do que chamaremos de “estado de não-saúde”.

Atentemos que a queda acelerada da regulação do Estado na política (inclua-se políticas de saúde) permite a ascensão, com a batuta do Estado mínimo, a tomada do espaço pelo Complexo Médico-Industrial (CMI) como principal agente operador de saúde. A economia ditando a política! O CMI precisaria legitimar sua ação de regulador de saúde e busca na academia médica o sustentáculo necessário. Iniciando nos EUA e posteriormente se espargindo no mundo, o CMI, através da ciência e sua veste de neutralidade, pauta a ciência médica (a tecnologia em detrimento à clínica, reforço no medicamento no lugar das terapias alternativas...). O DSM III é o passaporte da psiquiatria contemporânea a esse CMI (SANDLER, 2013).

A ideia de que a evolução dos adoecimentos psíquicos esteja estritamente relacionada a intervenções que levam em consideração somente aspectos do modelo biomédico (etiologia, diagnóstico, prognóstico...) ainda está enraizada na prática dos profissionais de saúde; há uma tendência ao desinteresse pelos aspectos histórico-cultural e sócio-ambiental no contexto do adoecer (e por conseguinte, na intervenção terapêutica). A psicopatologia apregoada pelos manuais diagnósticos, sobretudo após o DSM III, tem função de rotular e encaixar os sujeitos adoecidos em pressupostas categorias, em detrimento a ambição mais sublime e abrangente de compreender a subjetividade humana em sofrimento. Também denunciemos como sintomática do

modelo médico-centrado que valoriza os sintomas e menospreza a experiência existencial do adoecer e forçosamente marca o sujeito adoecido como inferior em relação aos demais (SERPA JUNIOR *et al*, 2014).

A sociedade de consumo no capitalismo pós-industrial se alimenta da insatisfação crônica. Mesmo se percebendo bem, o sujeito pós-moderno exige “ficar ainda melhor”. O DSM, a partir da sua terceira edição, poderia representar para o CMI a transformação dessa insatisfação em um fato concreto que demandava consumo pela tipificação por critérios do mal-estar (ELLIOT; KRAMER, 2003). A dimensão psicológica, tida como abstrata, não guardava interesse mercadológico e, como resultado, as terapias pela fala, como a psicanalítica, foram jogadas à marginalidade da ciência psiquiátrica hegemônica; afinal, não se pode patentear as palavras (a não ser que elas gerem escalas padronizáveis para o uso de algumas técnicas psicoterápicas).

O estado de risco para psicose pode coincidir ao que chamo nesse trabalho de estado de não-saúde. Significa um estado que não representa saúde e por outro lado, não é uma doença. Expressa um aumento de abrangência fronteira entre a doença e a saúde e, como efeito, um acréscimo significativo de prevalência de pessoas que necessitam de cuidados e não qualquer cuidado, mas o cuidado com “evidência científica comprovada”. Trata-se de aumentar o campo de atuação do CMI sobre sujeitos que, não preenchendo critérios diagnósticos para qualquer transtorno (pelo manual atual), possam supostamente vir a adoecer (preencher critérios) no futuro. A repercussão política, derivada da econômica como é claro, impõe rótulos de não-saúde numa população que passa a ter demanda de consumo de cuidados.

5.3 Implicações clínicas

A caminhada percorrida pela psiquiatria dos manuais desde 1980 é a jornada avassaladora do patológico. Interessante perceber que as críticas mais ferrenhas ao modelo contemporâneo da psiquiatria sejam originadas também de renomados psiquiatras dessa mesma psiquiatria. É o exemplo de Allen Frances que foi o líder da força-tarefa que norteou o desenvolvimento do DSM-IV. Frances (2013) escreveu um livro intitulado *Saving normal* do qual faz duras críticas ao DSM-5.

No livro, do qual nos valem de algumas observações, Frances destaca o forte interesse do CMI em alargar divisas entre a doença e o normal com a criação de

“modismos”: supostos diagnósticos que carecem inclusive de tratamento eficaz. Outra questão indicada é a súbita epidemia de alguns diagnósticos em decorrência de limites fluidos que caracterizariam tais patologias. Os grandes exemplos são o TEA (Transtorno do Espectro Autista) e o TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade). A proliferação de diagnósticos falsos-positivos realizado por médicos despreparados (que se utilizam dos critérios subjetivos do DSM) para o diagnóstico, foi a marca nas últimas décadas.

Talvez aqui encontramos um ponto crucial de nossa crítica. Como demonstramos ao longo do nosso trabalho, o estado prodromal à abertura de sintomatologia psicótica evidente, é historicamente reconhecida: chamada de pré-psicose pela psicanálise lacaniana, de pródromo pela psiquiatria clássica e mais atualmente de nomenclaturas diversas na psiquiatria contemporânea. Nosso esforço não é o de ignorar sua existência ou mesmo minimizar a importância dessa fase anterior à psicose. O que pretendemos é suscitar a discussão em torno do uso de critérios diagnósticos, produzidos pela psiquiatria mancomunada com o CMI com o intuito de criar carência de consumo e, para além, a quem interessa o uso desses critérios e quem operacionalizará esse suposto diagnóstico, senão todo o corpo médico, independente de sua experiência clínica em psiquiatria.

Rememoramos aqui que um dos objetivos da criação de critérios é a de facilitar a comunicação entre profissionais e de descomplicar a operacionalização do diagnóstico médico-psiquiátrico. Como destaca Ramos (2014, p. 226), “os problemas atuais com as taxonomias psiquiátricas dizem respeito ao seu modo de produção e regulação, e não à sua utilidade”. É notório que o observado no evoluir do tempo é uma contínua tendência a medicalização dos problemas corriqueiros e do sofrimento mundano pertinente ao ser humano; essa remediação se sobressai nos sujeitos das classes mais abastadas financeiramente (ou que pelo menos tem maior acesso ao serviço de saúde) em contraste ao que ocorre em pacientes de baixa renda acometidos por condições psiquiátricas graves: a esses tudo falta, inclusive o fármaco (CRADDOCK *et al.*, 2008).

Pesa sobre a saúde da família, como estratégia da APS e porta de entrada aos serviços de saúde, o rotineiro encontro, dentre seus usuários, além dos pacientes com demanda em saúde mental apresentando quadros sub-sindrômicos (os chamados transtorno mentais comuns), acham-se aqueles sujeitos limítrofes, que

apresentam sofrimento devido mazelas sociais e/ou familiares. O que esperar da operacionalização por critérios diagnósticos do estado de risco para psicose?

As várias possibilidades psicopatológicas apresentadas pelos sujeitos anteriormente ao desencadeamento psicótico (como apresentado no capítulo 5), bem como as várias alternativas de desfecho dessas psicopatologias, aliadas ao baixo suporte técnico em saúde mental e o arraigado entendimento estritamente biomédico das equipes de saúde (GASK, 2008; OLIVEIRA *et al.*, 2009; GRYSHECK; PINTO, 2015; OS; GULOKSUZ, 2017), permite uma dedução lógica do possível uso de critérios para diagnóstico do estado de risco para psicose na saúde da família: uma “epidemia” de falsos-positivos.

Há a necessidade de se quebrar o modelo limitante da psiquiatria biomédica que a reduz em “ciência da química do cérebro”. A história de mais de duzentos anos da psiquiatria como ciência médica nos permite consolidar o entendimento abrangente e multifacetado do adoecimento mental. Curioso é que esse entendimento é comum entre psiquiatras e outros profissionais de saúde, não obstante, os aspectos humanos, como o próprio discurso dos sujeitos, é ignorado no diagnóstico e terapêutica.

A psicanálise desponta como saber que entende o sofrimento psíquico partindo do discurso dos sujeitos adoecidos. A linguagem e o modo de usá-la é matéria-prima para a construção de diagnósticos estruturais e mais, para o próprio tratamento. O que é rechaçado pela psiquiatria contemporânea, a significação simbólica dos sintomas e a função da manifestação desses sintomas, é o elemento central para o manejo clínico.

O entendimento diagnóstico da psicose como estrutura, discutido no capítulo anterior, permite o cuidado em um *continuum*. Não se trata de “ter um diagnóstico psiquiátrico (preenchendo uma série de critérios)” e isso abrir portas para “condutas (biomédicas) com eficácia comprovada”. Não há, portanto, a necessidade de rotulação de um diagnóstico nosológico para se ter acesso ao tratamento. Aqui nos outorgamos um novo parêntese de contexto histórico. O DSM III, como sabemos, parte da iniciativa da associação americana de psiquiatria; não surpreendente, seu nascimento se dá nos EUA, país que não dispõe de um sistema de saúde pública e que, não sendo dever do Estado, a saúde é o componente de acordo entre os seus usuários e a iniciativa privada, esta então, impondo a obtenção de um diagnóstico como condição indispensável para o conseguimento do tratamento (RAMOS, 2014).

O estado de risco para psicose, como posto na psiquiatria contemporânea, pode carregar o peso de (além de exclusão da clínica) supressão dos sujeitos que fogem a norma edipiana e, no discurso do CMI (do capitalista), um expurgo dos que escapam ao paradigma social do *normal*. “Eliminando-se o significante doença, cria-se o tratamento do usuário, por toda vida, num regime de assistência social. Para que isso não aconteça, é necessário reencontrar a dimensão da clínica” (VIGANÓ, 1999, p. 39).

Suspender o saber prévio (o saber biomédico) e considerar o saber do sujeito psicótico é ferramenta de condução clínica. A intervenção deve operar no sujeito e não no seu comportamento. O entendimento psicanalítico é o da singularidade e significação pelo próprio sujeito.

O sentido de um sintoma na neurose assim como na psicose nunca é um sentido comum - não há senso comum para o sintoma - ele é sempre singular. É por isso que a psicanálise é o avesso do discurso do mestre que produz o senso comum, o sentido partilhado. A psicanálise deve levar o sujeito a produzir o seu sentido que não é comum. (QUINET, 2014, p. 62).

Nesse sentido, a clínica atravessada pela psicanálise beneficia a autonomia do sujeito, transformando-o em principal agente de seu próprio tratamento, pondo a sua lógica de funcionamento em protagonismo. Esse é um fundamento que autoriza a inclusão do louco, historicamente *castrado*, na sociedade. Nas palavras de Quinet (2009b, p. 50) “em vez de foracluir a inclusão, trata-se de incluir a foraclusão.”

Viganó (1999) alerta para a prudência e cautela no cuidado com o paciente psicótico. Refere-se ao fato da equipe se colocar em posição de saber absoluto e tomar pra si o papel do Outro no psicótico: o de gozo irrefreado que submete o sujeito a seus caprichos. Apesar do autor se referir ao CAPS, podemos extrapolar facilmente para a equipe de saúde da família que conduz casos de pacientes com estrutura psicótica.

Recolocamos aqui, assim como disse Freud que o delírio se põe como uma tentativa de cura e que para Lacan a metáfora delirante é capaz de estabilizar; a equipe de saúde da família, primando pelo discurso do sujeito, pode funcionar como um localizador do gozo e encarar o delírio como um apaziguador e uma forma de estabilização dos psicóticos.

Apesar das dificuldades demonstradas neste capítulo, a saúde da família tem potencialidades indissociáveis do seu fazer em saúde mental, no nosso caso, em pacientes com psicose não-desencadeada. É necessário, sobretudo, uma

capacitação dos profissionais que suplantem o estrito conhecimento técnico biomédico e que abarquem capacidades de trabalho que envolvam um modelo verdadeiramente ampliado de cuidado psicossocial.

A escuta e a priorização do discurso dos sujeitos na construção de um manejo terapêutico singular são capacidades de baixa tecnologia e de alto impacto no acolhimento e no vínculo com as equipes (GRYSCHEK; PINTO, 2015). A equipe especializada, através do apoio matricial¹⁹, tem papel central nessa capacitação, desde que ela também se desnude de sua couraça de saber (do discurso do mestre e do saber impenetrável da ciência). Por fim, colocamos que é preciso preocupação e reconhecimento da gestão em possibilitar esse processo.

¹⁹ “O apoio matricial pode ser definido como um modo de se organizar e funcionar para produzir saúde, no qual duas ou mais equipes/profissionais operam em uma intervenção pedagógico-terapêutica compartilhada” (BRASIL, 2014, p. 67).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que seria, então, ter uma doença (transtorno) mental? Como seria carregar o peso de um rótulo psiquiátrico? O que é adoecer? As perguntas chegam a soar piegas principalmente quando feitas nas últimas páginas de um trabalho que discute justamente a tênue passagem entre o estado de manifestar ou não sintomas psicóticos. O que se impõe a essa altura do texto são interrogações de contexto histórico e cultural. A psicose, como vimos, teve seu entendimento conceptual modelado no transcorrer dos séculos, com destaque para os últimos. A psicose mudou ou mudaram-se os psicóticos?

Aparenta-nos que a psiquiatria e a saúde mental (de forma mais ampla) percorreram nos séculos XX e XXI caminhos distintos, para não falar antagônicos. Por um lado, primeiramente com o advento da psicofarmacologia a partir dos anos 1950 e após, com a entrada em sua prática de métodos de neuroimagem nas décadas de 70 e 80 e, conseqüentemente, com o fortalecimento da cultura bioquímica e neuropatológica, a psiquiatria ganhou status de ciência (bio)médica. Essa relevância foi então ratificada com o advento de taxonomias patológicas identificadas a partir de critérios. O *boom* provocado pelo lançamento do DSM-III – primeiro manual construído pelo saber psiquiátrico que definia arbitrariamente os limites entre o normal e a doença – foi passaporte da psiquiatria para o seletivo grupo da medicina baseada em evidências.

Os louros da façanha de praticamente uniformizar nomenclaturas e classificações, facilitando o planejamento de gestão em saúde (por exemplo) custou um alto preço. A clínica do olhar e da psicopatologia, tão cara à psiquiatria clássica, saiu barata para o complexo médico-industrial, vendida pela psiquiatria dos manuais diagnósticos.

Enquanto a psiquiatria se “tecnificava” e englobava as novas tecnologias na sua prática, o mundo presenciava uma verdadeira revolução que abalava os mais tradicionais entendimentos do adoecimento mental. Nascia na segunda metade do século XX movimentos que questionavam o conhecimento psiquiátrico e principalmente sua prática. O “incurável” da psicose tomava conotações distintas ao do “tratamento interminável” do asilo. Não era só possível, era *preciso* que a psiquiatria se reinventasse em suas ações. E nesse processo de reforma do seu fazer, a psiquiatria deveria reconhecer as suas limitações no seu saber.

Nas últimas décadas do século passado, a psiquiatria é prensada pelo insurgente campo da saúde mental a reconhecer o que já era sabido pela clássica psiquiatria: a complexidade dos fenômenos psíquicos não era restrita à biomedicina. Havia a necessidade de ir além desses e de outros muros!

A reforma psiquiátrica tem em seus alicerces os movimentos sociais e traz como bandeira a humanização do sujeito com sofrimento mental. Trilhando caminho paralelo, a reforma sanitária preconiza saúde para todos e cuidado integral, destacando a promoção e prevenção em saúde. Desponta a medicina preventiva e sanitária.

O estado mental de risco para psicose origina-se na interseção de toda essa conjuntura: viés preventivo da saúde, cuidados em saúde mental que visam a reabilitação e a melhora dos prognósticos e a crescente influência da indústria farmacêutica na formulação diagnóstica da psiquiatria.

O campo da saúde da família no Brasil ganha destaque como ordenador de cuidados na atenção primária à saúde. É através dela que os usuários têm o primeiro contato e o acesso aos serviços que devem garantir saúde a todos (universal) e como um todo (integral). Sendo a porta, a ESF tem o constante contato com sujeitos que podem não estar em pleno gozo do conceito positivo da OMS de saúde e nem devidamente catalogados nos manuais diagnósticos. Falo aqui dos sujeitos ditos de risco.

O eminente interesse da psiquiatria pelos aspectos bioquímicos das manifestações mentais patológicas de um lado e da prevenção de agravos pela APS, instrumentalizada pela ESF de outro, abafa uma discussão epistemológica que deveria ser precedente a um construto de “estado de risco”. Os sintomas são descritos universalmente nos manuais de classificação diagnóstica, mas o processo do adoecimento é único e singular. O discurso do saber capitalista suplanta o que o sujeito tem a dizer sobre si mesmo. Transpassando a ideia de desconhecimento quanto a si, o capital médico-industrial apreende esse mesmo sujeito e fá-lo consumidor de sua ciência. Assim como o adoecimento psíquico, na ciência biomédica, se faz parecer algo exterior e alienado do sujeito (“peguei uma depressão”) como um vírus ou bactéria, a imagem do tratamento também o é. É preciso consumir cuidados! Ou para alcançar a saúde quando se estar adoecido ou para não adoecer (quando se pensa estar saudável). Um estado de constante não-saúde.

Os discursos que não cabem no modelo cientificista de experimentação controlada, de curtos ensaios de tratamento e de “homogeneização” de amostras é relegado à margem. A psicanálise é essa práxis que garante a emergência da palavra e, revolucionária desde seu nascimento sendo o primeiro tratamento verdadeiramente eficaz para adoecimentos psíquicos usando apenas a fala, permanece sendo subversivo pois se esvazia de um suposto lugar de sapiência científica e coloca a subjetividade em evidência. Eis a insurgência do entendimento psicanalítico à hegemonia científica!

Trabalhamos um entendimento que instituir futuramente critérios diagnósticos para o estado de risco para psicose não guarda benefícios para a população, além de carecer de validade e confiabilidade; seja pela sua fragilidade de conceito, pela pluralidade de apresentações e similaridades psicopatológicas com condições neuróticas ou simplesmente por não representar necessariamente um estado de transição para psicose manifesta. A ESF é especialmente vulnerável por ser porta de entrada e pouco preparada para manejo em saúde mental.

A clínica psicanalítica contribui com a noção de risco para o desencadeamento de sintomas psicóticos quando anuncia a singularidade do sujeito e secretaria o psicótico na localização e apaziguamento do gozo, seja pela via da metaforização delirante ou pelo enlaçamento social da significação pela arte em detrimento à passagem ao ato na crise. Finalizamos reafirmando a necessidade da construção de uma clínica no um-a-um que dê relevo a subjetividade e a palavra na edificação do diagnóstico e tratamento no lugar onde o saber é estruturado na e para a clínica.

REFERÊNCIAS

- APA- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 1. ed. 1952.
- APA- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 3. ed. 1980.
- APA- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual de diagnóstico e estatística de transtornos mentais DSM-IV-R**, 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- APA- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual de diagnóstico e estatística de transtornos mentais DSM V**, 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- AJNAKINA, O. **First episode psychosis looking backwards and forwards**. 2016. Tese (Doutorado em Filosofia) – King’s College London, University of London, London, 2016.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**, 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- ARAÚJO, A. C.; LOTUFO NETO, F. A nova classificação americana para os transtornos mentais – o dsm-5. **Jornal de psicanálise**, v. 46, n. 85, p. 99-116. 2013.
- AYRES, J. R. C. M. Desenvolvimento histórico-epistemológico da epidemiologia e do conceito de risco. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n.7, p.1301-1311, jul. 2011.
- BAN, T. A. Evolution of diagnostic criteria in psychoses. **Dialogues in Clinical Neuroscience**, v.3, n. 4, 2001.
- BARRETO, F. P. S ou a síndrome do automatismo mental, de Clérambault. *In*: OLIVEIRA, R. M. (org.). **Seminários em Psicopatologia**: da psiquiatria clássica à contemporaneidade. 1 ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2013. cap. 16, p. 167-172.
- BARRIO, V. Raíces y evolución del DSM. **Revista de Historia de la Psicología**. v. 30, n. 2-3, 2009.
- BREDRIKOW, R.; CAMPOS, G. W. S. Clínica: a arte de equilibrar a doença e o sujeito. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 6, n. 57, p. 610-613, 2011.
- BENEDICTO, R. P. *et al.* Análise da evolução dos transtornos mentais e comportamentais ao longo das revisões da classificação internacional de doenças. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 9, n. 1, p. 25-32, 2013.
- BENTES, L. G. V. **As patologias do ato**. 2011. Tese (Doutorado em psicanálise). Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Instituto de Psicologia/Programa de Pós-graduação em psicanálise, Rio de Janeiro, 2011.

BEZERRA JUNIOR, B. A psiquiatria contemporânea e seus desafios. *In*: ZORZANELLI, R.; BEZERRA JUNIOR, B.; COSTA, J. F (org.). **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. 1. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2014, p. 9-34.

BORGES, K. B. C; MEDONÇA, R. L. Um olhar sobre a paranoia. **Psicanálise & Barroco em revista**, v.14, n.1, p. 253- 285. jul.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, nov. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família Volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Cadernos de Atenção Básica, n. 39. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia Saúde da Família (ESF). Sobre o Programa. 2017. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/sobre-o-programa>. Acesso em: 23 de julho de 2019.

BURGARELLI, S. R.; SANTIAGO, J. A psicose de Lacan a Freud. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 61, n. 1, 2009.

BÜRGY, M. The concept of psychosis: historical and phenomenological aspects. **Schizophrenia Bulletin**, v. 34, n. 6, p. 1200–1210, 2008.

CALAZANS, Roberto; BASTOS, Angélica. Passagem ao ato e acting-out: duas respostas subjetivas. **Fractal, Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 2, p. 245-256, ago. 2010 .

CAMPOS, M. O grupo das esquizofrenias ou demência precoce. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.17, supl.2, p.709-732, dez. 2010.

CONRAD, A. M. *et al.* Utility of risk-status for predicting psychosis and related outcomes: evaluation of a 10-year cohort of presenters to a specialised early psychosis community mental health service. **Psychiatry Research**. v. 247, p. 336-344, 2017.

COSTA, C. A. R.; FREIRE, A. B. Lacan, secretário do alienado. **Mental**, Barbacena, v. 8, n. 14, p. 65-91, 2010.

CRADDOCK, N. *et al.* Wake-up call for British psychiatry. **The British Journal of Psychiatry**, v. 193, p. 6–9, 2008.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**, 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**, 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

DUTRA, M. C. B. As relações entre psicose e periculosidade: contribuições clínicas da concepção psicanalítica da passagem ao ato. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. III, n. 4, p.48-58, 2000.

ELLIOT, C; KRAMER, P. D. **Better than well: American medicine meets the American dream**. New York: W.W. Norton e Company, 2003.

ESCOREL, S. *et al.* O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panam. Salud Públ. /Pan Am. J. Public Health**, v. 21, n.2, p. 64-176, 2007.

FREITAS-SILVA, L. R.; ORTEGA, F. Intervenção precoce na psicose: de estratégia clínica a possível categoria diagnóstica. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 19, n. 4, p. 729-739, dez. 2014.

FREUD, S. (1911) **Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (dementia paranoides)** *In:* Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1917) **Conferência XVI: Psicanálise e Psiquiatria**. *In:* Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XV, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1924a) **Perda da realidade na neurose e na psicose** *In:* Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XIX, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1924b) **Neurose e Psicose**. *In:* O Eu e o Id “autobiografia” e outros textos (1923- 1925). Trad. Paulo Cezar Souza. São Paulo: Cia das Letras, v. 16, 2011.

FREUD, S. (1925) **Algumas conseqüências psíquicas da diferença anatômica entre os sexos** *In:* Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FINK, B. **Introdução clínica à psicanálise lacaniana**. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2018.

FORTES, S. *et al.* Common mental disorders in Petrópolis-RJ: a challenge to integrate mental health into primary care strategies. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, vol 33, nº 2, p. 150-156, jun. 2011.

FORTES, S. *et al.* Classificação em saúde mental na atenção primária: mudam as doenças ou mudam os doentes? *In:* ZORZANELLI, R.; BEZERRA JR, B.; COSTA, J.

F (org.). **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. 1. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2014, p. 191-210.

FRANCES, A. **Saving normal**: an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life. New York: HarperCollins, 2013.

FURTADO, L. A. R. **Sua majestade o autista: fascínio, intolerância e exclusão no mundo contemporâneo**. 2011. Tese (Doutorado em Educação Brasileira) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2011.

FURTADO, L. A. R; VIEIRA, C. A. L. A psicanálise e as fases da organização da libido. **Scientia- Revista de Ensino, Pesquisa e Extensão**, v. 2, p. 311-325, 2014.

FUSAR-POLI, P. *et al.* Attenuated psychosis syndrome: ready for DSM-5.1? **Annu. Rev. Clin. Psychol.** v. 10, p.155-192, 2014.

GAINES, A. D. From DSM I to DSM II; voices of self, mastery and the other: a cultural constructivist reading of U.S. Psychiatric Classification. **Soc. Csi. Med.**, v. 35, n. 1, 1992.

GASK, L. *et al.* Capturing complexity: the case for a new classification system for mental disorders in primary care. **European Psychiatry**, v. 23, p. 469-476, 2008.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, K. O. *et al.* Atenção Primária à Saúde - a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 881-892, 2011.

GONÇALVES, R. W.; VIEIRA, F. S.; DELGADO, P. G. G. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 51-58, fev. 2012.

GRYSHECK, G.; PINTO, A. A. M. Saúde mental: como as equipes de saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3255-3262, 2015.

GROB, G. N. Origins of DSM-I: a study in appearance and reality. **American Journal of Psychiatry**, v. 4, n. 148, p. 421-431, 1991.

KAYMAZ, N. *et al.* Do subthreshold psychotic experiences predict clinical outcomes in unselected non-help-seeking population-based samples? A systematic review and meta-analysis enriched with new results. **Psychological Medicine**. v. 42, p. 2239-2253, 2012.

LACAN, J. (1949) O estádio do espelho como formador da função do eu. In: **Escritos**. Vol. XV, Rio de Janeiro: Imago, 1998.

LACAN, J. (1955-1956) **O Seminário 3**: as psicoses. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

LACAN, J. (1957-1958a) **O Seminário 5: as formações do inconsciente**. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

LACAN, J. (1957-1958b) De uma questão preliminar a todo o tratamento possível da psicose. *In: Escritos*. v. XV, Rio de Janeiro: Imago, 1998.

LACAN, J. (1960-1961) **O Seminário 8: a transferência**. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.

LACAN, J. (1962-63) Passagem ao ato e *acting out*. *In: O Seminário, Livro 10: a angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.

LAPLANCHE, J. **Vocabulário da psicanálise**: Laplanche e Pontalis. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LLOYD-EVANS, B. *et al.* Initiatives to shorten duration of untreated psychosis: systematic review. **The British Journal of Psychiatry**, v. 198, n. 4, p. 256–263, 2011.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARCOS, C. M.; DERZI, C. A. M. As manifestações do ato e sua singularidade em suas relações com o feminino. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. XVI n. 1, 71-86, jan/jun 2013.

MARSHALL *et al.* Changes in Symptom Content from a Clinical High Risk State to Conversion to Psychosis. **Early Interv Psychiatry**, v.13, n.2, abr. 2019.

MARTINS, H. Governo quer nova política de saúde mental; especialistas criticam manicômios. **Agência Brasil – EBC**. 2017. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-09/governo-quer-nova-politica-de-saude-mental-especialistas-criticam-manicomios>. Acesso em: 01. set. 2018.

McGUIRE, P., SELVARAJ, S., HOWES, O. A intervenção clínica na fase de ultra alto risco é eficaz? Is clinical intervention in the ultra high risk phase effective? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 33, supl. II, out. 2011.

NAKATA, P. T. *et al.* Classificação de risco familiar em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 5, set./out. 2013.

NOTO, C.; ORTIZ, B. B.; HONDA, P.H.S. Esquizofrenia resistente ao tratamento. *In: CARVALHO, A. F; NARDI, A. E.; QUEVEDO, J. Transtornos psiquiátricos resistentes ao tratamento: diagnóstico e manejo*. 1 ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. cap. 9, p. 141-157.

ODA, A. M. G. R. A paranoia em 1904 – uma etapa na construção nosológica de Emil Kraepelin. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 318-332, jun. 2010.

OLIVEIRA, F. B. *et al.* Saúde mental e estratégia de saúde da família: uma articulação necessária. **Psychiatry Online Brasil**, v.14, n. 9, 2009.

OLIVEIRA, R. M. Semiologia da histeria: aspectos fenomenológicos descritivos. *In*: OLIVEIRA, R. M. (org.). **Seminários em Psicopatologia**: da psiquiatria clássica à contemporaneidade. 1 ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2013. cap. 31, p. 371-388.

OPAS BRASIL- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE BRASIL. **OMS divulga nova Classificação Internacional de Doenças (CID 11)**. 2018. Disponível em:
https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5702:oms-divulga-nova-classificacao-internacional-de-doencas-cid-11&Itemid=875 Acesso em: 04. de fev. 2019.

PARRISH, E. M. *et al.* Clinical high risk for psychosis: The effects of labelling on public stigma in a undergraduate population. **Early Intervention in Psychiatry**, v. 13, n.4, p.874-881, ago. 2019.

PEIXOTO, A. A loucura maníaco-depressiva. **Hist. cienc. Saúde Manguinhos**, Rio de Janeiro , v. 17, supl. 2, p. 562-571, dez. 2010.

PENN, D. L. *et al.* Psychosocial treatment for first-episode psychosis: a research update. **Am. J. Psychiatry**, v. 162, n. 12, p. 2220–2232, 2005.

PEREIRA, M. E. C. O “automatismo mental” e a “erotomania”, segundo Clérambault. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.** São Paulo, v. 2, n.1, jan./mar. 1999.

PEREIRA, M. E. C. Bleuler e a invenção da esquizofrenia. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 158-163, mar. 2000.

PEREIRA, M. E. C. Kraepelin e a criação do conceito de “Demência precoce”. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 126-129, dez. 2001.

POLI, M. C.; MESQUITA, D. B. G. Arte & psicose: a obra de Arthur Bispo do Rosário. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 34, n.3, p. 612-624, 2014.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constituição. Nova Iorque, 1946.

OS, J. V.; GULOKSUZ, S. A critique of the “ultra-high risk” and “transition” paradigm. **World Psychiatry**, v. 16, p. 200-206, 2017.

PICCININI, W. J. História da psiquiatria. *In*: Associação Brasileira de Psiquiatria; NARDI, A.E.; SILVA, A.G.; QUEVEDO, J. L., (org.). **PROPSIQ Programa de Atualização em Psiquiatria**: Ciclo 3. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2014. v. 3, p. 9-45.

PONTES, A. K. **Juventude e risco**: problematizando o sentido construído por jovens sobre esta relação. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2011.

PORTER, R. **Cambridge: História da medicina**. Rio de Janeiro: Revinter, 2006.

QUEIROZ, I. M.; KOBAYASHI, T. C. M. Passagem ao ato na psicose: um estudo clínico na psicanálise. **Revista de iniciação científica da universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 6, n. 1, p. 11-20, 2016.

QUINET, A. **As 4 + 1 condições da análise**. 12. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009a.

QUINET, A. **Psicose e laço social: esquizofrenia, paranóia e melancolia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009b.

QUINET, A. **Teoria e clínica da psicose**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

RAMOS, F. Do DSM-III ao DSM-5: traçando o percurso médico-industrial da psiquiatria de mercado. *In*: ZORZANELLI, R.; BEZERRA JUNIOR, B.; COSTA, J. F. (org.). **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. 1. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2014, p. 211-229.

RÊGO, A. S. et al. Estratificação de risco familiar no contexto da estratégia de saúde da família. **Revista de enfermagem UFPE online**, Recife, v.10, n.3, p.977-984, mar. 2016.

RESENDE, M. S.; CALAZANS, R. Neurose e psicose na CID-10 e DSM-IV: o que é ignorado? **Analytica**, v. 2, n. 3, p. 145-174, 2013.

RIETDIJK, J. *et al.* Pathways to psychosis: help-seeking behavior in the prodromal phase. **Schizophrenia Research**, v. 132, p. 213-219, 2011.

ROCHA, E. C.; FERNANDES, F. L. F. Um psicótico ajuizado: incidências da psicanálise no tratamento psiquiátrico da psicose. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, ano VII, n. 1, 2004.

RODRIGUES, L. Os sentidos do risco no campo da saúde mental. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 29, 2017.

ROSE, G. Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. **British Medical Journal**, v. 282, p. 1847-1951, 1981.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SAMPAIO, A. L.; RUSSO, G. A liga das nações: uma perspectiva europeia. **Cadernos de relações internacionais**, v. 4, n.1, 2011.

SANDLER, J. Z. Considering the Economy of DSM Alternatives. *In*: PARIS, J., PHILIPS, J. **Making the DSM-5: concepts and controversies**. New York: Springer, 2013.

SANTOS, M. E. S. B. **Transtornos mentais comuns em pacientes com AIDS que fazem uso de anti-retrovirais no Estado de São Paulo, Brasil**. 2002. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva)- Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

SANTOS, W. **Dicionário jurídico brasileiro**. Belo Horizonte: Del Rey, 2001.
 SAUSSURE, F. (1916) **Curso de linguística geral**. São Paulo: Cultrix, 2006.

SERPA JUNIOR., O. D. *et al.* O diagnóstico da esquizofrenia no contexto dos serviços de saúde mental de base comunitária. *In: ZORZANELLI, R.; BEZERRA JUNIOR, B.; COSTA, J. F (org.). A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea*. 1. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2014, p. 107-130.

SOUZA, A. C.; ALEXANDRE, N. M. C; GUIRARDELLO, E. B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 26, n.3, p. 649-659, 2017.

STAFFORD, M. R. *et al.* Early interventions to prevent psychosis: systematic review and meta-analysis. **BMJ (Clinical research ed.)**, v. 346, p.185, jan. 2013.

SULLIVAN, H. S. The onset of schizophrenia. [classical article]. **American Journal of Psychiatry**, v. 151, n.6, p. 134–139, 1927.

TANDY, J. *et al.* Prospective Diagnosis of the Initial Prodrome for Schizophrenia Based on the Structured Interview for Prodromal Syndromes: Preliminary Evidence of Interrater Reliability and Predictive Validity. **The American Journal of Psychiatry**, v. 159, p. 863-865, 2002.

TENÓRIO, F. Psicose e esquizofrenia: efeitos das mudanças nas classificações psiquiátricas sobre a abordagem clínica e teórica das doenças mentais. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.23, n.4, p. 941-963, out.-dez. 2016.

TOLEDO, K. Psicose e desencadeamento: sustentação e ruptura. **Mental**, ano II, n. 3, p. 75-87, nov. 2004.

VIANA, M. B. **Mudanças nos conceitos de ansiedade nos séculos XIX e XX: da “angstneurose” ao DSM-IV**. 2011. Tese (Doutorado em Filosofia) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2011.

VIGANÓ, C. A construção do caso clínico em Saúde Mental. **Curinga – Psicanálise e Saúde Mental**. Belo Horizonte: EBP-MG, n.13, p. 39-48.1999.

YUNG, A. R. *et al.* Mapping the Onset of Psychosis: The Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 39, 2005.

YUNG, A. R. *et al.* Should a “Risk Syndrome for Psychosis” be included in the DSMV? **Schizophrenia Research**, v. 120, p. 7–15, 2010.

WOODS, S. W. *et al.* Psychotropic medication use in youth at high risk for psychosis: comparison of baseline data from two research cohorts 1998-2005 and 2008-2011. **Schizophrenia Research**, v. 148, p. 99-104, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION- WHO. **History of the development of the ICD.** 2019. Disponível em: <https://www.who.int/classifications/icd/en/HistoryOfICD.pdf>
Acesso em: 04. Fev. 2019.