



Revista
de Psicologia

ISSN 2179-1740

O ATO CLASSIFICATÓRIO E MODELOS DE NOMEAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS: UMA ABORDAGEM SOCIOANTROPOLÓGICA

*THE CLASSIFICATION ACT AND MENTAL DISORDERS LABELING MODELS: A
SOCIO-ANTHROPOLOGICAL APPROACH*

Antonio Cristian Saraiva Paiva¹
Selma Gomes da Silva²

Resumo

Este artigo baseia-se em pesquisa doutoral realizada (Silva, 2017) e objetiva discutir o ato classificatório dos ditos transtornos mentais, a partir da abordagem de teóricos situados na perspectiva social-estruturalista, na Antropologia e na Sociologia da Saúde, no sentido de compreender como são utilizados os manuais nosológicos atuais como formas de configuração clínica das doenças psíquicas. A problemática compõe as seguintes questões norteadoras: Como explicar o ato de classificar? De onde vem essa prática humana? É comum a todas as culturas? Faz parte de uma lógica apriorística da mente humana ou é uma habilidade baseada na realidade empírica e social? O que revela dos mecanismos de distinção e de distribuição de poder num grupo? Para responder a essas questões foi realizada uma pesquisa de abordagem qualitativa, com uso de pesquisa documental, observação sistemática e entrevistas abertas com escuta de narrativas de docentes de ensino básico no Estado do Amapá, com experiências de sofrimento e adoecimento psíquico, atendidos em uma unidade de atendimento psicossocial, lócus da pesquisa. Assim, foram consultados 822 prontuários, entrevistados 40 docentes, 10 técnicos da equipe multidisciplinar e 10 gestores escolares. Com base em discussões teóricas e em dados construídos, entendemos que a tendência classificatória, em saúde mental, pode ser útil como instrumental técnico-científico para facilitar o processo de tratamento, porém se realizado com muito cuidado e parcimônia, caso contrário, poderá fornecer bases para a estigmatização social de pessoas.

Palavras-chave: Transtornos mentais. Modelos classificatórios. Nomeação diagnóstica.

Abstract

This article is based on a doctoral research (Silva, 2017) and aims to discuss the classificatory act of the so-called mental disorders, from the approach of theorists situated in the social-structuralist perspective, Anthropology and Health Sociology, in the sense of understanding how the current nosological manuals are used as forms of clinical configuration of psychic diseases. The problem composes the following guiding questions: How to explain the act of classifying? Where does this human practice come from? Is it common to all cultures? Is it part of an a priori logic of the human mind or is it a skill based on empirical and social reality? What does it reveal about the mechanisms of distinction and distribution of power in a group? In order to answer these questions, a qualitative research was carried out using documentary research, systematic observation and narratives of teachers of basic education in the State of Amapá, who have experienced suffering and psychic illness, and who attended in a unit of psychosocial care, locus of our research. Thus, 822 medical charts were consulted, 40 teachers were interviewed, 10 multidisciplinary team technicians and 10 school managers were interviewed. Based on theoretical discussions and constructed data, we understand that the classification tendency in mental health may be useful as a technical-scientific instrument to facilitate the treatment process, since it is performed with great care and parsimony, otherwise it may provide bases for the social stigmatization of people.

Keywords: Mental disease; models of classification; diagnostic labeling.

¹ Professor do Departamento de Ciências Sociais e do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Ceará (UFC), Brasil. Email: cristianspaiva@me.com

² Universidade Federal do Amapá, Brasil. Email: selmags.ap@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

A vida social, em todos os seus aspectos e em todos os momentos da sua história, só é possível graças a vasto simbolismo. (DURKHEIM, 1989, p. 288).

Se o amor não consola, se a ideologia desaponta, se a religião não consegue apagar a terrível sensação de perda e de finitude – para não falar da imensa frustração e do mais penoso sofrimento a que somos sistematicamente submetidos–, as florestas de símbolos, as mitologias e os carnavais nos ajudam na travessia. (TURNER, 2005, p. 28).

Há um consenso em definir a antropologia como a ciência que estuda a cultura, o homem como ser cultural e fazedor de cultura. Para Laplantine (2003, p. 9) “só pode ser considerada como antropológica uma abordagem integrativa que objetive levar em consideração as múltiplas dimensões do ser humano em sociedade”. Na visão desse autor, a antropologia deve ter como objeto ‘o homem inteiro’.

Segundo ainda Laplantine (2003, p. 7) “o homem nunca parou de interrogar-se a si mesmo. Em todas as sociedades existiram homens que observaram homens”. Com base nessas considerações, moveremos algumas indagações, não sobre o homem em si, mas sobre a ‘tendência’ classificatória humana. Como explicar o ato de nomear e/ou de classificar? De onde vem essa prática humana? É comum a todas as culturas? Faz parte de uma lógica *apriorística* da mente humana ou é uma habilidade *a posteriori*, baseada na realidade empírica e social? Será o resultado de fatores intrínsecos ao indivíduo ou aos fatores externos de natureza social? O que revela dos mecanismos de distinção e de distribuição de poder num grupo?

O presente trabalho não tem a pretensão de apresentar respostas exaustivas a estas indagações. Questionamentos como estes portam em si uma complexa história que submerge e invade as teorias do conhecimento, podendo ser remetidos tanto à filosofia antiga, como às teorias sociológicas, antropológicas e a outros campos de conhecimento que atravessaram a modernidade, caracterizando assim, o reconhecido antagonismo entre apriorismo *versus* empirismo.

Nessa perspectiva, buscaremos dialogar com alguns teóricos no campo da sociologia e da antropologia, mais precisamente da área de antropologia da saúde, sobre a tendência a categorização em si e as formas ou modelos de classificação da doença e, mais, especificamente da doença mental. Para isso, apresentaremos, de forma sucinta as contribuições de alguns teóricos que discutem tais questões, como bases fundantes para a compreensão de práticas classificatórias.

2 O ATO CLASSIFICATÓRIO: PERSPECTIVAS TEÓRICAS

Inicialmente, abordamos o pensamento de Emile Durkheim. Sociólogo que se empenhou para transformar a sociologia em uma ciência objetiva, sistematizou o seu método de investigação análogo às ciências da natureza; partiu da análise de que o social é uma realidade *sui generis*, com vida e características singulares: segundo este pensador é no social que surge e se desenvolve os fatos sociais. Durkheim buscou, em uma das suas principais produções, *As regras do método sociológico* (1895), desenvolver seu pensamento e propor um método para a sociologia no que se refere ao estudo do social.

Na obra *As formas elementares da vida religiosa* (1912), o teórico analisou como aspecto central a compreensão da religião enquanto um fato "essencial e permanente da humanidade". Neste estudo, Durkheim revela uma racionalidade distinta daquela expressa nas *Regras do Método Sociológico*, essa nova forma de refletir vai caracterizar uma segunda fase do seu pensamento, conduzindo-o, assim, a novas proposições. O autor, também, vai buscar na religião explicações que sirvam de base para outras áreas do conhecimento.

Durkheim considera a religião uma coisa eminentemente social. Nesse sentido, as representações religiosas para o autor são representações coletivas; os ritos, por exemplo, são maneiras de agir que só surgem no interior de grupos coordenados e se destinam a suscitar, manter ou refazer alguns estados mentais desses grupos. Durkheim apresenta a religião como a base fundamental na formação de aparelhos representativos e estes constituem os primeiros sistemas de representações que o homem produziu do mundo. Para ele, tanto a ciência como a filosofia seriam de certo modo oriundos de uma matriz religiosa (Durkheim, 1989).

O que ele propõe de novo? As polêmicas de sua época se faziam pelo debate entre empirismo e apriorismo. O autor evidencia críticas à psicologia da época, orientada por uma epistemologia essencialista-mentalista. Durkheim se contrapõe à explicação que toma como base o individual: para ele a racionalidade estaria no próprio social e não como um privilégio da consciência individual, como defendiam as teorias psicológicas à sua época. Para o autor, a sociologia seria a ciência que procuraria aclarar questões referentes à lógica humana como uma racionalidade, fruto das representações coletivas e não dos estados mentais individuais.

Para desenvolver seus argumentos Durkheim se valeu de estudos sobre as sociedades primitivas australianas em suas manifestações culturais e religiosas, onde foi buscar elementos para sistematizar sua teoria do conhecimento acerca das formas elementares religiosas. Nesse sentido, para ele, "explicar a religião, é essencialmente explicar essa crença; é produzir como os homens puderam ser levados a construir essa ideia e com que materiais o fizeram" (Durkheim, 1989, p. 259).

Na construção da teoria sobre as formas elementares, Durkheim utiliza o conceito de efervescência para explicar o papel das representações sociais e no reforço destas. Ele considera que quando a população se encontra dispersa em pequenos grupos cuidando de seus afazeres, este estado de dispersão acaba tornando a vida uniforme, monótona e sem graça, diferentemente do estado de aglomeração¹, em que tudo muda:

O estado de aglomeração age como excitante excepcionalmente poderoso. Uma vez que os indivíduos estão reunidos, emana de sua aproximação uma espécie de eletricidade que os conduz rapidamente a grau extraordinário de exaltação. Cada sentimento expresso vem ecoar, sem resistência, em todas essas consciências largamente abertas a impressões exteriores: cada uma delas serve de eco às outras (Durkheim, 1989, p. 270-271).

Este sociólogo explica, detalhadamente, o comportamento das pessoas neste estado de exaltação, que ele denomina de efervescência. Utilizando-se desta categoria, como força real que exerce um poder de forma "exterior" e "superior" que o transporta para fora de si, esta realidade é concreta e viva.

Para o autor, "a efervescência muitas vezes torna-se tal que leva a atos inauditos. As paixões desencadeadas são de tal impetuosidade que não se deixam conter por nada". [...] "Compreende-se facilmente que, chegando a esse estado de exaltação, o homem não se conhece mais" (Durkheim, 1989, p. 271-272). Ele conclui, com base nesses pressupostos, que "são nesses meios sociais efervescentes que parece ter nascido a ideia religiosa" (p. 274), como afirma:

A religião assume assim sentido e uma razão que até o racionalista mais intransigente não pode desprezar. Seu objetivo não é dar ao homem uma representação do universo físico [...]. Mas ela é, antes de mais nada, um sistema de noções através das quais os indivíduos compreendem a sociedade de que são membro, e as relações, obscuras mais íntimas, que mantêm com ela. Esse é o seu papel primordial; e, mesmo sendo metafórica e simbólica, essa representação, no entanto, não é infiel. Traduz, ao contrário, tudo o que existe de essencial nas relações a exprimir: porque possui verdade eterna que existe fora de nós algo maior que nós, e com o qual nos comungamos (DURKHEIM, 1989, p. 281).

Sendo assim, para o autor, a força religiosa é apenas o sentimento que a coletividade inspira em seus membros, mas projetado fora das consciências que o experimentam, e objetivado. Desta maneira, Durkheim conclui que o totemismo mostra a chave do curioso traço da mentalidade humana que, seja como for, teve papel considerável na história do conhecimento, chegando a concluir que “a nossa lógica nasceu dessa lógica” (Durkheim, 1989, p. 295).

Portanto, o que Durkheim enfatiza nesta obra não interessa apenas aos estudos sobre a religião, mas está subjacente nela uma teoria de conhecimento. Ele assenta de que “a religião não é apenas o reflexo de uma visão de mundo, e sim, o elemento essencial desta apreensão, recorte e classificação do real”. Dessa forma, para Durkheim (1989, p. 296), “entre a lógica do pensamento religioso e a lógica do pensamento científico não existe um abismo. Uma e a outra são constituídas dos mesmos elementos essenciais, mas desiguais”.

Outro teórico que aborda a questão relacionada ao ato classificatório é Marcel Mauss, o qual foi um dos antropólogos de pensamento mais fecundo e influente na antropologia, sendo um dos precursores da escola antropológica francesa, que culminou nos trabalhos de Claude-Lévi-Strauss. Roger Bastide (1989, p. 243) menciona que o estruturalismo teve seu ponto de partida em Durkheim, visto que para este pensador, “a sociologia se exprime simbolicamente entre os indivíduos sob a forma de crença e de práticas religiosas”. Bastide (1989) destaca ainda que Mauss nos fez avançar sobre a relevância e a presença do simbolismo nas interações humanas quando, em um evento, dirigindo-se aos psicólogos e psiquiatras, lhes disse:

É de há muito que Durkheim e nós ensinamos que não se pode comungar e comunicar entre homens a não ser por símbolos, por sinais comuns permanentes, exteriores aos estados mentais individuais que são tão simplesmente sucessivos, por sinais de grupos de estados tomados a seguir por realidades... É de muito que pensamos que um dos caracteres do fato social é precisamente seu aspecto simbólico. Na maior parte das representações coletivas, não se trata de uma representação única de uma coisa única, mas de uma representação escolhida arbitrariamente, ou mais ou menos arbitrariamente, para significar outra comandar as práticas. Agora, estamos seguros de nossa teoria pelo próprio fato de nosso acordo com vocês. (Marcel Mauss, 1950 *apud* Bastide, 1989, p.244).

Assim, enquanto Durkheim, de acordo com Bastide (1989), ocupava-se em definir o caráter simbólico da vida social, Mauss já esboçava uma aproximação entre o estudo do ‘simbolismo mórbido’ e o ‘simbolismo sociológico’, baseando-se na ideia de que o processo da simbolização operaria nos dois casos e de que, em consequência, se pode entrever uma teoria geral que explicaria tão bem, dessa maneira, que “a noção de símbolo torna-se a noção-chave da nova sociologia”. Portanto, para destacar a contribuição de Mauss sobre a relevância dos símbolos na comunicação humana, Bastide (1989) cita Mauss, evidenciando os “elementos importantes dos mitos, dos ritos, das crenças, da fé em sua eficácia, da ilusão da alucinação religiosa, estética, da mentira e do delírio coletivo e de suas correções”. (Mauss *apud* Bastide, 1989, p. 245).

Durkheim e Mauss, no texto *Algumas formas primitivas de classificação* partem do estudo de tribos australianas, para discutir as representações coletivas e mais precisamente a 'função classificatória', fazendo um contraponto aos psicólogos, quando afirmam:

Os lógicos e mesmo os psicólogos aceitam ordinariamente como simples, como inato ou, ao mesmo, como instituído unicamente pelas forças dos indivíduos, o procedimento que consiste em classificar os seres, os acontecimentos, os fatos do mundo em gêneros e em espécies, em subordiná-los uns aos outros, em determinar suas relações de inclusão e de exclusão. Os lógicos consideram a hierarquia dos conceitos como dada nas coisas imediatamente exprimível pela cadeia infinitamente dos silogismos. Os psicólogos pensam que o simples jogo da associação das ideias, das leis de contiguidade e de semelhança entre os estados mentais bastam para explicar a aglutinação das imagens, sua organização em conceitos, e em conceitos classificados uns em relação aos outros (Durkheim; Mauss, [1903]1989, p. 399).

Os autores defendem que o centro dos primeiros sistemas da natureza não é o indivíduo e sim a sociedade, "ela é que se objetiva e não o homem" (idem). Nesse sentido, para esses teóricos, "a sociologia ilumina a gênese e, por conseguinte, o funcionamento das operações lógicas".

Bastide (1967) retém que Lévi-Strauss, antropólogo estruturalista, deu continuidade às teorias de Mauss sobre as trocas sociais e que, ao rebater as teorias difusionistas, evolucionistas e funcionalistas, Lévi-Strauss propôs uma antropologia que pretende o conhecimento do homem em suas dimensões totais. Na opinião de Bastide *apud* Raga (2009, p. 2):

O grande mérito de Lévi-Strauss foi, pois, ter introduzido um princípio simples para pôr um pouco de ordem e de clareza numa das mais difíceis questões da sociologia. [...]. Isto equivale a dizer que a sociologia de Lévi-Strauss é uma sociologia psicológica de tipo intelectualista: há leis do pensamento, há leis da afetividade.

Seguindo a análise de Bastide (1967, p. 243-244), o estruturalismo tem seu ponto de partida em Durkheim. "Este passou de uma concepção 'física' da causalidade, que é a das *Règles*, a uma concepção simbólica da realidade social, que a das *Formas elementares da vida religiosa*". A sociedade se exprime simbolicamente entre os indivíduos sob a forma de crença e das práticas religiosas. A religião para Durkheim produz a consciência coletiva, em seus momentos de fervor, adquirindo uma significação religiosa para os indivíduos que a vivem. Assim, "a noção de símbolo torna-se a noção-chave da nova sociologia" (Bastide, 1989, p. 244).

Nessa perspectiva, a cultura, no entendimento estruturalista, é um sistema onde todas as coisas estão relacionadas de forma que a alteração de um desses elementos resultaria na alteração de todo o sistema. O que há em comum a todos esses sistemas, presentes em diferentes culturas, é a estrutura. O estruturalismo de Lévi-Strauss tem, neste sentido, uma intenção de universalidade, pois ele pretende mapear aquilo que é em comum a toda cultura como uma estrutura fundamental da própria condição humana.

Sob a ótica de Bastide (1989) o estruturalismo não rompeu completamente com o positivismo, pois além da pretensão de rigor metodológico apresenta ainda uma característica holística de análise, partindo da generalização dos fatos para a construção da realidade. Lévi-Strauss nos mostra que através dos mitos e rituais (que apresentam também uma forma de linguagem) é possível chegar à estrutura. Ele nos diz em *A eficácia simbólica* (1975) que a carga simbólica dos rituais os torna próprios para constituírem certamente uma linguagem, posto que o médico dialoga com seu doente, não pela palavra, mas por meio de operações concretas, verdadeiros ritos que atravessam pela

consciência sem encontrar obstáculos, para levar sua mensagem diretamente ao inconsciente. Já em *Feiticeiro e sua magia* (1975) o autor monta um esquema no qual a eficiência do feiticeiro está diretamente ligada ao grau de crença da sociedade na própria eficiência do feiticeiro, de forma que o mal ou o bem produzido por este seriam fruto apenas da forma como o próprio indivíduo e a sociedade agem depois da ação do feiticeiro.

É desta maneira, penetrando na linguagem dos mitos e ritos, que Lévi-Strauss entende que toda sociedade tem uma estrutura mental que é invariável, logo, os mitos (em sua estrutura) estariam presentes em todas as sociedades cumprindo uma mesma função. O objetivo de Lévi-Strauss era provar que a estrutura dos mitos era idêntica em qualquer canto da terra, confirmando assim que a estrutura mental da humanidade é a mesma, independentemente da raça, clima ou religião adotada e praticada.

Para Bastide (1989), a antropologia estrutural é, antes de tudo, uma semiologia, e mesmo uma psicologia, e é sobre as manifestações do segundo tipo de determinismo, o determinismo mental, que o interesse de Lévi-Strauss se fixou, não para destacar universais cognitivos, mas para explicar a maneira como o espírito procede em contextos culturais e geográficos distintos, sofrendo em seu funcionamento o efeito de atração e de desvio que as peculiaridades e o ambiente físico e social lhe impõem.

O que o estruturalismo de Lévi-Strauss propõe para compreensão do normal e do patológico? Segundo Bastide (1967, p. 246), ele propõe “um estudo centrado no lugar, na localização e nas relações subsequentes do patológico e do normal em conjuntos organizados”. Seguindo os argumentos, Bastide (1967, p. 247) referindo-se a Lévi-Strauss afirma: “as estruturas sociais são apenas a expressão realizada das estruturas mentais”. Nesse sentido, do ângulo da sociologia estruturalista, “a loucura é uma ‘instituição’ que funciona em um quadro institucional” (...) “Em suma, sentimos palpitar em nós a *face* dupla e sombria de nosso ser: o que o esquizofrênico e o primitivo classificam, não são as coisas, mas as representações que delas fazem” (Lévi-Strauss *apud* Bastide, 1967, p. 293-294).

Já na visão de Birman (1978, p. 4), “a loucura é instituída e reproduzida historicamente como *alienação mental*. E é como alienação mental que a loucura se torna uma verdade positiva no novo espaço que lhe é designado”. Será tomada, porém, como um objeto bem discriminado, com contornos e manifestações bem marcadas. Submetida à classificação, ordenação e nosologias, que destacam diversas variedades de alienação mental. Seguindo essa perspectiva, Birman (1978), alude que Pinel (1809), por exemplo, discerniu a melancolia, mania sem delírio, mania com delírio e demência, incluindo os quadros clínicos da deterioração intelectual e idiotia. Esquirol, em 1816, estabeleceria a classificação mais difundida, como refere o autor: “mania, melancolia (lipermania), monomanias, idiotia e demência”.

Na visão de Birman, a doença mental é impensável fora do espaço definido pelo discurso psiquiátrico que a estabelece por suas normas de racionalidade. É assim, que “a ‘mania classificatória’ dos psiquiatras do século XIX é camuflada, apagada, e uma peça fundamental da estrutura do conhecimento psiquiátrico é posta fora do campo reflexivo” (BIRMAN, 1978, p. 18). O que significa essa *mania classificatória*, o que ela revela? A nosologia médica de então construída segundo o modelo classificatório da Botânica, de acordo com Birman (1978, p. 28), “se reformula radicalmente pelo impacto produzido no saber médico pela Anatomia Patológica, que passa a fundamentar a Clínica”.

Por falar em modelos classificatórios da doença, não poderíamos deixar de citar François Laplantine, antropólogo que, também sob o viés estruturalista, desenvolve no campo da antropologia da doença um esforço que ele próprio chama de *metacultural* – onde o autor busca analisar formas elementares da doença e da cura. Para isso,

este estudioso parte do pressuposto de que a doença possui uma dimensão social carregada de simbolismos:

Não há sociedade onde a doença não tenha uma dimensão social, sendo ao mesmo tempo a mais íntima e individual das realidades, dando um exemplo concreto da ligação intelectual entre a percepção individual e o simbolismo social". "(...) estas formas são extremamente dispare, e de que numa mesma sociedade, um certo momento de sua história, as correntes médicas, os sistemas de pensamento, as escolas, os comportamentos sociais são extremamente variados e a essas variações sociais acrescentam-se as variações individuais" (Laplantine, 1991, pp. 2 e 11).

Laplantine (1991) avalia que a compreensão da representação etiológica e do sistema de pensamento médico dificilmente pode ser isolada das condições sociais em que se inscrevem. Para ele as interpretações da patogenia e da terapia variam, essencialmente, de uma sociedade para outra, de um indivíduo para outro, podendo inclusive ser evolutivas numa mesma sociedade.

Na opinião do autor, o que deve ser visado por uma antropologia das formas elementares do normal e do patológico é a transformação das representações da doença e da cura, que são modelos etiológico-terapêuticos, os quais constituem objeto do empreendimento antropológico. Em *Antropologia da doença*, Laplantine analisa a existência de diferentes lógicas que presidem esses modelos etiológicos e terapêuticos na sociedade contemporânea, na qual, ele apresenta como objetivo principal:

O estudo comparativo dos diversos discursos, conhecimentos e práticas que são postos em jogo, tanto em nível da interpretação da origem (suposta ou real) da doença quanto da resposta terapêutica proposta ou considerada; ou seja, os diferentes modos pelos quais os homens e as mulheres de nossa sociedade se representam hoje a morbidez e a saúde (Laplantine, 1991, p. 12).

O autor chama atenção para o pluralismo etiológico e terapêutico característico de nossa sociedade atual, no campo das ciências médicas. O autor aponta a sociedade francesa contemporânea como exemplo, quando considera:

[esta] é cruzada por três campos de conhecimentos e de significações médicas, ora entrando decididamente em conflito, ora se sobrepondo, se entremeando, chegando mesmo a se combinar, que são: os sistemas biomédicos (cujo modelo epistemológico de referência e de natureza psicoquímica e predominam largamente (o que se explica por sua própria natureza) não apenas entre os praticantes oficiais da medicina, como também na população medicada; os sistemas psicológicos (psiquiátricos, psicossomáticos, psicanalíticos), [chamados pelos autor], de psicomédicos: os sistemas relacionais designados como sócio médicos. (Laplantine, 1991, p. 13).

Nessa perspectiva, o antropólogo se remete a Henri Péquignot (1953, p. 7) para apresentar a conceituação de medicina e declara que esta é o "encontro de uma técnica científica e de um corpo", ou seja, "a relação que provém do confronto entre dois campos de conhecimento e de significado", como descrito abaixo:

O campo do doente, caracterizado pelo sofrimento e pela consciência mórbida com seus componentes irracionais de angústia e de esperança; o campo do médico que, no caos do diagnóstico, do prognóstico e do tratamento, é o único sujeito dos enunciados socialmente legítimos e fundamenta sua prática precisamente na recusa de uma parte da experiência do doente (notadamente do prazer, do desejo, da linguagem e do "triumfo" sobre o sofrimento) (Henri Péquignot *apud* Laplantine, 1991, p. 13-14).

Concernente à busca da etiologia das doenças, Laplantine (1991, p. 14) expõe uma constatação relevante, como base, para a realização de sua pesquisa, quando afirma:

É de que, quando se fala de etiologia em nossa sociedade, considera-se quase sempre exclusivamente a única etiologia científica a da Medicina contemporânea e praticamente jamais a etiologia subjetiva, mas, simultaneamente, social, que é a dos próprios doentes. A ideia largamente predominante é que a causalidade (bio) médica é isenta de representações, como se sentíssemos dificuldades em admitir que a doença é um fenômeno social que não unicamente produto do especialista, mas absolutamente de todos. Correlativamente, o ponto de vista dos clientes (ou dos “consumidores”) é na maior parte do tempo percebido com uma fonte de ignorância ou de desconhecimento em relação a esta medicina. Supõe-se que ele não desperte grande interesse.

Dessa maneira, Laplantine (1991, p.17) declara a meta principal em sua obra:

O que esperamos mostrar é que, ao lado ou, mais exatamente, com relação à doença tomada como objeto do conhecimento científico, ou seja, como ato de objetivação por um saber positivo, não é apenas “importante”, “interessante”, mas, cientificamente necessário que uma verdadeira antropologia da saúde se volte também para o doente, que não só pode como deve ser levado em consideração, tornando-se um autêntico polo de conhecimento”.

Sendo assim, o autor afirma que não existe antropologia médica sem comparação, sem estudo das relações recíprocas entre os modelos etiológicos e terapêuticos: para tanto, Laplantine (1991, p. 39) apresenta e analisa quatro modelos etiológicos: ontológico-relacional; exógeno-endógeno; subtrativo-aditivo; benéfico-maléfico e quatro modelos terapêuticos: alopático-homeopático; exorcista-adorcista; aditivo-subtrativo; sedativo-excitante. Organizados respectivamente por pares polarizados, como tentativa de explicação das tendências classificatórias das concepções de causa e de cura da doença.

Nesse sentido, o autor define o modelo etiológico ou terapêutico como “uma matriz que consiste em uma certa combinação de relações de sentido e que comanda, com mais frequência à revelia dos atores sociais, soluções originais, distintas e irredutíveis, para responder ao problema da doença” (Laplantine, 1991, p. 40). Muito embora ele retenha que a representação etiológica comanda a representação terapêutica: “entre nós, o diagnóstico determina a natureza do tratamento, da mesma forma que nas sociedades tradicionais a adivinhação induz o ritual a ser efetuado” (Idem, 1991, p. 207).

Não nos deteremos em caracterizar os modelos propostos por Laplantine, mas apenas citá-los como formas classificatórias de compreensão e análise das formas de nomeação de doenças, já que, para o autor, “cada sociedade é confrontada por certo tipo de doença e desenvolve certa concepção da sua etiologia”. Ele alega existir uma “obsessão por uma classificação da sintomatologia ou de uma etiologia particular, e que está não apenas detectável apenas ao nível das culturas e dos períodos históricos, mas também dos médicos e dos próprios pesquisadores” (Laplantine, 1991, p. 159).

Dessa forma, conforme o pensamento do referido autor, é visível o anseio para explicar as bases etiológicas da doença, assim como, também, é inegável as diversas abordagens explicativas e classificatórias da doença e, principalmente, da doença mental, tanto no campo das ciências da saúde e como na área das ciências sociais, que ao mesmo tempo valem-se de fatores endógenos ou exógenos, travando-se assim, um diálogo conflitante entre ciências para explicar as bases da saúde/doença ou do sofrimento psíquico.

Silveira (2000, p.17), sobre essa discussão, considera que a biomedicina pouco explica sobre “o sofrimento, a singularidade e a estranheza de sentir-se doente. E explica, menos ainda, sobre as incontáveis possibilidades culturais de compreensão dos fenômenos ligados à saúde e à doença, sobretudo no campo simbólico”. Conforme a opinião da autora, o interesse dos antropólogos sempre privilegiou, ainda que por vezes no relato, aspectos ligados à alimentação, aos cuidados corporais, as plantas medicinais, a concepção, a morte, ao diagnóstico das doenças e aos especialistas de cura (leigos ou religiosos) etc. Mais, precisamente, para Silveira (2000, p. 17-18),

a antropologia da saúde, designa com mais propriedade o vasto campo que abriga o estudo da saúde (reconhecimento do estado de saúde, formas de preservá-lo, alimentação, sono, interações ambientais etc.) e da doença (sistemas etiológicos e terapêuticos, significados e usos sociais da doença, saúde e doença como processo).

Alinhando-se a essa perspectiva, Minayo *apud* Silveira (2000, p. 18) referindo-se ao modelo biomédico, identifica a existência de uma “miopia frente ao social pelo apego ao tratamento quantitativo dado ao fenômeno saúde/doença e pela abordagem anatomofisiológica da medicina, próprios da epidemiologia clássica, que podem produzir restrições a uma compressão mais abrangente de tal processo”. Nesse sentido, Minayo (2010, p. 127) ressalta:

A doença em sua expressão normativa da vida, como fenômeno individual e em sua expressão coletiva, epidemiológica, onde adquire significado no conjunto das representações sociais e nas reivindicações políticas, esta está estruturada em uma sociedade social. Como forma adaptativa da vida, resultante das relações dos grupos sociais entre si e com a natureza, mediada pelo processo de trabalho e doença tem uma historicidade das relações sociais – econômicas, políticas e ideológicas – que se realizam nas sociedades concretas.

Os autores com os quais aqui dialogamos partilham, portanto, o entendimento segundo o qual discutir a doença é compreendê-la como um fenômeno social.

3 CATEGORIZAÇÕES DAS DOENÇAS MENTAIS: ASPECTOS HISTÓRICOS E MODELOS CLASSIFICATÓRIOS ATUAIS.

No campo da doença mental, é notória a existência de modelos classificatórios, ainda que polêmicos e criticados por estudiosos e pesquisadores de diferentes países do mundo, entre os quais Pignarre (2006), Elisabeth Roudinesco (2013), Phillips (2010), Paris e Phillips (2013), Sadler (2010, 2013), Hacking (2013), Horwitz (2002, 2007, 2013), Conrad (2007), Braunstein (2013). No Brasil, se somaram críticas à estratégia reducionista do DSM por pesquisadores provenientes de campos diversos, como Camargo et al. (2006), Caliman (2009), Ortega (2004, 2008), Garcia Maldonado (2012) e Dunker e Neto (2011), conforme Caponi (2014, p. 742).

Não nos deteremos em fazer uma investida histórica da classificação da doença mental, tal como encontramos em Pessotti (1995; 1999), faremos apenas uma apresentação de alguns modelos classificatórios mais atuais, no campo dos chamados transtornos mentais. Eventualmente, no entanto, nos remeteremos a alguns momentos históricos apenas para situar a nossa discussão.

De acordo com Aguiar (2004), o governo norte-americano desenvolveu a primeira classificação psiquiátrica oficial em 1840, que identificava apenas duas categorias: idiotismo e insanidade. Em 1880, o governo

dividiu o sistema classificatório em sete categorias: mania, melancolia, monomania, paresia, demência, dipsomania e epilepsia. Em 1917, a Associação Médico-Psicológica Americana adotou um plano para uniformizar as estatísticas hospitalares de pacientes portadores de doenças mentais. Esse sistema foi revisado em 1934 para ser incorporado à primeira edição da Nomenclatura Padronizada de Doenças da Associação Médica Americana.

Na década de 1940, os médicos das Forças Armadas Americanas avaliaram que tal classificação era insuficiente em seu domínio, pois se baseava em doenças crônicas encontradas na população civil; não contemplava, portanto, os distúrbios agudos, psicossomáticos e transtornos de personalidade encontrados entre os combatentes durante a Segunda Guerra mundial. Conforme percepções de Aguiar (2004) as classificações militares se basearam amplamente nas ideias de William Menniger², orientadas pela psicanálise.

A Classificação Internacional de Doenças (CID-6)³ foi publicada em 1949, sendo a primeira edição da CID a apresentar uma seção para os transtornos mentais. Essa classificação ainda não incluía síndromes cerebrais crônicas, bem como vários transtornos de personalidade e situações reativas de interesses dos clínicos americanos. Em virtude dessas omissões, a Associação Médico-Psicológica Americana (depois chamada Associação Psiquiátrica Americana) decidiu elaborar uma classificação própria, alternativa à CID-6, para uso nos Estados Unidos, publicando a primeira versão do Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM-I), em 1952. A identidade do DSM-I refletia a noção de doença mental como uma reação a problemas da vida e situações difíceis encontradas pelos indivíduos. Também era perceptível a influência da psicanálise nesta edição.

Na sequência, o DSM-II foi publicado em 1968; este introduz algumas diferenças em relação ao DSM-I, mas mantém a ideia básica de que os transtornos mentais são a expressão simbólica de realidades psicológicas (ou psicossociais). Enfatiza mais os aspectos da personalidade individual na compreensão do sofrimento psicológico. As diferentes formas de perturbações mentais passam a corresponder a diferentes níveis de desorganização psicológica do indivíduo. Nesse Manual, conforme Aguiar (2004) e Ian Hacking (2013), a influência da psicanálise em sua nomenclatura torna-se ainda maior⁴.

Na década de 1960, a maioria dos trabalhos em psiquiatria se baseava nas experiências clínicas, na teoria psicanalítica e na psiquiatria social e comunitária, um grupo de pesquisadores na Universidade de Washington, liderados por Eli Robins e Samuel Guze, seguia, no entanto, por outra direção. Suas pesquisas tinham como objetivo o desenvolvimento de instrumentos que pudessem aumentar a confiabilidade dos diagnósticos psiquiátricos. Em 1972 foram publicados os critérios de Feighner, que delimitavam 14 síndromes psiquiátricas descritas através de critérios diagnósticos explícitos (AGUIAR, 2004; Ian Hacking, 2013).

Em 1974, Robert Spitzer foi nomeado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA) para chefiar uma “força-tarefa” encarregada de elaborar um novo sistema de classificação diagnóstica para a psiquiatria americana: o DSM-III⁵. Aguiar (2004) declara que Spitzer selecionou um grupo de profissionais mais comprometidos para a pesquisa em diagnósticos do que com a prática clínica. Esse comitê era visto no meio psiquiátrico como sendo contrário aos interesses daqueles que defendiam as teorias e práticas relacionadas à psicanálise. Os especialistas dedicados à elaboração do DSM-III, na perspectiva da autora:

Comprometidos com a rigorosa aplicação dos princípios de verificabilidade e experimentação científica, visavam principalmente elaborar um manual com embasamento empírico, que viesse a aumentar o nível de confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico, pelo uso de critérios objetivos e claramente definidos. (AGUIAR, 2004, p. 29).

Na visão da autora, esses profissionais não se preocuparam com os aspectos dinâmicos da doença mental. Assim, o comitê formado por este grupo de especialistas determinou que seria adotada no manual uma perspectiva descritiva e a teórica. Quando nem a etiologia nem o processo de adoecimento fossem conhecidos, a classificação deveria basear-se em fenômenos puramente fenomenológicos e facilmente observáveis na clínica, que seriam descritos sem fazer referência a nenhum sistema teórico específico. (AGUIAR, 2004).

Em 1980, o DSM-III foi publicado, apresentando critérios diagnósticos explícitos e objetivos para cada categoria e um sistema de avaliação multiaxial que compreende transtornos clínicos, divididos por eixos – eixo 1: transtornos de personalidade e desenvolvimento; eixo 2: condições e distúrbios físicos; eixo 3: escalas de avaliação para a gravidade dos estressores sociais e avaliação global do funcionamento (eixos 4 e 5). Aguiar (2004, p. 41) declara: “o DSM-III foi a solução encontrada para tirar a psiquiatria americana do buraco em que se encontrava”. Ao padronizar os diagnósticos psiquiátricos, com os dados objetivos e facilmente observáveis, o DSM-III possibilitou a adequação da psiquiatria aos métodos regulamentares que se faziam necessários para a sobrevivência da profissão naquele momento. Dois anos após a sua publicação. O DSM-III já era uma realidade mundial. Acabou sendo traduzido para mais de 20 idiomas e produziu um impacto social enorme.

Em 1994, a APA publica o DSM-IV, dá continuidade à filosofia do DSM-III, mantendo a perspectiva descritiva e consolida a ruptura com as descrições psicanalíticas. Sua elaboração foi coordenada com a preparação do capítulo sobre transtornos mentais da CID-10, numa elaboração da APA com a Organização Mundial da Saúde (OMS).

A versão, mais atualizada do DSM-V foi publicada em 2013. Esse manual amplia suas categorias classificatórias de diagnóstico, em relação à versão anterior, aumentando assim uma tendência na psiquiatria transformar comportamentos e experiências do cotidiano em patologias mentais. Para Araújo e Neto (2014, p. 68), “o uso e classificações categoriais é limitante pois a topografia de um comportamento não é suficiente para a compreensão da sua função para um determinado indivíduo. A análise funcional do comportamento é imprescindível para o planejamento da intervenção clínica”.

Ian Hacking (2013, p. 301) referindo-se a ênfase dada aos transtornos individuais, em si, e não a dinâmica da doença mental como um todo, afirma: “a maioria dos críticos se preocupou com as árvores (os tipos de transtorno reconhecidos pelo manual), mas poucos pensaram sobre a floresta”. Este autor considera que o comitê responsável pela elaboração do DSM-V, formado por especialistas, “em sua maioria orientados pelo modelo biomédico, excluem as condições sociais e eventos ao longo da vida”. Sendo assim, adotada no manual uma perspectiva descritiva e a teórica.

Atualmente, a CID-10⁶ é o manual oficial, classificatório, utilizado pelos médicos psiquiatras para a realização do diagnóstico também das doenças mentais.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

No estudo que subsidia a presente discussão (Silva, 2017), optou-se por uma investigação de abordagem qualitativa, descritiva, como uso pesquisa documental e de entrevistas abertas. De acordo com Gaulejac (2012), ao propor uma abordagem qualitativa para a pesquisa, as ciências sociais introduzem de forma positiva a importância do “subjetivo” em qualquer abordagem do social, oferecendo instrumentos para sua apreensão.

Sob essa perspectiva metodológica, na pesquisa aqui realizada pretende-se compreender de que modo o ato de classificar é analisado por estudiosos a partir da abordagem proposta, no sentido de entender as configurações clínicas dos modelos classificatórios atuais, aplicadas como formas diagnósticas e de categorização do sofrimento psicológico.

Para analisar esses diversos materiais, foi montado um dispositivo metodológico aberto, capaz de dar conta da heterogeneidade e da complexidade do objeto, envolvendo: pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e participação no cotidiano do campo, objetivando compreender as dinâmicas do atendimento aos docentes realizados no interior do dispositivo institucional estudado.

Salientamos, assim, que este estudo toma como métodos e materiais a exploração de prontuários, documentos médicos e administrativos relacionados às dinâmicas de encaminhamento e tratamento, tipos e quantitativos de diagnósticos, entrevistas narrativas, percursos realizados pelos docentes durante o tratamento. Do material empírico construído, trazemos, para este artigo, alguns relatos de dados parciais e alguns relatos de docentes acerca dos impactos do diagnóstico classificatório em suas histórias de vida e de trabalho.

Informamos que a pesquisa realizada por Silva (2017), que subsidia os dados apresentados neste artigo, foi cadastrado na Plataforma Brasil⁸ e está de acordo com os Princípios Éticos na Experimentação Humana, adotados pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), conforme Resolução nº 466/2012 – dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos - e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP).

5 O RITUAL DE CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E AS FORMAS DE ENCAMINHAMENTOS NA 'CASA DO PROFESSOR'

Nesta seção discutiremos as formas de nomeações diagnósticas das formas de sofrimento e adoecimento de usuários do Centro de Atenção à Saúde do Docente - "Casa do Professor", *lócus* da pesquisa doutoral realizada por nós (Silva, 2017). Este dispositivo de atenção psicossocial foi criado pela Secretaria de Educação do Estado do Amapá/SEED-AP para disponibilizar serviços de cuidados à saúde de docentes com manifestações de sofrimento e adoecimento psíquicos.

A Casa do Professor, além de servidores administrativos, é composta por uma equipe multidisciplinar com especialistas como: psicólogos, pedagogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, educador físico, entre outros, que se dedicam ao atendimento e tratamento de docentes em sofrimento psíquico, encaminhados para este aparelho de atenção psicossocial. Durante o processo de pesquisa *in lócus*, observamos que os docentes usuários desse serviço são submetidos a um processo ritualizado e normatizado pela própria Casa do Professor/SEED-AP.

Sobre rituais comportamentais, Da Matta (1997) depreende que o mundo social é produto de convenções e símbolos e que todas as ações sociais são "feitos rituais" ou com possibilidades de ritualização. Diferente do que se entende no sentido comum, para o autor, os rituais são momentos essencialmente cotidianos na vida social. Esses momentos comuns e triviais do mundo social podem ser deslocados e assim se transformam em símbolos que, de acordo com o contexto e o momento, mudam o sentido para o "fora do comum", tomando significado especial. "Os ritos ajudam a criar e a construir um tempo e realizam cortes nas rotinas sociais". (Da Matta, 1997, p.72).

Os docentes investigados chegam à Casa do Professor oriundos de diferentes formas de encaminhamentos, como por exemplo: gestão de escolas aonde atuam, Diretoria de Recursos Humanos (DRH/SEED-AP), Junta Médica Estadual, Amapá Previdência (AMPREV) e/ou por demanda espontânea, dependendo do caso.

O “ritual” entendido como “comportamento formal prescrito” (Turner, 2005, p. 49) de atendimento dos professores que buscam suporte à saúde emocional na Casa do Professor inicia-se com o processo de acolhimento do docente pela recepção da Casa do Professor. Ali o docente é direcionado para o serviço social, para realização do acolhimento inicial e encaminhamento de avaliação psicológica. O profissional do serviço social conduz a entrevista inicial, recepciona a “queixa inicial” (sintomas/sinais) e realiza anotações no prontuário clínico do docente atendido, quase que ritualisticamente.

Esses registros são feitos seguindo um certo padrão de escrita com observações sobre os aspectos emocionais, comportamentais e postura corporal manifesta do usuário. Após a escuta dos relatos iniciais do docente, o profissional do serviço social explica-lhe o regulamento da Casa do Professor e solicita a assinatura do ‘Termo de Compromisso’. Este documento está relacionado à oferta e aceitação dos serviços, onde são prescritas as normas que regulamentam o processo de acompanhamento e comprometimento do docente para com seu tratamento na Casa do Professor.

Nesta ocasião da assinatura do pacto de comprometimento, a assistente social informa ao usuário o retorno para a avaliação psicológica do docente. Este agendamento depende da urgência do caso e da disponibilidade da psicóloga que irá acompanhá-lo, durante o seu processo terapêutico. Após a realização da avaliação psicológica, quando o docente ainda não realiza acompanhamento psiquiátrico, ou ainda não possui um diagnóstico, ele é encaminhado para a efetivação da avaliação psiquiátrica, na maioria das ocorrências, no Hospital das Clínicas em Macapá. O diagnóstico clínico fornecido pelo médico psiquiatra é fundamental no processo de nomeação e de validação da forma de mal-estar do professor. É importante ressaltar que, em alguns casos, muitos docentes já chegam à Casa do Professor com uma ou mais classificações diagnósticas. Essas nomeações, etiquetas ou rótulos encontram, via de regra, respaldo na CID-10.

A nomeação diagnóstica fornecida pelo médico psiquiatra representa para alguns docentes uma forma de validar o sofrimento e/ou adoecimento psíquico e de garantir direitos perante à administração escolar e a Secretaria de Educação. Muitos docentes, durante as entrevistas, relatavam a dificuldade da gestão escolar em reconhecer o adoecimento deles sem o diagnóstico médico. A narrativa da docente Fátima expressa uma atitude de autoafirmação e empoderamento frente ao seu gestor escolar após o recebimento do diagnóstico e laudo psiquiátrico de Depressão, Síndrome do pânico e Síndrome de *Burnout*:

Aí eu cheguei com ele e falei na segunda-feira e disse: está aqui meu laudo, meu diagnóstico. Se você quiser me devolver... Está aceita a devolução, mas está aqui o documento do psiquiatra. Se você quiser uma cópia eu te dou. Aí ele pegou olhou... e eu disse: “Está bem”. Aí eu disse pra ele: o que tu me falares agora não adianta nada! Quem vai falar sou eu pra ti. Tu vais sentar e vai me ouvi. Aí eu desabafei! Falei tanta coisa pra ele... Eu disse que ele era covarde, porque ele agiu de má fé na “surdinha” Por que ele não me chamou? Não conversou? E não perguntou o que eu estava sentindo? O que estava acontecendo comigo? [...]. E ele: “sim o que está acontecendo...”. Eu disse pra ele, puxa! No final de carreira quando mais a gente precisa do apoio. A gente já deu tudo o que tinha que dar para a educação, que a gente

precisa de um carinho... Aí no final de carreira vocês fazem isso com a gente. Parece que a gente é papel. Parece papel higiênico que você enrola, usa e joga fora. Foi assim que eu me senti. [...]. Aí eu falei tanta coisa que eu nem lembro mais. Eu chamei tanta coisa pra ele e fui buscar os meus direitos. (profa. Fátima).

A professora Lurdes menciona em seus relatos um quadro de diversos sintomas, de idas e vindas ao hospital, estando ainda em fase da avaliação médica, sem o diagnóstico, dirigiu-se ao seu diretor escolar para solicitar afastamento, porém ele exige que ela apresente o laudo médico, como forma de convalidação da doença, como ela mesma refere:

Eu sentia muitas dores na cabeça ... aí a minha pressão aumentava, aí eu ia ao hospital chegava lá eles me tratavam como hipertensa... [...]. Eu estava assim nervosa, com medo de tudo, sei lá, eu tremia muito.... começavam a conversar comigo eu perdia o controle.... Eu lembro que eu fui na escola conversar com o diretor que eu precisava de uns dias e ele foi muito duro comigo, eu não sei se ele achava... Eu não sei se ele achava que eu estava mentindo. Aí ele ficou me olhando e disse: “é se você quer se afastar traga um atestado, porque aqui na minha escola, professor do estado não fica fora de sala de aula”, e começou a falar as coisas assim pra mim. (profa. Lurdes).

A docente relata que foi ao psiquiatra e foi diagnosticada com depressão, “era muita angústia. Era um negócio assim, era estranho aquilo, porque eu nunca imaginei que a depressão pudesse causar aquilo”. Com a nomeação do adoecimento, o médico lhe garantiu um tempo de afastamento validado que lhe permitiu comprovar o adoecimento perante a Secretaria de Educação:

Eu me lembro de que quando eu cheguei ao psiquiatra que ele me deu os noventa dias, aí eu fui à Secretaria de Educação falar com a chefe do setor pessoal. Nesse dia a gente chegou lá eu estava bem de novo, andando normalmente, aí quando foi chegando a minha vez de entrar a perna começou a não aguentar mais o corpo pra entrar pra conversar com ela. A minha perna começou a tremer de novo, não queria mais aguentar, quando ela me viu naquele estado, ela ficou olhando e disse: “professora, o que aconteceu?”, aí eu não conseguia falar direito, a minha voz ficava ruim, sei lá, era muito estranho aquilo. Então ela disse: “Quem foi o diretor que lhe devolveu dessa maneira?” Aí eu falei a escola que eu era, e ela disse: “só podia ser mesmo”, [...]. Eu vou lhe encaminhar à outra escola”. (Profa. Lurdes).

Os relatos mencionados retratam a necessidade da classificação técnica da doença, para a sua validação social, haja vista que os laudos e atestados médicos potencializam os professores frente aos dispositivos de controle. Com a posse desses documentos os professores sentem-se protegidos para assegurar direitos e se posicionarem frente à gestão escolar, com a qual alguns professores vivenciam situações de conflito e de desqualificação do adoecimento pessoal.

Neste sentido, a classificação diagnóstica dos critérios oficiais (CID-10 e DMS-IV) poderá exercer uma função necessária, porém com sentidos ambíguos para os docentes. A classificação médica produz a *objetivação* do sofrimento através do diagnóstico, permitindo o reconhecimento da legitimidade da queixa, ao mesmo tempo em que desautoriza outras formas de reconhecimento da expressão *subjetiva* do sofrimento. Além disso, uma vez capturados pela racionalidade médica a partir das diferentes modalidades diagnósticas, sentem-se “protegidos”, mas com o ônus da estigmatização e da exclusão, danos sociais negativos derivados do diagnóstico, se considerarmos as possíveis formas de preconceitos e estigmas sociais associadas ao adoecimento psíquico. Como declara Silva (2017, p. 404):

Esse receio da estigmatização é vivido especialmente pelos professores e professoras que, após o reconhecimento do adoecimento, através do diagnóstico clínico, são colocados nas salas ambientes das escolas, conhecidas como “depósitos de professores doentes”. Esses docentes passam por processos de reorganização de suas identidades, perante si mesmos e o grupo social.

O sentimento de discriminação e de isolamento social devidos à experiência do adoecimento e às adaptações ao “*status* de professor doente” são bastantes recorrentes nas narrativas ouvidas. Entretanto, comenta Aguiar (2004, p. 9), “a maioria das pessoas nos grandes centros urbanos do mundo globalizado está buscando cada vez mais no corpo as regras e os modelos com que se identificar”.

Para além das narrativas de adoecimento, realizamos um mapeamento dos prontuários clínicos dos docentes usuários da Casa do Professor. No período de 2009 a março de 2014 foram identificadas uma diversidade de identificações diagnósticas. Apresentaremos alguns dados nas tabelas 1, 2 e 3.

Estas tabelas representam, de forma elucidativa, os variados tipos de diagnósticos referentes aos casos de docentes seguidos clinicamente e em acompanhamento na Casa do Professor do ano de 2009 a março de 2014. Verificou-se que dos 563 casos “catalogados” 115 correspondem a formas variadas de depressão; 91 casos são classificados como transtornos de ansiedade; 128 casos de outras variadas formas de nomeações e 229 casos sem definição de diagnóstico.

Para compreender os “itinerários ritualizados” operados na Casa do Professor, descreveremos algumas ações operadas nesses circuitos terapêuticos/administrativos. Após a realização da classificação diagnóstica, os docentes continuavam o acompanhamento com o psicólogo. Este especialista responsabilizava-se, para além do processo terapêutico, pelo trâmite administrativo referente à evolução do caso, elaboração e emissão de atestados e relatórios periódicos sobre o estado emocional do docente, voltados ao controle da Secretaria de Educação, sobre as condições favoráveis ou não de retorno à sala de aula, frequência aos atendimentos, necessidade de afastamento da sala de aula, solicitações ao diretor da escola para que o docente desenvolva suas atividades em outros espaços na escola, como por exemplo em salas ambiente e bibliotecas. Estes relatórios eram enviados à escola, onde o docente atuava ou para a Divisão de Recursos Humanos para que Secretaria de Educação tivesse ciência da situação funcional do docente.

Quando o docente se ausentava dos atendimentos, ou até mesmo durante o processo de acompanhamento, os especialistas do serviço social e da psicologia, responsáveis pelos usuários, realizavam contatos por telefone, visitas domiciliares ou nas escolas, com o objetivo de “resgatar o paciente”. Quando este não era acessado ou deixava de comparecer ao atendimento por três vezes era desligado do serviço, para que a vaga fosse preenchida por outro docente em sofrimento e/ou adoecimento psíquico.

Quanto aos casos clínicos envolvendo dependência química (alcooolismo e/ou outra substância psíquico ativa), os docentes eram recepcionados na Casa do Professor e após os procedimentos de acolhimento, eram encaminhados para o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas/CAPS Ad, para tratamento paralelo. Estes docentes, todavia, deviam se apresentar à Casa do Professor mensalmente, providos de documento comprobatório de frequência do CAPS ad para que o serviço de psicologia encaminhasse o relatório de acompanhamento do docente às instituições interessadas, geralmente as escolas onde atuavam e para a DRH/SEED-AP.

Observamos que a maior parte desses procedimentos se apresentavam de maneira formal e contínua, assumindo *performances* ritualizadas, pautada pelo regimento interno da Casa do Professor, que norteia e regulamenta os procedimentos relatados. À época da pesquisa, a equipe multidisciplinar estava discutindo-o para analisar formas de duração das práticas terapêuticas, como exigência apresentada pela SEED-AP como forma de padronizar o período da psicoterapia, como se fosse possível normatizar o tempo de reações positivas/negativas relativas ao tratamento. Os psicólogos se posicionavam contrários à essa injunção institucional de padronização, devido à heterogeneidade dos sujeitos e das formas e maneiras diferentes de responder ao tratamento, portanto não sendo possível padronizar ou ritualizar este aspecto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A problemática epistemológica sobre o ato classificatório tem sido posta em discussão, a partir de remotas datas. O olhar das ciências sociais, a partir das reflexões de Emile Durkheim, Marcel Mauss e Lévi-Strauss, nos permitem apresentar a classificação como um processo social, resultado de representações sociais e não como representações individuais, como defendiam os psicólogos à época. Ao mesmo tempo, a “mania de classificar” engendra efeitos não só de conhecimento, mas também (micro) políticas, intervenientes em dinâmicas socioculturais de inclusão e/ou exclusão das subjetividades.

A doença, o diagnóstico e a cura são assim processos sociais, resultantes da integração de fatores biológicos, socioeconômicos, culturais e psicossociais, que norteiam o contexto da história de vida das pessoas e exercem marcada influência nas suas atitudes frente à doença. Na Psiquiatria, o diagnóstico enquanto ferramenta científica de avaliação tem a finalidade de nomear doenças através de códigos e de uma multiplicidade de sinais, sintomas e comportamentos considerados anormais. Porém quando se extrapola os limites da patologia e o diagnóstico passa a ter como meta abordar todos os tipos de comportamentos humanos, considerados anormais ou desviantes, a quantidade do que se considera *transtorno* aumenta e talvez nunca tenha fim.

Dessa forma, o diagnóstico psiquiátrico é considerado um tema polêmico, que provoca posicionamentos opostos. Na visão de Severo e Dimenstein (2009, p. 59) “alguns autores defendem que ele serve para rotular as pessoas, legitimando o controle de pessoas “desadaptadas” ou contestadoras, e outros afirmam ser o diagnóstico imprescindível na direção do tratamento e na evolução da ciência médica acerca dos transtornos mentais”.

As classificações em Psiquiatria, ao longo de seu desenvolvimento histórico, tiveram como fundamento de sua formulação o método fenomenológico e a consideração a uma teoria. A sua construção, baseada numa proposta denomina *ateórica*, tem sido insistentemente justificada pela necessidade de promover a comunicação entre clínicos das mais diferentes partes do planeta, bem como para facilitar os registros estatísticos dos diferentes transtornos. No entanto, tais argumentos não são sólidos o suficiente para assegurar-lhe uma posição epistemologicamente válida no quadro dos saberes sobre o psicopatológico, nem suficientes para validar o seu pretenso ateorismo (Oliver-Martin, 1989).

Entendemos que a discussão sobre a temática aqui abordada requer reflexões mais acuradas devido à sua complexidade. Assumida como procedimento indispensável do atual agenciamento médico sobre as diversas formas de adoecimento, resta explorar, no caso do campo dos “transtornos mentais”, como a linguagem descritiva e taxonômica das classificações nosológicas por vezes torna obsoleta, como alerta Roudinesco (2000), uma

compreensão psicodinâmica do conflito psíquico e de suas relações com a subjetividade. Portanto, cientes das limitações do enfoque deste artigo que ousou discutir as nomeações classificatórias dos transtornos mentais, configura-se como um campo aberto a novas investigações pensar o ato classificatório em seus efeitos simultâneos de objetivação e sujeição.

Concluindo, entendemos que a tendência classificatória, em saúde mental, pode ser útil como instrumental técnico-científico para facilitar o processo de tratamento, porém se realizado com muito cuidado e parcimônia, atentando para os efeitos de objetivação do sofrimento e de controle das subjetividades, podendo fornecer bases para a estigmatização social de pessoas, que podem ser rotuladas como desviantes, por não apresentarem comportamentos compatíveis com a “normalidade” estabelecida, em certa realidade sociocultural.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, A. A. (2004). *A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará. – (Conexões; 23).
- Araújo, Á. C.; Neto, F. L. (2014). A nova classificação americana para os transtornos mentais – o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. Vol. XVI, no. 1, 67-82. Disponível em: pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517>. Acesso em out. 2018.
- Bastide, R. (1967). *Sociologia das doenças mentais*. Tradução de Mauricio Rittner. São Paulo: Companhia Editora Nacional.
- Birman, J. (1978). *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Braunstein, A. (2013). *Classificar em Psiquiatria*. México: Siglo XXI.
- Caliman, L.V. (2009). A constituição sócio-médica do “fato TDAH”. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 21, n. 1, p. 135-144.
- Conrad, P. *The Medicalization of Society*. (2007). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Camargo Jr, K. et al. (2006). A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 1093-1103.
- Caponi, S. (2014). O DSM-V como dispositivo de segurança. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 24 [3]: 741-763. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n3/0103-7331-physis-24-03-00741.pdf>. Acesso em 14 de out. 2018.
- Da Matta, R. (1997). *Carnavais, malandros e heróis: para uma sociologia do dilema brasileiro*, Rio de Janeiro: Rocco.

- DSM IV. (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Dunker, C.; Neto, F. (2011). A crítica psicanalítica do DSM-IV – breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 611-626, dez.
- Durkheim, E. (1989). *As formas elementares da vida religiosa: o sistema totêmico na Austrália*. Tradução de Paulo Neves. São Paulo: Martins Fontes.
- Durkheim, E.; Mauss, M. (2005). Algumas formas primitivas de classificação. In: Mauss, M. *Ensaio de Sociologia*. São Paulo: Perspectiva.
- Figueira, S. (1988). *Efeito psi: a influência da psicanálise*. Rio de Janeiro: Campus.
- Garcia M. G. et al. (2011). El DSM-V. Luces y sombras de un manual no publicado. Retos y expectativas para el futuro. *Revista Salud Mental*. Madrid, n. 34. p. 367-378.
- Gaulejac, V. (2012). *L'histoire em héritage: roman familial et trajectoire sociale*. Paris: Éditions Payot & Rivages.
- Hacking, I. (2013). *Sobre a taxonomia dos transtornos Mentais*. Disponível em: . Acesso em out. 2018.
- Hacking, I. (2013). (Lost in the forest. *London Review of Books*. London, v. 35, n. 15, p. 7-9.
- Horwitz, A. (2002). *Creating mental illness*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Horwitz, A.; Wakefield, J. (2007). *The loss of sadness*. Oxford: Oxford University Press.
- Horwitz, A.; Whooley, O. (2013). The paradox of professional success: grand ambition, furious resistance, and the derailment of the DSM-V revision process. In PARIS, J. PHILLIPS, J. (Eds.). *Making the DSM-V concepts and controversies*. New York: Springer, p. 75-94.
- Lacan, J. (2001). O lugar da psicanálise na medicina. *Opção Lacaniana*, n. 32, dez.
- Laplantine, F. (2003). *Aprender Antropologia*. Tradução de Marie-Agnès Chauvel. São Paulo: Brasiliense.
- Laplantine, F. (1991). *Antropologia da doença*. Tradução de Walter Lelis Siqueira. São Paulo: Martins Fontes.
- Lévi-Strauss, C. (1975). *Antropologia estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Minayo, M. C. de S. (2010). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12ª. Ed. São Paulo: HUCITEC.

- Oliver-Martin, R. (1989). Em torno do DSM. In: LACAN, Jacques et al. *A querela dos diagnósticos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Ortega, F. (2004). Biopolíticas da saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. *Interface, Comunicação, Saúde e Educação*, v. 8, n. 14, p. 9-20.
- Ortega, F. (2008). O sujeito cerebral e o movimento da neurodiversidade. *MANA*, v. 14, n. 2, p. 477-509.
- Paris, J.; Phillips, J. (Eds.). (2013). *Making the DSM-V concepts and controversies*. New York: Springer.
- Pessotti, I. (1999). *Os nomes da loucura*. São Paulo: Editora. 34.
- Pessotti, I. (1995). *A Loucura e as épocas*. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Phillips, J. (Eds.). (2013). *Making the DSM-V concepts and controversies*. New York: Springer.
- Pignarre, P. (2006) *Les malheurs des psys: psychotropes et médicalisation du social*. Paris: La Découverte.
- Raga, M. L. S. (2009). Entre o claro e o escuro: Roger Bastide e Claude Lévi-Strauss. *ComCiência* [online], n.114, pp. 0-0.
- Roudinesco, E. (2000). *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro: Zahar.
- Roudinesco, E. (2013). *Por qué el psicoanálisis?* Buenos Aires: Paidós.
- Sadler, J. (2010). Waiting for the miracle. In: PHILLIPS, J. (Ed.). *bulletin of the association for the advancement of philosophy and psychiatry*, v. 17, n. 1.
- Sadler, J. (2013). Considering the economy of DSM alternatives. In: Paris, J.; Phillips, J. (Eds.). *Making the DSM-V concepts and controversies*. New York: Springer, p. 21-38.
- Severo, A. K. S.; Dimenstein, M. (2009). O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de saúde mental. *Estudos de Psicologia*, 14(1), jan-abr. p. 59-67.
- Silva, S. G. (2017). *Travessias entre a sala de aula e o consultório: Trajetórias docentes, adoecimento e narrativas de sofrimento psíquico de professores*. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Sociologia. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE.
- Silveira, M. L. (2000). *O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Turner, V. (2005). *Floresta de Símbolos: aspectos do Ritual Ndembu*. Tradução de Paulo Gabriel Hilu da R. Pinto. Niterói-RJ: EdUFF.

Notas

¹ Durkheim dar exemplo do corrobóri, uma cerimônia religiosa própria das tribos australianas.

² Psiquiatra chefe do Exército durante a Segunda Guerra Mundial e fundador da Menninger Foundation, uma das principais instituições promotoras da difusão da psicanálise nos Estados Unidos.

³ A Classificação Internacional de Doenças (CID) é o instrumento estatístico utilizado na apresentação das tabelas de mortalidade por causas. A primeira classificação de doenças que passou a ter uso internacional foi aprovada em 1893 e, desde então, em intervalos aproximados de dez anos é apresentada e aprovada uma nova revisão. Atualmente está em vigência a 10ª Revisão, conhecida como CID-10. A partir da CID-6, a responsabilidade passou a ser da Organização Mundial da Saúde, conforme Grassi, Laurenti (1998, p. 44).

⁴ Entendemos, porém, que falar em "influência da psicanálise" não significa que sejam levados em consideração os pressupostos teóricos e terapêuticos do saber psicanalítico, como já destacado por diversos autores, havendo, com mais frequência, uma subordinação e adequação desse saber aos modelos médicos hegemônicos. Cf., por exemplo, Figueira (1988); Roudinesco (2000); Lacan (2001).

⁵ Aguiar (2004, p. 28-29) afirma que foi dado a Spitzer a oportunidade de convidar profissionais que ele acreditava serem os maiores especialistas no assunto.

⁶ A 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças passou a ter a seguinte denominação: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Na prática, é conhecida como CID-10

⁷ Realizamos a pesquisa de campo na Casa do Professor no período de outubro de 2013 a dezembro de 2014. Para uma apresentação detalhada do trabalho de campo, remetemos o leitor ao cap. 2 de Silva (2017).

⁸ Processo nº 25337413.0.0000.0003-CEP.

⁹ É considerada demanda espontânea quando os professores/as procuram o serviço sem um encaminhamento formal, porém em muitos casos, eles são incentivados por familiares, amigos ou colegas de trabalho para buscar os serviços ofertados pela Casa do Professor.

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Transtornos Depressivos

Tipos de depressão	Total
Transtorno depressivo recorrente	19
Transtorno depressivo recorrente grave sem sintomas psicóticos	7
Transtorno depressivo recorrente/leve ou moderado	5
Transtorno misto de ansiedade e depressão	11
Depressão	60
Episódio depressivo leve	7
Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos	6
Total	115

Fonte: Silva (2017), dados parciais elaborados a partir da consulta de prontuários clínicos da Casa do Professor/SEED-AP, 2014.

Tabela 2 - Transtornos de Ansiedade

Tipos de Ansiedade	Total
Transtorno de ansiedade não especificado	19
Transtorno de ansiedade generalizada	12
Ansiedade por conflitos familiares	47
Ansiedade por conflitos no ambiente de trabalho	13
Total	91

Fonte: Silva (2017), dados parciais elaborados a partir da consulta de prontuários clínicos da Casa do Professor/SEED-AP, 2014.

Tabela 3 - Transtornos Diversos

Diversos:	Total
Transtorno persistente de humor	4
Transtorno doloroso somatoforme persistente	1
Transtorno de adaptação	4
Transtorno psicóticos	2
Transtorno afetivo bipolar com sintomas psicóticos	8
Transtorno afetivo bipolar sem sintomas psicóticos	10
Transtorno de pânico	7
Síndrome do pânico	10
Alcoolismo	5
Estresse leve/moderado	12
Estresse pós-traumático/ou pós morte	2
Episódio maníaco isolado	3
Transtorno esquizoafetivo e esquizofrenia	11
Neuropatia ciática	2
Agressão com sintomas psicóticos	1
Distúrbio de comportamento	5
Dependência química	13
Doenças orgânicas	28
Sem definição de diagnóstico	229
Total	357

Fonte: Silva (2017), dados parciais elaborados a partir da consulta de prontuários clínicos da Casa do Professor/SEED-AP, 2014.