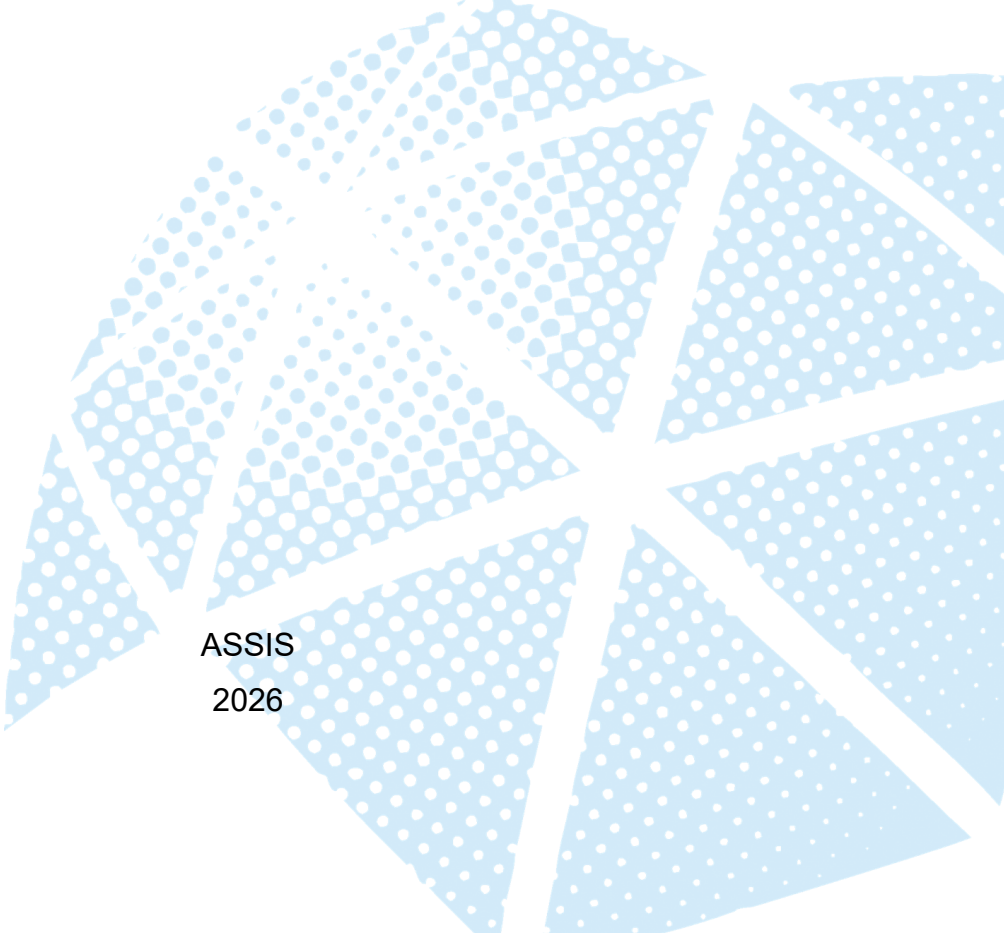


UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - UNESP
Faculdade de Ciências e Letras - Campus de Assis

DANIELA RAVELLI CABRINI

TRADUZINDO A NÓS MESMOS:
O sujeito duplo da epidemiologia psiquiátrica

ASSIS
2026



DANIELA RAVELLI CABRINI

TRADUZINDO A NÓS MESMOS:

O sujeito duplo da epidemiologia psiquiátrica

Tese apresentada à Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, para obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia e Sociedade

Orientador(a): Prof. Dr. Silvio Yasui

Coorientador(a): Prof. Dra. Laura Helena Silveira Guerra de Andrade

Assis

2026

R252t

Ravelli Cabrini, Daniela

Traduzindo a nós mesmos: O sujeito duplo da epidemiologia
psiquiátrica / Daniela Ravelli Cabrini. --, 2026

219 p.: tabs., fotos

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista (UNESP),
Faculdade de Ciências e Letras, Assis,

Orientador: Silvio Yasui

1. Psicometria. 2. Processo de Tradução. 3. Antropologia da
Saúde 4. Saúde Coletiva

IMPACTO POTENCIAL DESTA PESQUISA

Esta pesquisa possui potencial impacto científico, social e cultural ao investigar criticamente os processos de tradução, adaptação cultural e circulação de instrumentos diagnósticos em saúde mental. Ao analisar como categorias psicopatológicas e ferramentas epidemiológicas são interpretadas e transformadas em diferentes contextos socioculturais, o estudo contribui para o avanço teórico e metodológico nos campos da saúde coletiva, antropologia da saúde e psiquiatria transcultural. A pesquisa também fortalece a internacionalização do campo ao dialogar com debates globais sobre saúde mental e adaptação transcultural de instrumentos em especial em contextos periféricos da América Latina, ao mesmo tempo em que mantém forte inserção no contexto brasileiro, oferecendo contribuições relevantes para o desenvolvimento da pesquisa em saúde coletiva e para a qualificação de práticas de cuidado em saúde mental no país.

POTENTIAL IMPACT OF THIS RESEARCH

This research has potential scientific, social, and cultural impact by critically investigating the processes of translation, cultural adaptation, and circulation of diagnostic instruments in mental health. By analyzing how psychopathological categories and epidemiological tools are interpreted and transformed across different sociocultural contexts, the study contributes to theoretical and methodological advances in the fields of public health, medical anthropology, and transcultural psychiatry. The research also strengthens the internationalization of the field by engaging with global debates on mental health and the cross-cultural adaptation of instruments, particularly in peripheral contexts in Latin America, while maintaining a strong presence within the Brazilian context, offering relevant contributions to the development of public health research and the improvement of mental health care practices in the country.

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA TESE DE DOUTORADO DE DANIELA RAVELLI CABRINI, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA, DA FACULDADE DE CIÊNCIAS E LETRAS - CÂMPUS DE ASSIS.

Aos 04 de maio de 2026, às 9h, no(a) Auditório da FUNDAÇÃO EDITORA UNESP em São Paulo/SP e sala virtual: meet.google.com/rzr-xned-dbe, realizou-se a defesa de TESE DE DOUTORADO de DANIELA RAVELLI CABRINI, intitulada "TRADUZINDO A NÓS MESMOS: O sujeito duplo da epidemiologia psiquiátrica". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes membros: Prof. Dr. SILVIO YASUI (Orientador(a) - Participação Presencial) do(a) UNESP / Câmpus de Assis - FCLAs, Prof. Dr. RICARDO RODRIGUES TEIXEIRA (Participação Presencial) do(a) Universidade de São Paulo (USP), Profa. Dra. ELIZABETH MARIA FREIRE DE ARAÚJO LIMA (Participação Presencial) do(a) Universidade de São Paulo (USP), Prof. Dr. FRANCISCO ORTEGA (Participação Virtual) do(a) Universidad Rovira i Virgili, Prof. Dr. SERGIO RESENDE CARVALHO (Participação Presencial) do(a) Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Após a exposição pela doutoranda e arguição pelos membros da Comissão Examinadora que participaram do ato, de forma presencial e/ou virtual, a discente recebeu o conceito final: APROVADA. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelo(a) Presidente(a) da Comissão Examinadora.

Prof. Dr. SILVIO YASUI



Dedico este trabalho às vidas que se
fazem nas favelas brasileiras, em especial
à Ana Paula dos Santos Oliveira
[Ana P].

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Brasil. Processo nº 2022/16423-7.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Brasil. Processo nº 2024/22021-4.

Esta tese foi tecida no fio de muitos encontros. Ela atravessa conversas, deslocamentos, dúvidas compartilhadas e caminhos abertos por outras pessoas. A todos que, de diferentes maneiras, sustentaram este percurso, deixo aqui meu profundo agradecimento.

A meus orientadores (as),

Ao Dr. Silvio Yasui, que, como costuma dizer, é um trabalhador da saúde mental que se fez na academia e que, a meu ver, faz da instituição maior uma passagem para muitas outras vozes. Sustentou as multiplicidades desta tese e acompanhou, desde o início, minhas andanças entre mundos.

À Dra. Laura Helena Andrade, cuja clínica preciosa tensiona, ao longo de sua trajetória, o fazer psiquiátrico padrão, com uma escuta atenta às vírgulas que habitam entre pílulas e números. De forma incondicional, abriu passagem ao ‘entre’ que sustenta esta tese.

À Dra. Dominique Béhague, pelo encontro Brasil–Inglaterra; um giro fundamental que situou esta pesquisa em outras arquiteturas, e por lapidar, com rigor e profundidade, uma palavra que ainda chegava crua.

À Dra. Abril Saldaña-Tedeja, que em sua trajetória inaugura mundos e abre campos que antes não existiam. Em nosso encontro recente, mas decisivo, ativou, com riso e alegria, a palavra selvagem que atravessava as linhas ainda cautelosas desta tese.

Aos encontros: acadêmicos e da vida, que também orientaram,

À Dra. Dorte Bemme, por nos encontrarmos no ponto-encruzilhada das traduções que circunscrevem nossos corpos.

Ao Dr. Nicholas Manning e à Dra. Kirsi Viisainen, pela ativação fundamental no vértice da tradução da tese, em seu trânsito pela Inglaterra.

À Dra. María Christiansen, por iluminar e desdobrar a tese recém-chegada ao México, ampliando seus contornos.

Ao Dr. Sergio Resende, cuja (des)orientação constante territorializou e expandiu meus percursos de pesquisa-vida, muito antes de se configurarem como tese.

Ao Dr. Ricardo Teixeira, pela ressonância generosa e pela extensão vertiginosa de conceitos que eu ainda tateava nas margens.

À Dra. Elizabeth Lima, que, no quintal de casa e em nossas múltiplas viagens desde que nos conhecemos, acompanhou cada expansão semiótica desta tese: Inglaterra, México e outros trajetos. Conversas atravessando oceanos, histórias, cores e paisagens, que potencializaram aquilo que precisava ser dito, mesmo quando eu ainda não sabia como.

Ao Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica (NEP) do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq/USP), espaço fundamental para a realização desta pesquisa. Em especial à Dr. Wang Puang e ao grupo de tradução do CIDI 5.0, que, com gentileza, atenção e escuta, permitiram minha aproximação e a construção deste trabalho.

À Jaqueline Gnoatto, pela abertura do Centro Comunitário Joílson de Jesus e pelo espaço nos encontros do Mandala de Sabores e da Prosa na Horta.

Aos meus queridxs amigxs de Sapopemba, Joice, Ana Paula, Michelli e D'Angelo, entre as coisas mais preciosas, guardo a potência de sermos, na sinceridade do nosso encontro, no riso e no choro, e em tudo o que se move entre essas composições de força familiar rara.

Às minhas queridas do Mandala de Sabores, Marias, Marina, Kaio, Dulce, Felipe, Nalva e Sandra, junto ao coletivo da horta, Serginho, João, Pernambuco, Rodrigo e Cibelle, com quem encontrei vínculos que cultivam mundos, e que me deram espaço para ser: casa, comida e muita vida.

Este percurso também se ancorou entre amigxs, nas beiras vivas da tese.

Karina Acosta, pelo fluxo calmo de palavras vulcânicas; Thayná Nardelli, pela vivacidade com que há tempos atravessamos fronteiras; Fabrício, cuja vibração de uma outra psiquiatria percorre conosco este caminho; Luana Marçon, pela companhia ingovernável na tarefa de traduzir a luta para a academia; Henrique Sater e Cathana Oliveira, pela familiaridade constante nos caminhos da crítica e das bruxarias; Karlla Giroto, pela *quitapena* do meu caminho na vida; Ana Beatriz Chinelli,

pelo encontro inesperado de ser casa; Ana Paula Visintini, por aterrar as palavras-sul no *Bajío* mexicano; Sofia Espinoza, pela expansão dos afetos enraizados no solo latino-brasileiro; Ximenis e Francisco, tripé de confiança nas transições latinas do nosso processo de criação. Shivani, pela recusa ontológica, porém compositiva, entre mundos; Salvador Shavelzon, pela resistência feliz; e Arthur, pela vitalidade da cosmotécnica.

A tantxs outrxs que, ao longo desta pesquisa, em longos trechos ou em momentos breves, mas decisivos, apoiaram meu percurso pelo desconhecido e ajudaram a torná-lo habitável.

À minha família,

À minha avó, Diva Menin Cabrini, que me ensinou a força de mergulhar nas profundezas da criação. Em seu jardim, onde construiu sua vida, aprendi sobre o tempo de cada semente até virar adubo, e sobre como, nesse entre, é possível inventar novas espécies. Algumas delas seguem viajando comigo no trajeto de minha cidade natal, Maringá, a São Paulo.

À minha mãe, em memória. Como escreveu Gayatri Spivak:

“And my mother? I could not possibly say enough about her on this occasion.” (Spivak, 2021, p. 82).

“Todo verdadeiro sentimento é, na verdade, intraduzível. Expressá-lo é traí-lo. Traduzí-lo é dissimulá-lo”.
Antonin Artaud (1984, p. 94).

RESUMO

Os números que apontam para uma suposta “epidemia” de saúde mental são alarmantes; contudo, as condições de sua produção raramente são problematizadas. Com base em uma etnografia da ciência, esta tese investiga a produção desses números a partir da tradução do *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) 5.0 para o contexto brasileiro, conduzida por um grupo multidisciplinar de cientistas na área da epidemiologia psiquiátrica. Paralelamente, examina como categorias de transtornos mentais comuns são experienciadas e interpretadas por moradores de uma favela na zona leste de São Paulo. A partir desse duplo acompanhamento, das práticas científicas e dos contextos de vida, a tese critica a noção hegemônica de “tradução cultural” na saúde global, compreendendo-a como um processo marcado por incertezas, negociações e opacidades, no qual ciência e cultura são esferas inseparáveis. A análise se propõe a pensar com “números, imagens, palavras e corpos”, fazendo vacilar o sonho metafísico de uma unidade unívoca e afirmando uma unidade vibrátil, na qual conhecimento e experiência se conectam em um plano duplo de inteligibilidade imanente. Nesse movimento, os números psiquiátricos não são entendidos como evidências neutras, mas como mediações instáveis, cuja força emerge das relações entre sujeitos e das condições que os tornam possíveis. A tese contribui para os estudos em saúde global, bem como para as práticas de tradução e adaptação de instrumentos transnacionais, ao evidenciar as dimensões invisíveis da coleta e os vínculos e redes que sustentam a produção de dados, sugerindo que a força da evidência reside tanto no que se mede quanto no que escapa à mensuração.

Palavras-chave: Psicometria; Processo de Tradução; Antropologia da Saúde; Saúde Coletiva.

ABSTRACT

The numbers pointing to a supposed “mental health epidemic” are alarming; however, the conditions of their production are rarely problematized. Based on a science ethnography, this thesis investigates the production of these numbers through the translation of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) 5.0 into the Brazilian context, conducted by a multidisciplinary group in field of psychiatric epidemiology researchers. Simultaneously, it examines how common mental disorder categories are experienced and interpreted by residents of a favela in the eastern zone of São Paulo. Through this dual engagement, both with scientific practices and with life contexts, the dissertation critiques the hegemonic notion of “cultural translation” in global health, understanding it as a process marked by uncertainties, negotiations, and opacities, in which science and culture are inseparable. The analysis proposes thinking with “numbers, images, words, and bodies,” unsettling the metaphysical dream of a univocal unity and affirming a vibratile unity, in which knowledge and experience are connected in a double plane of immanent intelligibility. In this movement, psychiatric numbers are not understood as neutral evidence, but as unstable mediations, whose force emerges from the relations among subjects and the conditions that make them possible. The thesis contributes to global health studies and to the practices of translation and adaptation of transnational instruments by evidencing the invisible dimensions of data collection and the ties and networks that sustain data production, suggesting that the strength of evidence resides both in what is measured and in what escapes quantification.

Keywords: Psychometrics; Translation Processes; Health Anthropology; Collective Health.

RESUMEN

Los números que apuntan a una supuesta “epidemia” de salud mental son alarmantes; sin embargo, las condiciones de su producción rara vez son problematizadas. Con base en una etnografía de la ciencia, esta tesis investiga la producción de esos números a partir de la traducción del *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) 5.0 al contexto brasileño, realizada por un grupo multidisciplinario de científicos del área de la epidemiología psiquiátrica. Paralelamente, examina cómo las categorías de trastornos mentales comunes son experimentadas e interpretadas por habitantes de una favela de la zona este de São Paulo. A partir de este doble acompañamiento, de las prácticas científicas y de los contextos de vida, la tesis critica la noción hegemónica de “traducción cultural” en la salud global, comprendiéndola como un proceso marcado por incertidumbres, negociaciones y opacidades, en el cual ciencia y cultura son esferas inseparables. El análisis se propone pensar con “números, imágenes, palabras y cuerpos”, haciendo vacilar el sueño metafísico de una unidad unívoca y afirmando una unidad vibrátil, en la cual conocimiento y experiencia se conectan en un plano doble de inteligibilidad inmanente. En este movimiento, los números psiquiátricos no se entienden como evidencias neutrales, sino como mediaciones inestables, cuya fuerza emerge de las relaciones entre sujetos y de las condiciones que los hacen posibles. La tesis contribuye a los estudios de salud global, así como a las prácticas de traducción y adaptación de instrumentos transnacionales, al evidenciar las dimensiones invisibles de la recolección y los vínculos y redes que sostienen la producción de datos, sugiriendo que la fuerza de la evidencia reside tanto en lo que se mide como en lo que escapa a la medición.

Palabras clave: Psicometría; Proceso de Traducción; Antropología de la Salud; Salud Colectiva.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Fluxograma do Modelo TRAPD para a Adaptação Cultural do CIDI 5.0	59
Figura 2 Roda de conversa na Horta JOJO	65
Figura 3 Imagem da arbor juriz	118
Figura 4 Diagrama de Darwin- evolução das espécies	120

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Mesa 1 Primeira fase das pesquisas ICPE	39
Tabela 2 Pergunta H19, SEÇÃO HE: YOUR HEALTH, CIDI 5.0	88
Tabela 3 Pergunta HE 23, SEÇÃO HE: YOUR HEALTH, CIDI 5.0	103
Tabela 4 Pergunta SH11, SEÇÃO SH: SELF-HARM, CIDI 5.0	108
Tabela 5 Pergunta DE2, SEÇÃO DE: DEPRESSION, CIDI 5.0	130
Tabela 6 Pergunta DE5, SEÇÃO DE: DEPRESSION, CIDI 5.0	132
Tabela 7 Pergunta HE20, SEÇÃO HE: YOUR HEALTH, CIDI 5.0	134
Tabela 8 Pergunta HM1, SEÇÃO HM1: HIGH MOOD, CIDI 5.0	138
Tabela 9 Pergunta AA16, SEÇÃO AA: ANGER ATTACKS, CIDI 5.0	145
Tabela 10 Pergunta AA17, SEÇÃO AA: ANGER ATTACKS, CIDI 5.0	145
Tabela 11 Pergunta AA27, SEÇÃO AA: ANGER ATTACKS, CIDI 5.0	145
Tabela 12 Tradução Pergunta H19, SEÇÃO HE: SUA SAÚDE, CIDI 5.0	213
Tabela 13 Tradução Pergunta HE 23, SEÇÃO HE: SUA SAÚDE, CIDI 5.0	213
Tabela 14 Tradução Pergunta SH11, SEÇÃO SH: AUTO-MUTILAÇÃO, CIDI 5.0	214
Tabela 15 Tradução Pergunta DE2, SEÇÃO DE: DEPRESSÃO, CIDI 5.0	214
Tabela 16 Tradução Pergunta DE5, SEÇÃO DE: DEPRESSÃO, CIDI 5.0	215
Tabela 17 Tradução Pergunta HE20, SEÇÃO HE: SUA SAÚDE, CIDI 5.0	216
Tabela 18 Tradução Pergunta HM1, SEÇÃO HM1: HUMOR ELEVADO, CIDI 5.0	216
Tabela 19 Tradução Pergunta AA16, SEÇÃO AA: ATAQUES DE RAIVA, CIDI 5.0	217
Tabela 20 Tradução Pergunta AA17, SEÇÃO AA: ATAQUES DE RAIVA, CIDI 5.0	217
Tabela 21 Tradução Pergunta AA27, SEÇÃO AA: ANGER ATTACKS, CIDI 5.0	218

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA – *American Psychiatric Association*.

CIDI – *Composite International Diagnostic Interview*.

DSM-IV – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – Fourth Edition.

GBD – *Global Burden of Disease*.

ICPE – *International Consortium in Psychiatric Epidemiology*.

NEP-IPq-FMUSP–Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

STS – Estudos de Ciência e Tecnologia (*Science and Technology Studies*)

WMHS – *World Mental Health Survey Initiative*

TRAPD –Tradução, Revisão, Arbitragem, Pré-testes e Documentação

SPMegacity– São Paulo Megacity Mental Health Survey

ZL – Região da zona Leste, São Paulo

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	18
2 INTRODUÇÃO	34
2.1 É REALMENTE URGENTE? COMPOSITE INTERNATIONAL DIAGNOSE INTERVIEW (CIDI 5.0) E SEUS ALIADOS NA SAÚDE GLOBAL AO BRASIL	34
2.1.1 Entre o(s) comitê(s) do CIDI: sua trajetória de tradução para o Brasil	36
2.1.2 Traduções, adaptações culturais e mal-entendidos	41
3 OBJETIVOS	46
3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	46
4. MÉTODO.....	47
4.1 DICOTOMIAS EM QUESTÃO: O CAMPO DO <i>SCIENCE STUDIES</i>	47
4.1.1 Do laboratório ao fato	50
4.1.2 O laboratório como campo: cientistas como feiticeiros.	53
4.2 O LABORATÓRIO DE CULTIVOS: COLHEITA DE DADOS.....	55
4.2.1 Cientistas como feiticeiros: o grupo de tradução do Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica (IpqHCFCMUSP).	61
4.2.2 Moradoras da favela Pq. Santa Madalena: <i>experts</i> em ação	64
4.2.3 O sujeito duplo em ação: o pulso da pena etnográfica.....	67
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	69
5.1 PENSAR COM NÚMEROS	69
5.1.1 As reuniões de arbitragem: cientistas como árbitros.....	70
5.1.2.1 <i>Reconciliação? O problema da tradução</i>	71
5.1.4 Números provisórios, consensos traficados	80
5.1.5 Números confiáveis, consensos lícitos.....	87
5.1.6 Números globais, decisões multiculturais	93
5.2 PENSAR COM IMAGEM	98

5.2.1 A lei universal da abrangência	99
5.2.2 O triangulo invertido de Darwin	114
5.2.2.1 <i>O triângulo de Darwin no espelho</i>	122
5.2.3 Traduções multiculturais, decisões culturotípicas	124
5.3 PENSAR COM PALAVRAS	128
5.3.1 O estado “normal”	129
5.3.2 O estado “pré”	137
5.3.3 O estado “pós”	144
5.3.4 Linhas que se deslocam: entre classificações psiquiátricas e gramáticas periféricas do sofrimento	148
5.3.4.1 <i>Psiquiatria em viração.</i>	154
5.3.5 O mesmo nome para outras coisas: equívocos na tradução psicopatológica.	162
5.4 PENSAR COM CORPOS	166
5.4.1 Temporalidades em tradução: entrevista, narrativa e acontecimento	167
5.4.2 Clínica em tradução: o rigor do vínculo para além da palavra	171
5.4.2.1 <i>Abertura à opacidade clínica: a virada fenomenológica na psiquiatria.</i>	173
5.4.3 Corpos em tradução: a língua opaca do encontro	175
5.4.3.1 <i>Cozinhando a raça no molho da opacidade</i>	177
5.4.4 Epidemiologia psiquiátrica: come com que língua?	183
6 NOTAS INCONCLUSAS: Por uma academia que reative sua escuridão	186
REFERÊNCIAS	194

1 APRESENTAÇÃO

Esta tese é, em sua natureza oblíqua, um ato de tradução.

De línguas, encontros, conceitos, e temporalidades.

E já aviso ao leitor: envolve, portanto, um equívoco (De Castro, 2005). Mas, sobretudo, de um movimento, um movimento que falha, que tropeça, que desvia (Law, 2021). Assumido como princípio ontológico, este equívoco dissolve qualquer fantasia de pureza ou sacralidade. Aqui, nada é puro. Tudo é ruído, resto, mistura.

Ricoeur (2006) define o ato de tradução como traição: um salto entre a "língua de origem" e a "língua de chegada"; uma travessia de luto diante da impossível promessa de fidelidade à palavra de origem. Já Spivak (2000), prefere falar do laço entre mãe e filha. Traduzir a língua da mãe seria, para a filósofa, uma prática de reparação. Um esforço quase psicanalítico: inscrever o idioma da mãe na fala da filha, fazendo desta testemunha e herdeira de algo oculto e inexpremível.

O inglês, no caso de Spivak (2000), não é apenas língua franca, é o idioma da perda. Em que o bengali, sua língua materna, sobrevive, trançando a vida nas margens. Com a psicanalista Klein, Spivak (2000) nomeia essa coreografia como ambivalência irreparável. Uma dança entre culpa e desejo, entre reparação e apropriação.

No movimento pendular entre língua, mães e filhas, de origem e de chegada, que se entrelaça e se ilumina o meu percurso investigativo. Nas entrelinhas de Le Guin (1986), a língua materna infecciona e contamina, apesar das tentativas de imunização produzidas pela bifurcação linguística dos homens brancos, sujeito/objeto, eu/outro, mente/corpo, essa língua paterna que se enuncia de cima, sem espaço para resposta.

Nesta tese, traduzir se apresenta quase como um imperativo, como afirma Spivak: "impossível, mas necessária." (Spivak, 2000, p.1). Traduzem-se os cientistas: suas categorias, seus métodos, seus gráficos; para que possam caber em solo brasileiro. Traduzem-se, de um inglês instrumentalizado pela saúde global, para um português que ainda carrega a colonização como poeira das suas bordas. Mas este português, para mim, não é apenas ferramenta:

É também um lugar.

Ou melhor: um campo minado?

A língua em que fui criada.

[Filha de uma mãe que usava o inglês para validar seu mundo abasileirado]

E assim, traduzo também a mim mesma.

Traduzo o que ouço e que não-escuto.

Traduzo o que escapa: os silêncios, os ruídos, as confusões entre palavras, os gestos que quase se dizem, o que parece trivial. Disponho meu corpo para a tradução, mas sem assegurar qual será, afinal, o ponto de chegada.

Convoco Canclini (1990), então, para esta encruzilhada. Aquele qual escreve sobre culturas em trânsito, modernidades truncadas, traduções feitas a partir de ruínas da América Latina. Ele me lembra que nada chega inteiro. Que traduzir, nestas latitudes, é montar um quebra-cabeça com peças emprestadas, deslocadas, traficadas e às vezes quebradas. Onde nesta trama os fluxos coloniais deixaram cicatrizes nos dicionários. E, principalmente, que qualquer tentativa de tradução é, também, uma tentativa de reparar um passado que engravida o presente beirando o seu registro oficial: a língua *mãe-nativa-indígena-afrodiáspora* é o equivoco?

Como disse mesmo Manoel de Barros:

“A única língua que estudei com força foi a portuguesa.

Estudei-a com força para poder errá-la ao dente”

Traduzir, neste contexto, é mais do que fazer pontes: é entrar nos escombros, escutar o eco, inventar sentidos onde antes havia desentendimento. Atravessando as zonas de contato, onde os encontros são tecidos também de confrontos. Onde os sentidos não fluem : se friccionam e se diferenciam. Aqui leitor como pode ver não há pureza como há supostamente na rota do comércio de óleos virgens (Duras, 2023). Nem mesmo na expressão mais técnica e objetiva. É mais como a rota dos cogumelos nas ruínas do capitalismo (Sating, 2015): tudo se mistura, tudo exala, tudo se infiltra; nada permanece estável. Traduzir é mover-se nesse terreno arruinado, um trabalho de contaminação criativa, no qual formas de vida e de sentido emergem do encontro entre restos, resíduos e forças heterogêneas.

Antes de entrar nas camadas mais densas das tramas desta tese, tramas que se aglutinam e me conduziram aos caminhos táteis do que aqui chamo de tradução, gostaria de oferecer ao leitor um breve intervalo de clareza metodológica. Procuo compreender um processo que escapa às coordenadas da racionalidade moderna; por isso, às vezes me perco entre palavras que podem soar confusas, assim como se embaralham os próprios números que sustentam a narrativa contemporânea

de uma “epidemia” de saúde mental global, no Brasil e, de maneira mais localizada, em São Paulo.

Minha análise percorre tanto as dobras do trabalho dos cientistas da epidemiologia psiquiátrica quanto as experiências de moradores de uma favela onde caminhei e escutei por um período. O ponto central desta tese, tal como tenho percebido ao longo do processo, é que, ao colocar o técnico, o científico e o cultural no mesmo plano, torna-se evidente que aquilo que é apresentado como unívoco, em sua busca por produzir unidades e estabilizações, é na verdade múltiplo e atravessado pela equivocidade dos encontros.

Dizer isso implica reconhecer que aquilo que, à primeira vista, exige transparência, objetividade e mensurabilidade para se tornar categoria e evidência científica é, por outro lado, incerto, descontínuo, heterogêneo, irreduzível. Esta tese é, nesse sentido, uma tentativa de remontar a via opaca que leva aos números psiquiátricos, e, de narrar como diferentes dimensões do pensamento, mobilizadas pelos eixos de “números, palavras, imagens e corpos”, permitem vislumbrar arranjos tecnosemióticos que escapam à promessa de clareza.

Por fim, o recado à saúde global é direto, ainda que incômodo: é preciso perfurar a brancura transparente que sustenta suas decisões multiculturais, reinscrevendo nela os escuros, as opacidades, recusas e não-equivalências, que constituem o direito de dizer não, o direito de não ser plenamente traduzido, e a certeza que algo sempre escapa.

O Problema

Esta introdução à tese retorna a uma experiência anterior ao doutorado, embora tenha sido pensada e escrita no seu processo. Foi um momento em que o problema da tradução, em seu sentido mais denso e espesso, se apresentou com nitidez, em meio a um encontro inesperado entre cientistas e moradores da periferia da zona leste de São Paulo, no ano de 2020, durante a pandemia. O objetivo inicial parecia simples: compreender como a adversidade afetava a saúde mental. Mas a pandemia desfez o previsível. Tudo que seria presencial: idas a campo, conversas face a face, precisou ser reinventado (Szabzon et al., 2024).

O grupo apresentava uma heterogeneidade significativa, reunindo epidemiologistas psiquiátricos, psiquiatras clínicos, psicólogos e cientistas sociais, cada qual trazendo perspectivas, métodos e preocupações distintas. Estruturado como uma pesquisa-ação, inspirado em um projeto de *Baltimore*, o desenho propunha

que moradores entrassem em contato telefônico com outros moradores, enquanto o grupo de pesquisa acompanhava cuidadosamente os relatos dessas interações.

Esse arranjo produzia um cruzamento particularmente instigante: de um lado, a intenção de promover um cuidado situado, fortalecendo redes de suporte informal já existentes no território; de outro, o imperativo da investigação científica. Em meio a essa tensão, surgia uma questão central e profunda: o que essas pessoas estavam realmente experienciando na própria pele, em sua vida cotidiana, e como essa experiência poderia ser capturada sem diluir sua complexidade?

O passo seguinte consistiu em delinear com precisão o conteúdo das ligações entre moradores, de modo que estas produzissem informações suficientemente ricas para a posterior formulação de evidências científicas sobre o território. O grupo estruturou uma metodologia híbrida, combinando avaliações psiquiátricas, como o *Self-Reporting Questionnaire-10* (SQR-10) e a *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS), voltadas para mensurar estresse emocional e estados afetivos, com um questionário construído coletivamente, que incorporava questões sociológicas fundamentais para a epidemiologia social.

Tais instrumentos psicométricos buscavam mapear a experiência territorial de maneira abrangente: com quem os moradores viviam, de que maneira compartilhavam o espaço doméstico, quais eventos e conflitos permeavam a casa, como estavam estruturadas as relações de renda e quais tensões sociais marcavam o cotidiano.

Todo esse material foi elaborado pelo grupo científico, refletindo um esforço de articulação entre múltiplos campos do conhecimento. Em seguida, realizamos um treinamento com os voluntários da comunidade interessados em participar do projeto. O convite foi mediado por centros comunitários e serviços intersetoriais da região, buscando pessoas engajadas com sua própria comunidade: ativistas, educadores e demais interessados em contribuir tanto para o cuidado local quanto para a pesquisa. Cada voluntário recebeu celular, acesso à internet e todo o aparato tecnológico necessário para garantir sua participação efetiva, criando as condições materiais para que a ponte entre ciência e comunidade pudesse se realizar.

Após o treinamento, iniciaram-se os espaços de supervisão, momento em que minha própria participação se intensificou. Eu conduzia o grupo junto a outros pesquisadores e seis voluntários, número que posteriormente se reduziu a três. Era a pandemia, e todos nós estávamos atravessando a intensidade da incerteza, o que

aconteceria, como aconteceria, o que seria de nós e de nossos entes queridos. Esses encontros, inicialmente planejados como supervisão técnica, rapidamente se tornaram espaços profundamente afetivos, lugares de troca, escuta e cuidado compartilhado. Começávamos às sete da noite e, na maioria das vezes, nos estendíamos muito além das duas horas previstas.

O afeto, gradualmente, tecia um encontro que se preocupava menos com a produtividade das atividades programadas e mais com o sentido de presença e escuta. Chegamos a usar alguns encontros para aliviar a pressão do extenso material que os voluntários sentiam obrigação de seguir. Eles apontaram que, embora o material tivesse sido preparado com delicadeza e cuidado, ele havia sido produzido por pessoas que não tomavam as decisões nem viviam naquele território. Nos primeiros encontros, muito do que se compartilhava girava em torno da angústia: não conseguir perguntar tudo, não atender às expectativas do questionário e, simultaneamente, ser empático com os vizinhos que estavam sendo escutados.

Uma voluntária, Elena [nome fictício], estudante de psicologia na época, tornou-se porta-voz dessa impossibilidade. Inicialmente, dizia que precisava adaptar as perguntas para a linguagem da quebrada. Mas, à medida que o grupo refletia, ficou evidente que o problema não se limitava à tradução cultural: do português técnico para o português da favela. A dificuldade estava no teor das perguntas, que exigiam vínculos, presença e um tipo de encontro distinto com o respondente. Havia também o receio sobre o destino das informações, o medo de julgamento e uma série de tensões que tornavam explícita a relação de poder entre a pesquisa científica e a comunidade que se pretendia compreender.

Assim, esses primeiros encontros de supervisão revelaram a complexidade de traduzir e mediar experiências, mostrando que o cuidado, a escuta e a pesquisa científica se entrelaçam em camadas de tensão, empatia e responsabilidade ética, e que cada ligação carregava em si não apenas dados, mas o peso de relações humanas vividas em contextos concretos e muitas vezes vulneráveis. Essas reflexões culminaram em uma escrita colaborativa com Elena e, posteriormente, com todo o grupo de pesquisa, resultando no artigo *“Rethinking Cultural Translation in Psychiatric Epidemiology...”*. Esse episódio, núcleo do manuscrito atualmente submetido ao *Transcultural Psychiatry Journal* representou minha primeira tentativa de narrar e delinear os contornos desse problema.

Para mim, a experiência constituiu uma verdadeira virada epistemológica,

permitindo repensar o lugar da psiquiatria transcultural e da saúde global. Nestes campos, os números são produzidos a partir de instrumentos padronizados, adaptados em larga escala para culturas diversas, sobretudo aquelas não-anglófonas e localizadas no Sul Global. A antropologia aplicada a esse contexto frequentemente se ancora em uma perspectiva etnocêntrica de cultura, na qual expressões idiomáticas (*idioms of distress, cultural concepts of disease*) são traduzidas como equivalentes exatos do inglês e, em seguida, encapsuladas como patologias. Esse movimento funciona quase como uma extensão da lógica biomédica tradicional, patologizando questões e anomalias que não seriam intrinsecamente clínicas, ampliando de forma cumulativa o glossário da doença e obscurecendo a complexidade situada das experiências vividas nos territórios, nos corpos e nos afetos das comunidades.

Foi nesse espaço de fricção, atravessado por ruídos, silêncios e desencontros, que emergiu, com força para mim, pensar a tradução a partir da indiscernibilidade das posições de sujeito e objeto, do observado e do observador, do nativo e do cientista; Categorias que, como propõe Viveiros de Castro (2002), não apenas se alternam, mas se constituem mutuamente na dobra da diferença, que surgiu o problema mais amplo dessa tese de Doutorado.

De um lado, os cientistas, como eu, agentes da tradução disciplinada, coletores de falas, purificadores da experiência em nome de sua convertibilidade em dado. De outro, as moradoras que, ao lerem os produtos dessas traduções e se confrontarem com suas promessas falhadas, retornam o movimento: interrogam, analisam, devolvem perguntas. Tornam-se, por sua vez, etnógrafos dos cientistas. Aqueles que, em lugar de serem 'compreendidos', compreendem uma outra coisa: invertendo, assim, a flecha do saber. O que se evidenciava ali não era apenas a assimetria dos lugares sociais, mas a instabilidade ontológica das posições: quem é o nativo, afinal, senão aquele que é percebido como tal por um outro, que, ele mesmo, pode ser nativizado no ato da observação?

Minha presença no território, caminhando nos ritmos e nas tramas periféricas, nesse cotidiano que pulsa entre urgências e cuidados informais, cafés, caminhadas, bares, hortas, festas, alegrias, velórios, drogas, prosas e invenções, permitiu-me aproximar do devir-periférico-negro em sua teia vibrátil, onde saberes, corpos, afetos e práticas se costuram em linhas próprias. Observar a ciência da saúde a partir desse devir exigiu recalibrar uma bússola que já não aponta para estruturas

fixas ou hierarquias institucionais, aquelas mesmas que me formaram e das quais precisei me deslocar, mas que sinaliza, sobretudo, para intensidades, encontros inesperados e fluxos de potência que atravessam territórios e saberes.

As dificuldades e obstáculos para exercer cuidado nas urgências instaladas nas ruínas do capitalismo, tão presentes em meus diários de campo como psicóloga e nos textos acadêmicos, relatórios profissionais e documentos de políticas públicas, provoca aqui outra densidade: envolve menos do que as instituições pensam poder oferecer e mais de como suas soluções, protocolos, verdades e evidências são percebidos, tensionados e reinventados pelos modos de vida periféricos, nesses interstícios onde o cuidado se dobra, se desvia e se recria continuamente.

Uma moradora, certa vez, descreveu para mim sua experiência no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) dizendo que estava sendo atendida em uma “biqueira com CNPJ”, instigou-me a pensar nas entranhas da micropolítica do narcoestado. Mesmo após décadas de reformas psiquiátricas e de resistências à lógica manicomial no Brasil, essa imagem reverbera como força crítica: ela expõe como o cuidado em saúde mental nos territórios é continuamente atravessado pelo risco de ser reduzido a protocolos, diagnósticos formalizados, prescrições médicas. E lança perguntas que insistem: quem está, de fato, doente? Que corpo é esse que está sendo medicado? Quem são aqueles que respondem às entrevistas acadêmicas que produzem dados sobre o suposto “nível” de doenças mentais nesses territórios; dados que orientam, por sua vez, políticas públicas e práticas terapêuticas?

Revela um problema que, como sugere Haraway (2016), ao nos roubar o sono, precisa ser acolhido e habitado, em vez de simplesmente resolvido. Foi ao optar por não o solucionar, mas sim por pensar-com ele, por pensar-a-partir dele, que se desencadeou o impulso para a formulação desta tese de doutorado, iniciada em 2022. Um exercício que exigiu atravessar o ‘espelho de Alice’, compreendendo que do outro lado não se encontra um mundo invertido, mas múltiplos mundos, múltiplos corpos, múltiplos pontos de vista, que não se limitam à perspectiva, mas se configuram como cosmopolíticos.

O que está em jogo aqui é a radicalização da ideia de que o mundo se constitui a partir de ontologias parciais e relacionais, cada qual enraizado em uma ecologia própria de práticas e conexões. E se, como nos incita a antropologia ameríndia, o ponto de vista diferencia, então o que se vê, o que se diz e o que se traduz nunca é simplesmente o outro, mas uma dobra do mesmo em sua alteridade

constitutiva. O outro deixa de ser um dado e torna-se uma posição: relacional, contingente e reversível.

O Campo

É sob esse espírito que, neste material de defesa, apresento apenas uma das faces de um campo que sempre se desdobrou em duplo. Aqui, interessa-me expor aquela face que se volta para a psiquiatria hegemônica e global, mas fazê-lo a partir de um desvio, de sua recusa à transparência da linguagem e à docilidade dos instrumentos. Foi a partir do devir compartilhado com moradores de uma favela na periferia da zona leste de São Paulo: habitantes que, simultaneamente, observavam, experimentavam e interrogavam os modos de fazer científicos, em especial os dispositivos psiquiátricos, que meu olhar se deslocou. Não se tratava de tomar a ciência como objeto distante, mas de acompanhá-la como prática situada, atravessada por olhares que a desestabilizavam desde fora e desde dentro.

Os capítulos que se seguem compõem, inicialmente, uma etnografia da ciência. Nela, o Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica (IPq–FCMUSP), responsável por inserir os dados produzidos em São Paulo no circuito estatístico transnacional da Organização Mundial da Saúde (OMS), encontrava-se imerso em um processo de inflexão epistemológica. Tal inflexão fazia-se sentir tanto nos modos de perguntar quanto nos modos de interpretar.

Consistia em um deslocamento lento, quase imperceptível à primeira vista: da adesão relativamente segura a modelos biologizantes de explicação para uma tentativa hesitante de abarcar correlações mais amplas, nas quais o social e o biológico deixavam de figurar como dimensões separáveis e passavam a compor um mesmo horizonte etiológico. Nesse giro epistemológico que o grupo enfrentava, o trabalho epidemiológico permanecia ancorado em um instrumento ao mesmo tempo consolidado e incessantemente reformulado desde os anos 1980 por um grupo de epidemiologistas norte-americanos, o *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) (Kessler et al., 1994; Kessler & Üstün, 2004), que, naquele momento, encontrava-se em sua quinta versão e em pleno processo de adaptação ao contexto da grande São Paulo.

Nikolas Rose, em *Our Psychiatric Future* (2019), já havia advertido para as aporias que atravessam os dados mobilizados na estimativa do célebre *burden of mental disorders* (World Health Organization, 2001). Ao interrogar a repetição quase ritualizada de metodologias padronizadas, muitas delas empregadas em inquéritos de

grande escala, como a *National Comorbidity Survey* (Kessler, 1998), que insiste em apoiar-se no mesmo instrumento diagnóstico ao longo de décadas, Rose expõe as fraturas internas do CIDI.

Para o autor, o instrumento produz efeitos classificatórios que não derivam necessariamente de narrativas indicativas de transtornos, mas de uma zona cinzenta de experiências que orbitam, tangenciam ou apenas ressoam de modo vago com aquilo que se pretende diagnosticar. Não se trata, portanto, de um simples problema de erro ou imprecisão, mas de um regime de captura que transforma a ambiguidade da experiência em credibilidade científica.

Essa crítica torna-se particularmente fecunda quando articulada ao problema ontológico da tradução cultural. A produção de dados no CIDI opera por um fluxo ascendente: parte das respostas dos participantes, atravessa a mediação técnica dos entrevistadores e culmina na fabricação de diagnósticos e prevalências populacionais. As escolhas metodológicas que organizam esse percurso: da seleção e preparação dos entrevistadores aos esforços para mitigar vieses de ordem lexical, sintática e pragmática, configuram uma densa rede de decisões semióticas que, como argumentam Choi et al. (2010) e Riessman (1974), não apenas organizam, mas moldam o próprio campo de possibilidades interpretativas. Essa rede determina, em grande medida, o tipo de dado que pode emergir. Estamos diante de um terreno no qual se entrelaçam dispositivos técnicos, ontologias culturais heterogêneas e regimes de tradução que aspiram, simultaneamente, à fidelidade linguística e à consistência estatística, aspiração sempre tensa, sempre instável.

Se as observações de Rose (2019) iluminam os limites do instrumento a partir de uma crítica que emerge do interior do próprio campo psiquiátrico, as inquietações formuladas pelos moradores e voluntários com quem trabalhei faziam ressoar esse mesmo problema a partir de outra posição, não exterior, mas encarnada na vida cotidiana, inscrita nos corpos, nos usos da língua e nos ritmos ordinários da existência. O que, afinal, se busca perguntar com essas palavras? Como tais formulações se tornam inteligíveis para quem as recebe? Que tipo de trabalho se exige de um sujeito quando lhe é solicitado que responda a um vocabulário que não lhe pertence, ou que lhe chega como estrangeiro?

Essas questões emergiam no território ao mesmo tempo em que, nas reuniões que acompanhei, os cientistas se empenhavam em aprimorar a sensibilidade psicométrica do instrumento, debatendo maneiras de torná-lo minimamente aderente

às formas locais de viver, reconhecer e nomear o sofrimento. Perguntavam-se, ali, como produzir evidências que pudessem ser, ao mesmo tempo, compreensíveis para os respondentes e suficientemente estáveis para sustentar o estatuto de “fato científico”.

Foi nesse entrecruzamento entre a exigência técnica de precisão e a necessidade cultural de inteligibilidade que busquei acompanhar como o CIDI 5.0 era interpretado, negociado e progressivamente reconfigurado no Brasil, ao longo das reuniões de tradução realizadas entre 2023 e 2024, cujo detalhamento metodológico apresento adiante. A etnografia dessa cena permite entrever que o instrumento psicométrico global se constitui precisamente na fricção entre mundos que não compartilham, de antemão, a mesma gramática do sofrimento, nem as mesmas expectativas sobre o que significa responder, reconhecer-se ou nomear uma experiência como patológica.

Paralelamente, procurei produzir, em minhas andanças, uma cartografia dos modos de experimentar e viver o sofrimento mental nesse território periférico. Acompanhei itinerários, grupos, cenas do cotidiano, até culminar em rodas de conversa sobre saúde mental realizadas na horta comunitária local. O interesse não era apenas compreender como o sofrimento era narrado, mas como a própria psiquiatria era traduzida, apropriada, deslocada e agenciada naquele espaço. Nessa dobra, entre instrumento e território, entre linguagem técnica e experiência vivida, não como instâncias separadas, mas como práticas que se implicam mutuamente, que desejo me deter sobre o esforço psíquico implicado no traduzir. Um esforço que atravessa cientistas, moradores e outros tradutores de mundos.

De certo modo, o percurso desta pesquisa reproduziu esse mesmo movimento em diferentes escalas. Partindo de uma favela na periferia da zona leste de São Paulo, acompanhei circuitos que conectavam o território à Saúde Coletiva brasileira e esta à Saúde Global, movimento que se desdobrou durante meu estágio de pesquisa no King's College London (PDSE – 88881.846074/2023-01), realizado em 2023 no Departamento de Medicina Social e Saúde Global, sob orientação da Dra. Dominique Béhague. Posteriormente, minha vinculação ao Departamento de Filosofia da Universidade de Guanajuato (BEPE nº 2024/22021-4), em 2024, sob orientação da Dra. Abril Saldaña Tejeda, permitiu reterritorializar essas questões nos debates latino-americanos sobre tradução, colonialidade e produção de conhecimento.

Ancorada nessas experiências e em aliança com diferentes mundos, a

tradução deixou de se apresentar apenas como um problema metodológico associado à adaptação de instrumentos, à circulação internacional de categorias diagnósticas ou à passagem entre idiomas, para emergir como uma questão constitutiva do próprio fazer pesquisa. Recorro, aqui, à proposta de tradução como hospitalidade formulada por Ricoeur (2006), para quem todo ato tradutório é atravessado por um luto: não apenas o luto da tradução impossível, mas o luto de um absoluto linguístico perdido antes mesmo do primeiro passo. Desse luto que nasce, paradoxalmente, a felicidade de traduzir, uma felicidade laboriosa, artesanal, marcada pela aceitação da perda. Reconhecer que não há equivalência sem resto, sem ruído, sem fratura. No limite, é esse reconhecimento que sustenta o desejo de traduzir. Um desejo que se manifesta como hospitalidade: fazer casa na língua do outro, abrigar-se no estrangeiro, plantar ali raízes provisórias; mas também receber o outro na língua que nos habita, mesmo quando ela própria se encontra em ruínas.

A Tese

Os capítulos que seguem derivam dos achados que fui encontrando ao longo desse percurso, não como resultados lineares, mas como pequenos desvios, hesitações, materialidades que se ofereceram no curso do trabalho. Passei a organizá-los, justamente, a partir dessas metáforas acionadas pelos próprios *experts* em ação para dar forma ao seu processo de tradução. *Latourizando* um pouco, fui percebendo que há sempre um excedente que permanece oculto nos artigos epidemiológicos: todo o subterrâneo que antecede a chegada a um número psiquiátrico, seus lençóis freáticos, suas camadas de infiltração. Antes da estabilização final, há um processo denso de controvérsias, conflitos, microdecisões e exclusões de outros caminhos possíveis. Nada disso aparece no texto publicado, e, no entanto, é percurso no qual a ciência efetivamente se faz.

Procurei descrever esse processo, ainda que, paradoxalmente, tenha participado muito pouco das reuniões, apesar de minha formação em psicologia; e, talvez justamente por essa proximidade com o próprio campo diagnóstico da saúde mental que me contive. Estive, assim, nesse lugar ambíguo de “olho observador”, mas também de corpo afetado, atravessado pelo que se produzia naquela sala: pelos impasses, pelas tensões, pelas tentativas de dizer o indizível. Como lembra Spivak, “a tarefa do tradutor é facilitar esse amor entre o original e a sua sombra”, um ofício que carrega, inevitavelmente, uma forma situada, e generificada, de agência (pp. 180–181, 2022). Nesse intervalo entre o original e sua sombra que emerge o duplo: não

como duplicação fiel, mas como diferença produtiva, como desvio inevitável que sustenta a própria possibilidade de tradução.

De modo geral, o eixo que atravessa todos os capítulos é a demonstração desse duplo: aquilo que se apresenta como rigor objetivo, quantitativo e mensurável depende, de maneira decisiva, de camadas de incerteza, negociação e subjetividade. O que se pretende aqui é desfazer a lógica binária: natureza/cultura, quantitativo/qualitativo, ainda hegemônica na saúde coletiva na América Latina (Breilh, 2021; Testa, 1997), e que reaparece com particular intensidade nas disputas e desencontros que marcam as colaborações entre epidemiologia e antropologia (Elliott & Thomas, 2017; Béhague et al., 2008). Esses desencontros tendem a produzir, de ambos os lados, métricas frágeis: números considerados “fortes”, mas conceitualmente empobrecidos, ou análises densas, porém classificadas como tecnicamente “fracas” (Barthel & Seidl, 2017).

O esforço desta tese é justamente recolocar todos esses elementos: conceitos, números, práticas, afetos e relações, em um mesmo plano de imanência epistemológica, no qual funcionam como variações de uma mesma superfície produtiva. Uma superfície marcada por fricções, descontinuidades e restos, onde rigor e incerteza se constituem mutuamente, e onde o conhecimento emerge da sustentação de seus próprios paradoxos. A seguir, delineio como os capítulos desta tese se apresentam ao leitor.

O Capítulo 2 introduz como a tradução é compreendida no campo epidemiológico da psiquiatria global. Descrevo o poder exercido pelo CIDI 5.0, tanto em sua trajetória institucional quanto na formação de uma comunidade específica de cientistas sediada nos Estados Unidos, que dita o ritmo da produção de evidências para o mundo e estabelece o modo como os instrumentos devem ser traduzidos, além dos requisitos necessários para integrar esse circuito de legitimidade. Examino também a metodologia adotada pelo grupo de cientistas brasileiros (NEPIPqFCMUSP) entre 2023 e 2024 para a adaptação cultural do CIDI 5.0, mostrando como as concepções epistemológicas de tradução se atualizam apenas no plano técnico da língua e da cultura, preservando, porém, a posição positivista e universalista que constitui a própria origem da epidemiologia psiquiátrica global.

O Capítulo 3 apresenta o método antropológico como dispositivo duplo, que se retroalimenta e atua simultaneamente como descrição e intervenção. Baseio-me nos *science studies* e nas críticas feministas, pós-kuhnianas e pós-coloniais à filosofia

da ciência (Harding, 1986; Haraway, 1988; Stengers, 1997; Daston & Galison, 2007), com atenção ao deslocamento de Bruno Latour, para quem conhecer é compor mundos e redistribuir agências entre humanos e não-humanos (Latour, 1987, 1999). Nesse arcabouço, observo o campo como processo criativo, evitando dicotomias entre ciência e cultura, técnica e relação, objetividade e subjetividade.

Analiso minha inserção no grupo de cientistas, evidenciando formas formais e informais de institucionalização que se diferenciam dos arranjos rígidos do Norte Global (Hess, 2016), e explico os procedimentos metodológicos emergentes das tensões epistemológico-ontológicas do campo, bem como das soluções pragmáticas exigidas pela pesquisa. Em seguida, descrevo o processo desenvolvido com as moradoras da favela Pq. Santa Madalena, no distrito de Sapopemba, zona leste de São Paulo, marcado pela convivência cotidiana, pela implicação mútua e pelos jogos de força no território. Essa trajetória culminou, entre diversas experiências compartilhadas ao longo do doutorado, em rodas de conversa sobre saúde mental, nas quais as participantes trocaram saberes e construíram coletivamente narrativas, questões e diagnósticos psiquiátricos situados.

É sob esse ângulo que convoco os “especialistas dessa bruxaria objetiva e animada” (Artaud, 1984, p. 96) e mobilizo os capítulos que inauguram a seção de resultados e discussão da tese: menos como a exposição ordenada de um texto que projeta seus duplos, mais como efeitos escaldantes do que se extrai de cálculos, figuras, palavras e encontros. Apresento aqui apenas um primeiro gosto do que esses capítulos, a língua-filha, podem oferecer.

No Capítulo 5.1, *Pensar Com Números*, entra em cena a curvatura do cálculo, onde decisões, pactos e mediações assumem a forma de uma unidade aparentemente neutra. A clareza estatística, contudo, se sustenta em negociações morais, políticas e afetivas que atravessam a psiquiatria global e formas periféricas de governo do conflito. Analiso como o pensamento numérico busca produzir unidade e equivalência na tradução do instrumento, ajustando experiências singulares de sofrimento a escalas, frequências e limiares diagnósticos. Essa operação se dá por uma economia prática dos números, que distingue entre semióticas “lícitas”, estabilizadas e publicáveis, e semióticas “traficadas”, opacas e negociadas nos bastidores da decisão. Argumento que essa gramática da medida sustenta uma ficção de comparabilidade multicultural, na qual a diferença se reduz a variação estatística e a alteridade se converte em ruído técnico, viabilizando a circulação global do

instrumento à custa do que resiste à forma do número.

No Capítulo 5.2, *Pensar Com Imagem*, uma figura, o triângulo invertido, é lida como vestígio de um imaginário genético persistente que fornece um fundamento ontológico silencioso para pensar o multicultural. Ao hierarquizar riscos, antecipar o diagnóstico e distribuir gravidades, a figura reinscreve o sofrimento numa lógica de herança, predisposição e adaptação, na qual a população passa a figurar como corpo administrável. Em tal economia visual, o multicultural se torna culturotípico: a cultura aparece como superfície de variação, enquanto o gene, fetichizado na roupa da cultura, permanece como princípio último de inteligibilidade. As decisões ditas multiculturais tomam a alteridade como objeto de modulação, acomodando as diferenças em um mesmo fundo ontológico euro-americano-cêntrico, naturalizado como global, no qual a diversidade é estabilizada em objetos de consenso e a diferença absorvida, sem fricção, pela gramática adaptacionista do instrumento.

No Capítulo 5.3, *Pensar Com Palavras*, a análise se desloca para o campo instável do humor e dos afetos, onde a tradução, que atuava como fixação de sentidos, expõe fricções com os modos ordinários de nomear a vida. As tentativas de estabilizar termos psicopatológicos produzem equívocos que operam como terreno relacional de inteligibilidade, permitindo que agência anímica, sofrimento e resistência se tornem perceptíveis nas próprias fricções do processo tradutório. Mesmo quando mobilizam palavras como “depressão” ou “ansiedade”, os sentidos que emergem seguem outra gramática: referem-se à potência vital, à capacidade de agir e às formas pelas quais a vida se compõe e se desfaz nas urgências da periferia urbana. Argumento que a ausência de equivalência na tradução psicopatológica constitui um equívoco produtivo, no qual se torna visível aquilo que escapa às categorias diagnósticas e insiste como experiência vivida.

No Capítulo 5.4, *Pensar Com Corpos*, a bruxaria se concentra na materialidade opaca do encontro. Silêncios, hesitações e presenças transformam o instrumento em acontecimento encarnado e deslocam o laboratório para outros espaços, como a cozinha comunitária, onde a objetividade se produz através de formas de atenção que excedem a lógica da iluminação e da transparência. A tradução, aqui, opera por contato: emerge como prática performativa e metabolizante, na qual as posições de quem observa e de quem é observado se reconfiguram continuamente. A língua que traduz não se apresenta como transparente; ela se opacifica no encontro, afeta-se e incorpora aquilo que pretende conhecer. O corpo em

cena condensa o tempo do vínculo, a densidade da presença e a inevitável opacidade da relação, fazendo da tradução um processo de deslocamento mútuo, no qual conhecer implica também ser transformado pelo que se conhece.

Nesse movimento de pensar entre números, palavras, imagens e corpos, reúno, no Capítulo 6, em *Notas Inconclusas*, aquilo que, nesta tese, a tradução recupera de sua força imanente: não representa, produz; não reflete, age. Em cena, faz emergir as consequências objetivas de uma classificação que tenta se estabilizar enquanto é incessantemente atravessada pelo que vibra, escapa e insiste; onde se delineia seu sujeito duplo, inseparável e, por isso mesmo, irredutivelmente intraduzível.

Para, enfim, começar

À medida que o início da tese se anuncia ao leitor, justamente no instante em que esta apresentação se recolhe, gostaria de retomar, ou talvez apenas deslizar de volta, o percurso que fiz ao atravessar os corredores do Instituto de Psiquiatria da USP e as vielas de uma favela na zona leste de São Paulo. Caminhei amparada pela generosidade daqueles que me abriram espaço, mas ainda assim como quem chega de outro mundo. Uma estrangeira: deslocada no idioma ontológico, no campo, nos códigos que circulam como naturais, nas hierarquias não ditas que demarcam quem fala e quem observa.

Nessa condição de estrangeira que encontro os primeiros espaços de escuta, ou, mais precisamente, escutas que não estavam previstas. Vou, assim, trançando uma rede feita de fios soltos: conversas interrompidas, verbetes não ditos, diferenças. É ao habitar essas encruzilhadas, entre o que é dito e o que escapa, que aprendo a estar. Afinal, experienciar o outro, atravessar uma cultura, implica sempre algum grau de espelhamento: aquilo que se move fora faz tremer o que está dentro.

Meu percurso por esses territórios outros: culturas científicas, ciências culturadas, torna-se, assim, um presente inesperado: uma convocação a olhar-me. Tal como a tradução do instrumento globalizado CIDI, realizada pelo grupo de cientistas que acompanhei, esse percurso revela não apenas um esforço técnico, mas também um modo de olhar para si, medir-se, narrar-se e situar-se historicamente. É desse desejo de traduzir, [seja o meu, seja o deles e delas, seja o nosso], que emergem ambivalências irresolúveis, rachaduras nos projetos de equivalência, problemas que saltam à vista quando a língua minoritária dos DSMs, ferramenta de corte, de moldura e de fuga, precisa ser acolhida em outra lógica, em outro solo.

Experimentar essa língua menor, e dos conflitos que ela acarreta, que os resultados que se seguem exalam. Mas eles falam entre a espera quase messiânica de um psiquiatra que deseja encontrar no “sintoma cultural” uma tradução perfeita e o silêncio que encobre as forças que sustentam esse desejo. Um desejo impossível: o da equivalência sem perda, da fidelidade cobrada não à língua da experiência, mas à universalidade prometida pelo norte global, em sua versão estadunidense.

Em resposta a esse fluxo colonial, a língua de chegada: brasileira e outras línguas do Sul global, é frequentemente apagada. A história da escuta local é desautorizada. E o tradutor, seja ele cientista, profissional, morador ou moradora das periferias brasileiras, ou eu mesma, torna-se, como sugere Ricoeur (2006), estrangeiro de si. Um exilado que já não busca um refúgio estável, mas circula como nômade errante, à procura de pistas entre línguas, mundos e vozes.

Retornamos, então, ao luto. O luto da tradução absoluta, que habita, paradoxalmente, a alegria de traduzir. Uma alegria que não reside na adequação, mas na consciência de que toda equivalência carrega sua própria inadequação; de que a própria ideia de tradução só se sustenta quando admite a “irreducibilidade do próprio estrangeirismo” (Ricoeur, 2006). Nesse reconhecimento, nessa aceitação ativa da perda que se abre entre a língua-mãe e a língua-filha, que o tradutor encontra sua recompensa. Na hospitalidade, a casa não preexiste à chegada do outro; ela se constitui no próprio gesto de acolhimento. Habitar a língua do outro com prazer e, ao mesmo tempo, acolher na própria morada a palavra estrangeira.

Talvez seja isso que esta tese tente oferecer: uma tradução viva. Uma travessia feita entre ruínas, entre línguas feridas, entre mundos que não se encaixam e que, ainda assim, se tocam. Uma tradução que assume sua insuficiência como método, seu tropeço como escuta e sua fratura como lugar de invenção. Traduzir, aqui, implica sustentar a tensão entre o que se entende e o que escapa, habitar o intervalo e permanecer no entre. Significa reconhecer que os sentidos não se deslocam intactos de um ponto a outro, mas se transformam ao longo do percurso. E reconhecer também que, ao traduzir, sobretudo, nos traduzimos.

2 INTRODUÇÃO

2.1 É REALMENTE URGENTE? COMPOSITE INTERNATIONAL DIAGNOSE INTERVIEW (CIDI 5.0) E SEUS ALIADOS NA SAÚDE GLOBAL AO BRASIL

Na contemporaneidade, marcada pela centralidade dos regimes de vigilância e controle na gestão das populações, a epidemiologia tem se firmado como um campo disciplinar estratégico, operando como ferramenta fundamental para apoiar e legitimar tais formas de governança (Ayres, 1997; Lupton, 1995; Breilh, J., 2010). Essa centralidade é evidente, por exemplo, na forma como a epidemiologia reposicionou a psiquiatria nos últimos anos como prioridade na agenda global de pesquisa. Como pontuado por Rose (2019), essa reconfiguração ocorre à medida que a intersecção entre a prevalência e o risco de transtornos mentais é incorporada ao raciocínio econômico, tornando-se um vetor estratégico para a formulação de políticas de saúde mental em escala global.

A interconexão entre saúde, economia e epidemiologia possibilita o cálculo do DALYs (*Disability-adjusted life Years*) para uma causa específica, que são calculados como a soma dos anos de vida perdidos devido à mortalidade prematura (YLLs) por essa causa e os anos de vida saudável perdidos devido à incapacidade (YLDs) para pessoas que vivem em condições de saúde precárias resultantes da causa específica. (Rose, 2019, Arias, D., Saxena, S., & Verguet, S., 2022). A realização desse cálculo é feita para cada país ou região incluído no Global Burden of Disease Study e, de acordo com dados da *World Mental Health* (WMH) de 2021, 17,2% dos anos vividos com incapacitação (YLD) no mundo foram causados por transtornos mentais em 2021, tendo destaque os transtornos comuns como depressão e ansiedade (Maldonado e Moreira, 2019; Institute for Health Metrics and Evaluation, 2025).

Mas como esses números são produzidos? Uma das fontes desses números alarmantes vem de inquéritos de base populacional que empregam instrumentos diagnósticos como o *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI), que foi projetado para servir à função universal de mapear a prevalência de transtornos mentais na população em geral, tornando-se a espinha dorsal de muitos estudos epidemiológicos globais (Essau, C. A., & Wittchen, H. U., 1993).

A aplicabilidade do *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI)

tornou-se particularmente evidente em iniciativas de vasta magnitude, em vários países (Brasil, Estados Unidos, Alemanha, Mexico...) como o *International Consortium of Psychiatric Epidemiology* (ICPE) (Kessler, 1998), e a *World Mental Health Survey Initiative* (WMH; <https://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/>), que abrangem mais de 20 países, com o objetivo explícito de mapear a prevalência global dos transtornos mentais (Kessler, R. C., & Üstün, T. B., 2004).

A versão do CIDI utilizado no consorcio *World Mental Health Survey Initiative* (WMH-CIDI) foi meticulosamente ampliada a partir da operacionalização dos diagnósticos psiquiátricos do DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) e da CID-10 (Classificação Internacional de Doenças), com o objetivo de proporcionar uma avaliação sistemática e rigorosa de uma ampla gama de transtornos mentais na população geral (Reed, V., et al 1998; Wittchen, H. U., et al, 1994; Andrews, G., & Peters, L., 1998).

No entanto, antes de adentrar os dados proporcionados pela *WMHS initiative*, é importante destacar o marco inicial dessa trajetória, o *National Comorbidity Survey* (NCS), conduzido nos Estados Unidos (Kessler, R. C., et al, 1998), que foi o marco inicial do consorcio ICPE. Esse estudo, ao aplicar o CIDI, forneceu informações detalhadas sobre a prevalência dos transtornos mentais na população americana (Kessler, R., 2005;1998). Os resultados foram impactantes ao revelar que cerca de uma em cada cinco pessoas da população adulta dos Estados Unidos experimentou algum transtorno mental ao longo da vida, com condições como ansiedade e depressão figurando entre as mais prevalentes (Kessler, R., 2005). Tais dados foram cruciais para a ampliação da compreensão sobre a magnitude dos transtornos mentais, servindo como base para as investigações subsequentes em nível global, como a *WMHS Initiative* (Kessler, R., 2013).

As evidências extraídas de pesquisas como a *WMHS Initiative* revelam que tais transtornos afetam desproporcionalmente populações em diferentes países, um fenômeno que se intensifica pela escassez de acesso a serviços de saúde mental de qualidade (Kessler, R., et al., 2009). Os dados foram considerados alarmantes: cerca de 75% das pessoas com transtornos mentais em países de baixa e média renda não têm acesso a tratamento adequado, o que foi enfatizado por muitos autores uma necessidade urgente de ações direcionadas, culturalmente sensíveis, para mitigar a crise da saúde mental nessas regiões (Patel et al., 2016).

Esse cenário, por sua vez, impulsionou a formulação de intervenções,

como o *Treatment Gap Programme*, focado na redução dessas disparidades, particularmente em países em desenvolvimento, buscando “equilibrar” a distribuição de recursos e melhorar o acesso a tratamentos eficazes (Maldonado, O. J., & Moreira, T., 2019; Kessler, R. C. et al., 2013; Alonso, Jordi, et al., 2018).

A evolução do CIDI culmina em sua versão 5.0, que ultrapassa o objetivo de quantificar a prevalência e os impactos socioeconômicos dos transtornos mentais. Ao estabelecer critérios padronizados para a produção de diagnósticos em larga escala, o instrumento participa da construção da própria inteligibilidade da experiência psicopatológica, delimitando o que pode ser reconhecido como sofrimento mental legítimo e influenciando políticas públicas, pesquisas e práticas clínicas em diferentes partes do mundo. (WHO, 2013; 2022; Hacking, 1995; 2007). Como afirma Kessler (1998), o CIDI “foi projetado para ser utilizado em grandes estudos epidemiológicos comunitários e em outros contextos nos quais não é viável que médicos realizem diagnósticos” (p. 3, tradução minha), deslocando o foco da gravidade clínica individual para a construção de uma matriz populacional comparativa.

Nessa matriz, os transtornos são hierarquizados segundo sua frequência e sua carga econômica, em consonância com a lógica do *Global Burden of Disease* (Murray & Lopez, 1996; GBD Collaborators, 2018). Ao articular sofrimento psíquico, custo e produtividade em uma mesma gramática, o CIDI se inscreve simultaneamente nas macropolíticas da saúde global e nos circuitos financeiros que regulam a definição de prioridades, investimentos e regimes de intervenção em saúde mental, conferindo à epidemiologia psiquiátrica o estatuto de urgência global (Adams, 2016; Behague et al., 2018; Behague, 2020).

2.1.1 Entre o(s) comitê(s) do CIDI: sua trajetória de tradução para o Brasil

Nesse contexto, o processo de tradução e adaptação do CIDI torna-se estratégico como forma de governança. Desde a década de 1990, um comitê editorial dos EUA tem impulsionado sua disseminação global em resposta a uma suposta urgência de saúde pública (Kessler, 1998). Extensivamente testado em vários países, esse processo culminou na formulação da versão 5.0, que está em uso hoje (Kessler et al., 1998; Shahab et al., 2019). A institucionalização desse esforço foi solidificada com a criação, em 1997, do *International Consortium in Psychiatric Epidemiology* (ICPE), que assumiu a missão de padronizar a coleta de dados por meio de uma

métrica comum, o CIDI, e possibilitar análises transnacionais comparáveis (WHO-ICPE, 2000). Entre os especialistas envolvidos neste início, havia uma “esperança” de que as pesquisas globais gerassem um banco de dados multinacional (Kessler, 1998).

A consolidação do projeto descrito por Kessler (1998) ocorreu por meio de uma articulação progressiva entre encontros, bases de dados e estratégias analíticas. A primeira reunião entre os pesquisadores, realizada no verão de 1996, já operava como um dispositivo de alinhamento entre diferentes contextos nacionais, ao passo que, no ano seguinte, a organização de uma base de dados comum começava a tornar comparáveis experiências até então heterogêneas; em 1998, um novo encontro desloca o foco para análises comparativas e para a sistematização das primeiras publicações científicas derivadas desse esforço coletivo (Kessler, 1998, p. 1).

A amplitude do projeto rapidamente excede seu escopo inicial, envolvendo, ainda em 1996, pesquisadores de 18 países; uma expansão que se dá em ritmos desiguais. No ano subsequente, cerca de metade desses países havia finalizado seus inquéritos, enquanto os demais permaneciam em estágios iniciais ou dependentes de financiamento (Kessler, 1998). Ainda assim, até 1997, mais de 33 mil entrevistas, provenientes de aproximadamente 40% dos países participantes, já estavam disponíveis para análise (Kessler, 1998), sinalizando não apenas um acúmulo quantitativo, mas a emergência de uma infraestrutura capaz de sustentar comparações em escala global. Em paralelo, o *US National Institute on Drug Abuse* (NIDA) ampliou seu apoio ao *National Comorbidity Survey* (NCS), fortalecendo um campo de investigação centrado na mensuração do uso de substâncias, dos padrões de dependência e do acesso ao tratamento, movimento no qual os dados do NCS passam a ocupar um lugar estratégico na produção de evidências epidemiológicas nos Estados Unidos (NIDA, 1994; Kessler et al., 1994).

A partir dessa infraestrutura, inicia-se a circulação de artigos científicos derivados dessa base de dados, com múltiplos manuscritos submetidos a periódicos especializados, além da concepção de um livro que reuniria versões ampliadas desses trabalhos (Kessler, 1998). A chamada segunda fase do inquérito concentra-se na elaboração de relatórios detalhados sobre a epidemiologia dos transtornos mentais, privilegiando indicadores como prevalência ao longo da vida e no momento da pesquisa, idade de início, padrões de comorbidade, determinantes sociodemográficos, itinerários terapêuticos e repercussões sociais dos transtornos (Kessler, 1998, p. 1).

Curiosamente, esse mesmo grupo de especialistas (ICPE) liderou outras iniciativas-chave do WMH, como a *World Mental Health Initiative* e a *Global Burden of Disease* (Kessler, 1998), o que reforça a centralidade desses atores na arquitetura global da vigilância epidemiológica. Essa coincidência de protagonismos revela claramente o emaranhado entre a produção científica e seu impacto direto na formulação de políticas públicas, que, embora apresentadas como universais e neutras, são, na verdade, impulsionadas por uma comunidade epistêmica específica, cujos critérios de legitimidade e autoridade estão histórica e localmente situados (Scott, 1992; Haraway, 1988).

Foi nesse cenário efervescente que o Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (NEP-IPq-FMUSP) estabeleceu suas primeiras conexões com o consórcio, por meio da atuação de Laura Helena S G Andrade no ICPE. Ao lado de Rob Bijl e Benjamin Vicente, Andrade tornou-se uma figura de destaque na condução dos inquéritos epidemiológicos brasileiros, colaborando de forma ativa na produção do livro que consolidou os achados dessa segunda fase inicial (Kessler, 1998). A inserção do NEP-IPq-FMUSP nesse circuito internacional envolveu a participação em publicações e o envolvimento direto de Andrade com os dados da *World Mental Health Initiative*, que utilizavam o CIDI como métrica central para mensurar o impacto dos transtornos mentais em diferentes populações do *Global Burden of Disease* (GBD) (Andrade et al., 2014; Thornicroft et al., 2017; Nock, M. K. et al., 2008; Kessler et al., 2015; Alonso et al., 2018; Andrade et al., 2012).

Entretanto, a trajetória de Andrade nesse campo refere-se à sua própria tese de doutorado, defendida em 1993, na qual analisou padrões de comorbidade entre depressão e transtorno do pânico utilizando dados do projeto *Epidemiologic Catchment Area Study*, e que foi utilizado o *Diagnostic Interview Schedule*, entrevista precursora do CIDI. Na sua tese, a pesquisadora explora a comorbidade entre depressão e transtorno de pânico, associação que, à época, ainda não estava claramente delineada (Andrade et al, 1994;1996).

Ao voltar ao Brasil, depois de um estágio de pos-doutorado no *Department of Mental Health, Johns Hopkins University School of Public Health*, Laura Helena S G Andrade, em parceria com a equipe do Professor Rui Laurent realizaram a pesquisa “Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação, Hospital das Clínicas da FMUSP e Faculdade de Saúde Pública da USP”, um estudo

transversal para determinar a prevalência de transtornos mentais em parte da área de captação do Hospital das Clínicas da FMUSP, na qual foi utilizada a entrevista CIDI. Essa pesquisa inicial marcou a entrada da pesquisadora no debate global sobre a epidemiologia dos transtornos mentais, após ser convidada para participar do ICPE:

Tabela 1 Mesa 1 Primeira fase das pesquisas ICPE

Country	Collaborators	Sample size
I. North America		
Canada (Ontario)	D. DeWilt, E. Lin	6902
USA (national)	R. Kessler	8098
USA (Mexican-Americans)	S. Aguilar-Gaxiola, W. Vega, B. Kolody	2874
II. Central-South America		
Brazil (Sao Paulo)	L. Andrade	1464
Chile	B. Vicente, R. Kohn	2469
Mexico (Mexico City)	J. Caraveo-Anduaga	1734
III. Western Europe		
Germany (Munich)	H.U. Wittchen	3021
The Netherlands (National)	R. Bijl	7076
Total		33 638

Fonte: Adaptado de Kessler (1998, Tabela 1)

No Brasil, o Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica do IPq-HC-FMUSP, em decorrência de seu envolvimento inicial na ICPE, firmou-se como um dos centros de referência na adaptação e validação da nova versão do CIDI, desempenhando um papel fundamental na obtenção de dados epidemiológicos brasileiros sobre saúde mental no Brasil (Andrade et al., 2012; Chiavegatto, 2015; 2013). Um marco essencial na consolidação da epidemiologia psiquiátrica no Brasil foi o *São Paulo Megacity Mental Health Survey*, realizado por Andrade e colaboradores, estudo financiado pela FAPESP (2004-2009).

Nessa pesquisa, o WMHCIDI foi aplicado a uma amostra de 5.037 adultos, representativos da população geral residente na Região Metropolitana de São Paulo, o que possibilitou tanto estimar a prevalência e os determinantes dos transtornos mentais na maior metrópole da América Latina, quanto ampliar o envolvimento do Brasil nos debates internacionais sobre a carga global de doenças psiquiátricas (Andrade et al., 2009). O estudo expandiu o acesso a dados epidemiológicos em larga escala, registrando uma taxa de resposta significativamente alta em comparação com inquéritos semelhantes realizados em outros países (Andrade et al., 2012; Vianna, 2009).

Além disso, sua relevância se expressa na forma como reposicionou a dinâmica epidemiológica paulista dentro do circuito global de produção de conhecimento em saúde mental, proporcionando maior visibilidade às particularidades socioespaciais da morbidade psiquiátrica em contextos de intensa desigualdade (Santana et al., 2018; Andrade et al., 2009; Vianna et al., 2009; Vianna et al., 2012; Andrade et al., 2013; Alexandrino-Silva et al., 2013; Silveira et al., 2011; Chiavegatto et al., 2015).

Os achados foram significativos: 46% dos participantes relataram ter pelo menos um transtorno mental na vida, enquanto a prevalência anual chegou a 29% (Andrade et al., 2012). No entanto, mais do que apenas destacar a alta carga de morbidade psiquiátrica, os resultados revelaram que esses diagnósticos estavam emaranhados com determinantes estruturais, como renda e educação, bem como dinâmicas territoriais mais amplas, incluindo privação social, exposição à violência e diferenças de gênero (Andrade et al., 2012; Vianna, 2012; Alexandrino-Silva et al., 2013). A urbanização emergiu como um fator associado ao desenvolvimento de transtornos de controle de impulsos, enquanto a vulnerabilidade socioespacial se correlacionou com padrões de uso de substâncias (Andrade et al., 2012; Vianna, 2012; Silveira et al., 2011).

Em preparação para o próximo levantamento epidemiológico em São Paulo (SPMegacity 2), a equipe coordenada pelo Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica (IPq-HC-FMUSP) realizou, em 2024, a tradução e adaptação da versão mais recente do CIDI (5.0) para o português brasileiro, configurando o contexto empírico no qual esta tese se inscreve. Para conseguir isso, a equipe adotou o modelo TRAPD, que significa Tradução, Revisão, Adjudicação, Pré-teste e Documentação, projetado como uma alternativa metodológica mais robusta e participativa em comparação com a técnica tradicional de retrotradução, que havia sido amplamente utilizada em adaptações anteriores (Shahab et al., 2019). Este projeto foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), na modalidade de financiamento regular (Processo nº 2023/10164-2), tendo Wang Yuan Pang como pesquisador principal.

O processo mobilizou uma equipe multidisciplinar composta por profissionais das áreas de psiquiatria, psicologia, epidemiologia, ciências sociais e saúde pública. Ao priorizar a negociação coletiva e a documentação sistemática, o modelo TRAPD visa minimizar distorções semânticas e culturais que possam

comprometer a validade transcultural do instrumento. Essa escolha metodológica é apoiada pela literatura recente (Shahab et al., 2019) e pelas diretrizes da Pesquisa Mundial de Saúde Mental, que reconhecem o TRAPD como uma resposta mais refinada aos desafios da padronização linguístico-cultural em estudos internacionais (Harkness, Pennell & Schoua-Glusberg, 2004, in Kessler & Üstün, 2008).

A metodologia segue etapas padronizadas: inicia-se com a tradução do instrumento para o idioma alvo (Kessler & Üstün, 2004), seguida de uma revisão independente com o objetivo de corrigir imprecisões e melhorar a fluência (Beaton et al., 2000). A fase de arbitragem, conduzida por um painel de especialistas, garante precisão e adequação cultural (Wild et al., 2005). Em seguida, o instrumento passa por pré-testes com um pequeno grupo de participantes, permitindo a identificação de problemas de compreensão e sensibilidade e fazendo os ajustes necessários (Hambleton & Patsula, 1999). Todo o processo é documentado sistematicamente, garantindo transparência e permitindo a replicação em contextos futuros (Mueller et al., 2015).

Esse esforço metodológico também está alinhado com os protocolos propostos por Kessler et al. (2003), visando harmonizar as versões do CIDI em diferentes idiomas. O objetivo é garantir que as variações linguísticas sejam mínimas, preservando a consistência e a comparabilidade dos dados em diferentes contextos culturais. Para isso, o processo de tradução é realizado de forma colaborativa, com sucessivas revisões e discussões sistemáticas entre tradutores e especialistas, permitindo a resolução de ambiguidades sem comprometer a fidelidade ao conteúdo original (Kessler et al., 2003). Testes piloto e pré-testes também são recomendados para garantir a adequação cultural da versão final sem comprometer a integridade conceitual do instrumento (Kessler et al., 2004; Kessler et al., 2010).

2.1.2 Traduções, adaptações culturais e mal-entendidos

Apesar dos esforços reiterados e tecnicamente sofisticados empreendidos pelos pesquisadores que operam nesse campo, esta análise se volta para a tensão inerente ao próprio ideal de fidelidade ao original, interrogando como ele convive com a proliferação de singularidades, idiossincrasias e regimes locais de sentido que atravessam os processos de tradução. Em outras palavras, até que ponto a tradução pode preservar aquilo que pretende transportar sem violentar as formas situadas de

experiência que a atravessam? A partir dessa indagação que este trabalho se aproxima do processo de tradução cultural de instrumentos globais, acompanhando-o como um espaço denso de negociação semântica e ontológica, no qual, palavra por palavra e conceito por conceito, são disputados os limites do que pode permanecer, transformar-se ou desaparecer.

Logo, a observação desse processo revela uma complexidade que escapa às descrições metodológicas convencionais: a tradução cultural na psiquiatria global mostrou-se um campo de disputas sutis, no qual a formulação do conhecimento psiquiátrico, assim como as tecnologias que o materializam, permanece profundamente imbricada nas relações de poder que sustentam sua cientificidade e legitimidade (Haraway, 1988; 1991). Sob essa perspectiva, o CIDI emerge como uma rede específica, simultaneamente semiótica e técnica, constituída por especialistas, protocolos e convenções compartilhadas (Scott, 1992).

Antes de avançar nesse terreno conflituoso, é importante situar esse processo de tradução cultural em um movimento mais amplo que atravessa a epidemiologia psiquiátrica global, no momento em que pesquisadores reconheceram que, para além do valor econômico e da utilidade operacional desses instrumentos, fatores como credibilidade cultural, idioma e contextos socioculturais distintos incidem diretamente sobre a veracidade, a inteligibilidade e a comparabilidade dos dados produzidos (Robins et al., 1988; Kessler & Üstün, 2004; Shahab et al., 2019). A incorporação da noção de adaptação cultural na formulação de instrumentos diagnósticos emerge, assim, como uma tentativa de responder a essas tensões, promovendo uma interseção entre domínios historicamente orientados à nosologia e à classificação psicopatológica (Kaiser & Weaver, 2019).

Desde a década de 1980, autores como Kleinman (1977; 1987; 1988) e Kirmayer (1989; 2000; 2006) vêm problematizando criticamente as bases epistemológicas da psiquiatria transcultural, interrogando os enquadramentos classificatórios que sustentam os sistemas diagnósticos globais. No entanto, à medida que cresce a demanda por integrar a psiquiatria a modelos epidemiológicos fundamentados em dados quantitativos, essas reflexões passam a ser progressivamente absorvidas por formatos de mensuração que buscam conciliar a comparabilidade internacional com a necessidade, sempre parcial de captar especificidades contextuais (Nitcher, 2010).

Nesse cenário, garantir simultaneamente a precisão e a sensibilidade dos instrumentos torna-se um imperativo central. A tradução e a adaptação cultural de inquéritos, ferramentas e entrevistas clínicas psiquiátricas padronizadas configuram-se, assim, como um campo dinâmico e multidisciplinar, que mobiliza a colaboração entre linguistas, psiquiatras, sociólogos e outros especialistas (Kohrt et al., 2014; Weaver et al., 2022). Tal empreendimento exige um refinamento teórico e prático contínuo, no qual a integridade metodológica dos instrumentos é permanentemente tensionada pelas demandas de inteligibilidade cultural e pela heterogeneidade das experiências humanas que se pretende medir (Cork et al., 2019; Nichter, 2010).

A expansão desses vetores revela um campo particularmente complexo, no qual conceitos como “cultura” e suas formas de operacionalização no chamado “processo de tradução” são mobilizados a partir de regimes ontológicos distintos (Weaver et al., 2022). Nesse contexto instaura-se um duplo movimento tradutório: de um lado, uma tradução literal, que envolve a transposição de palavras entre línguas e culturas; de outro, uma tradução conceitual, que busca abarcar, inevitavelmente de modo incompleto, as dimensões imensuráveis da experiência humana (Hacking, 1999; 2006). Este segundo movimento remete ao dilema fundamental de quantificar subjetividades, relações sociais e complexidades psicopatológicas, convertendo-as em categorias diagnósticas e, posteriormente, em probabilidades numéricas (Almeida-Filho, 2000; 2020).

A distinção entre sentimentos prolongados de tristeza, sofrimentos associados ao luto ou a situações adversas da vida, e categorias diagnósticas como “depressão” ou “ansiedade” torna visível esse processo de transição. Experiências subjetivas como insônia, inquietação cotidiana, desconexão ou perda de autoconfiança são progressivamente deslocadas de seus contextos relacionais e morais para serem inscritas em classificações psiquiátricas e, por fim, estabilizadas como verdades probabilísticas (Rose, 2019). Ora, é nesse território nebuloso, atravessado por ambiguidades persistentes, que se explicitam os limites da tradução e da quantificação diante da complexidade da vida humana.

Nesse sentido, a formulação de um papel alternativo para as ciências humanas e sociais na produção de métricas configura-se simultaneamente como uma questão metodológica e como uma postura epistêmica-política (Beer, 2016). A categorização das vivências subjetivas sob rótulos patológicos participa da

legitimação da autoridade psiquiátrica e da ampliação de seu poder de intervenção sobre indivíduos, grupos e populações (Kirmayer, 2006; Nitcher, 2010).

Assim, impõe-se uma questão central: ao integrar termos culturais ao seu glossário hegemônico com o objetivo de aprimorar a sensibilidade psicométrica das medições, a epidemiologia psiquiátrica não estaria, inadvertidamente, ampliando seus mecanismos de controle sobre as realidades sociais e culturais que busca compreender? Nesse processo, tais termos, uma vez absorvidos pelo arcabouço psiquiátrico, tendem a perder sua função vital original, participando como engrenagens de uma matriz normativa que, sob o pretexto de refinar distinções entre “normalidade” e “patologia”, acaba por reproduzir, reforçar e expandir os próprios limites do diagnóstico psiquiátrico (Nitcher, 2010; Kirmayer, 2006).

O questionamento da relação entre ciência e cultura, portanto, recoloca um desafio central para as ciências humanas e sociais, especialmente no que diz respeito às articulações entre cultura, métricas e poder (Beer, 2016). Torna-se cada vez mais evidente que o modelo tradicional de colaboração entre epidemiologia social e ciências sociais qualitativas da saúde, restrito à conexão entre prevalências, riscos e categorias diagnósticas, mostra-se insuficiente para dar conta da complexidade das experiências humanas (Ayres, 1995; 1997; Rose, 2019). A questão que se impõe, então, é como construir um arcabouço teórico e conceitual capaz de compreender a experiência subjetiva corporificada e o sofrimento em suas condições culturais e sociais de vida sem submetê-los à lógica estreita da mensuração, produzindo números que não apenas contem, classifiquem e governem, mas que possam, paradoxalmente, engendrar como ferramentas de emancipação (Ayres, 2002).

Esse movimento analítico acompanha a forma como distinções como natureza e cultura, técnico e social, local e global são continuamente produzidas, embaralhadas e reativadas nos emaranhados que constituem o conhecimento científico (Haraway, 1988; Mol, 2002; Latour, 2005). Em vez de pressupor tais categorias como domínios separados ou previamente dados, a análise as toma como efeitos relacionais constantemente refeitos nas práticas de produção do conhecimento. Ao reconhecer a inseparabilidade entre técnico e social, esta tese rejeita a ideia de instrumentos neutros, métodos transparentes ou traduções meramente operacionais, situando a epidemiologia psiquiátrica em um campo de práticas instáveis, no qual categorias, infraestruturas, valores e vínculos se constroem

sob tensão, mantidos por acordos precários e atravessados por disputas persistentes (Bowker & Star, 1999).

Em tal terreno movediço, a pesquisa se coloca entre uma língua global e línguas periféricas, acompanhando-as como espaços de fricções produtivas, onde a tradução atua como prática de transformação e estabilização simultâneas (Tsing, 2005). Nesses encontros, a equivalência como único horizonte, cede lugar aos deslocamentos, negociações e efeitos inesperados produzidos pelo próprio ato de traduzir. Nos fluxos semióticos que atravessam a adaptação do CIDI 5.0 ao contexto brasileiro, particularmente nos encontros com moradores da favela Pq. Santa Madalena, em Sapopemba, zona leste de São Paulo, tornam-se visíveis jogos epistemológicos usualmente encobertos: o que se incorpora, o que se silencia, o que resiste à tradução ou reaparece como excesso, ruído ou assombração.

A partir desse deslocamento, proponho pensar a tradução cultural como um laboratório de cultivos, desenvolvido com maior detalhamento no capítulo metodológico. Diferente do laboratório moderno, orientado à purificação, controle e estabilização de variáveis, o laboratório de cultivos nomeia um modo de pesquisa sensível às condições de crescimento, contaminação e sustentação dos mundos que descreve (Mol, 2002; Haraway, 1988; 1991; Tsing, 2005).

Ao acompanhar, em um mesmo plano de inteligibilidade (Latour, 2005), práticas altamente tecnificadas da epidemiologia psiquiátrica e práticas comunitárias frequentemente desqualificadas como informais, esta tese assume uma proposição metodológica que recusa hierarquias de saber e observa como diferentes mundos se fazem e se desfazem sob condições assimétricas de poder (Tsing, 2005; Haraway, 1988). Envolve, portanto, firmar um compromisso: permanecer com os problemas que a tradução engendra, aceitar a instabilidade como condição do conhecimento e reconhecer que toda prática científica participa da fabricação das realidades que pretende descrever (Mol, 2002; Latour, 2005).

3 OBJETIVOS

Investigar a produção, tradução e circulação das categorias psiquiátricas no CIDI 5.0, examinando sua constituição em redes sociotécnicas transnacionais e seus deslocamentos ao serem mobilizadas em um contexto periférico urbano, a partir das vozes e dos diálogos entre distintos regimes de expertise.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Acompanhar, descrever e analisar as decisões, controvérsias e justificativas mobilizadas nas reuniões on-line de tradução do CIDI 5.0, atentando para as disputas em torno de termos e categorias diagnósticas e para os fluxos semióticos e arranjos sociotécnicos por meio dos quais redes de atores, humanos, técnicos, linguísticos e institucionais, se entrelaçam na produção do CIDI como um artefato tecnocultural transnacional.
- Acompanhar, descrever e analisar os processos de circulação e uso dessas categorias psiquiátricas (como depressão, ansiedade e pânico) em um contexto periférico urbano, examinando os modos pelos quais são apropriadas, negociadas, deslocadas ou recusadas por sujeitas e coletivos, bem como a emergência de léxicos situados e arranjos de cuidado que envolvem relações humanas e mais-que-humanas.
- Problematicar criticamente as chamadas práticas de tradução e adaptação cultural no âmbito da psiquiatria global, desestabilizando sua pretensa neutralidade e analisando como o CIDI 5.0 opera na produção e universalização de categorias de transtornos mentais como tecnologia de poder, subjetivação e verdade, propondo outras formas de relação para a composição transnacional de dados.

4. MÉTODO

4.1 DICOTOMIAS EM QUESTÃO: O CAMPO DO *SCIENCE STUDIES*

As primeiras tentativas sistemáticas de tomar a ciência como objeto de investigação empírica remontam às décadas de 1930 e 1940, sobretudo aos trabalhos de Robert K. Merton no âmbito da sociologia da ciência. Ao conceber a ciência como uma prática institucionalmente organizada, regulada por normas sociais específicas, Merton contribuiu para deslocá-la do domínio exclusivo da filosofia da ciência e da epistemologia normativa (Shapin, 1995). No entanto, como apontam Shapin (1995) e Latour (1987), essa abordagem manteve intacta uma clivagem fundamental: de um lado, os conteúdos cognitivos da ciência, tratados como internamente regidos por critérios próprios de verdade e racionalidade; de outro, suas condições institucionais e sociais de produção, concebidas como um contexto externo e secundário, mobilizado apenas como variável explicativa auxiliar (Shapin, 1995).

Ao longo das décadas seguintes, os debates sobre a produção do conhecimento científico se expandiram e se complexificaram, incorporando ferramentas analíticas oriundas da filosofia, da história e da antropologia para explorar dimensões até então marginalizadas (Shapin, 1995). No cerne dessas discussões, passaram a ganhar centralidade disputas em torno de pressupostos epistemológicos e ontológicos que se afastavam do pensamento sociológico clássico, particularmente a partir das contribuições associadas ao chamado “programa forte” da sociologia do conhecimento científico (Barnes, 1974; Bloor, 1976). Contra a ideia de que apenas os erros, desvios ou crenças falsas demandariam explicação sociológica, esses autores propuseram uma simetria analítica segundo a qual tanto o verdadeiro quanto o falso deveriam ser igualmente tratados como fenômenos socialmente produzidos.

Esse deslocamento abriu caminho para uma crítica mais radical à separação entre natureza e sociedade, conhecimento e contexto, fato e valor; dicotomias que haviam estruturado, por muito tempo, tanto a filosofia da ciência quanto suas abordagens sociológicas. Nesse cenário que emergem os *science studies*, termo qual antecede e acompanha a posterior consolidação do campo hoje reconhecido como *Science and Technology Studies* (STS¹ (Latour, 1991; Wyer et al,

¹ O termo *science studies* precede a consolidação da sigla STS e designa um conjunto heterogêneo de abordagens que, desde os anos 1970, se dedicam à análise empírica das práticas científicas, incluindo contribuições da sociologia, antropologia, história e filosofia da ciência

2013). Longe de designar um domínio homogêneo, os *science studies* remetem a um conjunto heterogêneo de investigações empíricas e históricas voltadas à análise da ciência em ação, fortemente ancoradas na antropologia, na história da ciência, na sociologia do conhecimento e nos estudos feministas, que passam a convergir sob a rubrica dos “estudos culturais” da ciência (Haraway, 1988; Wyer et al, 2013).

Esse movimento desloca o foco das explicações normativas e das grandes arquiteturas epistemológicas para as práticas concretas de produção do conhecimento científico, enfatizando laboratórios, controvérsias, instrumentos, inscrições, regimes de autoridade e formas situadas de validação (Latour & Woolgar, 1986; Knorr-Cetina, 1981). A ciência, assim, esgota-se como um sistema abstrato de proposições para ser analisada como um conjunto de práticas materialmente situadas, atravessadas por relações de poder, negociações locais e dispositivos técnicos (Lynch, 1985; Traweek, 1988; Shapin, 1995).

A consolidação posterior da sigla STS não substitui os *science studies*, mas os amplia e os reinscreve em um campo interdisciplinar abrangente, no qual ciência e tecnologia passam a ser analisadas de modo indissociável, como arranjos sociotécnicos coproduzidos com formas de organização social, política e econômica (Jasanoff, 2004; Latour, 2005). Nesse enquadramento, a produção de fatos científicos, antes como resultado exclusivo de processos cognitivos ou metodológicos internos, é compreendida como efeito de redes heterogêneas que articulam atores humanos e não humanos, infraestruturas técnicas, dispositivos de inscrição e regimes de governança do conhecimento (Callon, 1986; Law, 1992; Bowker & Star, 1999). Tal deslocamento desestabiliza definitivamente as dicotomias clássicas entre conhecimento e sociedade, natureza e cultura, materialidade e política, que haviam estruturado tanto as abordagens epistemológicas tradicionais quanto a sociologia da ciência de inspiração mertoniana.

Nessa área em consolidação, cujo esforço central consistia em tensionar e rearticular a lacuna historicamente instituída entre as ciências sociais e as ciências naturais, tornaram-se visíveis os impasses enfrentados pelas próprias ciências sociais na definição do que poderia ser legitimamente reconhecido como “científico” (Law, 2004). Autoras como Knorr-Cetina (1981), Lynch (1985) e Traweek (1988) foram decisivas nesse movimento ao introduzirem descrições etnográficas minuciosas do cotidiano dos laboratórios, revelando a prática científica como um trabalho situado, coletivo e atravessado por contingências técnicas, institucionais e afetivas. As

contribuições feministas aprofundaram esse deslocamento crítico ao questionarem as pretensões de neutralidade, objetividade e universalidade que sustentavam as epistemologias dominantes. Ao enfatizarem a noção de conhecimentos situados, essas autoras tornaram explícita que toda prática de conhecimento é simultaneamente uma prática de posicionamento (Haraway, 1988; Harding, 1991; Keller, 1985).

Paradoxalmente, esse campo emergente também acabou por reproduzir, em seus próprios métodos e categorias analíticas, distinções binárias herdadas da tradição moderna, entre ciência e sociedade, natureza e cultura, humanos e não humanos, bem como entre o que é considerado “social” e o que é tomado como “técnico”. Essas separações foram posteriormente problematizadas por Bruno Latour (1983; 1987; 2005; 2013 [1975]) como um dos principais limites internos dos *science studies*. A persistência dessas dicotomias tendia a atribuir os aspectos intelectuais e interpretativos às ciências sociais, enquanto relegava as atividades técnicas e materiais ao domínio das chamadas “ciências duras”, preservando, sob novas formas, uma divisão hierárquica entre saber e fazer (Shapin, 1995; Latour, 1993).

Essa clivagem é colocada à prova de maneira particularmente contundente na análise etnográfica de um laboratório de neuroendocrinologia conduzida por Latour e Woolgar no Salk Institute for Biological Studies, na Califórnia, entre 1975 e 1977. O trabalho resultante, *Laboratory Life: The Social Construction of Scientific Facts* (Latour & Woolgar, 2013 [1975]), constitui um ponto de inflexão no campo ao desafiar frontalmente a sociologia da ciência dominante, ao demonstrar que “questões técnicas e sociais estão intimamente ligadas” (Latour & Woolgar, 2013 [1975], p. 29). Ao acompanhar as práticas ordinárias do laboratório, Latour e Woolgar argumentam que a produção de fatos científicos emerge de arranjos práticos e relacionais nos quais procedimentos de objetividade e verdade são progressivamente forjados (Latour & Woolgar, 2013 [1975]). Nessa perspectiva, os fatos científicos aparecem como efeitos de práticas, negociações e operações materiais que lhes conferem estabilidade e credibilidade.

A prática científica cotidiana aparece, assim, como um esforço criativo e coletivo, no qual inscrições, instrumentos, negociações e hierarquias institucionais participam ativamente da estabilização do que passa a ser reconhecido como “fato”. Ao recusar a oposição entre técnica e sociedade, Latour desloca o foco das explicações sociológicas que buscavam legitimar-se por aproximação às ciências

naturais, propondo, em vez disso, uma análise simétrica dos processos pelos quais o social, o técnico e o cognitivo são coproduzidos (Passos & Barros, 2000; Latour & Woolgar, 2013 [1975]).

Bruno Latour e sua comunidade epistêmica parisiense (Law, 2004; Callon, 1986; Woolgar, 1991; Latour, 2005; Shapin, 1995) ofereceram estudos moldados por tradições filosóficas nietzschianas e heideggerianas, bem como por técnicas antropológicas mobilizadas como modelos explicativos descritivos. Afastando-se da análise da ciência em larga escala, esses trabalhos concentraram-se nas microcomplexidades das atividades ordinárias que constituem o trabalho artesanal do cientista (Latour, 1983). Essa perspectiva recoloca o chamado “fator humano”, entendido não como interioridade psicológica, mas como posição relacional em redes sociotécnicas, no centro da sociologia do conhecimento científico, desafiando as noções tradicionais de objetividade e a separação entre sujeitos e objetos (Latour, 2005). Nessa linha, Latour propõe um método etnográfico para examinar a intrincada coprodução entre cientistas, artefatos e práticas técnicas e intelectuais, recusando a imposição de uma distinção rígida entre “coisas” e “pessoas”. Ao afirmar que “as ciências sociais são parte do problema, não da solução” (Latour, 1988b, p. 161; Shapin, 1995), o autor desloca a crítica também para os próprios dispositivos analíticos mobilizados na construção do estatuto científico.

4.1.1 Do laboratório ao fato

Bruno Latour concebe o laboratório como o “coração da ciência” (Massoni & Moreira, 2017, p. 73), para além do sentido de locus privilegiado de produção do conhecimento, entendido como espaço onde se articulam e se reconfiguram incessantemente os regimes de verdade. Seu itinerário teórico inaugura um deslocamento epistemológico na antropologia da ciência ao evidenciar que a fabricação de fatos científicos não pode ser dissociada das práticas, dos dispositivos materiais e das operações discursivas e os sujeitos que as sustentam (Massoni & Moreira, 2017; Latour, 1983; 2015). Na ecologia dos laboratórios, a inscrição e a estabilização de enunciados configuram uma economia de credibilidade epistêmicas que modulam o estatuto do que se torna um fato (Kropf & Ferreira, 1997).

A etnografia dos laboratórios, desenvolvida por Latour (1983; 1987; 2013[1975]), ao desvendar os regimes de funcionamento da ciência, também funda

os alicerces de sua teoria, sobretudo naquilo que se desdobra como o princípio da assimetria e a Teoria Ator-Rede (Bachur, 2016; Law, 2021; Latour, 2005; Callon, 1986). Esta última desloca as concepções tradicionais de agência ao propor que a produção do conhecimento emerge de uma rede heterogênea de actantes, a questão da dicotomia humanos e não humanos, os quais, ao vincularem-se a relações de força e translação, reconfiguram-se mutuamente (Latour, 2005; Massoni & Moreira, 2017; Bachur, 2016). No cerne dessa teoria, encontra-se o conceito de tradução, que rompe com a noção de correspondência entre pontos fixos, na medida em que se coloca como um processo de deslocamento e diferenciação, no qual cada passagem semiótica transforma aquilo que transporta (Law, 2021).

Tal dinâmica não se restringe à semiótica e implica a inscrição material de enunciados que, ao sedimentarem-se, estabilizam provisoriamente os contornos do que se credibiliza como fato (Latour, 2015). O caráter relacional dessa perspectiva dissolve os dualismos clássicos entre sujeito e objeto, natureza e cultura, e reposiciona a ciência como um campo de disputas, no qual a verdade não preexiste às práticas que a fazem emergir. Assim, a ciência configura-se como um espaço onde múltiplas materialidades e dispositivos tecnológicos entrelaçam-se, formando arranjos contingentes e provisórios, sem se limitar a um domínio isolado da cultura (Law, 2021; Latour, 2015).

A tessitura conceitual provocada por Latour na antropologia, conforme discutido por Law (2021), aproxima o autor de Foucault ([1976] 1979) ao destacar como as relações de poder são produtivas na constituição dos enunciados científicos, como na genealogia do poder. Ao mesmo tempo, Latour alinha-se com a filosofia de Deleuze (2006) ao conceber a agência como um processo contínuo de composição e multiplicação. No entanto, para Law (2021), Latour vai além, radicalizando essas ideias ao enfatizar seus efeitos empíricos. Segundo Viveiros de Castro (2010), essa ênfase nas dimensões empíricas é uma das articulações mais significativas entre a antropologia e Deleuze, embora alguns aspectos da abordagem de Latour ainda permaneçam “estranhos ao espírito da filosofia deleuziana” (Viveiros de Castro, 2010, p. 2021).

Ao expandir os limites do que pode ser considerado laboratório, Latour desloca os conceitos filosóficos em sua análise para espaços imprevistos e conexões improváveis, desnaturalizando a ciência como instância monolítica de produção da verdade (Law, 2021). Ao tomar como objeto “navios, bacilos, vieiras e textos

científicos” (Law, 2021, p. 47), opera uma inversão epistemológica que possibilita o exame das condições infraestruturais e discursivas que estruturam o conhecimento.

Investigar as inscrições literárias e as operações enunciativas implica desvendar os dispositivos que sustentam a produção de um fato, ou seja, explicitar a rede inteligível que estrutura a emergência do enunciado enquanto imagem refletida de uma realidade supostamente exterior (Bachur, 2016). Esse processo insere-se em uma lógica na qual as circunstâncias que deram forma ao fato são sistematicamente apagadas, pois, ao estabelecer uma cisão entre a realidade e o conhecimento da realidade, instaura-se, segundo Law, “um sistema de purificação que depende de uma rede de relações heterogêneas a qual é posteriormente apagada” (Law, 2021 p. 42).

Assim, o objeto da antropologia dos enunciados científicos não é o fato em si, mas a razão que possibilitou sua formulação como tal. Diante dessa perspectiva, uma questão fundamental impõe-se: em que momento um enunciado adquire o status de verdade consolidada e de credibilidade científica? E como a etnografia pode apoiar nesse entendimento?

A tecnologia semiótica que entrelaça os elementos técnicos, sociais e científicos conduz ao princípio metodológico da simetria, segundo o qual o dualismo falso/verdadeiro está no mesmo plano de descrição (Bachur, 2016; Latour, 2005). Nesse contexto, os enunciados adquirem um caráter performativo: ao serem teorizados no texto etnográfico, sofrem uma “torção”, evidenciando a tensão entre a “sociologia etnográfica e a teoria sociológica de Latour” (Bachur, 2016, p. 8). O texto etnográfico, ao revelar a dinâmica dos atores envolvidos na criação e circulação de discursos e práticas, mostra que a consolidação de um enunciado como fato não acontece de forma imediata, exigindo, ao contrário, um processo contínuo de repetição, validação e saturação até que sua formulação seja socialmente reconhecida como um dado estabelecido (Bachur, 2016).

O movimento de tradução constitui um princípio fundamental no fazer da Teoria Ator-Rede (Law, 2021; Bachur, 2016). Isso se exprime no seu princípio nômade de rede de fluxos semióticos, na qual seus pontos de conexão têm temporalidades próprias. Esse movimento contínuo reconfigura as noções de natureza, cultura e discurso, situando-as em um plano de imanência que dissolve divisões ontológicas binárias, como a distinção entre o falso e o verdadeiro (Bachur, 2016, p. 9).

4.1.2 O laboratório como campo: cientistas como feiticeiros.

Os fatos científicos, comumente associados à segurança e confiabilidade, são usualmente posicionados em oposição a fetiches, crenças e fé. Todavia, Latour (2015) tensiona essa dicotomia ao cunhar o termo “faitiche”, unindo duas etimologias para desestabilizar essa polarização. Seu argumento vai além da fusão de conceitos, ao destacar a exposição de um equívoco moderno: fatos, tal como fetiches, são fabricados, construídos e produzidos e, portanto, não deveriam ser “levados tão a sério” (Latour, 2015, p. 127, tradução), no sentido não dialético da oposição fato *versus* fetiche, mas como a possibilidade de habitar um paradoxo em que a consistência de um enunciado científico depende de um trabalho de produção, sustentação e crença, sendo esta última menos um atributo psicológico frágil do que uma prática coletiva de adesão, verificação e manutenção, ainda que pouco reconhecida pela imaginação moderna da ciência.

Enunciados ganham consistência não por serem simplesmente acreditados, mas por serem obrigados a responder ao mundo, a resistir ao atrito das coisas, dos corpos, das práticas e das controvérsias (Stengers, 2008). Como explica Latour (2015), a força centrípeta da palavra-conceito “fato” reside em sua terceira camada de composição, na qual a própria noção de “feito” (*factum*) atravessa tanto o fato quanto o fetiche (Latour, 2015). Para o autor, o verbo “fazer” evidencia que a dualidade entre verdade e falsidade não é dada, mas fabricada, instaurada por meio de práticas que conectam sujeitos “fabricantes” e objetos “fabricados” em um jogo de produção e vinculação (Latour, 2015). Nesse sentido, pensar torna-se inseparável de fazer: conhecer é sempre também um modo de intervir, experimentar e compor realidade.

Nos labirintos do conhecimento, cientistas e feiticeiros participam de um mesmo campo de forças, no qual a produção de fatos e a criação de fetiches se entrelaçam, produzindo rearranjos contínuos nos modos de conhecer e tornar o mundo inteligível (Stengers, 2008). Em seu labor artesanal, ambos tecem fronteiras semióticas entre “magia e ciência, racionalidade e irracionalidade”, que se entrelaçam continuamente através de um jogo de forças em constante atualização (Latour, 2015; Stengers, 2008; Stutman, 2018).

Os cientistas, como feiticeiros, mobilizam mundos: instauram discursos, reorganizam termos, associam elementos heterogêneos e os modificam. A tecnologia

discursiva, em sua materialidade múltipla, nessa ótica, opera além da dicotomia sujeito-objeto ou do contraste entre conhecimento produzido e conhecimento real, envolvendo também uma complexa trama em que posturas não semióticas são essenciais para compreender a semiose do fato (Law, 2021;2004; Latour, 2015). Como aponta Law (2021 (p. 47), esse processo atravessa práticas aparentemente diversas: “das inovações náuticas às pesquisas biológicas em laboratórios, dos hábitos das larvas às técnicas agrícolas e à alimentação”, costura-se uma malha relacional heterogênea, que desafia e desestabiliza, em suas palavras, os próprios “ismos” que alcançam o pensamento pós-moderno (Law, 2021, p.7).

Justamente essa malha heterogênea que se manifesta nesta tese, onde convoco, como diria Artaud (1984), “especialistas dessa bruxaria objetiva e animada” (p.96): encantamentos, feitura e feitiçarias percorrem os “laboratórios” situados em distintos territórios. Os mesmos princípios de mobilização, associação e transformação de mundos atravessam concretamente os encontros entre as ciências humanas, a epidemiologia psiquiátrica e os saberes periféricos frequentemente desautorizados pelos projetos ontoepistêmicos da modernidade (Ferreira da Silva, 2019), tensionando, e, ao mesmo tempo, abrindo, os desconfortos persistentes entre cultura e técnica, subjetividade e quantificação. À luz de Latour (1983, 1987, 2005), essas esferas não se configuram como domínios opostos ou níveis hierarquizados; constituem-se, antes, em entrelaçamentos nos quais diferenças são produzidas, negociadas e operacionalizadas no interior das próprias práticas científicas. Trata-se de um campo em que todos são convocados a confrontar tais forças conflitivas e a compor com elas (Tible, 2022).

Quando observadas de perto, as decisões técnicas evidenciam que cultura, tradução e contexto integram os próprios processos de construção dos instrumentos, sendo continuamente (re)produzidos nas escolhas metodológicas, protocolos, padrões e métricas que estruturam o CIDI 5.0. Categorias frequentemente tratadas como universais emergem de um emaranhado de práticas técnicas, valores culturais, compromissos institucionais e decisões pragmáticas, moldando simultaneamente os números que sustentam narrativas sobre supostas “epidemias” de transtornos mentais e os modos pelos quais o sofrimento é reconhecido, narrado e governado, tanto individual quanto coletivamente.

Nesse entrelaçamento de forças, decisões e saberes, abre-se o próximo tópico: nele, descrevo como se fez um laboratório de cultivos, um espaço híbrido, vivo

e não organizado pelas oposições que as próprias nomenclaturas parecem sugerir (quem é o *expert* que realiza suas feitura e produz seus *factishes*?), em que cientistas do Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica do Instituto de Psiquiatria da USP, como *feiticeiros*, e moradoras da favela Parque Santa Madalena, no distrito de Sapopemba, zona leste de São Paulo, como *experts*, cultivam juntos o conhecimento, negociando, adaptando e transformando continuamente os elementos que tornam possível compreender o sofrimento e suas medições.

4.2 O LABORATÓRIO DE CULTIVOS: COLHEITA DE DADOS

A história da coleta de dados antecede formalmente a entrada no doutorado em Psicologia Social no ano de 2022 (Universidade Estadual Paulista 'Júlio de Mesquita Filho' – Faculdade de Ciências e Letras). Há algo que se desenrola nas margens do processo, escapando ao marco institucional da aprovação do comitê de ética, um elemento que tensiona e substancializa a pesquisa em sua dimensão ética, inscrevendo-a em um campo onde o rigor metodológico e a materialidade das relações se atravessam de maneira incontornável.

Se há algo que posso afirmar sobre esta pesquisa é que ela emergiu como uma espécie de demanda do corpo, uma narrativa de certas palavras que pediam passagem. Mas esse movimento não foi imediato. Ele se elaborou entre linguagens, deslocando-se entre o léxico formal da produção acadêmica, aquela gramática da evidência aprendida na disciplina da escrita científica, e um outro registro, ancorado nos afetos, nos vínculos, naquilo que escapa aos crivos avaliativos do que se configura como uma evidência, embora oriente e dê sentido à experiência.

Nesse sentido, a história desta pesquisa remonta a 2020, quando ingressei como voluntária no projeto *Saúde Mental na Adversidade: um estudo etnográfico sobre a experiência de saúde mental precária nas favelas de São Paulo*, realizado durante a pandemia de COVID-19 e coordenado pelo Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (NEP-IPq-HCFMUSP). Esse foi meu primeiro encontro tanto com o NEP quanto com o território de Sapopemba, na zona leste da cidade. Foi nesse contato inicial, entre o núcleo de pesquisa e o campo construído pelo projeto, em uma favela da periferia paulistana, que algo se inscreveu de maneira profunda em minha trajetória, reverberando no que chamo aqui de minha “pele

discursiva”. Essa reverberação orientou minhas escolhas analíticas posteriores, e também sustentou a continuidade do vínculo com o território. Em 2022, assumi a função de técnica de pesquisa FAPESP (processo nº 2022/01029-1) no mesmo projeto, concomitantemente ao início do doutorado, dando prosseguimento às caminhadas, às escutas e às vinculações construídas com o campo periférico.

A travessia inicial entre dois laboratórios, foi marcada por escutas intensas e pelos silêncios que habitam, simultaneamente, as margens da cidade e da ciência hegemônica, tornou-se semente para a proposição desta tese-vida. Desse solo germinou o manuscrito submetido ao *Transcultural Psychiatry Journal* (2024), intitulado *Rethinking Cultural Translation in Psychiatric Epidemiology: Investigating how residents of a peripheral area of São Paulo perceive psychometric tools*, como descrito em minha apresentação, instaurou-se como um primeiro esforço analítico no qual busquei traçar um paralelo de inteligibilidade simétrica entre os corredores do Instituto de Psiquiatria da USP e as vielas da favela na ZL de São Paulo, articulando, em regime de coautoria, a escrita com uma moradora de Sapopemba e com cientistas integrantes do mesmo grupo de pesquisa do NEP.

As dificuldades de interlocução entre a epidemiologia psiquiátrica e as ciências qualitativas da saúde, bem como a necessidade de tradução entre a equipe científica responsável pelo estudo e a comunidade com a qual eu já vinha construindo vínculos, tornaram-se centrais na conformação deste campo de pesquisa. Embora essas tensões já contribuíssem para delinear o problema de investigação, o desafio decisivo passou a ser sua operacionalização: como produzir dados considerados ‘cientificamente válidos e confiáveis’. Nesse contexto em que, paralelamente à formulação desse impasse epistêmico-metodológico do meu doutorado, o grupo de pesquisa (NEP), em 2023, mobilizado pela realização do inquérito epidemiológico SPMegacity II, optou por desenvolver um projeto voltado à tradução e adaptação cultural do instrumento utilizado no SPMegacity I, o CIDI, agora em sua quinta versão, conforme descrito na introdução.

Entre e-mails trocados com a *Harvard*, detentora dos direitos sobre o instrumento, correspondências com a equipe de pesquisa, reuniões aos domingos, e assim por diante, durante o ano de 2023 o projeto foi formalmente submetido à FAPESP como pesquisa regular: “Implementando o modelo de tradução em equipe (TRAPD) na adaptação cultural do CIDI 5.0 para o português do Brasil” (2023/10164-2). Tudo parecia alinhar-se de forma inesperada. Se minha intenção inicial era estudar

a tradução na intersecção das formulações que se tecem no Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica (IPqFCMUSP) e seus sujeitos de pesquisa, até a fabulação do fato científico, ali estava, de maneira quase concreta, um projeto de tradução propriamente dito: traduzir no ato, traduzir no literal, no seu movimento contínuo de adaptação e transposição dicionarizada. Contudo, era nesse ponto que o desafio se adensava, comunicar à equipe não apenas o que eu pretendia observar, quanto a forma como essa observação inscrevera-se na lógica do projeto. Se, para o grupo, a palavra, enquanto elemento articulador, se apresentava como central, para mim, o encontro.

No âmbito internacional, os Estudos da Ciência e Tecnologia (STS) (Latour, 1987; Law, 2004), os feminismos pós-coloniais (Haraway, 1988; Mohanty, 2003) e a etnografia de laboratório (Knorr-Cetina, 1999; Latour & Woolgar, 1979) encontram-se amplamente consolidados como abordagens analíticas e metodológicas. No contexto brasileiro, contudo, essas perspectivas têm sido mobilizadas com maior frequência em relação às chamadas ciências “duras”, como a neurociência, a genética ou a engenharia, frequentemente a partir da inserção de antropólogos em laboratórios altamente tecnificados (Karpf, 2000; Massoni & Moreira, 2017).

Menos comum é sua aplicação a contextos híbridos, como os da saúde coletiva e da epidemiologia psiquiátrica, e no meu caso, no âmbito da psicologia, nos quais a proximidade entre disciplinas tende a obscurecer, mais do que evidenciar, as assimetrias epistêmicas e ontológicas em jogo. No que se aproxima também do que Almeida Filho (2020) denomina Etnoepidemiologia tipo III, abordagem que toma a:

[...] prática científica da epidemiologia como objeto de investigação, aplicando conceitos antropológicos e métodos etnográficos à observação das culturas institucionais e das infraestruturas que sustentam a produção do conhecimento epidemiológico” (Almeida- Filho, 2020, p. 4).

Precisamente nesse interstício que se inscreve esta pesquisa, pois minha inserção, enquanto psicóloga, deu-se em um laboratório de epidemiologia psiquiátrica, em diálogo cotidiano com cientistas sociais, epidemiologistas e clínicos. Essa proximidade disciplinar diluía a separação clássica entre observador e objeto, deslocando o modelo de uma etnografia de laboratório convencional. O que começou a se delinear, a partir dessas proximidades e cruzamentos, aproxima-se menos de uma descrição estabilizada de práticas científicas e mais de uma cartografia em

processo, um traçado atento às variações, hesitações e inflexões que atravessam o fazer científico em ato.

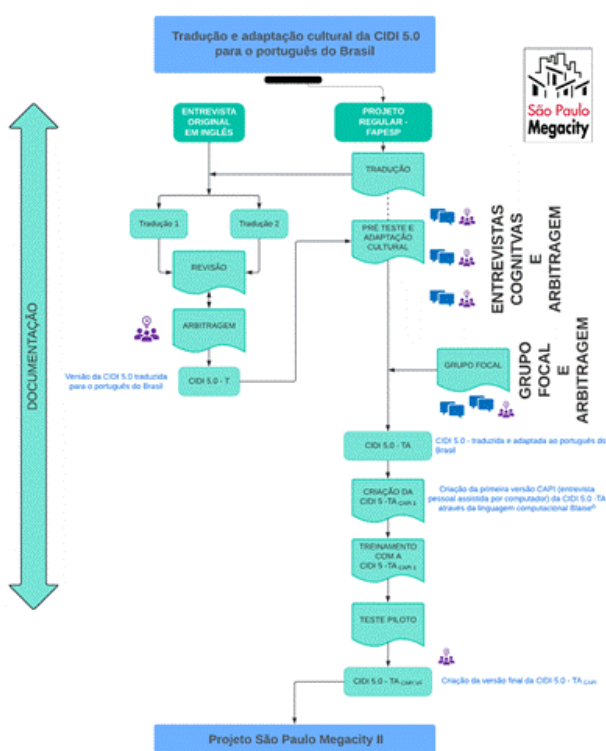
Essa cartografia de laboratório dialoga diretamente com os modos de fazer da saúde coletiva brasileira, especialmente com a perspectiva da cartografia enquanto método (Passos et al., 2009; Rolnik, 1987;), na qual o percurso importa tanto quanto, ou mais do que, o ponto de chegada; um exercício no qual o pesquisadora não ocupa uma posição externa ou soberana, mas se vê implicada, deslocada e transformada ao longo do caminho, afetado pelas forças que atravessam a pesquisa e por tudo aquilo que ela incita, perturba, exige e faz emergir.

Proponho, assim, compreender esse campo como um laboratório de cultivos: um arranjo vivo no qual conceitos, categorias diagnósticas, métricas, afetos, vínculos e traduções são continuamente cultivados, negociados e postos à prova. Nessa perspectiva, o conhecimento não se separa das condições que o sustentam nem dos vínculos que o tornam possível (Puig de la Bellacasa, 2017). Cultivar implica aceitar a temporalidade do crescimento desigual, o risco da perda, a impossibilidade de controle total e a necessidade de responder ao que emerge. Implica, sobretudo, reconhecer que aquilo que se cultiva nunca responde plenamente às intenções de quem cultiva, introduzindo uma assimetria constitutiva entre agência, expectativa e resultado.

Tal como na feitiçaria stengeriana, conhecer implica aprender a responder às forças em jogo e a compor com elas, mantendo aberta a possibilidade de transformação daqueles que participam da relação, inclusive da própria pesquisadora (Stengers, 2010). Nessa chave, o laboratório asséptico, como um espaço fechado de produção de fatos estabilizados, passa a ser pensado como um campo de cultivo do comum. O comum, entretanto, toma forma nos processos de composição que articulam reuniões, negociações terminológicas, infraestruturas técnicas, rotinas institucionais, afetos, conflitos e silêncios. O comum é aquilo que precisa ser continuamente feito e refeito, sob risco constante de se desfazer (Moraes & Parra, 2020; Teixeira, 2015), e por isso sua consistência deve ser continuamente renegociada nas relações que a tornam possível. O laboratório figurado como instância soberana de produção de fatos aparece como prática situada de composição, inseparável das alianças, infraestruturas e dependências que tornam possível, e sempre arriscada, a fabricação do saber (Haraway, 1988).

Dessa forma, ao longo dos inúmeros diálogos com meus orientadores (as) e com o coordenador do projeto de pesquisa responsável pela tradução do CIDI 5.0, no campo da psiquiatria transcultural e epidemiologia global, um impasse recorrente passou a se impor como problema analítico. Nos debates sobre adaptação de instrumentos para “outras culturas”, a dificuldade apontada no artigo previamente submetido, a de que certas perguntas “não eram compreendidas” pelos moradores da favela, foi inicialmente formulada como uma questão a ser revisitada no interior da adaptação cultural do instrumento. Em um primeiro momento era sobre ajustar enunciados, reformular termos ou refinar equivalências semânticas, de modo a tornar as perguntas mais inteligíveis aos respondentes (como exemplificado na etapa de grupos focais apresentada no fluxograma, subsequente às entrevistas cognitivas.)

Figura 1 Fluxograma do Modelo TRAPD para a Adaptação Cultural do CIDI 5.0



Fonte: Adaptado de Wang et al. (2024), projeto de pesquisa financiado pela FAPESP (documento interno).

Progressivamente, no entanto, tornou-se evidente que a noção de cultura mobilizada nesses debates operava de forma assimétrica: cultura aparecia como atributo do outro, do campo, do território periférico, raramente como algo que

atravessa e constitui a própria ciência. Foi nesse deslocamento, da cultura como exterioridade a ser traduzida para a cultura como condição de possibilidade de o próprio fazer científico, que esta tese começou a se desenhar enquanto proposta analítica. Nessa chave, reconheço os diferentes participantes como *experts pela experiência* (Scott, 1998) e proponho acompanhar, de um lado, epidemiologistas, psiquiatras, psicólogos e cientistas sociais envolvidos nos processos de tradução do CIDI 5.0, observando como decisões apresentadas como técnicas mobilizam concepções específicas de sujeito, sofrimento, validade e comparabilidade; e, de outro, examino como moradoras do território periférico de Sapopemba, em São Paulo, com as quais eu já mantinha vínculos, mobilizam, traduzem e reconfiguram categorias psiquiátricas em relação a seus modos de vida, práticas de cuidado e arranjos cotidianos de sobrevivência.

Um dos cientistas envolvidos no processo, em ressonância com essa percepção, formulou uma constatação que passou a se reiterar como um eco persistente ao longo das discussões: a literatura especializada tende a tratar os processos de tradução e adaptação cultural como uma espécie de *caixa-preta*, como uma etapa reconhecida como necessária, porém mantida opaca, frequentemente condensada em descrições protocolares nas seções metodológicas ou relegada a notas de rodapé. Afirma-se que a tradução seguiu determinadas diretrizes ou consensos internacionais, mas pouco se revela sobre os atravessamentos que marcam, no movimento tradutório, a delicada costura entre mundos, sentidos e corpos que habitam a zona de fricção entre ciência e cultura. Nesse intervalo, entre o que é apresentado como procedimento técnico e aquilo que permanece silenciado, que esta pesquisa se inscreve.

Nesse contexto, delineia-se um dos propósitos centrais da tese: tornar visíveis as dimensões sutis, ambíguas e frequentemente silenciadas da tradução científica, fazendo emergir suas hesitações, escolhas, impasses e afetos (Latour, 2005; Stengers, 2010). O que está em jogo não é a estabilização de categorias diagnósticas comparáveis, nem a produção de consensos interpretativos ou modelos replicáveis das chamadas “adaptações culturais” de categorias universalizáveis, mas o acompanhamento dos processos pelos quais o sofrimento é continuamente nomeado, deslocado, sustentado ou recusado em contextos atravessados por instabilidades infraestruturais, institucionais e afetivas (Haraway, 1988; Puig de la Bellacasa, 2017).

Nessa chave, o laboratório de cultivos mostra que a experiência do sofrimento psíquico é continuamente produzida na intersecção entre regimes classificatórios, ecologias urbanas, vínculos comunitários e institucionais e alianças mais-que-humanas que os sustentam (Stengers, 2015; Despret, 2016). O cultivo como método, um feitiço do comum, afirma-se, assim, como prática capaz de reinscrever a produção do conhecimento no interior das ecologias de cuidado, manutenção e disputa que sustentam e, simultaneamente, transformam os mundos que descreve (Teixeira, 2015; Moraes & Parra, 2020).

4.2.1 Cientistas como feiticeiros: o grupo de tradução do Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica (IpqHCFCMUSP).

Nesse momento tudo começa, um começo depois do meio, como diria Nego Bispo (2023), e o trabalho vai tomando corpo. Obtive autorização para utilizar as gravações das reuniões on-line e, ao longo desses encontros, mantive um diário de campo no qual registrei minhas percepções. Ao todo, acompanhei mais de sessenta reuniões, realizadas entre dezembro de 2023 e agosto de 2024, em torno de dez participantes por reunião, registrando tanto interações e decisões formais quanto os aspectos tácitos, improvisacionais e afetivos que marcaram o trabalho da equipe de pesquisa. Paralelamente, foram analisadas as transcrições das gravações dessas reuniões no software *Atlas it*, uma tentativa de dar 'cara de ciência', permitindo um exame mais minucioso das dinâmicas de negociação e dos modos pelos quais o conhecimento foi produzido, traduzido e reformulado no curso da adaptação do CIDI 5.0 ao contexto brasileiro.

Planilhas de Excel com codificações numéricas e esquemas cromáticos, reuniões cronometradas em plataformas digitais, escolhas terminológicas orientadas por critérios pragmáticos e estatísticos, bem como o processo denominado *arbitragem*, que, longe de ser arbitrário, define o que será incorporado ou descartado na versão final do instrumento, atuam como actantes centrais na rede sociotécnica que dá forma ao CIDI 5.0 em sua versão brasileira. O que se observa, portanto, ultrapassa o plano da adaptação lexical e assume a forma de um regime de traduções sucessivas que cultiva e estabiliza provisoriamente a própria ontologia daquilo que passa a contar como transtorno, diagnóstico, sintomatologia legítima e prevalência mensurável.

Além disso, às segundas-feiras, acompanhada pela técnica do projeto de pesquisa, dirigíamo-nos ao laboratório do NEP para resolver questões administrativas, aprofundar discussões conceituais e aprimorar os desdobramentos do projeto de tradução do CIDI 5.0. Registrei, em meu diário, esses momentos passados no escritório, as caminhadas pelos corredores do IPq, como naquele dia em que finalmente consegui o registro da minha impressão digital, uma cena aparentemente trivial, mas que, na realidade, descomplicou e iluminou uma série de questões: até então, a instituição não sabia se eu era voluntária de pesquisa, usuária em atendimento ou pesquisadora, o que implicava em verificações constantes para confirmar minha entrada.

Com o acesso finalmente 'liberado', comecei a transitar pelo corredor do terceiro andar, onde as salas de pesquisa se dispunham. O corredor, no entanto, era guardado por uma porta automática, que só me permitia a entrada através da digitalização do meu dedo finalmente autorizado. Após a porta se abrir, adentrava no corredor científico, onde as salas se organizavam conforme as diferentes subáreas de especialização, cada uma dedicada a um transtorno mental específico – transtorno X, transtorno Y, e assim por diante. O laboratório do Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica (NEP) encontrava-se no fim desse corredor, e para alcançá-lo, era preciso atravessar o DSM e suas portas, mas também passar por uma parede que exibia, como uma vitrine acadêmica, os artigos mais premiados, mais relevantes, ou simplesmente os mais recentes, um painel dos fatos científicos.

No curso desse cotidiano de trabalho, um dos principais desafios na interface entre minha tese e o projeto de pesquisa mais amplo do NEP residiu na organização e na condução da documentação do processo de tradução. Na prática epidemiológica, a fragmentação do trabalho se revela como um princípio fundamental do método de produção científica, permitindo a organização e a escalabilidade das investigações, uma parte do todo que está sempre conectada. No entanto, à medida que minha tese se desenvolvia como uma forma individual de documentar o processo de tradução do próprio projeto do NEP, a tarefa tornou-se mais complexa. A intenção inicial se entrelaçou com a necessidade de produzir uma descrição coletiva para o próprio projeto, a fim de integrar um conjunto mais amplo de práticas e interações, envolvendo todos os pesquisadores e elementos do projeto. Dessa forma, a tese, ao tensionar as fronteiras de um registro individual, passou a ser parte de uma rede mais

ampla de conhecimentos e relações, em constante construção dentro do próprio grupo de pesquisa.

Esse impasse começou a se dissipar quando fomos forçados a nos deparar com a materialidade do consentimento, a formalização das intenções, e a constante negociação que se estabelece entre as várias partes. O momento da formulação dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLEs/ CAAE: 84113024.0.0000.0068) foi um desses momentos cruciais em que, mais do que a escrita em si, o que se construiu foi a rede de acordos que ancorava nossa presença uns nos outros. O comitê de ética, que a princípio parecia ser um obstáculo técnico, revelou-se um ator, mais uma vez, mediando, regulamentando, mas também permitindo que o ato de tradução, observação e participação se entrelaçassem com uma lógica mais fluida.

Houve necessidade de um termo específico para os pesquisadores da própria equipe, algo inédito até então. Longe de representar uma imposição de controle, a afirmação de que os materiais gravados e transcritos pertenciam a todos, e, ao mesmo tempo, a qualquer análise possível busca justamente abrir espaço para múltiplas interpretações e apropriações. Surgiu também a ideia de um banco de ideias para manuscritos, que lideraria a escrita como uma rede de possibilidades, uma plataforma onde as ideias poderiam se encontrar e interagir.

A menção explícita à minha tese no TCLE configurava-se como um ponto reconhecível de articulação dentro de um conjunto de práticas ainda em construção. Minha presença encontrava ali um reconhecimento formal inscrito em uma rede mais ampla de relações, acordos e responsabilidades compartilhadas. Lembro com precisão do momento em que o último cientista assinou o TCLE e, com esse gesto, tornou ainda mais concreta a trama de conexões que sustentava minha inserção naquele campo. A assinatura ultrapassava sua função administrativa. Ela materializava a aceitação de minha presença como observadora e participante, reconhecendo a legitimidade de uma interlocução a partir da qual a escrita poderia ser produzida em um espaço compartilhado. Tratava-se, em certa medida, da autorização para compor com aquela rede e para transformar essa composição em texto.

Precisamente esse tipo de questões, à primeira vista supérfluas, que Latour e Woolgar (2013 [1975]), nos convidam a levar a sério ao desestabilizar a arrogância epistemológica do observador. Entre as posições que formulam, destaca-se a atenção ao que usualmente tomamos como dado, o *take for granted*, pois são esses elementos

cotidianos que revelam a tessitura intrincada da produção do conhecimento científico. No dia a dia do laboratório, são os agires minuciosos, as improvisações metodológicas e as dinâmicas relacionais que expõem a complexidade desse processo.

Ao deslocar o olhar para o trabalho da equipe, fui me encantando com sua dimensão artesanal: um coletivo de sujeitos que executa procedimentos técnicos enquanto participa de um fazer científico atravessado por criatividade, negociação contínua, busca por evidências hierarquizadas e uma escuta atenta às próprias experiências sensíveis. O engajamento na construção de um saber comum se sustenta, assim, por um investimento subjetivo e coletivo que ressignifica, de forma constante, os próprios critérios de validação. O registro etnográfico procurou captar essas dimensões sociais, criativas, técnicas e intelectuais ao rastrear a “ciência em ação” (Latour, 2000) e evidenciar as práticas cotidianas da pesquisa epidemiológica psiquiátrica brasileira.

4.2.2 Moradoras da favela Pq. Santa Madalena: *experts* em ação

Esse mesmo modo de operar, atento às condições de possibilidade da pesquisa e às formas de pactuação que a sustentam, reaparecia, por outros caminhos, no “laboratório” situado na periferia. A infraestrutura desse laboratório era outra e, em certo sentido, paradoxal: seus corredores não se organizavam em salas, bancadas ou equipamentos padronizados, mas em conversas nas vielas, escutas em bares, encontros na horta comunitária, partilhas e risadas altas nas cozinhas. Não se trata de romantizar esses espaços ou seus segredos, afinal, mesmo os laboratórios modernos são atravessados por afetos, alianças e informalidades, mas de reconhecer que, nesse laboratório periférico, tais relações constituíam a própria infraestrutura da pesquisa, e não um pano de fundo secundário.

Assim como no laboratório institucional (os prédios da USP, suas janelas de vidro), a pesquisa ali também se organizava por meio de acordos, autorizações e negociações, ainda que não mediadas prioritariamente por comitês de ética formalizados. Atravessar vielas, cozinhas e espaços de convivência mobilizava outro regime de formalização, no qual a produção de vínculo não antecedia a investigação, mas a constituía. Tal como a assinatura no TCLE, as formas de acolhimento, a permanência no território e a escuta reiterada funcionavam como pactos éticos e epistemológicos, continuamente renovados no cotidiano. Em ambos os contextos, a

pesquisa só avançava na medida em que relações de confiança, reconhecimento mútuo e presença eram cultivadas, fazendo do vínculo como um operador central da produção do conhecimento.

Documentar esses encontros implicou tornar visíveis políticas de cuidado que operam, em grande medida, fora dos regimes formais de reconhecimento. Elas se manifestavam nos discursos, nos gestos, nos deslocamentos e na percepção situada do meu próprio corpo em relação ao território, às pessoas e às situações vividas. Os registros produzidos entre 2022 e 2026, nesse laboratório de cultivos, possuem caráter híbrido e se ancoram em relatos de diário de campo mobilizados ao longo dos capítulos Pensar com “Números” e “Corpos”. Visíveis em alguns momentos, latentes em outros, esses registros sustentam a arquitetura desta tese. Foram eles que acompanharam minhas andanças pelas favelas de Sapopemba, sobretudo no Parque Santa Madalena, em grupos de mulheres, centros comunitários, trabalhos com ONGs, igrejas católicas e evangélicas, hortas comunitárias, festividades culturais, passeios e inúmeras outras situações nas quais pesquisa, convivência e cuidado se tornavam inseparáveis.

O acompanhamento da experiência de uma comunidade específica evidencia sua capacidade de produzir objetos sociotécnicos próprios, formulações conceituais, regimes de verdade e modos coletivos de percepção do sofrimento e do cuidado. Esse deslocamento metodológico implica reconhecer a relevância analítica de elementos frequentemente marginalizados nos protocolos clássicos de produção do conhecimento, como ruídos, hesitações, escolhas afetivas, conflitos, mal-entendidos e fracassos.

Como parte desse arranjo metodológico, foram organizadas quatro rodas de conversa abertas, realizadas semanalmente no momento final da pesquisa, em setembro de 2024, e analisadas no capítulo “Pensar Com Palavras”. Nessas rodas, convidaram-se participantes interessadas em compartilhar experiências e refletir coletivamente sobre saúde mental em suas vidas, nas relações de vizinhança e na experiência comunitária. O tema da saúde mental operava como catalisador dos encontros, mas era rapidamente atravessado por outros elementos igualmente constitutivos do processo: a prosa despretensiosa, o café compartilhado, o cultivo da horta e a permanência no espaço.



Fonte: registro pessoal, 2024. Horta JOJO, Pq. Santa Madalena, Sapopemba, São Paulo.

Esses elementos, que poderiam ser interpretados como meras distrações metodológicas, funcionavam, na verdade, como condições de possibilidade para que determinadas narrativas emergissem. Nas rodas de conversa, eu introduzia um poema ou um disparador temático relacionado às experiências de sofrimento. A partir daí, desdobravam-se narrativas livres sobre angústias, tristezas, ansiedades, depressões, urgências e medos; sobre passagens [ou recusas] pelos serviços de saúde; sobre o uso, ou não, de medicamentos; sobre o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), suas ambiguidades e estigmatizações (“CAPS é biqueira com CNPJ?”, como afirmou uma das participantes); sobre onde buscar ajuda quando ela não está disponível; e sobre estratégias cotidianas de acalmar-se, sustentar-se e encontrar com quem conversar.

Essas narrativas compunham um campo de inteligibilidade coletiva no qual categorias psiquiátricas eram continuamente apropriadas, deslocadas, ressignificadas ou recusadas, revelando os limites e as fricções dos regimes classificatórios institucionais quando confrontados com modos situados de viver e cuidar do sofrimento nas tramas da vida na favela.

As quatro rodas de conversa foram gravadas para além de uma estratégia de controle do material empírico, mas como condição para que eu pudesse habitar plenamente os encontros, acompanhando a disponibilidade, a vulnerabilidade e a presença relacional de corpos que se deixavam atravessar pela contaminação criativa de suas próprias verdades. O registro técnico convivia em tensão com uma escrita afetiva de diário de campo, em que sensações, interações e hesitações eram captadas como parte constitutiva do conhecimento em produção.

A gravação foi discutida e aprovada coletivamente, com cerca de sete participantes por encontro, sendo retomada em cada um em razão da circulação constante de participantes: algumas estiveram presentes em todas as sessões; outras se aproximavam ocasionalmente da horta e decidiam engajar-se. Esse caráter poroso e aberto do campo foi concebido como elemento estruturante do próprio laboratório de cultivos, onde ciência e experiência periférica, técnicas e afetos, se entrelaçam na produção de saberes híbridos e situados.

Os registros foram, assim como os dos cientistas, analisados e codificados no software *Atlas.ti*, tornando visível não apenas o conteúdo das narrativas, mas os modos de produção, negociação e circulação do conhecimento em um espaço que é ao mesmo tempo científico, comunitário e afetivamente engajado.

4.2.3 O sujeito duplo em ação: o pulso da pena etnográfica

A escrita etnográfica reinscreve a subjetividade do cientista, “seu pulso na pena” (Bachur, 2016, p. 8), ao mesmo tempo em que retoma o pulso vital das técnicas da epidemiologia psiquiátrica e do pensamento vivo periférico, acompanhando como suas operações são atravessadas por encontros, presenças e hesitações. O pulso não antecede a escrita; forma-se no contato, quando números, conceitos e categorias encontram corpos, narrativas e experiências que os deslocam, às vezes desorganizam, mas ainda assim os fazem seguir, ditando o compasso. Nesse atrito, os números perdem transparência, as categorias tornam-se porosas e a experiência persiste. A escrita não dissolve a tensão, mas a sustenta, permitindo que o laboratório de cultivos marque o ritmo em que a epidemiologia psiquiátrica e seu sujeito duplo se friccionam em ação.

Nesse vaivém, torna-se evidente que a produção do diagnóstico envolve processos de abstração, contagem e cultivo de inteligibilidade em meio à experiência.

Em ambos os laboratórios, ela se realiza por meio de ordenamentos provisórios atravessados por escuta, negociação e presença. O quantitativo emerge, assim, como uma técnica situada, cuja forma depende das relações que a sustentam e dos contextos nos quais se realiza. Desse modo, a escrita desta tese acompanha o entrelaçamento entre social e técnico, um fazer imanente que se aproxima de uma feitiçaria objetiva (Stengers, 2017; Latour, 1994/2002; Artaud, 1938/2006), reinscrevendo performances subjetivas na própria formulação objetiva dos números.

O trabalho acompanhou de perto como os conceitos do CIDI 5.0 foram formulados, discutidos e reformulados no trabalho coletivo de tradução, evidenciando as intervenções de pesquisadores na área da epidemiologia psiquiátrica (Participante C1, C2, C3...) em paralelo às experiências, percepções e modos de pensar das moradoras da favela Pq. Santa Madalena, em Sapopemba, zona leste de São Paulo, que também atuaram como participantes ativas do processo (Participante A, B, C...).

A opção pelo gênero feminino reflete a predominância de mulheres nos encontros realizados na roda de conversa da horta comunitária do território enquanto o uso do gênero masculino para os cientistas remete à representatividade desse gênero nas falas analisadas. Essa escolha preserva identidades e torna visível a centralidade dos saberes de cada grupo na produção do campo. No diário de campo, essas vozes se desdobram em outros capítulos (Pensar Com “Números”, “Imagem”, “Palavras” e “Corpos”), acompanhando o movimento processual da produção do conhecimento. A seguir, apresento os primeiros achados a partir de cenas e fragmentos das reuniões e do trabalho no território, entrelaçados às anotações etnográficas, delineando o compasso do laboratório e da pesquisa em ação.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 PENSAR COM NÚMEROS

“Não me é dado saber / qual foi seu destino ...”
“(...) se é capaz de realizar a soma final / sem incluir-se a si mesmo no resultado.”
— Wisława Szymborska, Cálculo Elegíaco

Há números que nos assombram e números dos quais nos desviamos; números que perseguem e números que se perdem. Pensar com os números é, antes de tudo, aceitar que eles nunca chegam sozinhos: vêm acompanhados de histórias, sombras, restos, irrupções de sentido que excedem qualquer cálculo. Na poética de Wisława Szymborska, judia polonesa que fez da ironia um ato de sobrevivência, os números não são abstrações, mas destinos possíveis, ficções de ordem construídas à custa de vidas específicas. Sua recusa em dissolver o singular na estatística ilumina a crítica: diante da pretensão de totalidade dos grandes números, Szymborska insiste no detalhe, na dobra minúscula que permanece viva. Para que essa particularidade se mantenha, ela escreve, é preciso fazer a luz tremular “como uma lanterna”, iluminando apenas alguns rostos, enquanto o resto se afunda no escuro.

Este capítulo se escreve a partir dessa penumbra. Não para devolvê-la à luz totalizante, mas para reconhecer que é nela que os números respiram, tremem, falham. Proponho então dois movimentos. O primeiro examina o número como unidade de poder: dispositivo que busca estabilizar conflitos, produzir consensos e instaurar hierarquias decisórias. Ao desmontar o número para expor o regime de pensamento que o sustenta, mostro como essa forma de racionalidade aparece tanto nos bastidores da ciência epidemiológica quanto nas dinâmicas do crime organizado na periferia; duas esferas que, à primeira vista distantes, compartilham modos de ordenação e governo.

O segundo movimento desloca a suposta objetividade da métrica científica, mostrando como os valores numéricos do instrumento, aqueles que deveriam garantir equivalência e replicabilidade, são instáveis, subjetivos, diferenciais. Nunca dizem exatamente a mesma coisa. Assim como a lanterna de Szymborska, iluminam apenas parte dos rostos; o resto permanece no escuro. Nesse escuro é onde se revela o caráter ficcional dos grandes números e a impossibilidade de uma tradução plena entre experiências de sofrimento. Pensar com os números, então, implica reconhecer a vibração que os atravessa. Significa permitir que eles se movam e que, ao se

moverem, desorganizem as certezas do campo, reabrindo o espaço daquilo que persiste à margem do cálculo e continua a exceder suas formas de apreensão.

5.1.1 As reuniões de arbitragem: cientistas como árbitros

Começo pelas primeiras reuniões dedicadas à tradução do CIDI 5.0 para o português brasileiro. O grupo de cientistas as denominou “reuniões de arbitragem”, nome que acabou virando também o do nosso grupo no WhatsApp. Curiosa com o uso desse termo, recorri ao dicionário para compreender melhor seu significado (Dicionário Priberam da Língua Portuguesa, 2025). Eis o que encontrei:

arbitragem

ar·bi·tra·gem

Substantivo feminino que se refere à negociação, ao ato ou ação de dirigir, julgar. Decidir quem fica e quem sai, garantir que as regras sejam cumpridas. Mais precisamente, resolver conflitos de forma imparcial. Uma parte “neutra” artificialmente colocada para decidir um conflito de maneira justa.

- Ato ou efeito de arbitrar: ARBITRAGEM, ARBITRAMENTO
- Julgamento feito por um ou mais árbitros.
- [Esporte] Ação de dirigir uma competição, assegurando que todos os participantes sigam as regras estabelecidas.
- [Direito] Negociação conduzida por um árbitro judicial, cuja decisão é vinculativa e aceita pelas partes em disputa.

Mas afinal, o que significava “arbitragem” para os cientistas desse grupo? O termo parecia designar um procedimento com regras próprias, como um ritual metodológico. Aos poucos, comecei a perceber que essa arbitragem seguia um roteiro cuidadosamente estabelecido: dois especialistas, ambos com ampla experiência em epidemiologia psiquiátrica e fluentes em inglês, haviam realizado previamente, de forma independente, a tradução completa do instrumento. Suas versões foram então dispostas lado a lado, em colunas distintas de uma planilha do Excel, alinhadas à coluna da versão original em inglês. Ao final de cada linha, abria-se uma nova célula destinada a acolher a decisão final do grupo, acompanhada de um espaço reservado para comentários, justificativas e considerações que pudessem surgir durante a deliberação.

Os “árbitros” – figuras que, segundo o dicionário, podem ser juízes, esportistas ou mediadores – nesse contexto específico, eram os próprios cientistas reunidos nas sessões de tradução. Sentavam-se à mesa trazendo consigo linguagens diversas, formações epistemológicas heterogêneas e modos distintos de conceber precisão, significado e equivalência da palavra. Era o lugar onde diferentes regimes de conhecimento, atravessando tanto as ciências exatas quanto as humanidades, se encontravam e, por vezes, entravam em atrito.

Em cada reunião, examinávamos de forma minuciosa e quase técnica cada item do instrumento, debatendo se havia uma tradução superior, se seria possível discernir uma opção mais refinada do que as duas apresentadas ou se, talvez, deveríamos adiar a decisão sobre uma questão que, naquele momento, parecia irremediavelmente complexa. O grupo era composto, em média, por nove a dez pesquisadores, que se reuniam pontualmente on-line às 13h, o horário habitual do almoço, e encerravam exatamente às 14h, para então prosseguir com o restante da jornada de trabalho.

Nesse cenário, éramos todos, simultaneamente, árbitros e intérpretes de um jogo de significados densos e de exigente precisão linguística. A complexidade das discussões, o peso das decisões e a urgência do consenso alimentavam uma dinâmica de estratégias, em que a tradução era um ato de transposição linguística e uma arena onde lógicas, racionalidades e discursos se chocavam, e onde prevalecia a necessidade de escolhas cada vez “melhores.” Cada reunião tornava-se, assim, um campo de tensão e fricção, no qual a tradução do CIDI 5.0 se configurava, guiada pela competição entre alternativas, ajustes e uma busca incessante por uma versão que fosse precisa e fiel ao significado original, moldado pelo contexto dos Estados Unidos, onde o instrumento foi inicialmente desenvolvido.

Que comecem os jogos!

5.1.2.1 Reconciliação? O problema da tradução

Um termo frequentemente mobilizado pelos cientistas para caracterizar o processo decisório durante a arbitragem é “reconciliação”, compreendida como um procedimento orientado à pacificação de conflitos e à construção de um terreno comum. No entanto, esse conceito frequentemente se traduz em uma abordagem mais pragmática, como se expressou em uma das discussões: “Entendo, se ambos

traduzirem da mesma forma, eu aceito; acho que nem precisamos arbitrar, não faz sentido” (Participante C1, 2024). Assim, a reconciliação emerge como uma forma de resolução que evita o prolongamento do conflito quando as alternativas se alinham.

Também foi abordado que itens que introduzem explicações de termos ou oferecem justificativas, algo bastante comum nas entrevistas psicométricas, são frequentemente considerados “confusos.” Isso ocorre, para o grupo de cientistas, porque essas explicações tendem a adicionar complexidade, gerando múltiplas interpretações que, em vez de esclarecer, acabam dificultando a compreensão do entrevistado. O exemplo citado nesse contexto foi considerado um caso simples, comparado ao que aparece na versão original do CIDI 5.0, na qual essas ambiguidades podem ser ainda mais pronunciadas.

Uma proposta para otimizar o processo de arbitragem surgiu durante as reuniões: a implementação de uma “reconciliação” mais eficiente, na qual cada pesquisador votaria em uma tradução e, em seguida, seria realizada uma análise estatística dos resultados. A sugestão foi claramente expressa por um dos participantes:

[...] Toda semana, vocês receberão, com uma semana de antecedência, uma planilha com os itens originais, traduzidos, uma, duas, reconciliadas. Vocês votam, bem fácil, é só clicar, depois me enviam dois ou três dias antes, e eu farei a estimativa estatística de cada um desses itens, o grau de concordância entre os entrevistadores para cada item (Participante C1, 2024).

Esse processo tinha como objetivo gerar dados que permitissem uma avaliação mais objetiva do grau de concordância entre as traduções, possibilitando uma análise quantitativa das escolhas realizadas. Conforme detalhado por um dos pesquisadores:

[...] Concordância entre os entrevistadores para cada um desses itens, para que possamos ter **medidas quantitativas, além das qualitativas**. Não vamos nos concentrar demais nas quantitativas, mas vou dizer o seguinte: a maioria achou que este item, na tradução 2, estava melhor, com uma equivalência semântica mais precisa do que na tradução 1. Isso nos dá uma **proporção e, na reconciliação**, o acordo entre os avaliadores (Participante C1, 2024, grifo meu).

Aqui, o objetivo parece ser atribuir um ‘peso numérico’ à tradução considerada mais precisa, algo semelhante a atribuir um ‘valor de verdade’, o que permitiria uma avaliação mais objetiva de sua equivalência semântica. Embora um dos cientistas tenha mencionado que o foco não era de fato as medidas quantitativas, a proposta de incluir esses dados reflete a busca incansável deste campo pela

precisão. Ora, o que está em jogo é o estabelecimento de um ‘padrão ouro’ para a reconciliação, uma versão da tradução considerada a mais fiel e correta possível, utilizando a mensuração quantitativa como ferramenta de validação. No final, essa reconciliação torna-se um jogo de quantificação da ‘verdade’ da tradução e, apesar das reservas quanto à ênfase nos dados numéricos, a necessidade dessa metodologia reside em garantir a escolha da tradução ‘perfeita’.

Outra forma de nomear esse processo de reconciliação é a “busca pela palavra adequada” (Participante C2, 2024). Os números que indicam a tradução mais apropriada serviriam como gatilho para o princípio fundamental dessas reuniões: discussão, debate e reflexão coletiva. Como expressou um dos cientistas:

[...] Com os números, vamos abrir espaço para a discussão de fato, porque o espaço da reunião é para discutir, não para preencher isso. Isso é apenas o prelúdio, até para ajudar a refletir (Participante C1, 2024).

No entanto, em determinado momento, um dos pesquisadores introduziu uma inflexão quase inversa ao conceito de “arbitragem.” Ele nos alertou sobre a necessidade de cautela na escolha das palavras, enfatizando: “Estou apenas tentando encontrar elementos que nos ajudem a evitar decisões muito arbitrárias, aquelas que podemos discutir com base em uma ideia...” (Participante C1, 2024). Nesse contexto, o termo “arbitrária” assume um significado diferente; aproxima-se mais do de uma decisão autoritária, subjetiva ou tomada sem critérios claros, consistentes e justificáveis. A preocupação era evitar que o processo de tomada de decisão se tornasse rígido, mecânico ou imposto sem a devida reflexão coletiva. Ou será que, no fundo, essa outra inflexão semântica revela uma racionalidade importante, muitas vezes oculta, desse projeto de consenso científico?

O caso em questão envolveu a escolha entre duas traduções que permaneciam literais em relação ao original. “*Feel sad or depressed*” foi traduzido como “sentiu-se triste ou deprimido.” No entanto, para um dos cientistas, o conceito de *low mood*, interpretado como “mau humor” ou “baixo astral”, era mais complexo, exigindo uma reflexão que transcendesse a busca pela palavra mais precisa. Ele argumentou que era necessário refletir sobre o que realmente queremos medir, em vez de simplesmente encontrar a melhor tradução para *low mood*: “O que está em jogo não é apenas a palavra, mas o tipo de sentimento sobre o qual estamos falando” (Participante C5, 2024).

Essa mudança marca uma alteração na lógica da escolha da tradução. A tradução, em si, não se reduz à equivalência literal, mas envolve negociações conceituais: “É necessário ter uma ideia do conceito e das coisas a serem pensadas, para que você tenha uma compreensão mais clara do que será perguntado” (Participante C5, 2024). A fase de arbitragem, portanto, envolve simultaneamente um exercício de precisão linguística e de definição científica: a melhor tradução é aquela que o grupo de pesquisadores considera mais apropriada. No entanto, mesmo que um consenso seja alcançado, a validação dessa escolha ainda dependeria de evidências empíricas, por meio de entrevistas cognitivas ou grupos focais. Como apontou um dos cientistas: “‘Humor, mau humor, humor irritado, sentir-se para baixo’... Este termo precisa ir para a entrevista cognitiva, entendeu?” (Participante C1, 2024).

A busca pela palavra correta, dessa forma, é guiada pela alternativa mais viável. A arbitragem (sendo arbitrária ou não) foca na construção de um consenso provisório: “Nosso trabalho aqui é chegar à melhor tradução que achamos” (Participante C3, 2024). Mas, como destacou outro pesquisador, independentemente do consenso dentro do grupo: “Eu enviaria todos esses termos que são controversos, descritivos e criativos para a entrevista” (Participante C1, 2024). Há, portanto, um entendimento compartilhado de que a escolha da melhor tradução depende da construção de evidências progressivamente mais robustas capazes de fundamentá-la. A tradução configura-se, nesse contexto, como um campo aberto, continuamente submetido a revisões, testes e validações sucessivas.

Ao final de uma das reuniões, um cientista resumiu essa lógica para a equipe, esclarecendo os dois principais eixos do processo de arbitragem. Primeiro, haverá uma segmentação da tarefa, na qual cada cientista será responsável por uma seção específica, fornecendo comentários gerais para otimizar a discussão coletiva. Essa segmentação se justifica pela diversidade dos campos envolvidos – psiquiatria, psicometria, epidemiologia, psicologia, ciências sociais – e visa potencializar o trabalho colaborativo. Além disso, foi enfatizado que, em caso de dúvidas, é essencial recorrer a fontes especializadas: “É interessante consultar como isso está sendo discutido. Posso enviar livros de psicopatologia, que fornecem diferentes explicações do conceito, ou livros sobre entrevistas psiquiátricas, que também podem ser muito úteis, pois ensinam como conduzir esse tipo de entrevista” (Participante C1, 2024).

Em segundo lugar, há a definição de que a tradução deve ser tratada como um processo aberto, regido por uma racionalidade semelhante à lógica estatística: um

ciclo contínuo de testes e ajustes até que se alcance a melhor versão possível. Como explica o pesquisador:

[...] Esta tradução não é final. Para começar, foi feita por mim (C1), pelo Cientista 3, e reconciliada pelo Cientista 2, mas permanece uma tradução aberta, um trabalho coletivo. Teremos várias iterações, como em estatística, testando, testando, testando, até alcançarmos o melhor modelo (Participante C1, 2024).

Essa decisão metodológica de conduzir as reuniões de forma numérica não surgiu imediatamente. Antes disso, um dos cientistas havia proposto uma técnica diferente para classificar e avaliar as traduções, baseada em uma avaliação numérica de quatro tipos de equivalência: semântica, idiomática, cultural e conceitual. No entanto, outro membro questionou essa estratégia, argumentando que a classificação deveria surgir das discussões, e não ser pré-definida. Ele comentou:

[...] Tive certa dificuldade com essa coisa de responder a cada um dos itens – equivalência semântica, equivalência idiomática – apenas com ‘sim’, ‘não’ ou ‘talvez’. Se a ideia é chegar a um consenso sobre uma versão, talvez o foco devesse ser apenas avaliar se a tradução é boa ou ruim, e aí sim entramos na discussão. Não tenho certeza se essa classificação prévia realmente ajuda a identificar onde está o problema, considerando que teremos muitas categorias adiante. Se simplificássemos esse processo agora, acho que facilitaria para nós” (Participante C4, 2024).

Outro cientista concordou, observando que a classificação proposta não estava sendo registrada de forma uniforme por todos. Como alternativa, sugeriu uma metodologia mais sistemática: “Acho que podemos extrair todos os itens que precisam ser arbitrados e analisá-los em lote, organizando-os em uma planilha. Dessa forma, podemos fazer tudo de uma vez” (Participante C2, 2024). Um exemplo emblemático dessa complexidade foi a tradução da expressão *low mood*. Mesmo que um consenso tenha sido alcançado, a decisão final ainda dependia da arbitragem qualitativa. Para lidar com a necessidade de revisões sucessivas, foi escolhida uma categorização visual por cores: azul para os itens reconciliados e consensualizados pelo grupo; vermelho para os itens que ainda precisavam ser discutidos.

Logo, observa-se que a busca pelas cores se entrelaça com os números diante do problema de tradução. Nesse processo, foi enfatizada a importância de “esclarecer” (Participante C3, 2024) uma padronização entre azul e vermelho, indicando que aquilo que estava “reconciliado” (Participante C3, 2024) não precisava necessariamente ser incorporado à decisão final sobre a versão. Essa distinção permitia ao grupo se desobrigar da preocupação excessiva em alcançar uma equivalência estrita.

No entanto, o esforço deve ser direcionado à equivalência dos itens vermelhos, ou ao que foi chamado de “bloco controverso” (Participante C3, 2024). Essa escolha metodológica se fundamentou em um princípio central do instrumento: a sequência das perguntas não pode ser analisada isoladamente, pois elas fazem parte de um todo que constrói a compreensão mais ampla do conceito investigado. Como destacou um dos pesquisadores:

[...] Se analisarmos apenas os itens problemáticos, perderemos o contexto da discussão. Se os itens estiverem isolados, sem a seção completa, pode ser difícil entender a lógica da pergunta. Frequentemente, uma pergunta é a continuação de outra que já foi reconciliada (Participante C7, 2024).

Ao arbitrar os itens vermelhos, deparamo-nos com questões desafiadoras que revelam a complexidade de escolher as palavras mais apropriadas. Essas dificuldades apontam para um desafio conceitual mais amplo, que se conecta a uma questão central desta tese: qual é, de fato, o problema desta tradução? E o que está em jogo nessa escolha? Duas possibilidades emergem dessa investigação: tem a ver com uma questão cultural ou idiomática, em que a equivalência se perde no contexto brasileiro? Ou o problema reside na estrutura da formulação, tornando a pergunta excessivamente complexa ou distante da experiência cotidiana? Como questionou um dos cientistas:

[...] Qual é o problema desta tradução? Qual é a questão deste item? Ele apresenta dificuldades porque não corresponde à experiência brasileira e foi traduzido literalmente? Ou é excessivamente longo e difícil de compreender? Mesmo que enfrentemos obstáculos para compreender completamente este conceito, vale a pena investigar, porque muitas vezes conseguimos perceber que uma tradução não está bem-feita, mas o que exatamente faz com que ela não funcione? (Participante C10, 2024)

Encontrar o problema da tradução implica adentrar um território controverso, atravessado por números e suas cores, por negociações contínuas e por relações nas quais conceitos, contextos e corpos são constantemente reconfigurados.

5.1.3.2 *Pensar com números para “ficar com o problema”²*

Os números usados para classificar os problemas de tradução são reiterados como uma solução relevantes por um dos cientistas. Para ele, esses

² A expressão “ficar com o problema” remete a Donna Haraway (2016, *Staying with the Trouble*), que propõe permanecer junto às incertezas e impasses, acompanhando-os sem buscar soluções imediatas, como forma de engajar eticamente com a complexidade do mundo e dos saberes em jogo.

números não representam apenas uma métrica objetiva, nem precisam reivindicar uma credibilidade científica intrínseca para fins de publicação. Em vez disso, funcionam como uma ferramenta para estruturar o pensamento coletivo sobre os desafios conceituais envolvidos, como explica o participante:

[...] Mesmo que mais tarde percebamos que esses números e equivalências não serão diretamente aplicáveis para algo publicável, eles ainda são valiosos como uma ferramenta de reflexão – ajudando a identificar o problema e a considerar a qualidade da tradução. Acho que vale a pena. (Participante C1, 2024).

Outro cientista concordou, sugerindo que, em vez de seguir estritamente categorias predefinidas de equivalência, poderíamos integrá-las de forma mais aberta aos comentários:

[...] Coloque isso no comentário. Porque, ao mesmo tempo, de que adianta dizer que essa tradução é semanticamente equivalente, mas culturalmente, não é? Isso, por si só, não nos ajuda muito a chegar a uma conclusão final (Participante C10, 2024).

Para identificar o problema na tradução, é necessário um exercício de pensamento que se afaste de uma classificação fixa, seja ela idiomática, cultural ou formal, e reconheça que múltiplos fatores podem estar em jogo, muitas vezes de forma entrelaçada ou inesperada. Essa prática preserva a ideia de uma tradução em fluxo contínuo. A sugestão do grupo, então, foi simplificar a avaliação: responder sim ou não e, nos casos negativos, justificar nos comentários os desafios encontrados.

[...] Acho que deveria ser “sim e não, sim e talvez”. A gente avalia: a tradução um é boa ou não é boa, a tradução dois é boa ou não é boa, a revisão é boa ou não é boa – e explica por quê. Conceitualmente, semanticamente, idiomáticamente, o que não está certo? Porque, se ficarmos apenas no sim, não, talvez, não vamos entender por que a tradução não funciona. Essas múltiplas colunas tomam tempo e não resolvem o problema que estamos tentando discutir (Participante C3, 2024).

No entanto, outro pesquisador apresentou uma sugestão diferente: em vez de focar em medições numéricas, seria mais produtivo avaliar qualitativamente e detalhar as justificativas nos comentários, como ele explica:

[...] Com medições, com elementos quantitativos e qualitativos, acho que faz mais sentido avaliar qualitativamente e, nos comentários, explicar melhor. Dedicar mais tempo a justificar por que achamos que não está bom e sugerir traduções alternativas para discussão (Participante C12, 2024).

A combinação desses elementos – quantitativos e qualitativos – reforça o que foi apontado como o momento central do processo: a reunião, espaço de debate em que o raciocínio se constrói coletivamente, mas para o qual é necessário chegar preparado. Como explica um dos cientistas do grupo:

[...] O mais importante na arbitragem é esta reunião. As avaliações prévias ajudam a organizar o pensamento, mas a reunião não é para discutir pontuações ou números. O foco é exercitar o raciocínio e chegar preparado para o debate (Participante C9, 2024).

Retornamos ao aspecto organizacional do nosso trabalho, decidindo que cada pesquisador deveria ser responsável por uma seção inteira. Isso garante a continuidade das perguntas, que seguem um fluxo lógico na psicopatologia – do geral para o mais específico, como explica um dos cientistas:

[...] As perguntas seguem uma progressão: primeiro, de forma ampla – perguntando se algo já aconteceu na vida, se interferiu – e, em seguida, são investigados períodos mais recentes, como o último ano e o último mês. Esse formato mantém a coerência da entrevista. Se cortarmos apenas determinados itens sem compreender essa estrutura, perdemos a lógica do instrumento (Participante C1, 2024).

Torna-se problemático julgar a pertinência de uma pergunta de forma isolada, pois seu significado e efeito dependem do fluxo relacional e do contexto em que é inserida. O que pode parecer mal formulado pode já ter sido abordado anteriormente, seguindo a lógica subjacente do instrumento, o que justifica a estrutura e a ordem das perguntas. Nesse sentido, o grupo decidiu que cada pesquisador deveria ler sua seção previamente, sem fazer julgamentos, apenas identificando perguntas problemáticas que valessem a pena trazer para discussão, como acrescenta outro cientista:

[...] É por isso que esta pergunta foi formulada dessa maneira, entende? O ideal é que todos leiam antes, mas sem decidir sozinhos – apenas destacando algo relevante, como no caso da diferença entre ‘subúrbio’ e ‘periferia’. Depois, discutimos em grupo” (Participante C3, 2024).

Havia, portanto, uma preocupação dentro da equipe em “não remover o contexto” das perguntas, já que cada item deve ser compreendido dentro do todo. Quando um ponto permanece sem resolução, a equipe opta por deixá-lo isolado, permitindo que a questão “fermente” para consideração posterior, como explica um dos pesquisadores:

[...] Porque, pelo menos, vamos supor isso, temos uma reunião. E houve muita discussão sobre determinado item. Então, deixamos isolado, e a pessoa vai deixar ‘fermentar’, pensar sobre isso. E até buscar outras alternativas” (Participante C3, 2024).

Para otimizar o processo, decidiu-se que, antes de cada reunião semanal, a seção seria enviada a todos. Dessa forma, a equipe teria clareza sobre o que já foi reconciliado e o que ainda precisa ser arbitrado, permitindo que todos compreendam

o contexto e a lógica da seção, além de identificar quais perguntas realmente precisam ser debatidas. Os itens reconciliados representam uma decisão de consenso, mas nem toda arbitragem leva a isso. Os cientistas entenderam que algumas questões deveriam ser enviadas para o pré-teste justamente porque não apresentam um ponto comum, fixando em vermelho o que será “reconciliado, discutido, arbitrado” (Participante C3, 2024).

Agora, “ficar com o problema da tradução” não se refere apenas aos números, mas, como foi dito anteriormente, também à cor, que, por sua vez, também segue um raciocínio numérico. Ao analisar criticamente o problema da questão vermelha dentro do contexto das questões azuis, um cientista propôs uma forma melhor de distinguir entre essas categorias. Para ele, o processo de tomada de decisão deve levar em conta a conexão entre experiências de vida e as perguntas formuladas.

O que, a partir da subjetividade e da posição social compartilhada dos cientistas envolvidos, pode ser considerado uma questão “azul”, para outro grupo social, étnico, pode ser uma questão “vermelha”. Nesse caso, seria crucial enviá-la para o pré-teste, ampliando a validação com diferentes perspectivas: “Acho que, para o pré-teste, para responder a todas as perguntas, seria importante envolver pessoas de diferentes origens e contextos” (Participante C14, 2024).

Decidiu-se que a equipe deveria “seguir a linha” das perguntas na tabela. Um dos cientistas acrescentou que, ao adotar esse raciocínio, entende-se que “se está em azul, já está reconciliado, nem precisamos discutir, a menos que percebamos que há um problema” (Participante C7, 2024). Nesse caso, ele sugeriu que um comentário poderia ser feito para informar o grupo sobre a situação. Essa observação indica que nem tudo pode ser classificado de maneira dicotômica: como 8 ou 80, ou simplesmente azul e vermelho.

Azul, portanto, não é definitivo; é necessário considerar se há elementos que justifiquem a seleção de determinada pergunta para o pré-teste, mesmo que inicialmente reconciliada. Vermelho, por outro lado, aponta para um consenso sobre a existência de um conflito, e só é preciso entender sua natureza. Como conclui um dos membros da equipe: “De qualquer forma, precisamos avaliar se cada um desses itens azuis deve ser elegível para o pré-teste, na última coluna. Quanto aos itens vermelhos, são eles que precisam ser avaliados” (Participante C3, 2024).

Além disso, toda pergunta enviada para o pré-teste deve vir acompanhada de uma justificativa clara, sustentada por uma fundamentação epistemológica que explicita o objeto do teste e os motivos que justificam sua realização. Esse requisito procedimental reflete uma racionalidade metodológica mais ampla: diferenciar as perguntas de acordo com o tipo de desafio de tradução que apresentam, se dizem respeito à compreensão (isto é, se os respondentes provavelmente entenderão a formulação, a estrutura ou a ressonância cultural de uma pergunta) ou ao constrangimento (que também é cultural, referindo-se a tabus ou a questões difíceis de responder...). Para concluir a discussão, um dos cientistas sugeriu: “Vamos começar a trazer os problemas à medida que aparecem, nos itens, para não nos perdermos?” (Participante C3, 2024).

5.1.4 Números provisórios, consensos traficados

O que pode, ao leitor desavisado, parecer apenas um conjunto de reuniões irrelevantes do início de um projeto científico, voltadas à organização da gestão de dados, à distribuição de responsabilidades entre os pesquisadores, entre outras questões; ou como afirmações que, à primeira vista, soam autoevidentes e confinadas ao domínio do ordinário e do administrativo, revela, na verdade, um processo fundamental que não aparece nos artigos científicos quando o consenso já foi alcançado ou quando o fato científico já se encontra consolidado pela comunidade. No território conflituoso onde se tornam visíveis as camadas habitualmente ocultas, as controvérsias em disputa e o trabalho incessante de fabricação da unidade, delineiam-se as condições pelas quais essa mesma unidade virá, mais adiante, a apresentar-se como naturalizada, estável e objetiva

O que se põe em movimento quando cientistas assumem o papel de árbitros e a tradução se transforma em um jogo de arbitragem? Se, como sugere Foucault (2006 [1973–1974]), a prática médica se estrutura a partir de uma matriz jurídica, sua legitimidade reside na captura da natureza dentro dos dispositivos de sua gramática normativa, convertendo-a em objeto de regulação, classificação e jurisdição. No processo de tradução do Composite International Diagnostic Interview (CIDI 5.0) para o português brasileiro, quando escolhas lexicais passam a ser submetidas a um regime de votação ancorado em ‘pesos numéricos’, observa-se uma inflexão metodológica que reconfigura o próprio julgamento clínico. Este passa a

adquirir a forma de um cálculo probabilístico, articulado a regimes de produção da verdade (Foucault, 2008 [1977–1978]). Como sintetizou um dos cientistas envolvidos: “testando, testando, testando, até chegarmos ao melhor modelo” (Participante C1, 2024). Tal procedimento se alinha ao princípio da hierarquia de evidências e à lógica do padrão-ouro, na qual a verdade emerge menos do encontro clínico do que da repetição controlada e da estabilização estatística (Rose & Miller, 1992).

Tal racionalidade decisória traduz o julgamento em número e institui uma forma de pensamento numérico que se apresenta como neutra e, precisamente por isso, opera como dispositivo de fixação epistemológica. O foco analítico recai sobre a maneira pela qual a quantificação se impõe como matriz cognitiva, estruturando problemas, organizando decisões e orientando os ritmos da deliberação coletiva. Contudo, os próprios participantes reconhecem o caráter provisório e instrumental dessas operações. Ao afirmar a impossibilidade de “usar esses números e equivalências para algo publicável” (Participante C1, 2024), um dos pesquisadores desloca os números para uma posição paradoxal: eles constituem a infraestrutura que sustenta as decisões tradutórias, ao mesmo tempo em que permanecem ausentes das formas finais de validação científica. Sua importância reside menos na visibilidade dos resultados do que na capacidade de ordenar negociações, estabilizar controvérsias e produzir acordos temporários. Coloca-se, então, a pergunta: com que língua falam esses números?

Observar essa cena implica deslocar o olhar para aquilo que, ao final, será sistematicamente apagado, os impasses, as hesitações, as disputas sem solução, os excessos sem equivalência, e reclassificado como material de “menor valor”. A língua dos números, nesse sentido, opera como um idioma de governo: uma forma de traduzir o vivido em unidades manejáveis, de converter a heterogeneidade da experiência em séries comparáveis e de tornar governável aquilo que se apresenta como ambíguo, situado ou irredutível.

A presença do pensamento numérico na epidemiologia psiquiátrica, portanto, constitui a expressão de um horizonte epistemológico específico, orientado pela aspiração a uma tradução palavra por palavra, fundada numa equivalência ideal presumidamente objetiva, exata e imune às ambiguidades. Essa aspiração autoriza o apagamento do restante, aquilo que não entra no cálculo, ao mesmo tempo em que produz a aparência de uma verdade estabilizada, pronta para circular como evidência

e como critério legítimo de decisão, onde o ‘vermelho’ se torna necessário para lidar com a ‘zona cinzenta’ dos números.

Assim como na prática clínica, a epidemiologia se move diante daquilo que resiste à captura: fenômenos que não se deixam plenamente palpar, objetificar ou mensurar. No processo de escolha das traduções consideradas “melhores”, essa dimensão do incapturável irrompe como um campo de tensões, tornando-se visível, ainda que sob a rubrica do “não publicável” no próprio debate coletivo. A incerteza, o fermento das interpretações, a hesitação diante do sentido e a aceitação do que permanece oculto constituem modos efetivos de produção da tradução.

O que este capítulo busca acompanhar é o modo como a formulação quantitativa, ao se apresentar como rigor metodológico e como padrão-ouro de evidência, acaba por revelar suas próprias fissuras. Seja pelas limitações inerentes aos números em dar conta da complexidade das realidades que pretendem apreender, seja pela fragilidade da objetividade que reivindicam, o cálculo expõe, no interior de sua operação, aquilo que ele próprio não consegue estabilizar. Nas tramas desse descompasso, entre a promessa de captura total e a persistência do indizível, que a tradução se faz, menos como resolução definitiva, mais como negociação provisória com aquilo que insiste em escapar.

Nessa perspectiva, os números operam menos como espelhos de uma realidade independente do que como dispositivos cuja força reside na autoridade e na legitimidade que lhes são atribuídas. Como sublinham Katerini e Behague (2014), “o poder político dos números existe mesmo quando a validade desses números é contestada” (p. 267), lembrando que a objetividade que eles reivindicam não se separa das operações políticas que a sustentam, nem das formas de subjetividade que inevitavelmente a atravessam e a tornam eficaz.

Essa relação entre números, política e subjetividade evidencia outro ponto crucial: o quanto de “qualitativo” se encontra intrinsecamente presente nas próprias formulações quantitativas. A construção de métricas e a definição de indicadores não se reduzem a operações mecânicas ou à aplicação literal de regras; elas exigem, antes, um exercício reflexivo de caráter subjetivo, que negocia e tensiona as dicotomias tradicionais entre qualitativo x quantitativo, subjetivo x objetivo (Desrosières, 1998; Hacking, 1992).

Embora as críticas que apontam a suposta ausência de ‘subjetividade’ e de teoria política no campo estatístico da saúde hegemônica não estejam equivocadas

(Breilh, 2006; Laurell, 1982; Castiel, 2003), proponho deslocar o foco da análise: o problema não reside simplesmente na falta do subjetivo ou no excesso do objetivo “despolitizado”, mas na forma como ambos se entrelaçam numa espécie de fita dupla. Nela, uma subjetividade implícita, de natureza qualitativa, é simultaneamente exigida, mobilizada e produzida durante o processo de elaboração das métricas, permanecendo, contudo, pouco visível enquanto fato científico legitimado e publicável.

Nesse território de subjetividades controversas, formam-se decisões interpretativas, escolhas metodológicas e inferências sobre o que os números significam (Ayres, 2004; Almeida-Filho, 2011). Talvez seja no entrelaçamento instável entre o subjetivo e o quantitativo que se abram pistas férteis para novas investigações. O interesse reside em reconhecer que a objetividade se constitui através de relações, mediações e composições que impedem sua apresentação em estado puro. Os dados carregam marcas de decisões, julgamentos e negociações humanas e mais-que-humanas, sedimentadas nos próprios procedimentos que os fazem existir. Por isso mesmo, essa objetividade, longe de ser transparente, pede para ser acompanhada, descrita e interrogada etnograficamente, em suas práticas, desvios e efeitos (Mol, 2002; Behague & Katerini, 2023).

A noção aparentemente meticulosa de codificar questões problemáticas por meio de cores vermelhas ou de lhas atribuir diferentes pesos numéricos revela, antes de sua esfera tecnocientífica, a densidade do labor envolvido na busca pela palavra ideal na tradução; aquela capaz de refletir com fidelidade o sentido da pergunta original em inglês, formulada pelo grupo de epidemiologistas norte-americanos, e depois permitir a integração do Brasil (e, mais especificamente, da cidade de São Paulo) nesse debate sobre números internacionais (Desrosières, 1998; Hacking, 1992).

Esse processo evidencia um modo de pensar que exige, nas palavras de Haraway, “ficar com o problema” (Haraway, 2016): permanecer no conflito, sustentar a controvérsia, recusar soluções apressadas, conversar com colegas, consultar livros, acompanhar a intuição e confrontar os limites do próprio campo. Não imagino nada mais qualitativo, ou mais subjetivo, do que tal processo. Pensar o problema com esses números implica superar dicotomias binárias, como a oposição entre uma ciência colocada no lado da natureza: objetiva, neutra, universal; e um senso comum relegado à cultura: instável, particular, subjetivo. Essas fronteiras, tão estáveis na imaginação moderna, se desfazem quando observamos como diferentes arenas sociais,

científicas ou populares, recorrem a procedimentos de estabilização de conflitos, criação de unidade e produção de consenso.

Nessa encruzilhada, convoco uma cena que emerge de uma trilha pouco percorrida, um *road not taken*, à maneira de Robert Frost (1916). Não se trata de recusar a genealogia já conhecida que vincula a entrevista psiquiátrica à criminologia e à jurisdição moderna (Foucault, 2006 [1973–1974]), mas de permitir que outra cena faça pressão sobre ela: as práticas de jurisdição moral e política produzidas pela governança do crime organizado em São Paulo, condensadas no dispositivo chamado “ir para as ideias” (Feltran, 2018).

Afinal, o debate sobre a formação dos consensos e sobre os modos pelos quais a aparência de unidade obscurece relações de poder atravessa a ciência e diversos outros domínios da vida social. Ele se manifesta também em outras instâncias de ordenação social, inclusive naquilo que, à primeira vista, poderia ser lido como seu oposto: as formas populares de jurisdição moral e política das periferias urbanas. As cenas cotidianas, entrelaçadas com o Primeiro Comando da Capital (PCC) no território que percorri, retornam à memória, e trago-as para refletir sobre o problema que insiste, como uma batata quente que tentamos empurrar para outra área, outra disciplina, outro campo: como chegamos às nossas verdades científicas? Colocando tudo no mesmo plano de inteligibilidade, a ciência e cultura (Latour, 2022), convoco aqui os modos de decidir do PCC para refletir sobre outro regime de produção de fato, ordem e autoridade, um regime que também opera pela disputa de sentidos, pela argumentação e pela estabilização de conflitos.

Durante esse “desenrolar das ideias”, como descreve Feltran (2018), produz-se um tipo de consenso moral capaz de estabilizar a vida no território. A resolução de conflitos integra esse processo, juntamente com a construção contínua de acordos, justificativas e critérios de legitimidade. Os debates são agonísticos, mas seguem formas reconhecíveis de ordenamento, operando em um regime de autoridade que precisa continuamente produzir sentido, sustentar sua legitimidade e conquistar reconhecimento. Entre traços, olhares e palavras escolhidas, constrói-se uma ‘unidade provisória’ que dá forma ao processo. Nesse espaço que o PCC atua como mediador, nomeia o que está em disputa, marca limites e abre caminhos para o cotidiano continuar, mesmo que momentaneamente, com algum equilíbrio criando um ritmo próprio que ordena a vida na favela (Feltran, 2018; Telles, 2007).

Por exemplo, quando dois parentes que brigavam sem cessar são “levados às ideias,” não está em jogo apenas a paz do bairro, mas também o papel do PCC como instância capaz de traduzir conflitos difusos em decisões relativamente estáveis. O caso, embora aparentemente trivial, envolve a elaboração de critérios: quem tem razão? quem está “segurando a palavra”? o que significa “respeito” naquela situação específica? A decisão final, e a forma como ela é argumentada, produz uma espécie de fato moral: uma resolução que passa a valer como verdade local, mesmo permanecendo obscuro o que se passa nesse debate “nas ideias.”

Outro exemplo ocorreu com uma mulher que havia traído o marido, um homem aliado ao PCC, e estava sendo ameaçada de morte. A análise do caso envolveu a consideração do contexto, do comportamento do marido e dos riscos que a situação produzia para ela e para a comunidade. A decisão final autorizou um “corretivo”, vedando explicitamente qualquer forma de violência sexual ou homicida. O desfecho expressava uma interpretação moral situada, produzida a partir dos valores mobilizados pelo comando e das preocupações com a manutenção da ordem no território.

Outro conflito envolvia a filha adolescente de uma liderança comunitária que começava a se aproximar das drogas. As conversas revelavam um esforço coletivo para avaliar se havia risco real de que ela “virasse noia”. A preocupação dirigia-se aos possíveis danos para a jovem, sua família e a vizinhança, bem como às repercussões para a vida coletiva no território. As deliberações procuravam conciliar proteção, cuidado e manutenção da ordem local, produzindo respostas consideradas compatíveis com os valores compartilhados pela comunidade.

Havia ainda situações aparentemente banais, como o roubo de uma bicicleta de um vizinho, descrito por Feltran (2018), que à primeira vista pareceriam insignificantes. Quando “levadas às ideias”, passavam a integrar um campo mais amplo de avaliação moral, no qual se ponderavam a conduta, o caráter e a confiabilidade daqueles que habitavam o território. A restituição do objeto, acompanhada do aviso de que não haveria “próxima vez”, participava da recomposição das relações e da restauração de um equilíbrio considerado legítimo. Da mesma forma, a abertura ou permanência de um bar era discutida à luz de seus efeitos sobre a convivência, a circulação, a segurança e o bem-estar coletivo. As decisões tomavam forma por meio de negociações minuciosas, nas quais valores, trajetórias e circunstâncias eram continuamente colocados em relação.

No prolongamento dessa lógica de fabricação do consenso, o WhatsApp se insinua como uma infraestrutura ordinária de arbitragem, participando ativamente da economia moral da deliberação ao ordenar fluxos, registrar versões e tornar circuláveis certos argumentos em detrimento de outros. A plataforma é amplamente mobilizada por grupos de pesquisa para decidir horários de reunião, prolongar debates iniciados presencialmente, fazer circular textos, tensionar argumentos, muitas vezes de forma mais intensa e conflitiva do que nos encontros face a face, cada vez mais raros no mundo pós-pandemia.

Não por acaso, uma notícia recente publicada pelo G1 (Tavares, 2026) revelou que a Polícia Civil, ao aprofundar investigações sobre o chamado “tribunal do crime” identificou o uso sistemático do WhatsApp por membros do PCC, organizados em um grupo denominado “QueeBraadAs”, no qual se discutiam castigos e decisões relativas a conflitos envolvendo moradores de favelas da zona leste que teriam descumprido regras da facção. O que se delineia, assim, uma convergência semiótica, em que a mesma plataforma que sustenta a deliberação científica sustenta também a deliberação criminal; mensagens, áudios, capturas de tela e encaminhamentos produzem rastros, condensam versões, estabilizam interpretações e aceleram decisões, ao mesmo tempo em que comprimem o tempo da controvérsia e deslocam o conflito para um espaço semi-privado, permanentemente arquivável.

O que o PCC nomeia como “ideias” remete a uma gramática deliberativa orientada à produção de unidade: um tribunal moral de funcionamento cibernético que encaminha a resolução de conflitos e delimita, de antemão, aquilo que pode adquirir estatuto de problema. Essa operação, longe de se esgotar em seu contexto específico, encontra ressonâncias perturbadoras em outros regimes de produção de verdade. Também no interior da ciência moderna, sob o manto da racionalidade técnica, operam-se decisões de ordem moral e política que incidem sobre corpos, populações e territórios.

Há momentos em que o coletivo científico, de modo análogo, “vai para as ideias”: comitês, grupos de trabalho, conferências, encontros presenciais ou mediados por plataformas digitais, nos quais se negocia o que contará como evidência, quais dados devem existir e que experiências poderão ser descartadas como ruído. Nessas arenas, versões concorrentes são submetidas a provas de legitimidade, certos argumentos se consolidam enquanto outros se eclipsam, e uma verdade se estabiliza,

sempre provisória, sempre dependente das infraestruturas materiais, técnicas e relacionais que a tornaram possível.

Convém explicitar, ainda assim, que a aproximação aqui proposta se desenvolve em um plano analítico distinto daquele das equivalências institucionais. O interesse concentra-se nos processos através dos quais diferentes regimes de verdade produzem consensos e estabilizam formas legítimas de interpretação do mundo. Sob essa chave, o tribunal improvisado da periferia e o comitê científico aparecem como dispositivos de ordenação moral e política, sustentados por linguagens, autoridades e procedimentos específicos. Em um caso, o julgamento se apresenta de forma explícita; no outro, a autoridade tende a ser veiculada pela gramática da objetividade, da evidência e do método. Em ambos, a arbitragem como centro: decidir o que conta como evidência, o que configura falta, que tipo de argumento adquire peso, corresponde a uma operação de poder que organiza o mundo e fixa, ao final, aquilo que poderá aparecer como realidade, unidades semióticas governáveis, ingovernáveis traficadas no seio da trama da vida.

5.1.5 Números confiáveis, consensos lícitos

Se, até aqui, a atenção recaiu sobre a busca do valor numérico como forma de organizar decisões relegadas ao campo do “não publicável”, “oculto”, “clandestino/traficado”, o que se coloca agora é acompanhar o modo como, na entrevista CIDI 5.0, o pensamento numérico atravessa um limiar, aquele que o torna visível, publicável e reconhecido como legítimo, o número “lícito”.

A busca por estabilização de uma nomenclatura comum torna-se particularmente visível nas transições entre sistemas classificatórios, nas quais se redefinem, de modo recorrente, as formas legítimas de nomear e tornar inteligível a experiência do sofrimento mental. Da terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, *DSM-III*) (American Psychiatric Association, 1980), à décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (International Classification of Diseases, *CID-10*) (Organização Mundial da Saúde, 1992), e, posteriormente, às quarta e quinta edições do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*DSM-IV* e *DSM-5*) (American Psychiatric Association, 1994; 2013), observam-se deslocamentos sucessivos que não apenas atualizam categorias diagnósticas, mas reconfiguram os

próprios critérios de inteligibilidade clínica e epidemiológica do sofrimento (Zabaleta, 2019).

Esses números, posteriormente agrupados, passam a indicar a “frequência e persistência” do sintoma, tornando-se centrais para a questão da quantificação temporal: os sintomas são deslocados para um regime linear, cumulativo e comparável, no qual a “severidade” emerge como efeito do trabalho de tradução do vivido em números, uma conversão que transforma experiência, duração e impacto em evidência mensurável, visível e legitimada.

O gradiente temporal atravessa o CIDI 5.0, articulando frequência, duração e impacto no cotidiano. A seção HE19 serve aqui como ponto de partida para iluminar essa articulação. Observar esse processo é voltar-se para o regime fronteiro entre o científico oculto e o que se torna visível; aquilo que denomino números “lícitos”, os chamados números publicáveis.

Tabela 2 Pergunta H19, SEÇÃO HE: YOUR HEALTH, CIDI 5.0

HE19. (RB, PG 3) In the <u>past 30 days</u>, how often did you have each of the following types of pain?	
(IF NEC: In the <u>past 30 days</u> , how often did you have this type of pain? / All or almost all, most, some, a little, or none of the time?)	
All or almost all of the time	Most of the time
Some of the time	A little of the time
None of the time	None of the time
a.	Back pain – all or almost all, most, some, a little, or none of the time?
b.	Pain in your arms, legs, knees, hips, or joints
c.	Headaches
d.	Chest pain or shortness of breath
e.	Stomach or bowel problems

Fonte: WANG et al. Tabela do CIDI 5.0. Núcleo Epidemiológico Psiquiátrico (NEP), 2024. Documento interno (não publicado).

A gradação temporal, presente na questão HE19 sobre diferentes tipos de dores físicas, nem sempre se manifesta de forma evidente. Como observou um dos cientistas: “Acima de tudo, não está claro que exista uma diferença entre ‘algumas vezes’ e ‘poucas vezes’” (Participante C5, 2024). Outro pesquisador concordou e sugeriu que essa estrutura implica uma espécie de “sequência de gravidade”, cuja precisão poderia ser aprimorada com o uso de uma escala numérica de 1 a 5 (Participante C3, 2024). Ele salientou que essa configuração se aproxima de uma escala ordinal, implicando que a passagem entre categorias não é homogênea. Nas suas palavras: “a distância entre a categoria 1 e a 2 é diferente da distância entre 2 e 3” (Participante C3, 2024), evidenciando tanto a subjetividade intrínseca às escolhas dos respondentes quanto os limites inevitáveis de uma categorização padronizada.

Ao refletir sobre essa questão, um terceiro cientista observou: “É um gradiente. Então não faz sentido fazer estatística usando uma escala linear, certo? Como se... assumindo que o intervalo é igual, mas não é” (Participante C7, 2024). Ainda assim, ele notou que, na prática, a resposta será sempre uma aproximação. Seria esse “aproximado” uma espécie de linha curva de intervalo subjetivo? pergunto-me em silêncio. A ideia de uma gradação imprecisa ganha forma como uma linha não linear, um traço flutuante que, longe de fixar a experiência, delineia um contorno indefinido; talvez o reflexo de algo que habita em nós. Ainda que a questão HE19 se refira à dor física, a equipe observa que, no caso da dor no peito, há uma sobreposição com a experiência subjetiva da ansiedade, revelando que o corpo, também ele, sente os contornos dessa curva.

A tentativa de organizar a escala de frequência revelou as ambiguidades intrínsecas à gradação temporal utilizada no instrumento. Um dos cientistas propôs uma estrutura em que “todo o tempo”, “a maior parte do tempo”, “algumas vezes”, entendida como algo próximo da metade, e “um pouco do tempo” ocupariam posições ao longo de um eixo contínuo, culminando em “nenhum momento”. No entanto, ele próprio questionou: “Será que ‘algumas vezes’ ou ‘um pouco do tempo’ significam realmente exatamente a metade, 50%?” (Participante C6, 2024). E acrescenta: “Não é ‘um pouco do tempo’, mas também não é ‘a maior parte do tempo’” (Participante C6, 2024).

A dúvida colocada pelo pesquisador evidencia a dificuldade de estabelecer correspondências exatas entre termos que condensam simultaneamente valores quantitativos, tonalidades qualitativas e sentidos subjetivos. Durante a discussão

sobre a escala de frequência, um dos cientistas questiona se a expressão “poucas vezes” poderia ser substituída por “raramente” (Participante C9, 2024). No entanto, a sugestão é recebida pelo grupo de experts com cautela. Outro membro observa que, apesar da proximidade entre “algumas vezes” e “poucas vezes”, o que de fato pode gerar confusão, o termo “raramente” ainda indica uma frequência menor e, portanto, não seria um substituto exato (Participante C3, 2024).

O debate, então, concentra-se nas sutilezas da língua original. Um dos participantes observou que, em inglês, há um claro destaque no uso da palavra “*time*”, como em “*most of the time*”, “*some of the time*”, “*a little of the time*”, o que ajuda a demarcar com mais precisão a duração ou recorrência dos sintomas (Participante C2, 2024). Ele acrescentou, destacando uma dificuldade específica na tradução para o português: “Para nós, em português, ‘*some*’ e ‘*few*’, nesse sentido, são muito semelhantes” (Participante C2, 2024).

Essa observação chama a atenção para como nuances temporais podem se perder no processo de tradução, apagando gradações que, na língua original, ajudam a qualificar com mais precisão a intensidade e a frequência dos sintomas relatados. A atenção da discussão se volta ao propósito da questão: captar a extensão temporal do sintoma sobre a pessoa, distinguindo-a da contagem de ocorrências. Surge, assim, uma sugestão:

[...] E se colocássemos ‘**um pouco em algum momento**’? Dessa forma, evita-se a palavra ‘vezes’ e ainda se transmite a ideia de pouca ocorrência, o que ajuda a diferenciá-la de ‘vezes’. Acho que a pessoa já se distanciaria, aproximando-se mais de ‘**nenhuma**’.” (Participante C10, 2024, grifo meu).

Refletindo sobre essa dificuldade de gradação, outro cientista ponderou: “Mas eu acho que ‘um pouco’ é menor do que ‘algum’ ou ‘poucas vezes’” (Participante C6, 2024), apontando uma possível hierarquia entre as expressões. A conversa avança com uma nova sugestão: “E se dissermos ‘em poucos momentos’?” (Participante C7, 2024). Contudo, a proposta encontra resistência: “Eles estão muito próximos um do outro” (Participante C3, 2024), respondeu um dos membros, evidenciando a dificuldade em estabelecer distinções claras.

Questionei-me, então: essa proximidade seria apenas uma questão de posição lexical, como se os termos estivessem simplesmente justapostos na frase, ou indicaria um verdadeiro sobreposição de sentido, um problema de gradação quantitativa? A ambiguidade se torna ainda mais evidente quando outro pesquisador

observou: “Isso vai... deixar as coisas muito próxima. Vai acabar causando confusão. Você nunca vai saber realmente se a pessoa está marcando três ou quatro” (Participante C2, 2024).

Parecia que estávamos em uma encruzilhada: ‘pouco’ e ‘algum’ pareciam gravitar em torno do valor “3”, o ponto médio da escala, mas seus significados rapidamente escapavam de qualquer referência numérica fixa. A noção de valor começou a se deslocar, de modo que não estava mais ancorada em um número específico para se orientar em uma direção afetiva: “Sim, mas está tendendo para algo ruim, menos da metade, certo?” (Participante C8, 2024), sugeriu um dos cientistas. A conversa continuou na tentativa de delinear esse gradiente, e uma nova defesa do termo ‘poucos momentos’ surgiu, já que ele “indica quantidade, que é realmente menor do que algum momento” (Participante C8, 2024).

Quando perguntado sobre sua preferência, um dos cientistas disse que escolheria “raramente”, pois a expressão transmite a ideia de algo menos frequente em suas palavras, parece ser menor que “pouco” e muito semelhante a “nenhum”. Para ele, “raramente” é o quase nunca. Explica: “Em ‘nenhum momento’ (*at no moment*) significa que nunca acontece. ‘Raramente’ (*rarely*), algo ali acontece” (Participante C3, 2024).

Retornamos então à tentativa de construir uma imagem mais clara. “Vamos pensar em termos de simetria, certo?” propôs o mesmo cientista (Participant C3, 2024). Ele continuou com a ideia de organizar as categorias ao longo de um eixo: “De um lado, temos ‘todo o tempo’ (*all the time*), ‘quase sempre’ (*almost always*) e ‘na maior parte do tempo’ (*most of the time*). No meio, ‘algumas vezes’ (*sometimes*)” (Participante C3, 2024). O raciocínio começava a ganhar forma, até que uma nova dúvida interrompeu o desenho do eixo. “O oposto de na maior parte do tempo (*most of the time*) seria raramente (*rarely*), certo?”, perguntou outro cientista (Participante C7, 2024).

Em seguida, ele acrescentou uma segunda questão, tentando ajustar os limites do gradiente, perguntando se seria em nenhum momento (*at no moment*) equivalente a nunca (*never*) (Participante C7, 2024). A controvérsia continuou, e a imagem do eixo, até então difusa, começou a se formar de maneira mais clara e simétrica: “Então, seria algo assim: ‘sempre’ ou ‘quase sempre’ (*always or almost always*) em uma extremidade, e ‘nunca’ (*never*) na outra. No mínimo, os extremos precisam estar muito claros”, sugeriu um dos participantes (Participante C6, 2024).

Aos poucos, a escala ganhava contorno, mas não sem revelar, no próprio esforço de ordenação, as fissuras de uma simetria sempre por vir. O grupo então se voltou para a relação entre expressões como “na maior parte do tempo”, “na maior parte das vezes” e “quase sempre”. A conclusão foi que elas não são conflitantes; ao contrário, como afirmou um dos cientistas, são “mais fáceis de definir” (Participante C10, 2024). Essa equivalência se torna ainda mais evidente quando comparada às expressões em inglês “*almost all the time*” e “*most of the time*”, que, nas palavras do mesmo cientista, “são muito semelhantes” (Participante C10, 2024).

No entanto, se os extremos superiores pareciam relativamente claros, o verdadeiro desafio residia no meio da escala, no número 3, a encruzilhada, o ponto de dúvida. Foi então que outro cientista interrompeu seu próprio raciocínio para enfatizar essa instabilidade: “Na verdade, eu acho que o grande problema, a questão... é como vamos definir o meio, esse ‘algumas vezes’ (*sometimes*)” (Participante C5, 2024).

A discussão se aprofunda, mas a dúvida persiste: como nomear, afinal, o intervalo que separa os extremos da escala? Um dos cientistas tenta abrir uma saída pela via da arquitetura do instrumento: “Talvez, se não existisse esse três, se o instrumento tivesse quatro categorias, seria mais fácil” (Participante C6, 2024), arriscou ele, imaginando uma estrutura menos ambígua. Com menos pontos intermediários, argumentou, a distância entre as categorias se tornaria mais clara, mais nítida aos olhos tanto de quem pergunta quanto de quem responde (Participante C6, 2024).

Logo, o cientista esboçou ao grupo uma possível reorganização, quase como quem redesenha o mapa do problema: uma escala composta por “sempre” (*always*), “ou quase sempre” (*or almost always*), “frequentemente” (*frequently*), “às vezes” (*sometimes*), “raramente” (*rarely*) e “nunca” (*never*). Uma espécie de gradação mais limpa, que dispensaria o ponto de inflexão que o “3” vinha encarnando. Contudo, outro cientista levantou uma questão crucial:

[...] Quase nunca dizemos “*raramente*” para uma dor de cabeça. Mais frequentemente dizemos “*de vez em quando*”, mas com o sentido de que é muito raro. Porque “*raramente*” tem o significado de algo raro, certo? Tipo, eu pego um resfriado, pego, mas é muito raro, muito raramente” (Participante C8, 2024).

No fluxo da discussão, outro cientista mencionou uma escala de rastreamento usada para medir Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

(TDAH) (SRS18), que segue uma gradação semelhante para avaliar a frequência com que alguém comete erros por falta de atenção ou se distrai durante tarefas difíceis.

As categorias dessa escala são: nunca (*never*), raramente (*rarely*), algumas vezes (*sometimes*), frequentemente (*frequently*) e muito frequentemente (*very frequently*). Ficou decidido manter sempre (*always*), quase sempre (*almost always*) e frequentemente (*frequently*). E foi precisamente nesse momento, depois de longos minutos debatendo nuances milimétricas de gradação, simetria, equivalência e hierarquia semântica, que o mesmo cientista resumiu tudo com uma frase que parecia dissolver, de um só golpe, o próprio problema: “No fim, as pessoas entendem de um jeito ou de outro, não é?” (Participante C3, 2024).

5.1.6 Números globais, decisões multiculturais

O processo de tradução implicado na busca por unidades quantitativas acelera tensões e traições epistemológicas, nas quais o pensamento lógico-quantificável se vê compelido a confrontar aquilo que lhe resiste: a intensidade, a frequência e a duração de experiências subjetivas inscritas em trajetórias de vida heterogêneas. Nesse movimento, o debate tornou visíveis a elasticidade dos termos, a instabilidade das equivalências e os contornos projetivos dos conceitos ancorados nos sintomas do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) (APA, 1994). As fronteiras antes estabilizadas por nomenclaturas e classificações, que pareciam sólidas, foram reabertas e revelaram a fragilidade estrutural que sustenta a arquitetura psicopatológica.

A tentativa de domesticar a temporalidade por meio do pensamento quantificável torna-se, nesse contexto, um critério estruturante da objetivação do sofrimento mental, um esforço de reduzir o indeterminado a escalas homogêneas de severidade, compatíveis com a lógica classificatória da taxonomia psiquiátrica. No entanto, a cena etnográfica revela que, por mais que se pretenda objetiva, toda mensuração temporal abriga um ‘intervalo diferencial subjetivo’: uma distância variável entre categorias numéricas e expressões de frequência (“a distância entre 1 e 2 é diferente daquela entre 2 e 3”, assim como entre “sempre” e “quase sempre”). Mesmo os cientistas reconhecem que essa variação escapa à precisão desejada, denunciando uma fissura imprescindível entre o cálculo e a experiência.

Essa unidade, contudo, pressupõe uma harmonia transcendente, uma espécie de metodologia unificada elevada à condição de sentimento metafísico, que sustenta a crença na coerência do mundo e na sua mensurabilidade última. O cálculo, nesse sentido, instaura performativamente uma ordem que se apresenta como preexistente e silenciosa. Ao quantificar, produz-se o real como aquilo que pode ser contado, comparado e agregado, fazendo emergir um consenso que se apresenta como unívoco e monolítico, justamente porque apaga as fraturas, as hesitações e as zonas de indeterminação que o tornaram possível.

Nesse sentido, como argumenta Hacking (1990, 2007), as classificações científicas e os sistemas numéricos entram na constituição da realidade, moldando comportamentos, práticas e a própria percepção do mundo ao mesmo tempo em que a tornam inteligível. Críticas feministas, pós-coloniais e pós-kuhnyanas, como as de Harding (1986, 1991), questionam tais pretensões de universalidade e ressaltam que o ideal de objetividade, ao tentar neutralizar a heterogeneidade e a multiplicidade, produz efeitos epistêmicos e políticos custosos para o próprio campo científico. Quando a diferença é percebida como risco ou de “baixo valor numérico”, busca-se instituir um conhecimento sistemático e integrado sobre os mundos natural e social, o que, paradoxalmente, gera uma ignorância igualmente sistemática: a exclusão de modos de conhecer que não se ajustam à gramática, às metáforas, modelos e estruturas narrativas do Norte Global (Harding, 1986, 1991; Hacking, 1990, 2007).

Ao converter os sintomas em um quadro de mensuração, o CIDI 5.0 institui um regime de equivalência que encena a própria ideia de precisão e produz uma coerência numérica apenas aparente. Esse regime torna possíveis operações de comparação, nivelamento e operacionalização de respostas a experiências de sofrimento que permanecem singulares, situadas e, muitas vezes, incongruentes com as formas de captura que lhes são impostas. Afinal, o que separa a intensidade “2” da “3”? O que distingue “quase sempre” de “raramente”? O que essas medidas dizem sobre aquilo que é vivido diferencialmente no próprio corpo?

Os próprios cientistas do grupo de tradução, conscientes das incertezas estruturais que atravessam as medidas, reconhecem que número e vivência não coincidem (intervalo diferencial subjetivo), pois toda tentativa de quantificação implica uma perda, uma redução do múltiplo ao comparável (Hacking, 1990; 2007). Dentro dessa economia de tempo, intensidades e critérios de normalização, o ideal de simetria revela-se inalcançável: por mais que o dispositivo se empenhe em instaurá-

la, o que emerge é uma tensão permanente entre o cálculo e o corpo, entre o desejo de medida exata e o excesso irredutível da experiência.

Essa engenharia de mensuração é orientada por finalidades pragmáticas, como a formulação de políticas públicas, a regulação de seguros médicos, o desenvolvimento de fármacos ou a legitimação de novas terapias, ao produzir uma média comum, o instrumento cria um espaço estatístico de homogeneização predatória que, embora funcional para a maquinaria diagnóstica, permanece ontologicamente instável: ao ancorar-se na abstração numérica, produz uma coerência apenas aparente, instaurando realidades que se desalinham dos modos singulares de experienciar a própria vida e, nesse descompasso, revelam o caráter performativo e normativo da própria medida (Behague, 2015; Hacking, 1990, 2007).

Mas então, para que servem esses números? E, sobretudo, o que eles dizem sobre o modo de produzir evidência na psiquiatria? A partir de certo ponto, a política desses números revela-se como a expressão de uma racionalidade que autoriza e reafirma uma psiquiatria constituída historicamente pela erradicação das zonas de incerteza clínica e pela supressão da subjetividade que a habita (Sampaio, 1998; Foucault, 2006 [1973-1974]). Enquanto especialidade que historicamente ocupou uma posição marginal dentro da medicina por se concentrar não no corpo visível e anatômico, mas na opacidade da subjetividade e na volatilidade da apresentação clínica, a psiquiatria foi compelida a buscar uma linguagem compartilhável, critérios de legitimidade e formas de inteligibilidade pública que sustentassem sua pretensão de cientificidade (Birman, 2018; Caponi, 2012).

No entanto, onde, afinal, esse objeto se localiza? Ele não se reduz à neurociência, cujo correlato material é o cérebro, ainda que dialogue com ela; tampouco se dissolve na psicologia hegemônica, que elege o comportamento como unidade de observação, embora compartilhe com ela certos esquemas conceituais (Sampaio, 1998; Caponi, 2012). A psiquiatria se constituiu, antes, como um campo híbrido, estruturado por tecnologias e dispositivos que consolidam sua inscrição no espectro mais amplo das ciências médicas (Sampaio, 1998; De Aguiar, 2016). Terapias intensivas como o eletrochoque, a farmacoterapia e, sobretudo, a entrevista clínica emergem como tecnologias de verdade, operações que, mais do que revelar, produzem a realidade que afirmam descrever (Foucault, 2006 [1973-1974]; Caponi, 2012).

Numa genealogia de práticas que visam simultaneamente domesticar o incerto e produzir o real sob a égide de uma mesma ontologia, isto é, sob o ideal regulador de uma razão que busca reduzir o múltiplo à forma da unidade, o número (quantas vezes ao longo do tempo; pouca intensidade ou muita?) se coloca como a racionalidade tradutiva dos protocolos internacionais do CIDI e pelas exigências de adaptação cultural de instrumentos standardizados. No entanto, esse resto, sempre presente por detrás dos números, permanece em grande parte invisível no processo coletivo de produção científica. Ele se manifesta nos agires aparentemente menores: no “ir para as ideias” dos *experts* que concebem o instrumento, nos *experts* que o respondem, e sobretudo no encontro entre ambos.

O diferencial subjetivo encontra sua tradução numérica, fazendo-se sentir na decisão de adequar experiências heterogêneas a uma noção de persistência que, uma vez estabilizada, se desfaz como duração vivida para funcionar como marcador diagnóstico. O que se disputa, portanto, não se restringe à mensuração do tempo, mas à possibilidade de reconhecimento dessa duração como válida dentro de um regime idiomático específico; uma sintaxe universal de equivalência na qual o chamado “sonho da objetividade” (Delgado, 2014) se encarna como crença de que a abstração numérica poderia capturar, sem sobra, a densidade do vivido.

No espaço da tradução, tal pretensão convive, desde o início, com a consciência de sua própria insuficiência. Sabe-se que algo sempre escapa, se perde, se trai ou se equivoca nesse percurso rizomático entre a língua de partida e a de chegada, entre números traficados e números lícitos, entre aquilo que pode ser tornado publicável e aquilo que deve permanecer fora de cena. Nesse por detrás dos números concentra-se a força crítica da própria ideia numérica, uma forma capaz de revelar as fissuras do cálculo e a instabilidade constitutiva dos consensos que ele mesmo produz.

Mas, se é essa gramática da medida que ancora o debate psiquiátrico em escala global, poderíamos concebê-la como um idioma genuinamente multicultural? Ao traduzir e adaptar seus instrumentos de mensuração, talvez, ela oculte uma operação mais sutil de unificação epistemológica: uma ficção de equivalência pela qual a diferença é absorvida como variação estatística de menor peso, enquanto a alteridade é convertida em ruído no interior do regime técnico de construção do instrumento (Breilh, 2006). Nesse campo de mediação estruturalmente controverso, onde nenhuma reconciliação plena se apresenta como possível, que a tradução do

pensamento em números, e, por extensão, dos números em decisões adquire a forma de uma operação paradoxal.

Como observa Spivak (2021, p. 69), “em todo sentido possível, a tradução é impossível, mas necessária”: impossível porque sempre trai, desloca e reduz; necessária porque, apesar disso, decisões globais continuam a ser exigidas, mesmo quando assentadas sobre conflitos ontológicos que permanecem irresolvíveis. O peso numérico, longe de redimir essa traição, acaba por torná-la mais visível. Ao invés de garantir transparência ou fechamento, ele expõe o limite interno da própria tradução científica, fazendo emergir um campo intraduzível povoado por números que já não falam fluentemente o idioma global que os legitima. São números que hesitam, que classificam sem decidir plenamente, que operam como marcas transitórias de inteligibilidade e que insistem, silenciosamente, em permanecer insuficientemente publicáveis segundo os cânones da ciência moderna.

5.2 PENSAR COM IMAGEM

O arranha-céu sobe no ar puro lavado pela chuva
e desce refletido na poça de lama do pátio.
Entre a realidade e a imagem, no chão seco que as separa,
quatro pombas passeiam.

Manuel Bandeira (1948)

Pensar por imagem é tensionar esse intervalo em que realidade e reflexo se miram sem jamais coincidir. A imagem, como lembram Deleuze (2009) e sua “imagem-movimento”, não é simples representação, mas potência: uma afecção que expressa sem ainda atualizar (Deleuze, 2009, p. 152). Algo que vibra antes da forma, que move antes do conceito, que inquieta antes da palavra. Qual é, então, a imagem do pensamento moderno quando tenta capturar o sofrimento psíquico? Que figura sintetiza seu desejo de ordenar, depurar, separar o “real” daquilo que apenas reluz na superfície?

Nesse capítulo, percorro a imagem do triângulo, afirmada pelos cientistas, sobretudo, sua inversão. A figura geométrica que organiza a arquitetura do CIDI 5.0, orienta a sensibilidade psicométrica, decide quem entra e quem escapa, compõe gradientes de amplitude e, ao fazê-lo, fabrica filtros para falsos negativos e falsos positivos. O triângulo é também, ideia, imagem e dispositivo. Ao seguir seus movimentos, a base que se estreita, o ápice que se desloca, a inversão que produz outra lógica de triagem, investigo como essa imagem opera como um regime de visibilidade: aquilo que o instrumento ilumina, aquilo que recorta e aquilo que cai nas sombras.

Tal como a poça de Bandeira, o instrumento também duplica: há o sofrimento que sobe no ar puro lavado pela chuva, e há sua tradução refletida na lama, invertida, rearranjada para caber no desenho do triângulo. Entre eles, como as quatro pombas, movem-se os pesquisadores, os intérpretes, os tradutores, todos caminhando nesse chão seco que separa e conecta realidade e imagem.

A partir dessa figura geométrica aparentemente neutra, abro a análise da lógica do triângulo invertido: seus valores de amplitude, suas zonas de risco, suas passagens estreitas, suas perdas inevitáveis; e discuto como essa imagem, ao organizar a narrativa diagnóstica, revela mais do que pretendia, revela o próprio regime de pensamento que a engendrou.

5.2.1 A lei universal da abrangência

Um epidemiologista tenta, diante do grupo multidisciplinar, tornar palpável a lógica contínua que sustenta as seções dos testes psicopatológicos. Ele fala devagar, como quem organiza um diagrama no ar, revelando a arquitetura implícita do instrumento:

[...] Vai perguntando de uma forma geral, alguma vez na vida; se atrapalhou; se aquilo aconteceu no último ano; se aconteceu no último mês... então é um **triângulo invertido**, justamente para manter um fluxo racional de como a entrevista está sendo feita.” (Participante C2, 2024, grifo meu).

É a primeira irrupção da imagem do triângulo invertido, que depois retornará recorrentemente como metáfora organizadora, quase um princípio epistemológico compartilhado pelo grupo. Na base desse triângulo localiza-se a triagem diagnóstica, uma superfície ampla, porosa, que funciona como a zona de captação do instrumento. Cada “sim” do respondente aciona um deslocamento imediato para uma seção específica, mais estreita e detalhada. Mas, alerta um dos cientistas, não precisamos ainda nos preocupar com esse movimento rítmico interno. O foco, insiste ele, é outro: garantir o fundamento da triagem, a propriedade psicométrica da abrangência, qual, por sua vez, é sustentado por dois outros princípios que funcionam quase como dobradiças conceituais: sensibilidade e compreensão.

“O que significa muito sensível?”, pergunta um dos cientistas (Participante C5, 2024). A frase ecoa em mim como um tropeço antigo, aquele velho curto-circuito entre *sensitive* e *sensible* que o inglês insiste em me provocar. Porque, enquanto o cientista falava, minha mente deslizava para outro registro: o que seria, afinal, um instrumento sensível? Um instrumento capaz de escutar animicamente, que se afeta, que responde como quem tem tato, compostura? Um instrumento *sensible*, talvez, sensato, maduro, prudente e que sabe o que quer. Mas, claro, eu sempre confundo. *Your ears are so sensible, my friend.*

Porque, ironicamente, não há nada de delicado, prudente ou sensato no tipo de sensibilidade reivindicada ali. Instrumento *sensitive* é outra coisa: é ser psicometricamente expansivo, quase voraz. É a sensibilidade que nasce da abrangência, dessa ambição de não permitir escapar nada; de capturar todos os casos

possíveis, de varrer o campo inteiro como se a atenção fosse uma rede lançada em mar aberto. De abrir o triângulo invertido ao máximo, de garantir que nenhuma variação humana escorra pelas fendas. Na cena, o cientista já respondia ao grupo, e, sem saber, respondia também às minhas confusões linguísticas:

[...]Ser sensível significa pegar o máximo de pessoas, tanto as que têm quanto as que não têm, para depois realmente confirmar o diagnóstico em uma fase seguinte da investigação. Os termos e palavras empregadas nas perguntas de triagem devem ser os mais amplos possível, buscando não ser restritivos. Nesse processo, não há problema em incluir ‘falsos positivos’, pois o objetivo é garantir uma sensibilidade ampla, ou seja, “entrar todo mundo” (Participante C3, 2024).

A tarefa de garantir a abrangência do instrumento é, portanto, uma operação dupla, e, de certo modo, paradoxal: é preciso que as perguntas sejam suficientemente sensíveis para captar o máximo de possibilidades psicopatológicas e, compreensíveis para que o respondente consiga se reconhecer nelas. Esses dois princípios, sensibilidade e compreensão, tornam-se as forças que modelam as formas de tradução, pois é nelas que se decide o quão amplo, o quão inteligível e o quão permeável será o campo semântico da triagem. Como ressaltou um dos pesquisadores: “Se eles [os respondentes] não entenderem, a gente vai ter que saltar a seção” (Participante C3, 2024). E, na mesma intenção, ele reforça a teleologia da triagem, essa vocação expansiva do triângulo invertido: “... Pegar falsos positivos, falsos negativos, todo mundo que pode ter alguma psicopatologia de um transtorno mental” (Participante C3, 2024).

Se os ‘falsos positivos’ são quase celebrados como efeito colateral da abrangência (“entra todo mundo, até quem não deveria”), os ‘falsos negativos’ revelam a falha inversa: aquela que emerge quando sensibilidade e compreensão não se encontram, quando o conceito psicopatológico se estreita demais e expulsa, por excesso de especificidade, justamente quem deveria permanecer no funil diagnóstico. Um dos pesquisadores articula esse dilema com precisão:

[...] Ele vai pegar o máximo de pessoas que potencialmente podem ter o diagnóstico. Às vezes, discutimos que algumas questões, se estreitarmos muito o conceito psicopatológico, acabam especificando de tal forma que, talvez, um leigo não entenda. Isso pode levar à perda de informações, aquelas que poderiam ser obtidas em uma entrevista mais detalhada (Participante C1, 2024).

Um sujeito ‘falso negativo’ revela alguém que deveria ter ingressado no funil diagnóstico foi excluído prematuramente, um erro que carrega consequências epistemológicas e éticas. Essa questão torna-se particularmente vívida em um caso

relatado por uma das participantes, extraído de uma falha amplamente reconhecida na literatura epidemiológica global, a aplicação do CIDI na Nigéria.

[...] A Nigéria é um país muito pobre, tem muito conflito civil, e eles relataram que não tem ansiedade lá, não tem ansiedade generalizada e não tem estresse pós-traumático, né? E a gente achou um absurdo isso, né? Como é que um país que tem tanto conflito, guerra, tudo e tal, eles... Ninguém... É tudo tranquilo, ninguém é ansioso, ninguém apetece dele. Então, uma das explicações é que, assim, eles perguntavam de um jeito sobre a pessoa, assim, 'ah, você ficou preocupado?'. E aí, a pessoa falou assim, 'ah, preocupação com dinheiro, comida e tal'. 'Não, não tenho'. Com essa resposta negativa, eles acabam falando... eles acabam saltando a seção. Então, eles não conseguem entrar na seção, eles não conseguem detectar. Então, a taxa de ansiedade, de PTSD, é virtualmente zero, né? (Participante C3, 2024).

Esse relato é preciso ao destacar que, na situação descrita, os 'falsos negativos' não emerge de uma ausência de identificação com o sofrimento, mas de uma falha na capacidade psicométrica do instrumento de converter experiência em dado. O participante argumenta que o ideal seria adotar uma linguagem mais abrangente, ou seja, termos que possam ser compreendidos de imediato pelos respondentes, ainda que tais expressões sejam consideradas, segundo suas palavras, "imprecisas" (Participante C3, 2024). A solução proposta pelos pesquisadores revela a imprecisão como estratégia para tornar alcançáveis formas de sofrimento que não cabem na gramática biomédica.

Sob este prisma, a "abrangência", assim como aquilo que os cientistas também chamam de "sensível e compreensível", emerge como uma corrente discreta que atravessa a própria gramática da triagem, mais do que como um princípio explicitamente formulado. Antes de qualquer dado, insinua-se a ideia de que a população inteira vibra no campo de possibilidade do adoecimento, como se cada corpo já carregasse, em silêncio, a promessa de um desvio. É por essa lógica subterrânea que as primeiras perguntas do instrumento parecem sempre pedir mais do que respostas: pedem uma inclinação, uma abertura, quase um ato de reconhecimento. Como se o instrumento precisasse que cada um de nós se colocasse, ainda que por um instante, no horizonte da vulnerabilidade compartilhada.

O "sim" inaugural, esse pequeno aceno que dá início ao percurso, não é apenas uma afirmação factual. Ele opera como uma espécie de chave: ativa a maquinaria da abrangência, reinscreve o corpo no interior do diagrama, e permite que o triângulo imaginado pelos cientistas comece a se mover. É como uma dança: a cada "sim", avança-se para outras perguntas, seguindo até o fim do triângulo. O "não"

desvia, salta para outra seção, dilui na estatística. No entanto, se por constrangimento, má formulação da pergunta, falta de compreensão ou qualquer outro motivo alguém responde negativamente quando deveria ser um positivo, então abandona o caminho de seu diagnóstico em potencial.

É, na verdade, mais próximo de uma dança das cadeiras, na qual o erro não apenas desloca, mas igualmente exclui. O assento se perde, o vínculo se desfaz, a sequência se interrompe. O corpo que deveria seguir adiante se vê fora do compasso, sem par para a próxima pergunta. Dessa forma, a esse mecanismo, a essa coreografia de seleções e descartes atribui-se o termo triagem. O que se segue, então, já não se restringe à mensuração, mas ao desdobramento de uma aposta universal que solicita cada singularidade a caber, ainda que provisoriamente, na ficção metodológica de que todos podemos, e talvez devamos, adoecer.

Essa dinâmica se evidencia de maneira aguda em um exemplo relacionado a problemas de sensibilidade na formulação de perguntas relativas ao uso de substâncias. Segundo um dos cientistas participantes, há uma margem significativa de erro nos dados referentes a esse tema, estimada, em suas palavras, no mínimo, 10% a mais de pessoas que efetivamente fizeram uso de alguma substância (Participante C3). Para ele, essa discrepância ocorre porque apenas uma parcela dos respondentes está disposta a relatar ou falar sobre o assunto. O pesquisador observou ainda que aqueles que respondem afirmativamente tendem a ser os casos mais graves, marcados por dificuldades funcionais e impactos severos na vida cotidiana: “São pessoas que realmente são usuárias problemáticas, que não conseguem trabalhar, adoecem, passam por abstinência etc.” (Participante C3, 2024).

O cientista também observou que pessoas que fazem uso cotidiano de substâncias, como álcool, cigarros, drogas ou medicamentos, não estão incluídas nessa contagem. Durante a discussão, sugeriu-se levar ao grupo focal o efeito das perguntas sobre substâncias lícitas e ilícitas, com o objetivo de avaliar como essas questões poderiam se tornar mais sensíveis. No entanto, a equipe de pesquisa não considerou relevante a distinção entre substâncias legais e ilegais. O que importava, sobretudo, era garantir que ninguém fosse excluído dessa seção.

O risco identificado era o de que um respondente interpretasse as perguntas como se se referissem apenas a substâncias ilícitas, o que poderia levar à evasão ou a respostas inadequadas, resultando em sua exclusão efetiva desse segmento. Como esclareceu um dos pesquisadores: “Mas substâncias, definir o que

é uma substância, podem ser álcool, cigarros, substâncias ilícitas ou medicamentos usados de forma inadequada” (Participante C7, 2024). Como sugestão, o grupo propôs incluir uma introdução que abordasse o tema do uso de substâncias de maneira mais suave, expressado como “uma entrada de calor” ou “um toque de sal”, qual prepara o respondente para o assunto de forma mais natural (Participante C1, 2024).

Um dos cientistas retomou o fio condutor de nossa tarefa tradutória, lembrando que esta pergunta inaugural precisa desempenhar com abrangência máxima, porque compõe a primeira camada da triagem na “SEÇÃO HE: SUA SAÚDE”, ou seja, está na base do triângulo, no início da bateria de perguntas. A sequência aparece então do seguinte modo:

Tabela 3 Pergunta HE 23, SEÇÃO HE: YOUR HEALTH, CIDI 5.0

HE23. (RB, PG 4) In the <u>past 30 days</u>, how much did problems with your <u>emotional</u> health or <u>substance use</u> interfere with your life in each of the following ways?	
(IF NEC: In the <u>past 30 days</u> , how much did problems with your emotional health or substance use interfere with... / Extremely, a lot, some, a little, or not at all?)	
Extremely	A lot
Some	A little
Not at all	
a.	Your home management, like cleaning, shopping, or cooking – extremely, a lot, some, a little, or not at all?
b.	The quality of your work or schoolwork
c.	Your social life
d.	Your close personal relationships

Fonte: WANG et al. Tabela de tradução do CIDI 5.0. Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica (NEP), 2024. Documento interno (não publicado).

Segundo o pesquisador, é necessário “desestigmatizar” a questão para alcançar um maior número de pessoas, mas ele não sabe ao certo se todas as pessoas irão “morder a isca” (Participante C1, 2024). Ele ilustrou essa situação com

o exemplo de um adolescente que é usuário de maconha e outras substâncias, o qual costuma experimentá-las em baladas, por exemplo: “O adolescente pode responder ‘nem um pouco’ à pergunta, mas, ao ser questionado sobre em qual área de sua vida houve interferência, ele provavelmente não responderá” (Participante C1, 2024). Contudo, o grupo conclui que o que buscamos com essa questão é, primeiramente, saber se o indivíduo realmente teve contato com essas substâncias e, caso afirmativo, se isso de fato interferiu em sua vida.

Nesse atrito diagnóstico, o ponto em que as perguntas falham em produzir ressonância, que o grupo buscava enfrentar por meio do que descreveu como uma lógica da insistência. Consiste em propriedades de aberturas amplas, concebidas para permitir que o maior número possível de respondentes adentre o instrumento. Como explicou um dos cientistas, é necessário que as perguntas sejam “muito sensíveis”, não no sentido de precisas ou refinadas, mas de inclusivas até o excesso: “Queremos captar o maior número possível de pessoas, mesmo aquelas que não atingem o limiar diagnóstico, porque a confirmação vem depois” (Participante C3, 2024). Essa lógica tolera falsos positivos, mas não pode se dar ao luxo dos falsos negativos.

Nesta cena, os dilemas de tradução envolvendo constrangimento e compreensão se sobrepõem, demandando que a pergunta de triagem seja inteligível e, ao mesmo tempo, afetivamente impactante. Se o respondente não compreende a pergunta, ou não se sente instigado a respondê-la, acaba sendo excluído, não por recusa, mas por mal-entendido. Um dos pesquisadores resumiu de modo direto o que está em jogo: “Se eles não entenderem, teremos que pular a seção” (Participante C3, 2024).

Tal arquitetura epistêmica torna-se ainda mais evidente nas seções que tratam de temas altamente sensíveis, como autoagressão e suicídio (SEÇÃO SH: SELF-HARM). A seção inicia-se com um item direto e carregado afetivamente, que não apresentou dificuldades na tradução para o português pelo grupo: SH1a. Você já teve pensamentos sobre se matar? (NEP, Tabela de tradução do CIDI 5.0). A brusquidão da pergunta levou um dos cientistas a manifestar preocupação quanto à necessidade de uma preparação prévia, algum tipo de preâmbulo ou contextualização que tornasse a questão menos “abrupta ou intrusiva” (Participante C3).

No entanto, outro participante respondeu apontando para a própria estrutura sequencial do instrumento, sugerindo que a exposição prévia às perguntas dos módulos de depressão já funcionava como uma forma de entrada gradual. “Eles

já tiveram, digamos, um aquecimento,” comentou (Participante C1, 2024). A ideia, nesse caso, consistia em evitar a suavização do conteúdo por meio de mediações afetivas e em confiar na lógica interna do instrumento, em sua arquitetura cumulativa, para sustentar a prontidão interpretativa do respondente.

No entanto, o problema identificado é que, caso a pessoa responda negativamente a essa pergunta, ocorre um salto abrupto entre as seções, o que implica que ela pode não ter sido exposta a todas as etapas da discussão sobre depressão antes de chegar a essa parte. Como explica um dos participantes: “Então, pode ser que ela não tenha tido ainda a ideia de, por exemplo, depressão ou transtorno bipolar, mas tenha uso de substâncias, e vá direto para essa seção” (Participante C2, 2024). Outro participante recorre a uma antiga metáfora para ilustrar a delicadeza necessária ao abordar esse tema, comentando:

[...] Agora, não sei quais são as diretrizes para o manejo de um paciente suicida, mas sei que o instrumento parte do princípio de que ‘sopa quente se come pela borda.’ Não se vai diretamente ao fundo. (Participante C1, 2024).

Diante dessas preocupações, e do caldo quente, surge uma proposta: suavizar a entrada, moldar a abordagem de modo que a pergunta não soe como um corte abrupto, mas sim como um convite a desdobrar algo que talvez já esteja presente:

[...] Algumas pessoas, quando passam por situações muito difíceis, de muito sofrimento, podem pensar que... que a vida não vale a pena, ou que seria melhor estar morto, ou que morrer poderia ser um alívio, algo assim.” (Participante C3, 2024).

Essa escolha para esse cientista não foi aleatória. É assim que, com base na sua experiência clínica, as palavras costumam emergir: fragmentadas, sinuosas, buscando formas de dizer o que, às vezes, resiste em ser dito. Outro membro do grupo compartilhou sua experiência clínica e a necessidade de adaptar as palavras para evitar causar um impacto negativo imediato no paciente. Com o objetivo de “não chocar” (Participante C2, 2024), ele preferia adiar a pergunta sobre tentativa de suicídio para um momento em que já fosse possível observar sinais mais evidentes de um quadro depressivo. Ao orientar entrevistas, sugeria uma abordagem mais gradual, quase como quem explora um território delicado, começando com perguntas mais sutis:

[...] Alguma vez, você já pensou em fazer alguma besteira? E aí, alguma vez você já tentou? Que é a palavra que a gente sempre usa, que é uma forma menos forte, menos direta de falar que tentou se matar (Participante C2, 2024).

A conversa segue atravessada por um dilema. Reconhece-se que uma introdução pode ajudar a pessoa a "desarmar" (Participante C8, 2024), tornando a abordagem menos brusca. Ao mesmo tempo, metáforas como "besteira" (Participante C8, 2024) carregam um peso que pode distorcer o sentido da pergunta, sugerindo julgamento ou reforçando estigmas. Como afirmou um dos participantes, "O ideal é perguntar diretamente se ela realmente está pensando em se matar. Mas acho que vale fazer essa introdução antes, pelo menos para não parecer tão esquisito, só entrar direto nessa pergunta" (Participante C8, 2024). Há, assim, um equilíbrio delicado entre a precisão e o cuidado, entre o impacto necessário e o risco de afastar a resposta que se busca. O desafio, portanto, é encontrar a palavra justa, uma que abra caminhos sem impor barreiras.

O debate deslizou para um território onde o peso do estigma precisa ser suavizado, permitindo que o suicídio seja nomeado sem ser colocado em um lugar de absoluto interdito. Busca-se uma forma de trazer o tema para um plano menos abrupto, um meio de "amortecer e amenizar" (Participante C10, 2024), como sugeriu um cientista ao reescrever a pergunta, propondo uma espécie de "introdução gentil":

[...] Algumas pessoas que enfrentam dificuldades e estão em situações de sofrimento podem achar que não vale mais a pena viver. Você já pensou alguma vez em tirar a própria vida, cometer suicídio ou teve pensamentos sobre se matar?" (Participante C10, 2024).

Há algo na dureza do direto que causa inquietação. Um dos cientistas observou que essa frontalidade parece ecoar mais a lógica do inglês, uma língua em que perguntas médicas geralmente vão direto ao ponto, sem rodeios. No Brasil, segundo ele, a comunicação se enreda em outras delicadezas:

[...] Não existe essa coisa de ser direto, como você vai a um médico, ele faz uma pergunta direta e chega e diz que tem 10% de chance de morrer. Isso aqui não acontece no Brasil. A gente tem mais cuidado, é mais cheio de dedos." (Participante C2, 2024).

Entre o necessário e o suportável, o grupo seguiu tateando as palavras, buscando um modo de perguntar sem afastar, de nomear sem ferir, de fazer emergir sem impor. Fiquei pensando se, no fundo, nossa proposta de tradução não seria, na verdade, uma forma de abrigar o 'diretês', não de suavizá-lo, mas de dobrá-lo às nuances do contexto. Seguimos para a próxima questão a ser arbitrada na sua versão já traduzida ao português: "SH1b. Alguma vez na vida, você já desejou estar morto ou ir dormir e nunca mais acordar?"

A pergunta adentrou um terreno onde os contornos do desejo de morte nem sempre se inscrevem no sofrimento evidente. Estudos indicam que, em certos casos, esses pensamentos surgem sem que haja uma dor identificável, como nas tentativas impulsivas. Um dos cientistas trouxe a experiência clínica para a conversa: “A gente ouve muito isso na clínica,” diz ele, antes de acrescentar sobre como os pacientes falam: “Eu penso em morte há muito tempo, penso em morrer, mas não é necessariamente por causa de sofrimento.” (Participante C5, 2024).

Outro cientista complementou com evidências:

[...] Por exemplo, 25% das pessoas em São Paulo já tiveram pensamentos de morte, achando que morrer poderia ser uma solução. Mas quando se trata de ideação suicida, esse número cai para 10%, porque é considerada ‘rara’” (Participante C3, 2024).

A raridade da ideação suicida não significa que o desejo de morte seja excepcional. Como explicou um dos pesquisadores, esse desejo pode estar presente sem se traduzir em depressão clínica. Ele ponderou: “Depende de traços, de personalidade, de fatalismo, pessimismo.” (Participante C11, 2024). Há, portanto, um tipo de pensamento sobre a morte que não necessariamente denuncia uma patologia. Ele escapa da gramática nosológica do diagnóstico e habita um espaço mais cotidiano, mais disperso, exigindo uma escuta atenta, que não antecipe nomeando os sentidos antes que se revelem.

Assim, o ‘desejo de morte’ revela-se como uma experiência mais ampla, menos precisa do que a ideia de se matar. “Ele é menos ativo” (Participante C6, 2024), afirmou um dos cientistas, sugerindo que, por ser mais difuso, poderia ser abordado antes na sequência das perguntas. O desejo de estar morto, de “dormir e não poder acordar” (Participante C6, 2024), é visto como menos grave por esse cientista, pois não envolve diretamente o ato de se matar, mas apenas a vontade de escapar da vida.

Entretanto, outro cientista interrompeu a reflexão, trazendo um contraponto crucial. Ele lembrou que muitos pacientes, ao serem questionados sobre a morte, respondem: “Eu penso em morte, mas não quero me matar, fico assustado com esse tipo de pensamento, mas não quero, não desejo” (Participante C4, 2024). Para ele, o desejo de morte é, de fato, mais grave, por ser mais focado e indicativo de um sofrimento mais profundo e sintomático.

Seguimos para a próxima pergunta:

Tabela 4 Pergunta SH11, SEÇÃO SH: SELF-HARM, CIDI 5.0

SH11. People who think about wanting to die often do dangerous things to tempt fate like crossing the street without checking for traffic or doing other things where they might get hurt. How often in your life did you ever do things like that to tempt fate – very often, often, sometimes, rarely, or never?
Very often
Often
Sometimes
Rarely
Never GO TO CKPT.SH16

Fonte: WANG et al. Tabela de tradução do CIDI 5.0. Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica (NEP), 2024. Documento interno (não publicado).

A pergunta SH11, que trata de comportamentos de risco, buscou entender a frequência de um tipo de comportamento associado ao desejo de morte, porém de maneira indireta. Como observou um dos pesquisadores, essa questão toca em um desejo implícito de autopunição ou de colocação da vida em risco: “É como se a pessoa desejasse que algo de ruim acontecesse, como se ela quisesse um acidente, que Deus a levasse, se arriscando.” (Participante C9, 2024). Contudo, o conceito de ‘arriscar’ revela-se relativo e profundamente dependente do contexto. Ele explica:

[...] Por exemplo, a profissão de policial é perigosa, mas ele não está se arriscando, isso faz parte da dinâmica do trabalho. Agora, se eu entrar numa favela sendo policial, fardado, ali, de boa, me arriscando porque quero... Ah, vai que me matam, isso já é outro contexto (Participante C9, 2024).

O que está em jogo aqui é a ação deliberada de colocar a própria vida em risco, uma prática que sugere um desejo de abandonar a própria segurança, de desafiar a sorte ou até mesmo a morte de uma maneira mais explícita. Esse é o ponto de tensão que nos manteve em muitas reuniões: como verificar esse comportamento de risco dentro de um contexto mais amplo de sofrimento e desejo de morte. Travamos nessa seção por algumas reuniões.

Nossas reuniões operativas continuaram trabalhando com as perguntas de forma isolada, mas, como observou um cientista, elas precisam ser analisadas dentro de um contexto mais amplo. Caso contrário, “de fato, elas não têm menor sentido” (Participante C4, 2024). Ao olhar para a sequência das questões, percebe-se que há uma introdução que diz: “Agora, vamos falar sobre alguns tipos de comportamento...” (Participante C4, 2024). No entanto, ele reconheceu que, “de fato, há uma clara necessidade de um certo reducionismo, porque você não vai conseguir abarcar toda a experiência subjetiva” (Participante C4, 2024). Apesar dessa limitação, ele explicou que, para a psiquiatria, é crucial fazer a distinção entre uma tentativa clara de suicídio, que é algo “bastante objetivo e impactante” (Participante C8, 2024), e a situação ambígua de alguém que diz: “Eu não quero morrer, eu quero sumir, eu quero desaparecer” (Participante C8, 2024).

Essa diferenciação é crucial para entender os diferentes tons de gravidade nas expressões e comportamentos dos pacientes. Tal aspecto fundamentou a crítica à estrutura da entrevista e à necessidade de uma revisão na sequência das perguntas. Como um participante argumentou, afirmando que a experiência clínica é muito distinta da estrutura da entrevista proposta:

[...] Porque, normalmente, na clínica, o que você faz é... Você já pensou em, às vezes, sumir, desaparecer, como se nada estivesse bom, como se a situação estivesse difícil? Quer dizer, essa é a maneira, digamos, pelo menos aqui no Brasil, **de ir lenta e gradualmente construindo confiança no entrevistado**, para saber se, de fato, ele tem uma intencionalidade suicida ou se é apenas uma vontade de desaparecer (Participante C2, 2024, grifo meu).

Um dos pesquisadores retomou sua crítica à formulação inadequada da entrevista e afirma que “uma pergunta nunca vai conseguir capturar de fato toda uma ‘subjetividade’ de forma clara” (Participante C3, 2024). Contudo, ele ressaltou que, para identificar o nível de gravidade, é necessário realizar perguntas que ele descreve como “meio bizarras” (Participante C3, 2024).

Outro cientista acrescentou que essa seção é conceitualmente instigante justamente porque subverte a lógica da gradação crescente presente em outras partes do instrumento. Ao contrário do esperado, ela adotou um raciocínio inverso: “vai do ponto mais grave para o menos grave” (Participante C4, 2024). A entrevista se inicia com a pergunta de maior peso semântico, a tentativa de suicídio, e só depois recua para formulações que supõem intenções não executadas (“Você já quis, mas não

tentou?”) ou tentativas “sem intenção”. Nesse movimento, o instrumento força o entrevistador a começar pelo ápice da gravidade para só depois circular pelas zonas intermediárias do risco.

Outro pesquisador interveio, identificando nessa inversão uma ‘anomalia’ suficientemente paradigmática para justificar o envio de um questionamento à equipe de *Harvard*. Ele formula a dúvida que reorganiza todo o debate: “Por que não fazemos do mais leve para o mais grave, como todas as outras seções?” (Participante C2, 2024). Sua proposta, em aparência simples, toca o núcleo metodológico da entrevista: sugerir que esta seção deveria seguir o mesmo gradiente das demais significaria reencenar uma lógica diagnóstica mais “naturalizada”, aquela em que o risco se intensifica progressivamente e não o contrário. Desse modo, o pesquisador questiona uma escolha técnica e faz o grupo a refletir sobre o que a própria arquitetura invertida da seção produz, bem como sobre se essa inversão configura uma falha, um desvio ou uma aposta epistemológica deliberada.

Tal inflexão metodológica torna-se ainda mais evidente quando o debate retornou à pergunta sobre “arriscar a própria sorte”, atravessar a rua sem olhar, expor-se deliberadamente ao perigo. Porque essa questão opera como um ponto de torção já que obriga o grupo a lidar com a semântica difusa do risco, situada numa zona que desafia a linearidade da escala diagnóstica. Esses comportamentos não expressam uma intenção clara de morrer, mas tampouco são dissociáveis de modos de lidar com uma dor que transborda o vocabulário explícito do suicídio. Implica um sofrimento espesso, concreto, que não se alinha facilmente ao binarismo intenção/não intenção, e cuja expressão frequentemente se materializa em expressões ambíguas, em aproximações oblíquas ao limite.

Um dos integrantes do grupo de *experts* sugeriu que o correto seria começar com uma intenção menos clara e, gradualmente, avançar para uma mais direta. No entanto, ele apontou que nessa seção “...começamos pela [pergunta] direta e vamos afunilando até uma tentativa impulsiva, inconsciente, da questão do suicídio” (Participante C5). A conclusão do grupo foi que a ordem dessa seção está errada; deveria ser invertida. Por isso, a proposta de inverter a ordem das perguntas não é apenas uma demanda por maior sensibilidade clínica; é também uma reivindicação para que a técnica repense como, e em nome de que objetividade, se organizam suas rampas de entrada no triângulo invertido.

No entrelaçamento entre a forma de perguntar, a gradação do risco e as condições de possibilidade da objetividade, emerge um comentário decisivo sobre a origem do instrumento. Um dos pesquisadores, atento ao vínculo clínico e à historicidade da entrevista, lembrou ao grupo algo que opera silenciosamente como um eixo estruturante:

[...] E a gente tem que lembrar que é um instrumento americano, feito nos Estados Unidos, e que a medicina lá é super judicializada. A relação médico-paciente, e aí é todo mundo na defensiva, porque eu posso ser processado, então acho que tem essa **questão cultural de como é a medicina lá e todas as outras relações humanas**, essa parte de judicializar, e isso interfere, se eu pensar, ser humano, complexidade, o fenômeno do suicídio tão complexo, reduz e tem esse viés das pessoas estarem na defensiva (Participante C2, 2024, grifo meu).

O comentário ilumina um aspecto frequentemente naturalizado na circulação global de instrumentos diagnósticos: o fato de carregarem, em sua arquitetura, modos históricos e jurídicos muito específicos de gerir o risco, a responsabilidade e a produção de verdade clínica. Nesse caso, revela-se de uma medicina moldada por um ecossistema altamente litigioso, no qual cada protocolo é também um artefato de defesa legal, uma inscrição documental que protege o profissional diante da imprevisibilidade do sofrimento psíquico e da possibilidade sempre temida do suicídio. O pesquisador então ampliou sua observação, explicitando o que essa matriz produz quando transplantada para outros contextos:

[...] Essa influência que permeia a relação humana, de você estar na defensiva, então você está pensando, né, se alguém vai me processar porque o paciente se suicidou, a família te processa porque, ah, então vamos encontrar uma escala que vai detectar o risco da pessoa se suicidar, e que é algo tão complexo, tão difícil (Participante C2, 2024).

O posicionamento do cientista me levou a refletir que a escala, ainda que tecnicamente sofisticada, parece não possuir um valor prático real para orientar a prática clínica, sobretudo porque todos reforçam que a vida, a clínica enquanto relação, enquanto escuta, enquanto afetação, apresenta-se de modo radicalmente diferente da lógica binária e escalonada dessas entrevistas. A complexidade do fenômeno, justamente por exceder os limites dessa arquitetura jurídica e psicométrica, a captura sucede inevitavelmente com a perda. E pode ser nesse resíduo que exista, paradoxalmente, o núcleo mais eloquente da crítica do grupo.

De fato, os cientistas da área de epidemiologia psiquiátrica não “acreditam” que aqueles números representem a verdade sobre os quadros psicopatológicos

individuais; eles sabem que tais estatísticas dizem mais sobre arranjos políticos, condições de produção dos dados e regimes de governança do que sobre qualquer essência clínica. Os números, em vez de oferecerem uma visão precisa do risco suicida, operam como outra coisa: podem funcionar como um mecanismo de proteção institucional, uma espécie de contracampo da clínica, necessário justamente porque a prática cotidiana é mais centrada no vínculo do que na evidência pura. As cifras estabilizam, juridificam, oferecem garantias que a relação, por definição frágil, situada, imprevisível, não pode oferecer.

Nessa linha de raciocínio, o cientista continuou seu argumento afirmando que “o juiz acaba entrando nesse meio e bagunça o que é, né, essa individualidade, um tratamento personalizado?” (Participante C2, 2024). Sua formulação traz à tona um paradoxo estrutural: na tentativa de reduzir a complexidade da experiência humana a uma sequência de números, busca-se proteger o clínico, mas, ao fazê-lo, enfraquece-se o próprio vínculo que sustenta a possibilidade de cuidado. A justiça, enquanto instância externa, judicializa o risco e, com isso, interfere na singularidade da relação terapêutica, entendida como uma zona frágil na qual o sofrimento se expressa de modo não sequencial, não cumulativo e não graduável. Assim, o que se produz é um duplo deslocamento: a técnica tenta capturar aquilo que escapa e, ao traduzir a complexidade do suicídio em lógica de checklist, produz um empobrecimento da experiência e uma restrição das próprias possibilidades de cuidado. O paradoxo final, e talvez o mais contundente, é que a busca por objetividade acaba corroendo o terreno subjetivo no qual o cuidado se enraíza.

Esse fenômeno é tão marcante na realidade dos Estados Unidos que, como comentou o pesquisador (Participante C2, 2024), frequentemente o paciente depara-se com perguntas como “Você pensa em suicídio?” ou “Você já tentou suicídio?” logo nas primeiras questões do questionário, antes mesmo de conversar com o médico. Isso está ligado à lógica do sistema de saúde privado e dos seguros nos EUA, no qual, conforme o cientista observou, “tem lá os advogados tentando normatizar o *homo sapiens*” (Participante C2, 2024). E isso não se restringe à psiquiatria. O cientista relatou que, ao consultar um clínico geral, teve que responder a inúmeras perguntas de caráter psiquiátrico, dizendo: “Você passa mais tempo preenchendo papel do que com o médico” (Participante C2, 2024). Nessa realidade, o paciente acaba gastando “uma hora preenchendo formulários e apenas quinze minutos com o médico” (Participante C2, 2024).

Sob esse aspecto, o pesquisador enfatizou que a maior fonte de *burnout* entre os médicos é o “excesso de papelada”. Ele aponta que, ao contrário de uma relação médico-paciente mais tradicional, na qual “50% do tratamento é uma boa relação médico-paciente” (Participante C2, 2024), nos Estados Unidos isso se tornou uma raridade. “Acho que já não existe mais”, ele concluiu (Participante C2, 2024). E talvez, aqui digo eu, o problema mais ‘grave’ seja a impossibilidade de se estabelecer um vínculo genuíno. O que lança luz sobre a maneira como os instrumentos psicométricos são concebidos, aplicados e naturalizados: eles emergem de uma ecologia jurídico-econômico-moral muito específica, da qual derivam tanto o conteúdo das perguntas quanto o ritmo e a direção de seu encadeamento, e não se reduzem a ferramentas técnicas que falhariam apenas por inadequação cultural.

Logo, a crítica dos pesquisadores brasileiros à ordem das perguntas do CIDI, e à necessidade de mantê-las em sua inversão, torna visível um processo metodológico-ontológico no qual técnica e subjetividade se constituem de forma imbricada. Em jogo está a própria forma de captura da experiência humana pressuposta por uma medicina atravessada por seus medos e por defesas judiciais que demandam amplitude máxima (uma ordem abrangente que busca garantir que ninguém deixe de “entrar”), enquanto reivindica, simultaneamente, sensibilidade como princípio de orientação.

Diferente do que eu inicialmente compreendia, como apresentei no início do capítulo, uma radicalidade do sensível a serviço da abrangência que perdia sua potência afetiva, a sensibilidade psicométrica surge, no entendimento dos cientistas, como um percurso tecnicamente arquitetado para permitir que o respondente se aproxime gradualmente do indizível, retomando, embora de outro modo, parte da força afetiva contida no próprio sentido do sensível.

A tensão entre esses dois princípios, a abrangência como rede larga e a sensibilidade como rampa de entrada, evidencia uma arquitetura que busca, simultaneamente, proteger o sistema e sustentar algum tipo de vínculo. São jogos de força que se mantêm em permanente fricção, e é nessa zona de atrito que os cientistas localizam sua aposta metodológica: é na técnica, no ajuste milimétrico de palavras, na reordenação de sequências, na calibragem das entradas e dos desvios do instrumento, que os cientistas identificam uma capacidade epidemiológica de preservar, ainda que minimamente, a lógica relacional da clínica.

Ou, ao menos, de produzir um simulacro operacional dessa relação dentro de um dispositivo que, por definição, foi desenhado para funcionar à revelia da presença, da afetação e da temporalidade própria do encontro clínico. Assim, recusar a inversão do ‘triângulo invertido’ torna-se um modo de estabilizar a ideia de que o instrumento pode simular, de maneira neutra e controlada, aquilo que na clínica real só se produz no encontro.

5.2.2 O triângulo invertido de Darwin

A psiquiatria, ao interseccionar a clínica e a epidemiologia, justapõe dois regimes de saber e produz uma fricção ontológica cujos contornos ainda hesitamos em nomear. Afinal, essas duas línguas que reivindicam para si a tradução do sofrimento falam, de fato, a mesma língua? Ou fazem ressoar mundos distintos sob o disfarce de um vocabulário aparentemente compartilhado? E, sobretudo, como a figura do triângulo invertido, esse diagrama que orienta o fluxo da triagem e coreografa a cadência da suspeita, torna-se a chave silenciosa dessa travessia entre regimes, o ponto de articulação onde técnica, vida e norma se costuram?

A aposta na técnica como simulacro de encontro, aposta sustentada pela inversão estrutural que funda o dispositivo epidemiológico e reiterada insistentemente pelos cientistas, não responde a essas perguntas; antes, as desdobra, abre fendas e indica mapas que quero perseguir. Se até aqui descrevi a arquitetura do instrumento como um jogo tenso entre abrangência e sensibilidade, agora o problema se desloca: por que essa estrutura, minuciosamente calibrada, adquire, para esses especialistas, a força quase moral de um princípio? O que legitima a ideia de que calibragem, reconciliação e precisão vocabular possam efetuar como equivalentes funcionais da presença clínica, substitutos, ainda que parciais, da escuta, da hesitação e do risco que compõem a relação diagnóstica? E, sobretudo, que história, epidemiológica, psiquiátrica, disciplinar, imagética, permitiu que o triângulo invertido se tornasse uma forma quase naturalizada da vida mental, uma geometria profunda que pareceria organizar o próprio curso da experiência, obscurecendo seu estatuto de artifício técnico?

Em outras palavras: como uma imagem produzida no interior de um dispositivo epidemiológico recente pôde consolidar-se como um princípio capaz de ordenar tanto a experiência subjetiva quanto sua captura institucional? Se torna

necessário interromper o fluxo técnico-metodológico e deslocar o olhar, historizando aquilo que muitas vezes se apresenta como neutro ou dado. Essa seção se abre no ímpeto de tornar visível a trama histórica que produz a evidência, historicizar aquilo que hoje aparece como simples forma, devolver ao triângulo invertido o peso das forças que o fizeram possível.

Primeiro, começo pela imagem do psiquiatra. Desde seus primórdios, essa figura esteve inexoravelmente entrelaçada às malhas do poder, configurando-se inicialmente em consonância com os projetos higienistas-coloniais que marcaram o início do século XX (Carvalho, 1999). Nesse contexto, sua imagem consolidou-se, nas palavras de um cientista, como a do ‘vilão’, presente nas representações sociais amplamente circuladas, um estereótipo que encontrou repetidas vezes sua materialização estética e narrativa nas telas cinematográficas, como ele explica ao grupo:

[...] Me diz um filme em que o psiquiatra não seja o motivo de comédia, ou alguém que enfia o paciente numa camisa de força, todo lascado. Não tem um filme que retrate a psiquiatria de forma fiel. É sempre um exagero... A técnica do ECT hoje não tem apelo cinematográfico, então mostram a de antigamente, porque ficava bonito na tela.” (Participante C2, 2024).

Contudo, à medida que a psiquiatria se estreitou com a epidemiologia e se inseriu nas lógicas de racionalidade econômica, essa construção identitária sofreu uma reconfiguração radical (Rose, 2019). A psiquiatria se desvinculou da figura do “vilão” e de um lugar incerto na medicina, encontrando um novo e sólido espaço de autoridade no campo da saúde global, sustentado por um vasto corpo de evidências científicas que reforçaram a urgência e a prioridade de sua intervenção (Rose, 2021).

Logo, o CIDI, desde sua consolidação como instrumento epidemiológico (Kessler, 1998), emerge como um artefato paradigmático na transição epistemológica da psiquiatria, marcando o momento em que a nosologia psicopatológica se expande para abarcar o governo da população. Nesse ponto de inflexão, indissociável da perspectiva epidemiológica, a psiquiatria passa a assumir como alvo a capacidade de prever o cotidiano e seus limites frente à doença. Assim, como afirmou um dos cientistas, seu objetivo primordial por meio do CIDI torna-se ‘capturar o máximo de pessoas em potencial para desenvolver transtorno mental’ (Participante C3, 2024), formulação que delinea a psiquiatria como uma técnica de antecipação e captura do risco, voltada à identificação precoce de potenciais distúrbios dentro da normalidade (Holmes, 2002; Thomas, 2016).

O DSM-5, por sua vez, encarna a própria arquitetura semiótica dessa transição, funcionando como o ponto de convergência entre a prática clínica e a expansão do olhar científico para o governo e o controle da população (Rose, 2021). Nele, o diagnóstico inscreve-se no domínio da prevalência populacional, o que, de maneira paradoxal, redefine a própria noção de “normalidade”, diluindo suas fronteiras e tornando-a fluida, sujeita às variações imprevisíveis de uma sociedade cada vez mais inclinada à psicopatologia. (Canguilhem, 2002).

Nessa perspectiva, o estudo americano *National Comorbidity Survey*, conduzida entre 2001 e 2004, que já havia sido mencionada nesta tese, ganha uma nova leitura sobre seus dados inquietantes, ao se inserir na relação de poder da psiquiatria que se expressa em sua aliança com a epidemiologia (Kessler, 1998). O fato de cerca de metade da população americana atender aos critérios de diagnóstico de transtornos mentais do DSM- 5 (Kessler, 1998), transcende uma representação de uma realidade estatística alarmante; uma incisiva revelação das fronteiras tênues e porosas entre uma nova produção de normalidade e patologia nos dias de hoje (Canguilhem, 2002). Ao se fundamentar em dados populacionais, a psiquiatria adquire uma diferente potência de um poder disciplinar.

No que Foucault (2006) denomina como o rito interrogatório, uma prática fundante da psiquiatria, constantemente atualizada ao longo do tempo, inscreve-se a lógica do CIDI como um dispositivo de produção da verdade psiquiátrica. Se, historicamente, o exame clínico estruturou-se como um ritual no qual o sujeito era interpelado a narrar sua própria anormalidade sob o olhar do especialista, essa gramática inquisitorial reconfigura-se nas práticas diagnósticas contemporâneas, agora ancoradas em protocolos padronizados e entrevistas estruturadas, como o CIDI (Foucault, 2006 [1976]; Rose, 2019;2021)

O princípio da abrangência, no contexto do CIDI, manifesta-se como um esforço metodológico intrincado, voltado para a minimização do que chamam de “falsos negativos”, ou seja, assegurando que nenhum indivíduo potencialmente portador de um transtorno mental seja excluído da triagem diagnóstica. Para alcançar tal objetivo, adota-se uma estratégia que privilegia a escolha de vocabulário comum, de modo a induzir o sujeito respondente a “morder a isca” (Participante C1, 2024) e adentrar, progressivamente e sem saltos, as seções do questionário, até alcançar aquelas que delineiam a presença da psicopatologia.

O caso da Nigéria apontado pelos cientistas, especialmente no que se refere aos resultados de “falsos negativos” para o índice de estresse pós traumático, revela que, em última instância, já se espera um perfil psicopatológico específico para contextos particulares, o que molda os problemas metodológicos de acordo com as expectativas preestabelecidas, evidenciando, mais uma vez, a função produtora do paciente psiquiátrico nos inquéritos (Foucault, 2006 [1973-74]); Esse esforço para garantir a abrangência na identificação do comum, associado ao que se chama de sensibilidade psicométrica, é substanciado pela ideia de que, ao contrário de técnicas mais restritivas, voltadas exclusivamente para a identificação de casos clínicos graves, como é típico das pesquisas farmacológicas, o CIDI opera segundo uma lógica expansiva.

Nesse sentido, seu objetivo reside em produzir um panorama epidemiológico que, ao capturar padrões sintomáticos em larga escala, permite correlacionar sofrimento mental, fatores socioeconômicos e contextos culturais, em vez de estabelecer um diagnóstico clínico definitivo de quadros severos. Essa característica torna-o complementar a outros instrumentos de avaliação, como o *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* (SCAN) (Wing, et al, 1990), que refina e aprofunda as classificações diagnósticas. Assim, mais do que identificar indivíduos específicos, o CIDI sustenta um regime de visibilidade no qual a saúde mental é concebida como um fenômeno distribuído, mobilizando categorias flexíveis que se prestam tanto à pesquisa populacional quanto à formulação de políticas públicas.

Como evidenciado nesse capítulo, a linha que demarca normalidade e anormalidade evita uma cisão abrupta, na medida que compõem um ‘gradiente de gravidade’ que se desenha para os cientistas na forma de um triângulo invertido. Isso implica uma imagem representativa da racionalidade e cadência rítmica do CIDI: a progressão das perguntas opera dentro de uma lógica gradativa, consolidando um percurso interpretativo que conduz o respondente de uma avaliação genérica a uma especificação sintomatológica.

A estrutura sequencial desse modelo opera como uma engrenagem na qual a interdependência entre os itens inviabiliza a redução do diagnóstico a respostas isoladas, exigindo sua apreensão como totalidade processual. Como apontado por um dos cientistas, revela-se um percurso contínuo que, sobretudo ao ingressar no domínio da psicopatologia, requer uma construção gradativa: a entrevista se inicia

com indagações amplas, por exemplo, “alguma vez na vida”, passando por “no último ano” e “no último mês”, configurando um fluxo racional que se organiza como um “triângulo invertido” (Participante C1, 2024).

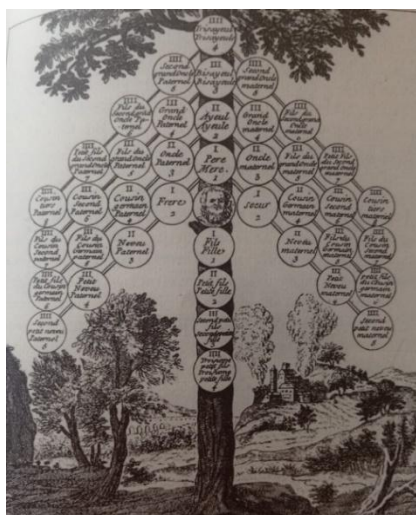
Esse formato orienta uma lógica de aprofundamento sucessivo, assegurando a coerência interna da avaliação e a inteligibilidade do sentido clínico que se busca produzir. No entanto, a representação dessa linha de (a)normalidade populacional pela imagem do triângulo invertido não corresponde a uma percepção aleatória do fluxo sequencial orientado pela abrangência na entrada da classificação nosológica. Ora, a própria natureza de suas linhas, imagem e movimento da inversão pode revelar uma lógica histórica de estratificação do poder que antecede em muito os instrumentos contemporâneos, sobretudo ao pensamento moderno.

Ingold (2007) reconstrói a trajetória da linhagem genealógica, analisando historicamente as diferentes formas visuais por meio das quais ela foi representada. Com base no estudo de Schadt (1982)³, o autor recupera o modo como, na Idade Média e no imaginário romano tardio, a filiação era pensada como fluxo, um sangue em movimento que descia de um antepassado fundador para irrigar as gerações sucessivas. A figura triangular, com sua direção descendente, condensava essa lógica: no vértice superior, a origem; na base, os herdeiros que recebiam não somente substância biológica, mas também valores, direitos, propriedades, uma continuidade material e moral que ultrapassava o corpo (Ingold, 2007; Schadt, 1982).

A partir do século IX, essa concepção genealógica passou a ser expressa pela *arbor juris*, uma árvore jurídica em que o triângulo simbolizava a nobreza feudal e sua preocupação com a estabilidade da sucessão de terras e títulos (Ingold, 2007; Schadt, 1982). Esse modelo visual tensionava a direção natural do crescimento arbóreo ao tentar conciliar a sustentação da linhagem com o princípio hierárquico descendente. Para resolver tal contradição, a árvore era representada de forma invertida, com a raiz voltada para o céu, reforçando um imaginário moral e espiritual de origem nobre (Ingold, 2007; Schadt, 1982).

Figura 3 Imagem da arbor juriz

³ Um estudo de referência sobre esses diagramas foi conduzido por Hermann Schadt, que, entre 1973 e 1982, realizou uma extensa catalogação e análise das arbores consanguinitatis. Sua pesquisa é amplamente reconhecida como fundamental para os estudos sobre a história do direito romano e a formação dos sistemas jurídicos medievais (Schadt, H., 1982).



Fonte: Domat, 1777, v.i, p.405 apud Tim Ingold, 2023, p. 135.

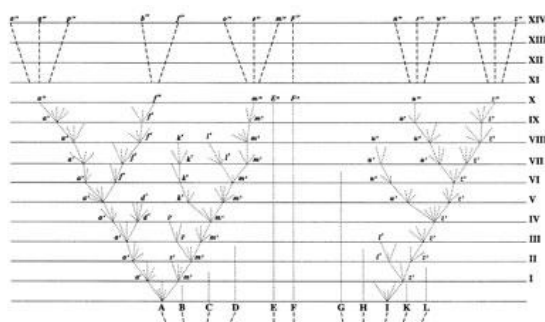
A inversão da imagem da árvore revelava um aspecto essencial dessa organização: a primazia do antecessor sobre os sucessores, estruturando a linhagem a partir de sua origem (Ingold, 2007). Apenas com a modernidade esse eixo se deslocaria, permitindo que o futuro ultrapassasse o passado como horizonte dominante (Ingold, 2007; Nora, 1984; Hartog, 2013). Essa mutação temporal se inscreveu na própria iconografia da árvore genealógica, que passou a ser representada de forma ascendente, alinhando-se ao ideal de progresso, razão pela qual a inversão passou a se expressar mais adequadamente por um triângulo do que por uma árvore (Ingold, 2007). Ainda assim, para Ingold (2007), a disputa entre genealogias descendentes e ascendentes jamais se resolveu por completo, permanecendo em negociação contínua.

No final do século XIX e início do XX, as teorias evolutivas reinscrevem essa disputa em uma nova gramática científica, reposicionando a genealogia como ferramenta analítica capaz de descrever processos dinâmicos de transformação. A linhagem torna-se, então, uma técnica de rastreamento do tempo biológico, na qual cada geração acumularia e transmitiria conquistas progressivamente aprimoradas (Ingold, 2007; Nora, 1984). Nesse processo, a genealogia familiar foi gradualmente dissociada das narrativas culturais e convertida em um dispositivo de notificação baseado na investigação forense e na coleta sistemática de dados, uma transformação que, como lembra Ingold (2007), jamais apagou totalmente os vestígios simbólicos e cosmológicos que a sustentavam. Esses resíduos, o controle da hereditariedade, a vigilância da transmissão, a obsessão pela pureza da linhagem,

persistem como camadas ocultas da forma triádica, hoje apresentada como neutralidade técnica (Ingold, 2007).

Quando Darwin (1859) incorpora a metáfora da árvore à sua teoria, ele opera uma torção decisiva no triângulo genealógico tradicional: o antepassado é deslocado para a base, onde desocupa a posição de ápice fundador para tornar-se solo comum a partir do qual a vida se desdobra em variações (Ingold, 2007). Essa reformulação iconográfica, ao mesmo tempo que reforça a ideia de uma escala linear de progresso, introduz a imagem da árvore ramificada como representação privilegiada do processo evolutivo. Para Ingold (2007), cada galho, cada broto dessa árvore darwiniana ressoa ainda com as antigas disputas iconográficas da genealogia, especialmente aquelas inscritas nos diagramas bíblicos que buscavam conciliar multiplicidade e origem, dispersão e fundamento.

Figura 4 Diagrama de Darwin- evolução das espécies



Fonte: Darwin, 1950, p.91 apud Tim Ingold, 2023, p. 144.

A partir do diagrama de Darwin (1859), consolidou-se a ideia de que a vida se organiza por meio de um fluxo dinâmico de transmissão hereditária, no qual características são incessantemente recombinadas e reconfiguradas (Ingold, 2007). A genealogia deixa, então, de ser a preservação de uma linhagem fixa de sangue para tornar-se uma linha contínua de criação e diferenciação de formas vivas, uma estrutura orientada menos pela fixidez do passado e mais pela potência aberta do futuro (Nora, 1984; Ingold, 2007).

O movimento de inversão do triângulo, tal como sugere Ingold (2007), encontra-se indissociavelmente vinculado à experiência temporal da modernidade, na qual o presente se sobrepõe ao passado e o reconfigura, projetando sobre ele sombras e contornos que alteram sua inteligibilidade (Hartog, 2013). Assim, a

estrutura hierárquica que se expressa no triângulo invertido, e não mais na árvore, obedece a uma lógica dupla: por um lado, reproduz e naturaliza formas históricas de ordenação social; por outro, incorpora um princípio epistemológico da ciência moderna, enraizado nos modos de notação, classificação e mensuração das ciências naturais (Ingold, 2007; Nora, 1984). Nada disso, contudo, resolve a disputa entre os modelos ascendentes e descendentes da genealogia. Como observa Ingold (2007), essa tensão persiste, irresolvida, talvez irresolúvel, e continua a ser renegociada a cada nova tentativa de representar o tempo, a vida e as relações entre origem e variação.

Desse modo, essa mesma estrutura ressurgue no CIDI não por acaso. O triângulo invertido organiza o pensamento da lógica diagnóstica da epidemiologia psiquiátrica moderna. Reproduzindo à filogenia darwiniana que organiza a vida em uma linhagem sucessiva de progresso e tendo a amplitude da natureza como princípios fundamentais, o método do CIDI não se restringe a um recorte clínico de casos graves. Ao contrário, expande-se para mapear uma determinada ideia de população, orientada por princípios de amplitude e continuidade evolutiva. Nesse movimento, projeta-se novamente um triângulo: um diagrama filogenético no qual os pontos de conexão revelam a continuidade da vida pela circulação de informações “genotípicas e culturotípicas” (Ingold, 2007, p. 145).

Tais fluxos, simultaneamente biológicos e culturais, orientam a trajetória singular de cada organismo dentro da população, permitindo que diferenças individuais sejam tratadas como variações de uma matriz comum. Assim, a arquitetura do instrumento epidemiológico retoma a mesma postura iconográfico e epistemológico da filogenia darwiniana: transformar a multiplicidade em variação contínua; converter singularidades em elementos de uma linha evolutiva; e, sobretudo, inscrever o diagnóstico em uma gramática de ascendência, progresso e herança.

O movimento dessa racionalidade é rítmico: parte da noção de abrangência, que incorpora antecedentes, narrativas individuais e um espectro vasto de sintomas e experiências, para, em seguida, afunilar progressivamente esse conjunto até convergir em um ápice classificatório, onde se decide a fronteira entre o normativo e o patológico, entre o ordinário e o que se torna “gravidade”. Assim, o método de investigação do CIDI, à semelhança da estrutura genealógica científica que o inspira, sempre operou sob uma tensão fundamental: a distinção entre as histórias

que os indivíduos contam sobre si e as informações extraídas por meio de uma análise forense sistemática (Ingold, 2007; Holmes, 2002; Rose, 2021).

No hiato em questão, entre o relato subjetivo e a extração objetiva de dados, que se abre a fissura que, historicamente, sustentou a oposição entre cultura e ciência (Ingold, 2007, p. 139). Tal clivagem, que atravessa o campo genealógico e se projeta nas práticas psiquiátricas modernas, é crucial para compreender a racionalidade psiquiátrica contemporânea, tanto no seu esforço de se afirmar científica quanto nos impasses que esse mesmo esforço produz.

5.2.2.1 O triângulo de Darwin no espelho

A tensão entre a inversão moderna do triângulo e a *arbor juris*, nunca inteiramente resolvida, reaparece na própria discussão dos cientistas sobre o CIDI. Torna-se perceptível na seção dedicada ao *self-harm*, como já abordada anteriormente, que introduz uma inflexão paradigmática dentro da arquitetura do instrumento. Diferentemente das demais seções, que obedecem ao princípio da abrangência e começam pelo leve para só depois estreitar o funil, essa seção inaugura seu percurso pelo ápice da gravidade: “Você já pensou em se matar?”.

Ao expor o triângulo na sua forma direta, isto é, ao inverter novamente a árvore, essa abertura abrupta, que para os cientistas “quebra a lógica do instrumento” (“Por que não fazemos do mais leve para o mais grave, como em todas as outras seções?” (Participante C2, 2024), revela uma espécie de retorno do ‘reprimido’ iconográfico. É como se, no interior do próprio dispositivo epidemiológico, irrompesse o eco persistente daquela matriz genealógica anterior à modernidade: a racionalidade da *arbor jûris*, com sua hierarquia fundada na origem, no sangue e na autoridade da linha ancestral. Essa verticalidade, que conferia à ascendência um valor moral e espiritual elevado, sempre orientado para o alto, para o céu, ressurgiu, ainda que deslocada, na própria estrutura diagnóstica do CIDI (Ingold, 2007; Schadt, 1982).

Esse “ato falho” metodológico, ao reintroduzir o grave como primeiro termo, como raiz e não como derivação, põe em tensão o princípio moderno de inversão que organiza o triângulo epidemiológico. Ele faz emergir, ainda que de modo furtivo, a lógica antiga da genealogia descendente: aquela em que o ponto mais denso, mais carregado de perigo ou legitimidade, situa-se no início da linha, e não ao final. A seção de *self-harm* desestabiliza, assim, a promessa de neutralidade técnica do instrumento

e evidencia os vestígios de uma historicidade mais profunda, jurídica, teológica, forense, que persiste sob a superfície da psiquiatria contemporânea.

A interseção entre o pensamento moderno, os dispositivos inquisitoriais da esfera criminal e judicial e a racionalidade subjacente à ‘entrevista cognitiva’, na qual memória e verdade se constituem como constructos imbricados em um regime técnico de verificação, reverbera os mecanismos de reconstrução biográfica, enraizados na lógica expiatória da culpa cristã (Foucault, 2006 [1973-1974]; Holmes, 2002; Nora, 1993). Nesse arranjo, o diagnóstico é mais do que um ato de classificação, pois se inscreve como uma operação judicativa na qual o psiquiatra assume a posição de antecessor na ponta do triângulo da *arbor juris* (Ingold, 2007; Schadt, 1982), instaurando uma matriz de inteligibilidade que define, ordena e orienta o próprio curso da verdade (Foucault, 2006 [1976]; Rose, 2021). Como na dinâmica encenada do tribunal, a prática diagnóstica se enreda nos jogos de validação e autoridade, convertendo-se em um espaço de disputa sobre a singularidade do sujeito: “O juiz acaba entrando nesse meio e bagunça o que é, né, dessa individualidade, um tratamento personalizado?” (Participante C2, 2024).

Torna-se evidente, portanto, que a racionalidade classificatória herdada das ciências naturais ultrapassa a lógica interna do instrumento e se projeta para além das fronteiras formais do questionário (Foucault, 1999). O CIDI enquanto aparato tecnológico evidencia uma lógica forense que transgride os contornos do próprio instrumento, adentrando o âmago das relações entre sujeitos e instituições. A atuação do instrumento repercute diretamente na relação médico-paciente, reorganizando práticas clínicas, itinerários terapêuticos e processos de subjetivação, com o corpo e a autoridade do psiquiatra situados no centro dessa reconfiguração. Como aponta um dos pesquisadores, refere-se a um dispositivo concebido em um contexto específico, o norte-americano, marcado pela forte judicialização da medicina e por relações institucionais pautadas na defensiva: “Quando eu penso no ser humano, a complexidade, o fenômeno do suicídio tão complexo, isso reduz e tem esse viés das pessoas estarem na defensiva.” (Participante C2, 2024).

Dentro dessa ótica, voltada para a proteção e defesa da prática psiquiátrica, evitando que ela se torne réu perante o tribunal, como o paciente, emergem os esforços para objetificar e quantificar o que é intrinsecamente subjetivo, como ilustrado pela tentativa de “encontrar uma escala que vai detectar o risco da pessoa, né, se suicidar, e que é algo tão complexo, tão difícil. (Participante C2, 2024). O que

se revela, assim, é que os inquéritos são tecnologias inventadas para proteger a psiquiatria de sua verdade.

Isso configura uma gramática operativa de governamentalidade, que se inscreve nas relações entre sujeito e instituição, médico e paciente, estendendo-se também às políticas públicas, às práticas cotidianas e à forma como os indivíduos passam a se perceber e a governar a si mesmos e aos outros dentro de uma lógica normativa (Foucault, 2006 [1973-1974]; 1977; Rose, 2021). Em última instância, esse modo de governar visa à invenção, preservação e manutenção de um instrumento diagnóstico que organiza, classifica e direciona tanto os percursos terapêuticos quanto os itinerários da verdade, instaurando uma lógica que posiciona o psiquiatra no centro da dinâmica de controle e regulação, onde o sujeito é reconduzido a uma linha de correção e purificação (Foucault, 2006 [1973-1974]; Rose, 2021).

5.2.3 Traduções multiculturais, decisões culturotípicas

À luz do percurso analítico traçado até aqui, torna-se incontornável perguntar: o que implica, afinal, traduzir um instrumento psicométrico por meio da imagem do triângulo invertido? E, de modo ainda mais incisivo, o que se enuncia quando essa figura passa a funcionar como condensação gráfica da tríade moderna natureza–cultura–indivíduo, autorizando que um instrumento psiquiátrico seja tomado como “multicultural”? Respondê-la exige desmontar o próprio dispositivo que converte diferença em dado, evidência e risco; um mecanismo pelo qual o instrumento descreve o mundo enquanto o recalibra em termos de variabilidade controlável, onde “a comparabilidade direta não necessariamente significa tradutibilidade imediata” (De Castro, 2018, p. 250). Nesse processo, a multiplicidade é reconhecida em sua racionalidade genético-evolutivo, que reconfigura experiências, histórias e formas de vida como variações previsíveis, parametrizáveis e, sobretudo, herdáveis.

O triângulo invertido do CIDI, ao decompor “cultura” em categorias como “antecedentes”, “fatores ambientais” e “história familiar”, reinstala um princípio genealógico análogo à antiga busca pelas linhagens nobres e suas garantias, agora atualizado na forma de um *pedigree* biomédico (Ingold, 2016). Como sugere Strathern (1992), aquilo que outrora se distinguia como “natural” é inteiramente reinscrito no artifício tecnocientífico, tornando-se indiscernível dele; a natureza deixa de ser fundamento para tornar-se efeito de modelagem.

Nessa redução, a cultura é reduzida à condição de derivado fenotípico da herança, uma superfície modulada por pressões externas mensuráveis, um apêndice semântico que acompanha a lógica da transmissão. A crítica de Ingold (2016) adquire centralidade, ao formular a noção de “culturotípicos” para nomear a redução da cultura a traço herdável, um “genótipo de segunda ordem” (Ingold, 2000; 2008), ele evidencia como a antropologia evolutiva opera uma conversão sistemática de processos relacionais, históricos e emergentes em propriedades discretas e transmissíveis, violando precisamente o caráter processual, acidental e improvisado da vida.

O instrumento reencontra, de modo talvez involuntário, mas estrutural, o pós-darwinismo (Romanes, 1895; Clayton, 2013; Dupré, 2010) e a biologia evolutiva (Mayr, 1982; Hall, 2012), ainda que declare ter deslocado o eixo da biologia (do corpo, da célula e do cérebro), para abarcar a cultura, entendida como ambiente, fatores externos e condições de vida. Nesse sentido, importa menos saber se os aspectos subjetivos são enquadrados sob a objetividade da natureza ou da cultura do que reconhecer a permanência das mesmas posições epistêmicas. O deslocamento preserva, assim, o núcleo duro de uma racionalidade adaptacionista: a lógica da maximização de preferências, da otimização de respostas e das pressões ambientais variáveis permanece intacta, operando como matriz silenciosa de inteligibilidade.

McKinnon (2005) desarticula com precisão essa arquitetura conceitual ao observar que a psicologia evolucionista “reifica ideias culturalmente específicas de escolha, interesse e otimização como se fossem características universais da natureza humana” (McKinnon, 2005, p. 89). A crítica torna explícito o mecanismo pelo qual particularismos históricos, formas ocidentais de agência, modelos individualistas de motivação, lógicas de custo-benefício são convertidos em propriedades naturais. Assim, escolhas ocidentais adquirem a aparência de instintos, enquanto modelos normativos de ação passam a figurar como pré-requisitos evolutivos, distinto de resultados situados de histórias sociais específicas.

Quando esses pressupostos são transpostos para instrumentos psiquiátricos, o efeito é paradoxal: aquilo que se apresenta como “multicultural” interdita-se como espaço de alteridade, de confronto epistemológico ou de irreducibilidade semântica, tornando-se uma heterogeneidade administrável e previsível. A diferença cultural funciona, nesse arranjo, como validação empírica do próprio modelo adaptacionista, uma variação que confirma a regra, em vez de tensioná-la ou colocá-la em risco. A alteridade, longe de desestabilizar a gramática

evolucionária que sustenta esses instrumentos, é dobrada de volta às suas próprias premissas, funcionando como evidência da robustez de um arcabouço profundamente enraizado em narrativas ocidentais.

McKinnon (2005) sugere que aquilo que frequentemente tomamos como universalidade biológica “pode corresponder, em grande medida, aos pressupostos culturais do parentesco euro-americano projetados sobre a evolução” (p. 81). Seu argumento descreve com precisão o modo como o instrumento lida com a interculturalidade: aquilo que aparece como “hereditário”, “instintivo” ou “risco populacional” é, na verdade, uma extrapolação das categorias euro-americanas de pessoa, família e racionalidade individual. Assim, o CIDI tende a tratar essas categorias culturalmente situadas como se fossem componentes naturais e universalizáveis, atribuindo-lhes um alcance explicativo que ultrapassa seus contextos históricos de origem.

Por essa via, o perigo torna-se evidente quando instrumentos que se pretendem culturalmente “sensíveis” acabam reinscrevendo um certo “etnocentrismo evolucionista,” no qual o universal é aquilo que a própria psiquiatria hegemônica produz como tal. O multicultural torna-se um espectro de modulações previsíveis; e tudo o que escapa, opacidade, silêncio, incongruência, sem-equivalente, aparece como escolha informativa, “baixa acurácia”, “inconsistência do informante” ou “variação sociocultural”. A alteridade é traduzida em variável dependente e, finalmente, absorvida pela linearidade dos modelos evolutivos.

A multiculturalidade da psiquiatria global, nesse sentido, constitui menos uma abertura efetiva ao múltiplo do que a própria operacionalização biomédica de uma genealogia ocidental que se pretende universal. Haraway (1997) oferece aqui uma chave crítica particularmente fértil ao afirmar a impossibilidade de uma natureza exterior à tecnociência e, ao pensar com Whitehead, aponta o risco da “falácia da concretude deslocada” (Whitehead, 1948/1925, p. 52; apud Haraway, 1997, p. 146).

A genética que sustenta a arquitetura dos instrumentos diagnósticos diz menos respeito aos genes enquanto entidades biológicas do que a um conjunto situado de narrativas tecnocientíficas que os tornam inteligíveis: arranjos de operações semióticas, práticas laboratoriais e modos de ordenar o mundo que, no caso do CIDI, se performam tanto no laboratório quanto no próprio questionário, nos algoritmos e nas equivalências linguísticas que ele autoriza e estabiliza, produzindo aquilo que Haraway denomina “objetos de consenso no mundo real” (1997, p. 146).

Nesse horizonte, a observação de McKinnon (2005) apoia a desarmar qualquer leitura fetichista do gene ao sugerir que “as narrativas evolutivas não desvelam a natureza da humanidade, mas os compromissos culturais de quem as formula” (2005, p. 93).

Ao final, a figura do triângulo invertido escreve e inscreve uma narrativa normativa sobre o que é e pode ser o humano. Tal inversão silenciosa, necessária para manter a forma do triângulo e sua gramática classificatória, que revela o lugar profundo da biologia evolutiva, da lógica populacional e das analogias orgânicas nos instrumentos psiquiátricos contemporâneos. A multiculturalidade proclamada é, na verdade, a atualização tecnocientífica de uma ontologia euro-americana da diferença, na qual “cultura” é tratada como modulação da natureza e “diferença” como variação previsível dentro do mesmo. No fim, aquilo que o instrumento chama de multicultural é apenas a forma contemporânea pela qual a psiquiatria transforma alteridade (s) em natureza e natureza em evidência, e, com isso, torna visível não a diversidade do mundo, mas as fronteiras conceituais do próprio instrumento.

5.3 PENSAR COM PALAVRAS

A língua da mulher, a terra e o sabor, a afinidade;
a fala obscura da língua materna,
mas clara como a luz do sol na poesia das mulheres.
— Ursula K. Le Guin, *Somos vulcões*

Este capítulo nasce do atrito entre duas línguas que raramente se encontram sem produzir faísca. De um lado, a palavra psiquiátrica: branca, masculina, erguida sobre uma racionalidade que esteriliza a força ativa da palavra em nome da coerência e da clareza. Le Guin a descreve como língua bifurcada, aquela que opera pela divisão, pela dicotomia, pelo corte que rasga sujeito e objeto enquanto oculta o próprio mecanismo de separação. É uma palavra que se distancia da experiência; que se afasta tanto de quem diagnostica quanto de quem vive o diagnóstico.

Do outro lado, a língua feminina-periférica, que Le Guin diz ser *primitiva, imprecisa, grosseira, limitada, trivial, banal*, mas somente aos olhos de quem confunde clareza com austeridade e neutralidade com verdade. Essa língua repete, retorna, ronda; aproxima-se do trabalho cotidiano, doméstico, comunitário, *preso à terra, preso à casa*. É uma língua vulgar no sentido mais radical: comum, partilhada, ordinária, e, exatamente por isso, viva. Uma língua feita de tateios, hesitações, afetos; que não divide, mas liga; que não expõe, mas envolve; que não distancia, mas aproxima.

Essas duas línguas, a que segmenta e a que amarra, não as tomo como opostos, mas como uma só, em tensão. Este capítulo se move como quem percorre uma dobra, até o ponto de se deparar com a língua que segmenta e que, ainda assim, guarda uma força de escape, uma potência de ligação. Aquilo que corta pode, em certas condições, unir.

Em um terreno instável se inscrevem as palavras da epidemiologia psiquiátrica. Acompanho aqui como cientistas disputam os termos do instrumento, aqueles destinados a nomear os chamados transtornos comuns, as depressões, as ansiedades, a normalidade e a anormalidade. Caracteriza-se por uma língua que busca fixar, estabilizar e produzir correspondência, frequentemente à custa da espessura afetiva da experiência.

Também nesse mesmo terreno, essas palavras são devolvidas, torcidas e reencenadas por moradoras e moradores da periferia, em outros modos de sentir, narrar e habitar o mundo. Ao circular, os termos do instrumento são reatualizados em matrizes de sentido que envolvem corpo, história, circulação de forças e, não raro,

aquilo que escapa à gramática biomédica. A palavra diagnóstica, ao tocar a vida, não permanece intacta.

Nesse movimento de tradução, compreendido como travessia entre regimes de sentido e signos de espírito, delineia-se o problema central deste capítulo: a dificuldade de nomear estados emocionais sem reduzir sua densidade afetiva. Quando a correspondência direta falha, as escolhas terminológicas compõem um limiar delicado, sustentando a oscilação entre um estado ainda não cristalizado em sintoma e outro já reconhecido como tal.

Em tal intervalo se desenha a fronteira instável entre normalidade e anormalidade. Nesse contexto, o humor, como disposição afetiva, tonalidade corporal e variação emocional, assume um papel central na nosologia psiquiátrica, muito antes de se tornar um simples “estado de espírito” (Lutz, 1988; Leavitt, 1996). O humor funciona como um sensor epistêmico: torna perceptíveis qualidades, intensidades e modulações do sofrimento que escapam às escalas, aos questionários e às categorias desenhadas para fixar o que, por definição, se move.

À luz da arquitetura classificatória do CIDI 5.0, figurada aqui pelo ritmo do triângulo invertido, este capítulo propõe uma reorganização analítica desses estados emocionais em três zonas conceituais: *estado normal*, *estado pré-sintomático* e *estado pós-sintomático*. O percurso que se segue, no entanto, desloca-se da comparação entre linguagens e assume a forma de uma travessia: entre a palavra que opera pela precisão e a palavra que respira por aproximação; entre a bifurcação-terra; entre a dicotomia- sabor; entre a técnica-vida. Um movimento que acompanha ritmo de palavras, que Glissant (2024:1997) chamou de “linhas de uma desordem estabelecida” (p. 90).

5.3.1 O estado “normal”

Começo o debate pelas discussões entre os cientistas realizadas na tradução da seção, chamada Depressão (DE) do CIDI 5.0 (*Composite International Diagnostic Interview*), cuja finalidade é mapear as flutuações de humor e os sintomas associados a estados depressivos. Nos estágios iniciais da adaptação do instrumento para o português brasileiro, a dificuldade na tradução da expressão *low mood* voltou a emergir com força, constituindo-se como ponto de partida para as análises que se

desdobram neste capítulo. A discussão teve início justamente a partir dessa questão (DE2):

Tabela 5 Pergunta DE2, SEÇÃO DE: DEPRESSION, CIDI 5.0

DE2. RB, PG 3) In the past 30 days, how often did you...	
(IF NEC: In the <u>past 30 days</u> , how often did you... / All or almost all, most, some, a little, or none of the time?)	
All or almost all of the time	Most of the time
Some of the time	A little of the time
None of the time	
a.	have trouble concentrating or making day-to-day decisions because of your <i>low mood</i> – all or almost all, most, some, a little, or none of the time?
b.	think a lot about death, either your own, someone else's, or death in general?
c.	fear that something awful might happen?
d.	feel that you might lose control?

Fonte: WANG et al. Tabela de tradução do CIDI 5.0. Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica (NEP), 2024. Documento interno (não publicado).

Frequentemente mobilizada em instrumentos diagnósticos padronizados, a expressão *low mood* costuma ser traduzida para o português como “humor deprimido” ou “estado deprimido”. No entanto, essa equivalência suscitou preocupações no grupo, por potencialmente introduzir um tom clínico que passa a orientar a forma como os respondentes interpretam e se relacionam com a terminologia. Como observou um dos participantes: “Quando usamos um termo, esse termo vai influenciar as perguntas seguintes; se usamos ‘humor deprimido’, a depressão estará na mente da pessoa” (Participante C6, 2024). O grupo denominou esse fenômeno de “efeito halo”, uma dinâmica em que a menção inicial à depressão projeta uma sombra sobre as perguntas subsequentes, potencialmente enviesando as respostas. Outro participante alertou: “O efeito halo pode produzir um falso positivo e reforçar elementos que indicam depressão” (Participante C2, 2024).

Para escapar dessa armadilha semiótica, o mesmo pesquisador sugere que se evite termos fortemente atrelados a categorias psiquiátricas estabelecidas: “Se

a gente evitar as perguntas usando termos já **consagrados como psicopatológicos**, talvez não influencie tanto as perguntas seguintes” (Participante C2, 2024, grifo meu). A ideia, então, é traduzir sem induzir, encontrando palavras que habitem a linguagem do dia a dia, que se movam com naturalidade entre as pessoas, sem que, de imediato, arrastem consigo um diagnóstico. E há ainda um outro risco: a banalização da depressão. Como observa um participante: “Hoje, tudo é depressão, tudo pede um antidepressivo” (Participante C8, 2024).

“Então temos um problema”, pondera um dos cientistas (Participante C10, 2024). Dirigindo-se ao grupo, ele acrescenta: “O estado de humor pode ser depressivo, mas a doença também se chama depressão” (Participante C10, 2024). A partir dessa colocação, coloca-se uma questão central para a análise: onde termina um estado transitório e onde começa a patologia? O próprio participante, então, provoca: “Como a gente se qualifica para diferenciar o deprimido no estado de ânimo, ou algo semelhante à tristeza?” (Participante C10, 2024).

Diante desse dilema, o cientista continua a refletir sobre as escolhas lexicais: “Então, qual é o que a gente deve evitar? Eu acho que seria importante evitar ‘deprimido’ nas perguntas, digamos, mais amplas” (Participante C10, 2024). A dificuldade, então, se adensa: a língua cotidiana enrosca-se na terminologia clínica, e a fronteira entre o comum e o patológico parece se dissolver. Ele finaliza com uma pergunta que radicaliza esse impasse: “O que fazer quando a palavra cotidiana e comum é equivalente ao patológico?” (Participante C10, 2024).

No refletir de esta pergunta sobre o *low mood* e sua tradução, um dos cientistas aponta uma reflexão metodológica “Precisamos evitar o **falso positivo** em que, basicamente, se [o entrevistado] responde algo como ‘estou deprimido’, isso automaticamente significa um diagnóstico de depressão” (Participante C6, 2024, grifo meu). O que sua fala revela, ao chamar atenção para os falsos positivos, é que, se o objetivo é construir um instrumento capaz de capturar nuances e evitar vieses, torna-se necessário reconfigurar seus próprios alicerces, seguindo a lógica da inversão do triângulo, isto é, partindo de termos mais inclusivos e abrindo espaço para outra gramática da experiência.

Em vez de recorrer ao termo “deprimido”, propõe-se o uso de expressões como “baixo astral”, “estar na fossa” ou “para baixo”, formulações enraizadas na fala cotidiana que evocam estados de ânimo sem acionar imediatamente um enquadramento clínico. Essa linha de reflexão, subordinada à lógica do triângulo

invertido, ganha posteriormente adesão no grupo e evidencia o valor de uma linguagem que ressoe com a experiência vivida, em vez de se subordinar às categorias diagnósticas.

Em seguida, avançamos para a pergunta seguinte na seção DE (Depressão), que busca explorar de que maneira o baixo ânimo pode interferir na vida cotidiana, sem enquadrá-lo necessariamente como uma condição patológica. No entanto, isso suscitou um novo dilema: o que exatamente está sendo investigado aqui? Estamos falando de problemas, sintomas, manifestações, ocorrências ou queixas? Para refletir sobre essa questão, retornamos à formulação original presente no instrumento:

Tabela 6 Pergunta DE5, SEÇÃO DE: DEPRESSION, CIDI 5.0

DE5. (RB, PG 3) Think of a time in your life lasting 2 weeks or longer when you had the largest number of problems with low mood. During <u>those 2 weeks</u>, how often did you...	
(IF NEC: During <u>those 2 weeks</u> , how often did you... / All or almost all, most, some, a little, or none of the time?)	
All or almost all of the time	Most of the time
Some of the time	A little of the time
None of the time	
a.	feel sad or depressed – all or almost all, most, some, a little, or none of the time?
b.	feel so sad that nothing could cheer you up?
c.	feel empty or hopeless?
d.	take little or no interest or pleasure in things you used to enjoy?
e.	feel down on yourself, no good, or worthless?

Fonte: WANG et al. Tabela de tradução do CIDI 5.0. Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica (NEP), 2024. Documento interno (não publicado).

A primeira resposta a esses tensionamentos foi retornar ao ponto conceitual da pergunta, isto é, investigar a interseção entre o estado de ânimo deprimido e as queixas a ele associadas. Como descreve um dos participantes:

“...isso está relacionado ao humor presente, não necessariamente à consequência. É quase como se estabelecesse um sinônimo a partir disso: queixas associadas” (Participante C9, 2024). Para escapar de uma leitura excessivamente psicopatologizante, a escolha das palavras torna-se decisiva.

Nessa paisagem semiótica, em vez de “sintomas”, termo que carrega o peso da clínica, “queixas” permitem uma apreensão mais ampla do fenômeno, respeitando a experiência subjetiva sem forçá-la a uma moldura médica. Afinal, há uma diferença sutil, mas fundamental, entre o que é “mau” e o que é “baixo”, e é precisamente nessa delicada fronteira que se inscreve a sensibilidade da pergunta. A questão DE5 busca captar a frequência e a intensidade do *low mood* ao longo de pelo menos duas semanas. No entanto, como nomear essa experiência sem recorrer a termos que já trazem consigo o selo do diagnóstico? A palavra escolhida precisa ser aberta, maleável, capaz de indicar um estado sem imediatamente convertê-lo em sintoma, uma escolha orientada pela lógica do triângulo invertido.

A experiência clínica parece fornecer uma pista para essa formulação. Como observa um dos cientistas do grupo:

[...] Quando eu vou fazer uma abordagem de um paciente que não traz claramente essa questão, às vezes eles chegam para a gente e já revelam que estão para baixo e tal, mas eu sempre pergunto como é que está o ânimo. Eu acho que a [palavra] humor por si só, talvez as pessoas não entendam.” (Participante C 14, 2024).

A compreensão do termo “humor” parece demandar um adjetivo qualificativo: bom, mau, para baixo, para cima. Um dos cientistas sugere que o termo “ânimo” poderia ser mais acessível, propondo que expressões como “estou animado/desanimado” (Participante C6, 2024) seriam uma maneira mais direta de capturar o estado subjetivo do indivíduo. Embora a substituição de “humor” por “ânimo” tenha sido considerada vantajosa pela sua clareza, um integrante do grupo responde advertindo que essa alteração poderia sugerir “uma outra dimensão psicopatológica” (Participante C3, 2024), exemplificando que a palavra “ânimo” poderia estar associada a aspectos como “volição ou psicomotricidade” (Participante C3, 2024).

Em resposta a esse debate sobre o humor, reconhece-se que ele é um estado sujeito a variações e influências. Como aponta um dos cientistas, a diferença entre mau humor, humor depressivo (no contexto de tristeza) ou irritabilidade perde relevância, uma vez que todos esses estados funcionam como critérios para o

diagnóstico da depressão, tema central dessa seção (Participante C9, 2024). Ele sublinha que os termos utilizados para descrever o humor depressivo são cruciais para nossa escolha terminológica, já que, por serem ‘mais imprecisos’, possuem a capacidade de abranger uma ampla gama de estados emocionais fundamentais para a definição de depressão, como “tristeza” e “falta de ânimo” (Participante C9, 2024).

Apesar disso, um dos cientistas apontou que a expressão “humor para baixo” pode ser percebida como estranha por algumas pessoas (Participante C3, 2024). Como alternativa, o grupo sugeriu termos como “está se sentindo para baixo” ou “emocionalmente para baixo”, buscando na imprecisão, maior precisão. No entanto, a utilização do termo “humor” foi defendida, considerando seu uso cotidiano e a intenção de manter expressões gerais e inclusivas, sem a conotação psicopatológica, como exemplificado pelo comentário: “A gente fala no dia a dia, né? Fica de mau humor quando não toma café” (Participante C3, 2024).

Partindo do desafio de encontrar termos que reflitam a experiência cotidiana sem implicar patologização, surge um exemplo notável de estado pré-sintomático: uma palavra alterada que não carrega classificações patológicas, evidenciada no processo de tradução do termo *enjoy*. Isso se ilustra na pergunta HE20b da Seção de Saúde.

Tabela 7 Pergunta HE20, SEÇÃO HE: YOUR HEALTH, CIDI 5.0

HE20. (RB, PG 3) In the <u>past 30 days</u>, how often did you...
(IF NEC: In the <u>past 30 days</u> , how often did you... / All or almost all, most, some, a little, or none of the time?)
All or almost all of the time Most of the time Some of the time A little of the time None of the time
a. feel emotionally much higher, happier, or excitable than usual – all or almost all, most, some, a little, or none of the time?
b. feel emotionally distant from other people or not enjoy your relationships with them?
c. feel much more hyper or wound up than usual?
d. have thoughts race through your mind so fast you could hardly keep track of

them?
e. feel restless, keyed up, or on edge?

Fonte: WANG et al. Tabela de tradução do CIDI 5.0. Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica (NEP), 2024. Documento interno (não publicado).

O problema da tradução do termo *enjoy* gerou uma discussão importante sobre como capturar seu significado original mantendo fidelidade ao instrumento. Como explicou um dos cientistas envolvidos, a dificuldade está no fato de que, em português, “*enjoy*” não é utilizado da mesma forma que em inglês: “É que eu acho que assim, em português, a gente não usa *enjoy* como nos Estados Unidos” (Participante C6, 2024). Desse modo, termos como “aproveitar” ou “desfrutar” foram considerados possíveis alternativas, porém o grupo destacou a importância de escolher a palavra com base no sentido exato da frase, garantindo que o tom emocional seja mantido de forma adequada na tradução.

No caso da frase inicial da pergunta, a expressão “você tem se sentido distante” carrega a ideia de isolamento emocional. Como destacou um dos cientistas: “Quer dizer, a pessoa está distante, não está conseguindo se conectar com os outros, e isso pode acontecer porque ela não está aproveitando ou desfrutando como costumava fazer” (Participante C3, 2024). A tradução, portanto, precisa refletir esse afastamento afetivo, característico de quadros sintomatológicos, como a depressão, nos quais a perda de interesse ou prazer em interações sociais rompe com o padrão considerado “normal”, no qual é esperado que a pessoa sinta envolvimento e satisfação nas relações.

Outro cientista acrescentou que é fundamental não confundir a perda de prazer com uma reação a fatores externos, como o comportamento de outra pessoa. “O que está acontecendo aqui”, explicou, “é que a pessoa não está mais apreciando o que antes ela gostava, porque está em um estado de distanciamento emocional” (Participante C9, 2024). Ou seja, a ausência de prazer decorre de uma transformação interna associada a um estado emocional alterado. A tradução, portanto, deve captar essa nuance: a mudança não decorre de conflitos ou atitudes alheias, mas de uma desconexão afetiva produzida por um quadro sintomatológico grave.

Para tornar a distinção mais clara e evitar possíveis ambiguidades, o grupo de especialistas sugeriu uma reformulação da pergunta com o uso de dois termos

sinônimos: “não tem gostado ou curtido”. A proposta visava ampliar a compreensão da questão, tornando-a mais acessível a diferentes públicos, já que certas expressões podem ressoar de forma distinta entre faixas etárias ou contextos culturais diversos. Assim, a versão reformulada da pergunta passou a ser: “Não tem gostado ou curtido de seus relacionamentos com as outras pessoas?”. A escolha das palavras, especialmente o uso do termo “curtir”, provocou uma reflexão importante sobre variações linguísticas e adequação ao público-alvo. Embora “curtir” seja uma expressão comum e coloquial em certos contextos urbanos, sua compreensão pode não ser uniforme em todas as regiões do Brasil. Um dos cientistas levantou essa preocupação:

[...]Será que todo mundo vai entender a palavra ‘curtir’? Talvez em São Paulo seja muito comum, mas não tenho certeza se em outras regiões, onde o português é falado de maneira diferente, isso será igualmente compreendido” (Participante C4, 2024).

A discussão evidencia que a escolha de termos precisa equilibrar familiaridade linguística – levando em conta a linguagem local e o público-alvo – e precisão conceitual. Como explicou o mesmo cientista, o objetivo da pergunta é captar uma mudança emocional: “Num estado normal, as pessoas tenderiam a gostar, mas, em um estado alterado, como no caso da depressão, elas não vão gostar daquilo que antes gostavam” (Participante C4, 2024). Esse momento da discussão constituiu um endosso performativo dos critérios diagnósticos em consonância com o DSM-5, reforçando a distinção entre estados considerados “normais” e “alterados”. No caso da depressão, por exemplo, a incapacidade de sentir prazer nas atividades cotidianas emerge como um marcador privilegiado de sofrimento psicopatológico.

Além do critério de normalidade, outro fator relevante é a frequência com que esses sentimentos se manifestam. No entanto, como advertiu um dos cientistas, esse critério pode ser arriscado: “Hoje em dia, qualquer pessoa pode se identificar com depressão” (Participante C9, 2024). Ele exemplifica com uma situação comum:

[...] O adolescente que está de saco cheio, fica emburrado no canto, leva ao psiquiatra, o psiquiatra receita antidepressivo. Depressão, entendeu? Ele está distante, não quer falar com ninguém. Isso é depressão? Nem sempre” (Participante C9, 2024).

A observação chama atenção para a necessidade de uma formulação cuidadosa das perguntas de triagem, de modo a evitar interpretações precipitadas e diagnósticos apressados baseados em leituras superficiais dos relatos. O foco dessas escolhas lexicais é abarcar o máximo possível do cotidiano e das experiências

comuns, ainda que esse objetivo se revele, em alguma medida, inalcançável diante da sociedade psiquiatrizada em que vivemos.

5.3.2 O estado “pré”

Outro termo que gerou debate nessa seção foi “*hyper*”, considerado pelo grupo como indicativo de um “estado pré-clínico”. Na questão HE20, a tradução da frase original – “*feel much more hyper or wound up than usual*” – apresentou desafios específicos, sobretudo em relação ao uso da palavra “hiperativo”. Os participantes destacaram que esse termo pode não ser facilmente compreendido pela população em geral, especialmente quando inserido em um contexto emocional.

A preocupação central do grupo de cientistas era que o termo “hiperativo” evocasse predominantemente quadros associados à infância ou ao Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), desviando o foco da experiência subjetiva de excitação emocional ou agitação interna que a pergunta pretendia captar. Assim, o grupo considerou ser necessário encontrar uma alternativa que traduzisse com maior precisão o estado de intensificação energética descrito na pergunta, sem recorrer a termos clínicos potencialmente equivocados.

Como destacou um dos cientistas, “a população pode não entender a palavra hiperativo” (Participante C6, 2024), o que reforça a necessidade de uma adaptação linguística mais acessível e culturalmente situada. Uma das alternativas sugeridas foi substituir “hiperativo” por uma composição de dois termos – “agitado e inquieto” – a fim de tornar o conceito mais compreensível e menos técnico. No entanto, o cientista também chamou atenção para a dimensão subjetiva envolvida na tradução: “A palavra ‘*hyper*’ sugere que a pessoa está andando de um lado para o outro, o que não captura o sentido original de estar ‘excitável’... estar ativado facilmente por algo” (Participante C6, 2024). Essa observação ressaltou o risco de a tradução induzir a uma leitura centrada na agitação física visível, em vez de captar a excitabilidade interna ou emocional que o termo original buscava expressar.

Em relação ao uso do termo “excitação”, outro cientista logo alertou que essa palavra também não seria adequada na tradução, especialmente por seu potencial de gerar confusão com conotações sexuais ou interpretações imprecisas no português. No entanto, ao aprofundar a discussão, alguns participantes destacaram que a seção subsequente do questionário poderia ajudar a contextualizar melhor o

significado pretendido por “*hyper*”. A seção “*High Mood*” (HM1), por exemplo, traz uma descrição mais detalhada dos episódios de humor elevado, oferecendo exemplos concretos como “muito mais energético ou ativo do que o habitual” e “muito mais falante ou sociável do que o normal”, como ilustrado a seguir:

Tabela 8 Pergunta HM1, SEÇÃO HM1: HIGH MOOD, CIDI 5.0

HM1. The next question is about whether you ever had an episode lasting <u>2 days or longer</u> when your mood was much higher than usual and you were much more excitable or hyper than usual.
I. During these episodes, people often feel:
· Much happier or in a much better mood than usual
· Much more self-confident or optimistic than usual
· Or much more irritable than usual
II. During these episodes, people often are:
· Much more energetic or active than usual
· Much more talkative or outgoing than usual
· Or much more productive than usual
III. People sometimes do things that are unusual for them during these episodes, such as:
· Spending too much Money
· Or doing other things they would normally not do
With this definition in mind, did you ever in your life have an episode of this sort lasting <u>2 days or longer</u> ?

Fonte: WANG et al. Tabela de tradução do CIDI 5.0. Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica (NEP), 2024. Documento interno (não publicado).

Esse esclarecimento evidencia que, para o cientista, o termo “*hyper*” não se refere unicamente a uma agitação física ou inquietação, e sim, a um estado emocional e comportamental amplificado, marcado por alterações significativas na

energia, na sociabilidade e até mesmo na impulsividade, como exemplificado no instrumento em comportamentos como “gastar dinheiro demais ou fazer coisas que normalmente não faria”. A frase final da seção do questionário contribui para situar esse estado dentro de um episódio mais amplo de mudança no humor e no comportamento, o que é fundamental para a interpretação correta do item. Diante disso, uma sugestão apresentada por um dos cientistas foi reformular a tradução inicial para “Você se sentiu emocionalmente muito mais eufórico?”, como tentativa de capturar o tom elevado da experiência emocional, sem incorrer na possível ambiguidade física associada ao termo “hiperatividade”.

O termo *higher mood* foi identificado como contraponto de *low mood*, assinalando um ponto crucial na tradução desta seção do questionário. Um dos cientistas manifestou preocupação quanto ao uso da palavra “eufórico”, observando que ela costuma ser associada a emoções positivas e socialmente aceitas, o que poderia obscurecer a intenção da pergunta de captar uma elevação atípica ou desregulada do humor. Para contornar esse problema, o cientista propôs acrescentar a expressão “mais do que o habitual”, de modo a auxiliar os respondentes a reconhecer que o estado emocional avaliado não se tratava apenas de uma versão intensificada da felicidade, mas sim de uma alteração incomum ou potencialmente patológica.

A tradução do termo *excitable* também gerou discussões. Um cientista sugeriu substituir “excitado” por “animado”, devido o risco de a palavra “excitado” ser interpretada com conotação sexual. No entanto, o conceito de excitabilidade, que se refere à facilidade com que uma pessoa é ativada emocionalmente, revelou-se difícil, ou quase impossível, de traduzir sem gerar confusão. Como resultado, a equipe concordou que uma tradução literal não seria apropriada. O debate levou à proposta de usar expressões como “sentiu-se emocionalmente muito mais eufórico, mais feliz, ativado...”, de modo a refletir melhor a sensibilidade ao humor elevado. Para esse fim, o grupo recorreu ao uso de um dicionário de sinônimos.

Contudo, um dos pesquisadores ressaltou a importância de retomarmos o propósito conceitual da pergunta, que consiste em investigar a sensibilidade à mania, isto é, o que estava em jogo era a triagem: “Queremos investigar se a pessoa, nos últimos 30 dias, se sentiu muito mais para cima, mais feliz do que o habitual, um estado alterado” (Participante C3, 2024). A palavra “animado” foi, então, considerada uma boa opção, pois se refere ao ânimo e à capacidade de engajar em mais atividades

direcionadas, sem a conotação de agitação física associada a outros termos. A palavra “energia” também foi discutida, porém foi descartada devido ao seu vínculo com um sentido mais físico, que não correspondia exatamente à intenção da questão.

Ao final, houve consenso quanto à necessidade de reordenar os termos na frase: “Sentiu-se muito mais animado, feliz ou eufórico.” Ainda assim, a palavra “eufórico” permaneceu como a mais desafiadora para o grupo, por implicar um grau extremo de alteração emocional, o que pode dificultar sua interpretação no contexto da pergunta. Diante disso, um dos pesquisadores recorreu à sua experiência clínica para ilustrar as formas pelas quais as pessoas expressam seus estados emocionais nesse quadro sintomatológico:

[...] Quando a pessoa está no momento de mania e hipomania, como elas descrevem na maioria das vezes? ‘Doutor, eu tô maravilhoso, nunca fiquei tão bem na minha vida, você é maravilhoso, o melhor médico do mundo’. A gente fala, *fudeu*” (Participante C2, 2024).

A equipe, então, recorreu à versão anterior do CIDI, considerando que “pode servir de parâmetro interessante a solução que encontraram” (Participante C1, 2024). Nessa versão, as emoções foram desdobradas entre “feliz” e “eufórico”. No entanto, emergiu uma dúvida: iniciar pela ordem “eufórico” poderia sugerir algo além do que se pretende investigar? A preocupação é pertinente, uma vez que a ordenação dos termos pode influenciar a interpretação da questão.

A definição em português voltou, então, a se centrar na dimensão da energia: “como o aumento anormal e persistente de energia ou da atividade dirigida a objetivos” (Participante C7, 2024). Ao buscar contemplar o termo ambíguo, e, em certa medida, irresolúvel, *hyper*, um dos cientistas explicou ao grupo que essa energia diz respeito a uma atividade constante orientada a objetivos, isto é, a um fazer ininterrupto, marcado por uma disposição para agir sem cessar.

O termo *wound up*, por exemplo, ao aparecer pela primeira vez na seção, carrega uma conotação de humor irritável, possivelmente com múltiplas nuances de sentido. Para esse cientista, ele “descreve uma psicopatologia que parece que a gente não tem em português” (Participante C2, 2024). Isso ocorre, segundo ele, porque “esses verbos, *phrasal verbs*, né, que juntam um verbo com uma palavra, às vezes são difíceis de traduzir, porque mudam tudo, né?” (Participante C2, 2024).

As expressões “irritável” e “com raiva” apresentam, nesse contexto, uma dificuldade de diferenciação sintomática, observa o cientista, acrescentando que “hoje

em dia até no próprio DSM ele traz patologias não de irritabilidade, mas de raiva, mas que para a gente [Brasil] é difícil porque a gente entende como coisas parecidas” (Participante C2, 2024). Diante disso, coloca-se uma questão ao grupo: tratar-se-ia, então, de um problema do próprio DSM, e não apenas do instrumento?

Outro cientista aponta que, quando a pessoa está em mania, não “necessariamente ela está tensa. É mais no sentido de estar acelerada, agitada. *Hyper*, de estar no limite. Mas no limite próximo. Como se estivesse pronta para algo... um estágio antes...” (Participante C10, 2024). Refere-se, assim, de um estado pré-sintomático, situado na borda, rente à transição para a psicopatologia.

Ao mobilizar o conceito de *restless*, ele sugere que a palavra também envolve a ideia de inquietação no sentido de incansabilidade, uma vez que, na mania, a pessoa dificilmente se cansa; permanece “ligada e ativada” (Participante C10, 2024). Para o grupo de pesquisadores, a tradução de *restless* remete, portanto, a uma “questão de gradação”, vinculada a um certo “aumento da atividade motora”, como o cientista prossegue ao explicar: “A gente quer identificar pessoas que sentem que sua atividade motora está aumentada” (Participante C10, 2024).

Em ressonância, um dos cientistas acrescentou que havia uma combinação entre atividade psicomotora e volitiva, o que abria a possibilidade de traduzir o termo como “exaltada”. Para esse pesquisador, o prefixo “ex” carregava a ideia de “além” ou “para fora”, indicando algo que a pessoa já havia excedido. Ele explicou:

[...] Eu vou colocar no chat o que encontrei sobre a etimologia. Ela vem do latim, que envolve exagero, aumento, amplificação, engrandecimento, com o sentido de ser algo feito completamente, levar ou trazer junto por sua vez. Essa é uma aproximação interessante” (Participante C1, 2024).

No entanto, o que o grupo de *experts* buscou transmitir com o termo *excited* é a ideia de um estado emocional em um “estágio pré, no limite: um pré-irritado”. A equipe se deparou com a dificuldade de encontrar uma palavra que exprimisse a exaltação de uma forma positiva, considerando que a triagem deve ser cotidiana e acessível. Os termos “inquieto e incansável” foram inicialmente considerados, porém eles evocam a imagem de uma pessoa que anda de um lado para o outro, gesticulando e falando, o que pode gerar a ideia de desconforto. Um dos cientistas questionou: “Você acha que inquieto tem uma conotação positiva?” (Participante C9, 2024). A equipe concordou que a tradução não poderia sugerir que a pessoa estava mal, agoniada ou cansada. Como alternativa, foi sugerido o uso de “frenético”, um

termo que poderia captar melhor o estado emocional desejado sem transmitir uma sensação de mal-estar.

Um dos cientistas retomou que palavras como “incansáveis e inquieto” são interessantes porque os pacientes frequentemente se descrevem dizendo: “Eu não paro quieto” (Participante C7, 2024). Ou mesmo um parente pode comentar: “Essa pessoa vai para lá e para cá” (Participante C7, 2024). Nesse contexto, a expressão “não parar quieto” parece ser menos negativa do que “inquieto” e até mais descritiva para esse cientista. No entanto, outro pesquisador alertou: “Tem que tomar cuidado com esse *hyper*. Como se eu tivesse sempre o fora do normal” (Participante C4, 2024).

Ele explicou que, ao falar de *hyper*, a conotação entre positivo e negativo pode levar à interpretação de um quadro psicopatológico, o que resultaria numa medicalização precoce. Ele ainda acrescentou que, no caso do *hyper*, se refere a algo “um pouco acima do que o normal”, “fora do tom” ou “um pouco fora do habitual” (Participante C4, 2024). Aqui, a referência ao normal diz respeito ao próprio padrão da pessoa, e não aos outros. Estar “um pouquinho acima” (Participante C4, 2024) pode ser, na verdade, o normal para essa pessoa, sem implicar em um diagnóstico.

Tal cena levou a equipe a refletir sobre como a linha da normalidade é definida e em relação a quem, além de considerar a questão da intensidade, que é crucial para ampliar o espectro da própria normalidade. O uso de “um pouco” foi considerado fundamental para evitar a patologização de aspectos que, na realidade, representam alterações comuns no cotidiano das pessoas. Por fim, um cientista reiterou que não há necessidade de grandes preocupações, pois, primeiramente, essas perguntas devem ser feitas de forma rápida, o que ajudaria a selecionar a maioria das pessoas com sintomas, que poderiam ser descartados posteriormente. O que importa, segundo ele, é “ter a ideia do estado psicopatológico” (Participante C3, 2024). Ele acrescentou que nada impede que, dependendo dos resultados dos grupos focais, sejam introduzidos outros sinônimos mais adequados.

O grupo de especialistas começou a perceber que o termo *hyper* representa um sintoma inespecífico, e a equipe ressaltou a necessidade de esclarecer o significado da pergunta para evitar mal-entendidos, como falsos negativos. Caso contrário, o risco seria selecionar apenas pessoas com episódios maníacos claramente evidentes. Para um dos cientistas, o termo *hyper* é visto como uma “gíria, um jargão, uma expressão que não é formalmente dicionarizada” (Participante C2, 2024).

No entanto, a pergunta em discussão é considerada “nuclear”, funcionando quase como uma triagem, pois se refere a um estado pré-alterado, um “estado preparatório para uma atividade” (Participante C2, 2024). Como um dos pesquisadores afirma, “é impossível saber se a pessoa está em mania se você não perguntar se o humor dela estava alterado” (Participante C2, 2024). Uma expressão que poderia ser usada para descrever esse estado, segundo ele, seria “à flor da pele”, que remete a uma pessoa que está prestes a “reagir”, “ficar irritada” ou “chorar a qualquer momento” (Participante C2, 2024).

Entretanto, os cientistas alertam para o risco de associar equivalências positivas e negativas em uma mesma frase. Como disse um dos especialistas do grupo: “Então, à flor da pele ou irritável, por exemplo, acho que caberia bem na mesma frase. Né? Porque é o mesmo construto, basicamente, né?” (Participante C8, 2024). No entanto, a expressão “à flor da pele”, como observou ele, já indica um estado “extremo do contínuo” (Participante C8, 2024), ou seja, um estágio avançado de tensão ou agitação. Para esse especialista, a pergunta precisava ser complementada com um adjetivo que indique esse aumento, como “muito mais do que o habitual” (Participante C8, 2024). Assim, a frase final poderia ser formulada como “muito mais à flor da pele”, referindo-se a um estado “no limite de explodir” (Participante C8, 2024).

Essa questão trata, em essência, de um quadro “à beira”, com expressões que sugerem estar “no limite”, “quase saindo”, “transbordando” ou “ultrapassando algo” (Participante C1, 2024). O cientista ilustrou essa ideia com a imagem de “mulheres à beira de um ataque de nervos” (Participante C1, 2024), em referência ao filme de Almodóvar, e, ao refletir sobre o árduo trabalho de tradução do grupo, brincou ao parafrasear a situação como “pesquisadores arrancando os cabelos” (Participante C1, 2024). A intenção é capturar a ideia de um estado intenso – “quase” – prestes a se manifestar de forma evidente.

Para que serve, afinal, a expressão “*much more hyper or wound up than usual*,” questiona um dos cientistas (Participante C9, 2024), abrindo espaço para novas camadas de reflexão no grupo. A princípio, a formulação parece indicar algo neutro, ou até positivo, mas a sensação geral entre os pesquisadores é de que se refere a um estado negativo, de humor irritado, de alguém “prestes a explodir” ou, como se discutiu anteriormente, “à flor da pele”.

A construção da frase, tal como vem sendo ajustada coletivamente, aponta para um sujeito “muito mais agitado, nervoso ou excitado do que o normal”, evocando

a imagem de uma energia excessiva, associada a estados de ansiedade, estresse ou excitação intensa. Um dos cientistas propõe uma ilustração concreta: “Imagine alguém que normalmente é calmo e tranquilo, mas hoje está falando rápido, andando de um lado para o outro e sem conseguir se concentrar” (Participante C3, 2024). Segundo ele, esse tipo de alteração, perceptível, mas não necessariamente clínica, seria bem descrita por *much more hyper or wound up than usual* (Participante C3, 2024).

5.3.3 O estado “pós”

Após o estado de estar no limite, o chamado *on edge*, tal como discutido no contexto da tradução do termo *hyper*, emergia o que o grupo de cientistas denominava um “estado pós”. Essa percepção surgiu nas discussões sobre a seção de ataques de raiva, que, em geral, descreve sintomas acompanhados de consequências mais evidentes, como agressões verbais, físicas ou destruição de objetos. A seção se iniciava com uma tentativa de caracterizar esse construto por meio de uma pergunta que contextualizava a reação do indivíduo frente ao julgamento alheio: AA15a. *Think about how you felt when you had those anger attacks. During how many of those attacks were you much angrier than most people would have been in the same situation?*⁴

Em seguida, a próxima questão busca-se identificar se essa alteração resultou em comportamentos concretos: “agressão verbal, física, ou quebrar alguma coisa, arremessar objetos...”. Um dos cientistas chamou atenção para o modo como, no português brasileiro, a raiva é gramaticalmente tratada: “Dizemos ‘estou com raiva’, ‘estou enraivecido’, ‘estou enervado’” (Participante C9, 2024). Ele observa que essa formulação indica a raiva como um estado experienciado, algo que se tem ou se vive, e não uma característica fixa da pessoa. Nesse sentido, opera menos como um traço de personalidade ou temperamento, e mais como um estado alterado que irrompe como resposta situacional.

Contudo, emergiu uma questão relacionada à sequência das perguntas, que implicava também um problema de lógica conceitual do instrumento, gerando tensões entre os cientistas. Na questão (AA17/3), como se pode observar a seguir, há

⁴ Pense em como você se sentia quando tinha esses ataques de raiva. Em quantos desses episódios você ficou muito mais irritado do que a maioria das pessoas teria ficado na mesma situação? (tradução minha)

um “salto” entre a investigação sobre o momento do primeiro ataque de raiva (AA16) e a pergunta sobre o impacto subjetivo desses ataques (AA27), configurando uma ruptura na temporalidade. Se o episódio ocorreu há, no máximo, um ano em relação à idade do entrevistado no momento da entrevista, a sequência de questões prossegue, buscando afunilar a investigação para períodos mais recentes, como os últimos trinta dias, e, em seguida, para a frequência dos ataques. Caso contrário, há um salto direto para a questão 27, que aborda os efeitos desses episódios na vida do indivíduo, como se pode verificar a seguir.

Tabela 9 Pergunta AA16, SEÇÃO AA: ANGER ATTACKS, CIDI 5.0

AA16. How old were you (AA14 = 1: when you had that attack/ALL OTHERS: the very first time you had one of these attacks)?
(IVWR: PROBE DK: BE. RECORD LOWER END OF RANGE)
_____ YEARS OLD

Fonte: WANG et al. Tabela de tradução do CIDI 5.0. Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica (NEP), 2024. Documento interno (não publicado).

Tabela 10 Pergunta AA17, SEÇÃO AA: ANGER ATTACKS, CIDI 5.0

AA17. Was that in the past 12 months or more than 12 months ago?" Past 12 months More than 12 months ago CKPT.AA17.
1. AA16 = EXACTLY 1 YEAR BEFORE R’S CURRENT AGE, GO TO AA17
2. AA14 = 1 AND AA16 = R’S CURRENT AGE, GO TO AA18
3. (AA14 = 1) AND (AA16 = ANYTHING ELSE) AND (AA1 ≥ 2 AND ≠ DK/REF), GO TO AA27

Fonte: WANG et al. Tabela de tradução do CIDI 5.0. Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica (NEP), 2024. Documento interno (não publicado).

Tabela 11 Pergunta AA27, SEÇÃO AA: ANGER ATTACKS, CIDI 5.0

AA27. When you had anger attacks, how distressing were they to you – extremely, very, somewhat, a little, or not at all?

Extremely
Very
Somewhat
A little
Not at all

Fonte: WANG et al. Tabela de tradução do CIDI 5.0. Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica (NEP), 2024. Documento interno (não publicado).

Segundo os cientistas, não fica claro como se dá esse salto, isto é, como a entrevista avança da dimensão temporal para a avaliação da interferência funcional e do sofrimento psíquico. A equipe observa que há uma lacuna metodológica nesse percurso, o que pode gerar ruídos na escuta e comprometer o entendimento do fluxo narrativo por parte dos entrevistados. A suspeita de um dos cientistas era de que, caso a pessoa respondesse “nada” à pergunta sobre ter tido ataques de raiva, isso levaria, no protocolo, a um salto automático na sequência da entrevista para outra seção. No entanto, esse encadeamento pode obscurecer nuances importantes da experiência vivida, especialmente quando se trata de afetos que, embora intensos, são posteriormente minimizados ou normalizados pela própria pessoa. Coloca-se, então, uma questão central: o que, de fato, constitui um ataque de raiva capaz de afetar diretamente as relações e o cotidiano?

Nesse ponto que a discussão sobre o termo *distressing*, presente na questão 27, voltada à interferência, torna-se reveladora das camadas de ambiguidade em jogo. “É algo mais próximo de *affliction*, uma certa angústia, mas não me parece muito linguagem cotidiana”, observa um cientista (Participante C5, 2024). O termo evoca uma carga emocional considerável, remetendo a um sofrimento que ultrapassa o incômodo. Para ele, *distress* refere-se a um desconforto com efeitos psíquicos, um mal-estar capaz de gerar ansiedade ou sensação de sobrecarga. Já para outro cientista, *distress* também poderia ser compreendido como estar “aborrecido” ou “incomodado” (Participante C7, 2024). No entanto, ele pondera que “incomodado” talvez seja um termo demasiadamente vago e de baixa intensidade para captar o grau de sofrimento que a pergunta pretende investigar.

Além disso, os cientistas chamam atenção para situações em que o episódio de raiva não é, inicialmente, acompanhado por sentimentos de sofrimento ou desconforto. No transtorno explosivo intermitente, por exemplo, a pessoa pode experimentar um ataque súbito e intenso, sem consciência plena do que está fazendo. “Ela fica cega e automaticamente destrói, ataca, não sei o quê. Geralmente, esses sentimentos vêm depois mesmo”, explica um cientista (Participante C1, 2024). Ou seja, a experiência subjetiva de *distress* pode não ocorrer durante o episódio, mas surgir posteriormente, quando a pessoa retoma a consciência do ocorrido, ou enfrenta suas consequências emocionais e sociais.

Dessa forma, ele concluía que o entendimento do sintoma de ataque de raiva deveria ser construído “a partir de um todo, não apenas no momento do episódio” (Participante C1, 2024). Isso incluía tanto os aspectos fenomênicos do surto de raiva quanto os sentidos atribuídos a ele antes e depois do acontecimento. Essa perspectiva mais abrangente evocava, em outro pesquisador, a hipótese de que a pergunta também poderia remeter ao quão incômodo ou sofrido fora o momento do ataque para a pessoa (Participante C10, 2024). No entanto, o grupo reconhecia que não estava claro se a formulação da pergunta buscava investigar o ataque em si, enquanto evento emocional disruptivo, ou apenas suas repercussões posteriores, como arrependimento, culpa ou mal-estar.

Um cientista observava: “No DSM, nas coisas, eles não perguntam se a raiva é incômoda. Eles perguntam pela consequência, né, para a gente ver o impacto clínico.” (Participante C5, 2024). Outro respondia prontamente: “Entendi, entendi. Porque às vezes não é nem incômoda, a pessoa fica cega. O que interessa é o impacto clínico.” (Participante C7, 2024). A troca evidenciava uma distinção importante entre a experiência subjetiva imediata e os critérios nosológicos que orientam a avaliação do transtorno: mais do que o incômodo durante o episódio, o foco clínico recaía sobre as consequências que este gerava na vida da pessoa.

Um integrante do grupo ampliava a reflexão ao destacar que, em muitos casos, o sofrimento era postergado: “não querem ter isso, ficam remoendo porque depois têm prejuízo no relacionamento, não conseguem nem sair na rua, qualquer coisa irrita” (Participante C7, 2024). A experiência de raiva, nesse sentido, poderia ter um caráter episódico e até mesmo “legítimo” quando ocorria, mas seus desdobramentos interferiam diretamente no cotidiano e na capacidade de funcionamento da pessoa.

Durante o episódio, no entanto, o que predominava era a sensação de ser tomado por algo incontrollável, como descrevia outro cientista: “é algo que vem tão rápido, uma avalanche que domina a pessoa. Ela está ali com raiva, xinga, faz, não sei o quê. Depois, ela pode sofrer ou não. Às vezes, pode até sentir que foi legítimo ter esse ataque” (Participante C2, 2024). A analogia com a compra compulsiva, proposta por um dos integrantes, reforçava a ideia de que o *distress* emergia posteriormente ao instante da ação, carregado de arrependimento ou de percepção de prejuízo: “Geralmente, a pessoa só sofre depois de comprar, mas às vezes, durante a compra, já se entregou. Ela está feliz, está poderosa” (Participante C3, 2024).

Esse deslocamento temporal do sofrimento, do momento do surto para o seu depois, sugeria uma concepção mais complexa de *distress*, entendido como uma elaboração que emerge da percepção de dano, da autorreflexão e, frequentemente, da reação social ao comportamento manifestado. Em tal entrelaçamento posterior, no impacto reconhecido, sentido ou socialmente devolvido, que se delineia uma via para a classificação patológica: a ponta do triângulo.

5.3.4 Linhas que se deslocam: entre classificações psiquiátricas e gramáticas periféricas do sofrimento

A história do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), até sua versão mais recente, a quinta edição, inscreve-se em um esforço contínuo de codificação e estabilização de categorias psicopatológicas (Shorter, 2013). Constitui um esforço contínuo de sistematizar a prática diagnóstica e viabilizar uma linguagem internacional padronizada, apta a sustentar tanto a testagem farmacológica quanto a identificação de padrões epidemiológicos em escala global (Sandín, 2013). Desde os primeiros modelos (DSM-I e DSM-II), a psiquiatria buscou delinear uma linha tênue entre o que seria considerado “normal” e “anormal”, especialmente em relação às descrições de emoções, variações de humor e quadros sintomáticos (Zabaleta, 2019). A distinção entre o cotidiano e o sintomático emergiu da tentativa de estabelecer, de forma descritiva e operacionalizável, quadros patológicos “limpos” e “claros”, o que resultou na criação de subdivisões diagnósticas que possibilitassem a realização de pesquisas baseadas em perfis sintomatológicos específicos.

Tal princípio se reproduzia no instrumento CIDI, no qual, para os cientistas, a tradução de cada questão exigia uma distinção clara entre nomeações comuns e aquelas que caracterizam anomalias. No entanto, à medida que a curva da normalidade se desloca em termos culturais e sociais, o instrumento de medição, assim como seus manuais classificatórios, categorias e critérios, precisa acompanhar essa variação. Essa relação, contudo, não se reduz à reatividade: o instrumento se ajusta às mudanças enquanto as produz e incita, realimentando o próprio regime de verdade que o sustenta. No interior dessa racionalidade, o diagnóstico diferencial e a classificação nosológica se transformam, se atualizam e se expandem a cada nova edição dos manuais diagnósticos, razão pela qual são mobilizados neste ponto da análise.

O DSM-I (APA, 1952) e o DSM-II (APA, 1968), concebidos entre as décadas de 1950 e 1960 sob influências britânicas e norte-americanas, representaram esforços de unificação entre distintas linguagens diagnósticas e racionalidades clínicas (Kendell et al., 1971; Shorter, 2013). A tradição britânica, ancorada em perspectivas fenomenológicas e psicodinâmicas, operava com categorias mais flexíveis e reconhecia a ambiguidade própria à sobreposição sintomatológica entre quadros clínicos. Em contraste, a psiquiatria norte-americana, moldada pelo contexto do pós-guerra e pela consolidação da medicina baseada em evidências, caminhava no sentido de uma normatização crescente e de uma psiquiatria cada vez mais alinhada ao modelo biomédico (Kendell et al., 1971; Shorter, 2013).

Publicado em 1952, o DSM-I tentou articular categorias psicodinâmicas, como "reação" e "neurose", com uma matriz médico-biológica ainda em consolidação (Kendell et al., 1971, 1975; Dunker et al., 2011). O DSM-II, lançado em 1968, deu continuidade a esse esforço conciliatório entre a maior maleabilidade clínica britânica e a tendência à padronização diagnóstica da psiquiatria norte-americana (Kendell et al., 1971, 1975). Ambos os manuais, contudo, foram alvo de críticas quanto à sua baixa validade e confiabilidade, o que impulsionou a virada tecnicista do DSM-III (APA, 1980), marco da ruptura com a tradição psicodinâmica europeia e da consolidação de um modelo classificatório baseado na objetividade e na evidência empírica (Kendell et al., 1971, 1975; Wilson, 1993).

Assim, o DSM-III inaugura uma relação com o processo de medicalização mais amplo, estabelecendo critérios uniformes para classificar pacientes com perfis sindrômicos semelhantes e possibilitar sua inclusão em ensaios clínicos

randomizados para a testagem de psicofármacos (Zabaleta, 2019a;2019b; Wilson, 1993; Caponi, 2012). Esse movimento se traduz na tentativa de discriminar, de forma cada vez mais específica, os diferentes tipos de sintomas psicopatológicos, como a separação entre psicose maníaco-depressiva e esquizofrenia, além da fragmentação das variantes da depressão, como psicótica, endógena ou reativa (Wilson, 1993; Strand, 2011)

A persistência da comorbidade, apesar das tentativas de reduzi-la a mero ruído diagnóstico em nome de uma sintomatologia mais objetivada, indica uma inflexão paradigmática (Zabaleta, 2019a; 2019b). A sobreposição de quadros clínicos, como a convivência entre sintomas de pânico e manifestações depressivas, inclusive evidenciada em dados epidemiológicos (Andrade, 1994) tensiona os sistemas classificatórios vigentes e contribui para novos desafios nos arranjos diagnósticos, moldados sob a hegemonia da psiquiatria americana (Wilson, 1993; Strand, 2011). Esse processo fomenta a evolução de técnicas terapêuticas para diferentes quadros sintomáticos, e, principalmente, o desenvolvimento de fármacos de maior especificidade, evidenciando a crescente complexificação das taxonomias psicopatológicas no interior da medicina contemporânea (Caponi, 2009;2010; De Aguiar, 2016).

Essa dinâmica ilustra a plasticidade da psiquiatria, que, em sua busca por precisão diagnóstica, também revela sua íntima relação com os dispositivos de medicalização (Zabaleta, 2019; Caponi, 2009). Essa engrenagem farmacológica reorganizam o sofrimento mental segundo novas gramáticas nosológicas, refletindo uma reconfiguração contínua dos parâmetros e fronteiras que delimitam o que é considerado patológico conforme as mudanças nas tecnologias clínicas e terapêuticas (Rose, 2019; Carvalho et al, 2020; Canguilhem, 2002).

Esses processos mais amplos, a complexificação diagnóstica, a plasticidade da psiquiatria, a expansão de seus dispositivos de intervenção, tornam-se concretos justamente nas discussões que acompanhei na sala de reuniões. Ali, a controvérsia em torno de *low mood* e sua proximidade com *depression* trazia à superfície a profunda imbricação entre o cotidiano e o psicopatológico, desafiando a própria possibilidade de uma delimitação rigorosa entre esses domínios e expondo a crescente porosidade das fronteiras diagnósticas. Como provocou um dos cientistas: “O que fazer quando a palavra cotidiana e comum é equivalente ao patológico?” (Participante C10, 2024).

Nesse instante, a fronteira entre o normal e o patológico começa a se dissolver. Contudo, há mais nessa relação que se desdobra entre o comum e o patológico: como no rito cristão em que o mundano se torna sagrado e “termos já consagrados como psicopatológicos” (Participante C2, 2024) passam por um processo semelhante de suposta consagração discursiva. Nesse rito de liturgia própria, o diagnóstico para além de nomear o desvio da norma, consagra o próprio habitual.

E, nessa performance, o psiquiatra, como sacerdote, torna-se aquele que, por meio de sua autoridade técnica, assume o papel de ‘santificar’ e ‘controlar’ a vida, estabelecendo as fronteiras entre o que é aceito e o que deve ser corrigido (Foucault, 2006 [1973-1974]; Holmes, 2002). Essa ambiguidade, em que o normal se consagra como patológico, leva ao que um dos pesquisadores denominou como um problema metodológico de “falso positivo”. No entanto, esse conceito foi posteriormente reavaliado, pois o foco passou a ser garantir uma sensibilidade ampla, ou seja, incluir todos os casos possíveis.

Tal inflexão ecoa um dos dilemas centrais da sociedade psiquiátrica contemporânea: quando as fronteiras entre o ordinário e o patológico se tornam difusas, o indivíduo passa a interpretar experiências emocionais cotidianas como possíveis estados clínicos. Interpelado pelo instrumento CIDI 5.0, pode então responder afirmativamente a itens específicos do quadro psicopatológico. Nesse sentido, a preocupação metodológica articula-se à ampliação deliberada da detecção de qualquer sinal de sofrimento psicológico, em um movimento que, para Foucault (2006 [1973-1974]), constitui precisamente um dos efeitos desejados pela psiquiatria moderna. O objetivo desloca-se da verificação da veracidade das afirmações subjetivas para a produção de uma confissão ancorada no “termo consagrado” da doença, reafirmando a psiquiatria como instância legítima de validação (Holmes, 2002).

Essa lógica de produção da verdade, que poderíamos chamar, com certa ironia foucaultiana, de um “tecnofeudalismo clínico”, reaparecia de modo particularmente revelador nas narrativas das moradoras da favela da zona leste de São Paulo com quem tive contato, durante as rodas de conversa de saúde mental, na horta comunitária do território. Nelas, o julgamento psiquiátrico se inscrevia em uma propriedade transcendente, na qual medicina e divindade, ciência e sagrado coexistiam em disputa pela legitimidade do sofrimento. Em jogo, mais do que a cura,

estava o regime a partir do qual o sofrimento se tornava reconhecível, dizível e tratável.

“Não, nunca cheguei a tomar remédio, graças a Deus”, repetia a moradora C. ao relatar ao grupo um acompanhamento psicológico e psiquiátrico realizado ainda na juventude, por iniciativa dos pais, acrescentando que, posteriormente, seu envolvimento com a igreja deu conta de suas questões. Retomo aqui essa expressão: o “graças a Deus” como um possível sentido inscrito em uma narrativa mais ampla, intrinsecamente vinculada à religião, ultrapassando sua condição de simples marcador religioso ou expressão popular. Articulado ao abandono do tratamento medicamentoso e à centralidade atribuída à igreja em sua história, seu uso auto perceptivo sugere um enquadramento retrospectivo da experiência, no qual o sofrimento é reinscrito em um regime de cura que desloca a autoridade da técnica médica.

A melhora é atribuída à adesão à igreja, à conversão do corpo e do afeto a outro circuito de cuidado, no qual o sofrimento encontra resolução sem se fixar como doença. Nesse regime, a não medicalização funciona como índice de uma cura bem-sucedida, autorizada por uma instância que escapa à psiquiatria. Sem pretender fixar um único sentido para a expressão, seu uso aponta para uma forma de legitimação da experiência na qual a igreja, como um dispositivo alternativo de validação, é capaz de absorver o sofrimento sem traduzi-lo imediatamente em patologia.

Em contraste, outra interlocutora formula a relação entre sofrimento, diagnóstico e fármaco a partir de um regime distinto de legitimação, no qual a medicina aparece não como antagonista da fé, mas como seu prolongamento autorizado:

[...] Aí eu tive que tomar... Por que Deus deixou o quê? A medicina. *Pra* gente cuidar também. Deus é maravilhoso. Mas Deus deu a sabedoria *pra* medicina. *Pra* medicina passar um remedinho *pra* gente tomar.” (Participante B., 2024).

Aqui, a medicação não rompia com o sagrado; ao contrário, ela o atualizava. O fármaco emergia como instrumento divinamente concedido, e a ação terapêutica se legitimava justamente por sua inscrição numa cadeia que articulava Deus, ciência e cuidado. Se, no primeiro caso, a cura se provava pela ausência do remédio, neste ela se confirmava por sua necessidade. Esses dois relatos não configuravam posições opostas, mas revelavam a coexistência de regimes distintos de verificação do sofrimento, nos quais a fé suspende a necessidade do diagnóstico,

enquanto o diagnóstico, em outro registro, se torna condição para a eficácia do cuidado.

Entre a cura sem fármaco e a cura medicada, o sofrimento circulava, deslocava-se e se reinscrevia, ora escapando à captura psiquiátrica, ora sendo plenamente absorvido por ela. Nesse espaço de oscilação, entre o “graças a Deus” que dispensa o remédio e o “graças a Deus” que o autoriza, emerge a função pastoral da psiquiatria contemporânea, simultaneamente técnica de tratamento e instância produtora de crença, adesão e verdade.

O médico, como a moradora B. pontua, passa a ocupar o lugar antes reservado ao sacerdote: mediador entre o invisível e o normativo, entre o sofrimento e sua promessa de redenção. Nesse deslizamento ontológico, o fármaco substitui o sacramento e a consulta ocupa o lugar da confissão, um regime no qual o poder de curar coincide com o poder de nomear. Como mostra Cortês (2012), a psiquiatria, ao infiltrar-se nas dimensões morais e espirituais do sofrimento, produz uma zona de fricção na qual o sagrado e o psicotrópico se metabolizam mutuamente, mais do que uma resistência propriamente dita. Nesse terreno de convergência entre fé, técnica e sofrimento, a psiquiatria neoliberal reafirma sua função pastoral, ao produzir diagnósticos e, simultaneamente, modos de crer e de existir (Cortês, 2012).

Não introduzo essas narrativas para contrapô-las à etnografia das reuniões de tradução, tampouco para situá-las como exterioridade à psiquiatria. Trago-as porque permitem entrever algumas das arestas da estabilidade ontológica produzida pelo tecnofeudalismo clínico descrito até aqui. Como um preâmbulo, elas sugerem que os processos de nomeação, legitimação e cuidado do sofrimento não se organizam apenas pela autoridade diagnóstica, mas permanecem atravessados por modos heterogêneos de produzir verdade, incluindo a relação entre medicina e territórios periféricos, que excede a ideia de expertise técnica.

É a partir dessas arestas que pretendo avançar. Se, até aqui, acompanhei os modos pelos quais a psiquiatria estabiliza experiências em categorias, interessa-me agora voltar aos pontos flutuantes que atravessam a tradução do CIDI 5.0, observando os momentos em que essas estabilizações vacilam sob as fricções que a negritude⁵ (Ferreira da Silva, 2019) permite pensar. Acompanho essas zonas de

⁵ Em Denise Ferreira da Silva, “negritude” integra uma crítica aos fundamentos ontológicos da racialidade moderna, na qual a identidade deixa de operar como princípio organizador do social, o

indeterminação para explorar aquilo que excede as formas pelas quais a psiquiatria busca classificar, conhecer e governar o sofrimento. Afinal, depressão significa a mesma coisa em paisagens distintas?

5.3.4.1 *Psiquiatria em viração.*

A distância entre palavras como *low mood* e *depression*, assim como a instabilidade em torno de *hyper*, não é apenas terminológica: ela revela o intervalo onde se fabrica, continuamente, a fronteira entre o ordinário e o patológico. O que antes podia ser percebido como oscilação ou temperamento passa a ser capturado como sinal, sintoma, ou, nas palavras dos especialistas, como “estado pré-clínico”, uma forma de ‘quase-doença’, o instante anterior à queda, o limiar em que o corpo se encontra “à flor da pele”, “à beira de um ataque de nervos”.

Esse entre — o quase, o limítrofe — é também o espaço de invenção da medida; onde se delineiam os contornos do que passa a ser reconhecido como sofrimento legítimo, e onde a linguagem médica busca apreender aquilo que, por definição, escapa. Uma das moradoras presentes no grupo na horta comunitária, ao descrever esse estado, dizia: “Minha cabeça está a mil por hora” (Participante D). A expressão condensa, em uma única imagem, aceleração, excesso e perda de controle; no campo clínico, contudo, ela é capturada por termos como *hyper* ou *agitated mood*, numa tentativa de estabilizar aquilo que, na própria fala da moradora, se manifesta como fluxo e intensidade.

Do outro lado dessa linha móvel situam-se os chamados estados “pós-clínicos”: *distress*, ataques de raiva e outras categorias que funcionam como extensões da psicopatologia, abrindo um campo intermediário entre o diagnóstico e o cotidiano. Em suas múltiplas traduções, *distress* atua como marcador de gravidade, um operador conceitual que medeia a passagem entre regimes de sofrimento, identificando o ponto em que o incômodo ordinário se converte em dano tangível, e o desconforto passa a ser nomeado como desordem.

A travessia dessa fronteira, da normalidade à doença, é enunciada de forma exemplar por uma participante das conversas na horta sobre saúde mental: “Então eu acho que a gente tem que cuidar, quando eu começo com essa ansiedade

que distingue sua tradução de *blackness* de “negritude”. Sobre a escolha do termo, ver Ferreira da Silva, *A Dívida Impagável* (2019).

muito forte em mim, eu tenho medo de que ela **vire** depressão” (Participante J., grifo meu). O “virar”, aqui, não indica apenas a transformação de um estado emocional; é o movimento que a psiquiatria busca conter e do qual, simultaneamente, se alimenta. Nesse ponto, a intensidade do cotidiano é traduzida em sintoma, e a linguagem clínica captura a passagem, fixando-lhe direção, consequência e destino.

Mas esse verbo carrega outras camadas quando visto à luz da etnografia experimental de Vera Telles (2007). Nos territórios periféricos, “virar” remete, para a autora, à “arte do contornamento,” às habilidades que emergem no entrechoque das urgências, às estratégias de invenção prática e à capacidade de fazer a vida andar apesar dos entraves estruturais (Telles, 2007; Telles, 2010; Telles & Hirata, 2010). Entre “virar depressão”, “virar o mês”, e o jogo de cintura da “viração”, abre-se uma outra rede semiótica e moral sobre o que significa estar ansioso ou depressivo, rede que se inscreve na economia política do cotidiano periférico (Telles, 2006; 2015).

Visto sob esse ângulo vertiginoso, o “virar” da moradora J. desestabiliza a lógica psiquiátrica que pretende capturar a transformação como sintoma. Este verbo revela que o sofrimento circula simultaneamente em dois regimes de significação: um, clínico, que busca estabilizar o risco em categoria; outro, territorial, que compreende a transformação como parte de uma coreografia de ajustes finos, improvisos e manobras diante das urgências da vida (Telles, 2007). Aquilo que a psiquiatria tenta fixar como patologia aparece, na periferia, como forma de temporalidade contingente, sempre em deriva, sempre sujeita a virar outra coisa.

Tal entrecruzamento, entre a “ansiedade que vira depressão” e o cotidiano que “vira” para sobreviver, onde uma gramática diagnóstica encontra uma gramática de sobrevivência, que o sofrimento se torna inteligível como campo de disputa. O verbo “virar” expõe, simultaneamente, a plasticidade da vida e o esforço da psiquiatria em estabilizá-la sob categorias de risco, categorias que ignoram precisamente a instabilidade constitutiva da vida nos territórios periféricos (Telles, 2010; 2015).

Essa experiência de deslocamento contínuo, sem ponto claro de ruptura, reaparece na fala de outra moradora durante a roda de conversa, que descreve:

[...] Você começa com um pensamento, aí ele te leva a outros, e mais outros, até que você fica deprimido, ansioso, tudo junto. Aí, quando percebe, já se passaram semanas, dias, meses...” (Participante S., 2024).

A cena enunciada por ela descreve um deslizamento contínuo, quase imperceptível, entre estados de ânimo e formas de sofrimento, mais do que um

simples acúmulo de pensamentos. Consiste em uma temporalidade sem cortes nítidos, em que a experiência vai “virando outra coisa” no ritmo do cotidiano. A continuidade entre o normal e o patológico emerge, assim, menos como ruptura e mais como um gradiente de intensidades, um campo de variação que torna tênue qualquer fronteira entre bem-estar e adoecimento.

Do ponto de vista psiquiátrico, esse deslizamento é frequentemente traduzido como persistência, um dos critérios fundamentais mobilizados para estabilizar o sofrimento em uma entidade diagnóstica. A duração, o *chronos*, converte-se, então, em princípio classificatório: aquilo que permanece no tempo adquire estatuto de patologia. A temporalidade confere ao sofrimento consistência ontológica, transforma-o em doença e o torna algo “da ordem do crônico”. Observada etnograficamente, essa temporalidade excede a medida e se configura como modo de vida, um deslizamento contínuo, quase imperceptível, entre estados de ânimo e formas de sofrimento, em que a cena enunciada não se apresenta como acúmulo de pensamentos, mas como variação lenta e persistente de intensidade.

No cotidiano da favela, a duração é continuamente modulada por fluxos de urgências, interrupções, improvisações e retomadas, uma temporalidade marcada pelo “ir e vir”, pelo encadeamento de eventos que exigem readequações constantes. Não se trata apenas de sofrer ao longo do tempo cronológico, mas de fazer o tempo trabalhar sob as pressões da sobrevivência. Nesse sentido que, estendendo a formulação de Vera Telles (2007, 2010, 2015), convoco a noção de temporalidades da “viração”, nas quais continuidade e interrupção coexistem no mesmo ato.

Sob essa chave, o que a psiquiatria lê como persistência, indicador de cronicidade, pode ser entendido, no território, como apenas mais uma dobra da vida que segue, apesar de tudo. O relato da participante S. torna visível que o sofrimento circula entre diferentes ontologias do tempo: uma, clínica, empenhada em estabilizar a duração como sintoma; outra, vivida, na qual a continuidade se produz por acúmulos contingentes, ritmos irregulares e exigências que excedem qualquer esquema classificatório.

Abre-se, assim, um campo de forças no qual linguagem cotidiana e discurso clínico entram em relação de contaminação mútua, produzindo conjuntamente o próprio regime de verdade sobre o que significa “sentir demais e com persistência”. Ao insistir na linearidade do tempo e na mensurabilidade da dor, a psiquiatria encontra, na experiência ordinária, tanto suas brechas quanto suas

ressonâncias: os modos locais de nomear o sofrimento também constroem gradações, fronteiras móveis e temporalidades próprias, ainda que por outros critérios.

Na favela, as moradoras participantes da roda de conversa descrevem a depressão como uma presença ativa, quase animada, que age, ronda e captura. Ela aparece como um bicho: feroz, atento, em voo, algo próximo ao carcará do sertão cantado por Maria Bethânia: um animal que “pega, mata e come” (Vale; Cândido, 1965). Essa experiência se configura como uma força que se aproxima, espreita e invade, em vez de um estado interior silencioso:

[...] *Pra poder escapar, assim, **das garras** da depressão, porque a depressão é **feroz e ela é rápida**, mano. E ela é **safada**, velho, te pega **devagarinho**. Quando você já tá meio... quando eu **tô**, né — na realidade, só de mim que eu **tô** falando — quando eu já **tô** mais melancólica, cansada, aí eu consigo sentir de verdade, mano. (Participante G., 2024, grifo meu).*

Essa forma de dizer desloca a lógica causal da clínica psiquiátrica, que tende a associar sintomas e tempo de duração a uma conceituação universal dos processos de saúde–doença (Kendell, 1975; Sampaio, 1998), abrindo-se a outras ontologias que emergem justamente na relação, no encontro, na situação (Canguilhem, 2002). Nessa chave, a depressão se configura como algo que se “pega”: um bicho que sobrevoa, um agente que se insinua e age sobre o corpo, à maneira de uma bactéria que pede passagem ou de um antígeno que interpela o organismo a responder.

Ela deixa de ser apenas uma condição que se manifesta desde dentro, no eixo corpo–cérebro–hormônio, para tornar-se uma força relacional, situada, que captura e é capturada nas tramas da vida cotidiana. Esse deslocamento ontológico, ao transformar o modo como a depressão é figurada, reorganiza também os critérios pelos quais se distingue o que é ou não “depressão”, tornando mais porosas e instáveis as fronteiras diagnósticas.

Essa instabilidade que emerge nas falas das moradoras da favela durante as discussões sobre saúde mental, quando articulam diferenças finas entre estados “não depressivos”, “pré-sintomáticos” e aquilo que reconhecem como depressão propriamente dita, configura-se como um ato classificatório que, ainda que por outros caminhos, ecoa o esforço clínico de discriminar variações de humor na borda do sofrimento cotidiano. Como sintetiza uma participante: “Que depressão, como você falou, é um caso que fica. E não depressão, é uma tristeza que **vai e vem**.” (Participante E., 2024).

A distinção entre estresse, tristeza e depressão torna-se, assim, um trabalho de tradução cotidiana. Um fazer que ressoa com o raciocínio psiquiátrico, mas que sustenta outra gramática da experiência, fundada menos na duração mensurável do sintoma e mais na continuidade, ou não, da vida ordinária. É o que aparece com nitidez na fala de outra moradora:

[...] Você continua vivendo um ciclo normal. Aí não é depressão. É uma tristeza normal do dia a dia. Sim. O estresse é de uma coisa que você vai fazer, mas não deu certo, não deu certo! Aí não é depressão. (Moradora B., 2024).

Essas distinções articulam uma economia própria do sofrimento (Das, 2006), concebida como um regime moral e relacional de circulação da dor no cotidiano, que não se organiza segundo uma lógica de cálculo ou mensuração. Manifesta-se como uma economia em que o critério de gravidade é simultaneamente temporal e performativo: a depressão é aquilo que “atravessa” o cotidiano, irrompe na vida ordinária e altera suas condições de possibilidade, afetando o sono, o apetite, o trabalho, os sonhos, as relações e o próprio campo do viver (Das, 2006).

Nessa sobreposição de regimes de inteligibilidade, o saber local não se opõe ao psiquiátrico, mas o dobra. Ambos reconhecem que a depressão implica uma alteração da qualidade de vida, mas divergem quanto ao modo de compreender essa alteração. Para a psiquiatria, revela-se como a persistência e da intensidade mensurável do sofrimento ao longo do tempo; para as moradoras, a depressão é uma força que invade, um agente que age sobre o corpo e o estado de espírito: algo que “pega”, que “fica” ou que “vai e vem”.

Em algumas falas das participantes, ela se materializa quase como uma substância que se manifesta e circula: “É líquida, ela mostra na hora, não tem como esconder... Eu não tenho como esconder de você que eu tô de depressão.” (Participante B., 2024). Essa imagem da depressão com uma fixidez-fluidez que “pega, escorre ou vaza” desloca a ênfase da interioridade para a materialidade relacional do sofrimento: o corpo deixa de ser o recipiente da doença e passa a ser o meio por onde ela circula, tornando-se visível, sensível e performativa. A depressão emerge como um modo de estar no mundo em que a vitalidade se altera, o tempo se dissolve e o espaço se esvai.

Nesse ponto, a tradução entre linguagens não se limita ao nível semiótico da palavra ou do léxico do idioma, nem à escolha terminológica representativa, e se

realiza como uma tradução ontológica que implica a paisagem inteira que sustenta o sentido: o território, as vielas, os rios subterrâneos, as formas de vida e de relação que enraízam essa palavra e a fazem mover-se conforme seus usos e conforme quem a enuncia.

Tange a uma transformação que não se restringe ao nome da experiência, incidindo sobre a própria substância do que se entende por sofrimento, corpo e tempo (Canguilhem, 2002). Nesse registro, a depressão deixa de ser apenas um diagnóstico que se formula e passa a ser um acontecimento corporal: matéria viva metabolizando o corpo, uma força que reorganiza o modo de estar no mundo e que atravessa as fronteiras entre o fisiológico, o moral e o espiritual (Kleinman, 1977;1988; Das, 2006). Essa mudança ultrapassa a classificação e incide sobre o próprio regime ontológico no qual a experiência se inscreve.

Como expressa a moradora B.:

[...] Porque o corpo, é no corpo. A depressão **bate** completamente tua mente, o teu jeito, tem gente que nem quer tomar banho. [...] Tinha uma irmã minha que nem tomava banho, ela não queria tomar banho, sabe? (Moradora B., 2024, grifo meu).

Essas descrições tocam o princípio psicopatológico da incapacitação, a afetação da vida cotidiana, a dificuldade em manter o cuidado de si, o deslizamento entre o possível e o impossível, mas o fazem por outra via. Embora a depressão, até então, apareça como algo que vem de fora e atinge o corpo, a definição de corpo que emerge dessas falas desloca-o de um simples lugar de manifestação do sintoma para o terreno em que o mundo se dissolve. Não há, portanto, uma exterioridade nítida entre corpo e meio, corpo e território; ambos se contorcem na mesma materialidade do sofrimento, compondo aquilo que Das (2015) descreve como a “intimidade da aflição”, na qual o mundo se incrusta no corpo e o corpo se dobra ao mundo.

Como aprofunda a moradora G.:

[...] Eu acho que não é só tristeza, depressão. Não é puramente tristeza. Não é achismo e não é frescura. Depressão é uma doença e a depressão incapacita. E a depressão é basicamente assim, **parece que é outra pessoa dentro da sua cabeça que te dá vários socos**, fala muito mal de você, fala quando você é incapaz de estar em um lugar, de falar alguma coisa, de fazer amizades. A depressão é muito mais do que tristeza, é uma coisa da alma, é uma vontade de não existir, de morrer, de deletar, de sumir, de ficar mal no buraco, de se jogar no buraco, mano (Moradora G., 2024).

A noção de “incapacitar” aqui, embora corresponda em um primeiro momento aos princípios psicopatológicos do estado “pós sintomático”, se desdobra:

não remete apenas à impossibilidade de agir, mas à perda de coerência entre o corpo e o lugar que ele habita, como se a articulação entre sujeito e ambiente se desencaixasse. Produz-se, assim, uma espécie de desencontro ontológico, no qual corpo e mundo deixam de estar em sintonia. Existe, ao mesmo tempo, uma aproximação com a linguagem clínica da depressão como “doença” e um deslocamento profundo: nesse registro, doença se afasta da categoria classificatória e afirma-se como força, entidade e presença viva, uma alteridade que habita, fala e bate.

Como continua a participante G., detalhando esse desencaixe entre corpo, espaço e socialidade:

[...] Sei lá, você vai entrar em um elevador e fica ansioso, pisa em algum lugar e fica ansioso, ou está no meio de um monte de gente e fica ansioso. Eu acho que é quando você começa a perceber que isso tá afetando a sua qualidade de vida. (Participante G., 2024).

Essas falas ecoam o princípio de afetação do cotidiano central à psicopatologia contemporânea (Good, 1994; Jasper, 1997), mas o fazem a partir de outra gramática. O que se deteriora é a “qualidade de vida” como categoria clínica e, sobretudo, a própria consistência ontológica do estar-no-mundo. A afetação deixa de ser impacto funcional, algo passível de ser identificado retrospectivamente nas entrevistas diagnósticas como “sim, eu vivi isso”, e torna-se um desarranjo complexo entre corpo, tempo e espaço, uma intensificação que corrói o ritmo do viver. A tentativa de traduzir essa experiência, como se observa nos esforços da psiquiatria e da epidemiologia, excede os enquadramentos disponíveis e busca apreender dimensões mais amplas do que eles conseguem captar.

O corpo sofre, mas também se sofre com outro corpo: um corpo já tornado estranho a si, fragmentado e atravessado por uma presença alterea. Essa presença, que “bate”, “fala” e “incapacita”, manifesta-se como uma força parasitária que reorganiza o metabolismo da existência, mais do que como um estado interno. Comer, respirar, banhar-se, olhar-se deixam de ser movimentos automáticos do cotidiano e passam a ser modulados por um ritmo alheio ao ordinário, imposto por essa alteridade que se instala no corpo.

A participante G. descreve a experiência da depressão como uma transformação sensível do mundo vivido:

[...]Quando **vem**, é muito louco isso, é da mente mesmo. Eu consigo perceber pensamentos muito negativos, autodestrutivos [...]. **Suja, é uma morbidez**,

cara, é um apagamento. Tudo é muito sujo... O que era **colorido** não é mais colorido (Participante G., 2024, grifo meu).

A materialidade do sofrimento, expressa em imagens de sujeira, apagamento e perda da cor, revela-se como forma de inteligibilidade da experiência. Uma percepção em que o mundo perde espessura, brilho e continuidade, produzindo uma espécie de desrealização cotidiana, na qual o eu e o ambiente deixam de se sustentar mutuamente. O sofrimento ultrapassa a localização “dentro” do sujeito e se espalha na textura mesma da vida ordinária.

Nesse mesmo fluxo que a questão da tradução diagnóstica ganha densidade. No CIDI 5.0, como discutido anteriormente, a formulação “*not enjoy your relationships*” opera como marcador de um estado pré-depressivo, funcionando como um indício clínico relevante na economia diagnóstica do instrumento. Contudo, quando colocada em relação com a experiência encarnada, torna-se evidente que a tradução não se esgota na equivalência semântica da pergunta: ela implica modos de existir, regimes de presença e formas de relação que excedem, e, por vezes, desestabilizam, a própria lógica classificatória implicada no “*not enjoy*”.

Como sintetiza de modo preciso a moradora C.:

[...] Eu **peguei** como uma depressão porque acho que depressão é muito relacionada, assim, da minha perspectiva, como se fosse, tipo, um sentimento de que não é só sentir tristeza. É mais a sensação de que você está rodeado de pessoas e, ao mesmo tempo, você não tem ninguém. (Participante C., 2024, grifo meu).

Aquilo que o instrumento nomeia como anedonia, e que, no encadeamento lógico do CIDI 5.0, tenderia a produzir um marcador positivo na seção de depressão persistente, aparece, na experiência cotidiana, formulado de outro modo. Refere-se ao “não desfrutar” das relações e, sobretudo, a um desalinhamento entre presença social e experiência afetiva, em que estar-com não garante sentir-se-com. Esse desencaixe produz um tipo de positividade diagnóstica ambígua: a resposta satisfaz o critério do instrumento, mas o sentido do sofrimento excede a categoria que o captura.

Nesse registro, a depressão se manifesta como diminuição funcional ou perda de interesse e, ao mesmo tempo, como uma força que age de fora, que se aproxima, captura e rouba presença. O corpo adoece como se fosse habitado por algo outro, uma presença estranha que se interpõe entre a pessoa e o mundo. O sofrimento

emerge justamente nessa fratura: a vida social segue, o corpo circula, fala e comparece, mas a experiência de estar ali se esvazia.

Os vínculos permanecem, porém, perdem aderência, densidade e capacidade de sustentar o viver, como se a depressão se intercalasse entre o corpo e o cotidiano, sequestrando sua vitalidade (Das, 2006; Telles, 2015). No intervalo, entre o corpo que continua presente e a presença que foi subtraída, onde se instala a questão central da tradução psicopatológica. O sofrimento não se limita a algo a ser nomeado por categorias diagnósticas, mas traduz e simultaneamente desorganiza os regimes ontológicos em jogo, tornando visível o descompasso entre a gramática clínica e as formas locais de figurar o padecimento.

5.3.5 O mesmo nome para outras coisas: equívocos na tradução psicopatológica.

O percurso traçado neste capítulo buscou, por meio de uma atenção minuciosa aos mapas que se desenham nas cenas de tradução entre *experts*: cientistas e moradoras da favela, explicitar o que denomino uma ‘proximidade paradoxal’ entre, de um lado, os regimes escorregadios dos diagnósticos psi globais, que atravessam toda a arquitetura formal e quase bíblica dos DSMs (APA, 2013), e, de outro, as gramáticas locais e periféricas do sofrimento, historicamente capturadas pela psiquiatria transcultural sob categorias como *idioms of distress* (Nichter, 1981; Nichter, 2010), *folk concepts of illness* (Kleinman, 1986) ou *culture-bound syndromes* (Hughes, 1985), frequentemente relegadas à condição de apêndice nos capítulos de *cultural formulation* do manual (Lewis-Fernandes, 1996; et al, 2013).

Essa proximidade contraria a equivalência e a continuidade harmoniosa, configurando antes uma forma de “contiguidade equívoca” (De Castro, 2004): uma situação em que se imagina estar falando das mesmas entidades porque se pronunciam as mesmas palavras. Ansiedade, depressão, estresse, angústia, termos que, à primeira vista, parecem universais e imediatamente reconhecíveis em qualquer experiência humana, revelam, no movimento da tradução, mundos que apenas se tangenciam, sem jamais se sobrepor plenamente. Como apontam Kleinman e Good (1985), o compartilhamento lexical não produz necessariamente compartilhamento fenomenológico nem equivalência moral ou pragmática da experiência.

O que está em jogo, portanto, vai além de averiguar se as respostas afirmativas das moradoras correspondem aos sintomas previstos pelo instrumento

psicométrico, envolvendo também a questão de saber se as experiências que dão origem a essas respostas podem, de fato, ser reunidas sob o mesmo nome sem violentar suas ontologias, temporalidades e densidades afetivas. Como escreve Artaud, “toda verdade se perde ao realizar a fusão inextrincável e única entre o abstrato e o concreto” (Artaud, 1974, p. 94). Desse modo, deixa-se entrever a propriedade imanentemente violenta da tradução psicopatológica: não como falha contingente ou erro técnico, mas como efeito estrutural de um movimento que, ao pretender nomear o mesmo, produz inevitavelmente formas paradoxais sob um mesmo nome.

Em Canguilhem (2002), podemos recorrer à distinção entre o normal e o patológico para compreender esse desajuste semiótico-ético-político que se instala no plano das palavras, especialmente a partir de sua concepção de normatividade vital. Para o autor, o organismo não é mensurado por normas externas; ele próprio é produtor de normas. O “normal” se define pela capacidade de um corpo de instaurar novas maneiras de existir quando algo se transforma em sua constituição, e não por um padrão estatístico. É essa normatividade vital que permite pensar a anomalia como alteração, uma modificação que inaugura outras normas de regulação da vida (Safatle, 2011; 2015).

Quando essa formulação é transposta para o campo da saúde mental, emerge um problema de tradução. A anomalia tende a ser convertida, de modo deliberado, em doença na linguagem clínica e epidemiológica, obliterando a dimensão criativa da alteração vital. O que, na experiência, pode se apresentar como variação de intensidade, de temporalidade ou de modo de estar no mundo, uma alteração, uma “viração”, é frequentemente estabilizado como patologia. Essa operação tradutória violenta a experiência ao suprimir sua potência normativa: a capacidade de responder ao desajuste criando outras orientações possíveis de vida.

O instrumento epidemiológico, ao buscar fixar essa fronteira por meio de critérios temporais e quantitativos, desloca a captura da experiência vivida para aquilo que Hacking (1990) chama de estilo de pensamento capaz de produzir seus próprios objetos e recortes do real. Assim, o que aparece como “sintoma” no questionário psicométrico pode ser menos um indício de déficit intrínseco do que um marcador de intensidade, de variação ou de reexistência: uma forma de calibrar, ainda que provisoriamente, a relação entre corpo, ambiente e campo de ação possível, uma norma em movimento.

Traduzir as experiências das moradoras da favela para o vocabulário psicopatológico implica, portanto, uma redução inevitável, quase estrutural. Termos que, para elas, carregam ritmos, texturas, gradações e modos de resistência, expressões como “pega”, “fica”, “vai e vem”, “escorre”, “atravessa”, são reconduzidos a categorias clínicas que buscam estabilizar aquilo que, na vida cotidiana, se apresenta como fluxo vital, como variação, como um jogo contínuo entre força e fragilidade. Nesse processo, perde-se algo fundamental: a vitalidade imanente do sofrimento, suas modulações afetivas, suas alianças com o território, com o trabalho, com os vínculos e com o tempo vivido.

Do mesmo modo, conceber a depressão como algo que “pega”, que age sobre o corpo, que se infiltra nos poros e reorganiza ritmos sociais e biológicos constitui uma forma situada de compreender a afetação, uma compreensão que escapa à linguagem clínica e insiste na vida, mesmo quando o instrumento tenta nomear, medir e classificar. Caracteriza-se por um corpo que se torna, momentaneamente, estranho a si mesmo, atravessado por presenças, forças e exigências que sinalizam uma alteração vital, ao mesmo tempo individual e coletiva, e que escapam à linearidade causal própria da psicopatologia.

A experiência do sofrimento, vista de perto, não se apresenta como um dado a ser codificado; afirma-se como uma entidade viva, em permanente negociação, que interage com a pesquisadora, com o instrumento, com vizinhos e com o mundo ao redor. Ele tem presença, ritmo e potência; agencia, resiste, dobra-se e se reconfigura. A tarefa diagnóstica, quando deslocada para esse campo, já não pode se limitar à tradução de experiências em sintomas, sob pena de esmagar aquilo que não se deixa capturar. Como sugere Telles (2010), o cotidiano periférico é tecido por economias morais e práticas que reordenam o sentido dos acontecimentos, produzindo inteligibilidades próprias.

Assim, o que emerge dessa aproximação não é uma oposição simples entre saber científico e saber local, mas um campo de fricção produtiva (Strathern, 2004), no qual diferentes regimes de verdade sobre o sofrimento coexistem e se atritam. A epidemiologia psiquiátrica opera pela busca de estabilização de nomes, critérios e definições; a vida cotidiana, ao contrário, insiste na variação, na oscilação e na plasticidade dos estados afetivos, produzindo taxonomias provisórias, limiares móveis e distinções situadas, que raramente se deixam capturar por uma semântica unívoca (Das, 2006).

Tal entrelaçamento complexo, tenso e atravessado por equívocos férteis (De Castro, 2004) que se desenha a cena diagnóstica psi contemporânea: um espaço no qual cuidado, resistência e agência continuam a pulsar, mesmo quando as categorias tentam fixar aquilo que, por sua própria natureza, permanece em constante movimento. Consiste, assim, em desestabilizar a palavra diagnóstica de seu plano universal e substantivo de “transtorno”, ampliando o lugar que ela ocupa até que possa, como diria Artaud (1984), “assumir seu poder de **transtornar e de encantar**, tornando-se uma contínua excitação para o espírito” (p. 95, grifo meu).

Esse cenário aponta para a necessidade de repensar as práticas de tradução e adaptação cultural de inquéritos, entrevistas e instrumentos psiquiátricos, processos amplamente disseminados pelas diretrizes da OMS e pelo campo da *Global Mental Health* (Kirmayer & Pedersen, 2014; Summerfield, 2012). Ao priorizarem a busca por equivalências estritas e pela suposta “universalidade” das categorias, tais abordagens tendem a obscurecer justamente aquilo que a impossibilidade de exatidão torna evidente: que nomes iguais jamais garantem mundos equivalentes e que a pretensão de correspondência captura modos de vida que se acoplam a uma política invisível desses números psiquiátricos (Rabelo, Alves & Souza, 2018).

5.4 PENSAR COM CORPOS

E de todos os rumos pensei,
como quem vê a prumo,
um só núcleo pulsando, claro-escuro.
(Hilda Hilst)

Não importa mais aqui distinguir categorias objetivas de subjetivas. Como nos lembra Deleuze (1985), a tarefa é uni-las; devolvendo o número, a imagem, a palavra, e tudo que pode ser extraído da combinação entre eles, ao corpo que as atravessa. Cada cifra, cada sombra de sentido, cada gesto, retorna à carne, ao ritmo que só ela compreende. O corpo em cena, condensa em três movimentos, tempo, vínculo e opacidade, possibilidades inexprimíveis de tradução.

Com o intuito de desestabilizar as próprias condições de produção do conhecimento e a inteligibilidade das práticas na epidemiologia psiquiátrica, os dois primeiros tópicos se apoiam em relatos das reuniões de tradução do CIDI 5.0, acompanhando as reflexões dos cientistas. O primeiro, “*Temporalidades em tradução: entrevista, narrativa e acontecimento*”, desenha-se no interior da prática social dos inquéritos epidemiológicos, focalizando a temporalidade que emerge nos descompassos entre pergunta e resposta, entre entrevistador, entrevista e respondente.

Ao pensar sobre esse tempo performativo que atravessa o instrumento, os pesquisadores evocam a clínica, pois é entre o que se pergunta e o que pode ser dito que o vínculo começa a se insinuar, ainda sem nome, sustentando a possibilidade mesma da enunciação. Nesse ponto que se insere o segundo tópico, “*Clínica em tradução: o rigor do vínculo para além da palavra*”, dedicado a um encontro atravessado por assimetrias, afetos e intraduzibilidades. Paradoxalmente, esse encontro é descrito pelos próprios cientistas como central para a prática clínica, ao mesmo tempo em que é reiteradamente classificado como não metrificável, não científico ou insuficientemente rigoroso.

O terceiro tópico desloca o foco para fora do espaço institucional, a partir de minha experiência na cozinha de um centro comunitário na favela Pq. Santa Madalena, em Sapopemba, Zona Leste de São Paulo. Quando a relação de pesquisa se entrelaça à relação clínica, a tradução deixa de se restringir ao processo de tornar o outro reconhecível. Em “*Corpos em tradução: a língua opaca do encontro*”, atravesso também minha própria experiência de ser traduzida, momento em que os

limites da transparência se tornam incontornáveis e expõem a impossibilidade de uma equivalência sem resto. A opacidade, enquanto categoria analítica, sustenta a aposta na clareza e constitui o sabor que orienta a produção do conhecimento; afinal, o que se traduz são corpos em movimento.

5.4.1 Temporalidades em tradução: entrevista, narrativa e acontecimento

As seções do *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI), em sua quinta versão, convidam o entrevistado a projetar-se no tempo, a fazer coexistirem passado, presente e futuro em uma mesma tessitura narrativa. Essas temporalidades são cuidadosamente orientadas por uma arquitetura que busca conduzir a experiência vivida a um encadeamento linear, passo a passo, capaz de sustentar a definição de categorias diagnósticas estabilizadas. Nesse intervalo, entre a temporalidade prescrita pelo instrumento e a temporalidade que irrompe no acontecimento da entrevista, que este capítulo se inicia.

Cada pergunta do CIDI, ao recortar a experiência e isolá-la em unidades inteligíveis, ultrapassa o estatuto de dispositivo técnico de classificação. Ela condensa, antes, uma economia histórica de saberes: reinscreve antecedentes, mobiliza heranças conceituais e sujeitos a narrarem a si mesmos, segundo uma gramática que os precede e os excede (Rose, 1998; Foucault, 1977; Hacking, 1986). O que está em jogo, portanto, vai além da simples coleta de dados, envolvendo a participação em um processo genealógico no qual certas formas de vida tornam-se legíveis e, ao se tornarem legíveis, também passíveis de ordenação, modulação e, eventualmente, patologização.

Narrar em contextos de pesquisa não consiste simplesmente em organizar eventos passados segundo um eixo cronológico. A cada enunciação, irrompe uma temporalidade que excede o tempo linear e que se atualiza na espessura do encontro. Para além do gradiente temporal que mede intensidade, duração ou recorrência, há um tempo sobreposto, mais discreto, mas decisivo, que se manifesta na voz, na pausa que interrompe a fluência, na expressão que hesita, na tonalidade que oscila entre exposição e resguardo. Essa temporalidade imanente ao presente da entrevista opera como um campo de afetos e tensões que redefine a própria experiência narrada: o que poderia ser classificado como “fato passado” emerge, na interação, como fenômeno relacional, situado e submetido a contínua ressignificação.

O entrelaçamento entre o tempo normativo da classificação e o tempo vivido da enunciação produz a materialidade do encontro. A resposta diagnóstica é menos uma correspondência entre palavra e categoria; ela é, sobretudo, efeito de uma fricção entre modos distintos de habitar o sofrimento, tornando visível a língua opaca do encontro e o labor contínuo de produzir sentido quando corpo, linguagem e norma se cruzam. Isso significa que o tempo da descrição mimética emocional se cruza com o tempo-performance, no próprio acontecimento da entrevista, no encontro entre entrevistador e respondente. Em outras palavras, a entrevista diagnóstica, além de falar sobre o tempo, gira em torno de seu próprio tempo; ela possui seu ritmo próprio, que emerge do fluxo relacional, das intensidades compartilhadas e das pausas que estruturam a narrativa e o próprio processo de tradução do vivido.

A triagem, etapa que concentra as perguntas mais amplas e opera como porta de entrada para as seções subsequentes, precisa, para os cientistas, ser conduzida com velocidade e precisão quase mecânica taylorista. Como afirma um deles, “a pessoa vai falar apenas sim ou não” (Participante C3, 2024). Outro participante descreve a coreografia esperada com ainda mais nitidez: “ele vai abrir a página 3, caderno respondente, e ele vai dizer assim: sim, sempre, todas às vezes, raramente, nunca” (Participante C3, 2024). Entre pergunta e resposta instaura-se um jogo rítmico, quase uma ginha metodológica, na qual não há espaço para hesitação ou elaboração excessiva. As perguntas devem ser curtas, diretas, quase desprovidas de densidade semântica, pois, como insiste um cientista, “a pessoa **não pode pensar**, porque é uma pergunta de triagem” (Participante C1, 2024, grifo meu).

Contudo, esse imperativo de rapidez convive com a consciência da própria impossibilidade de capturar experiências complexas em respostas imediatas. Um terceiro cientista tensiona essa lógica ao reconhecer que certas perguntas “levariam sessões para a pessoa pensar” (Participante C6, 2024). Esse reconhecimento expõe a contradição constitutiva da triagem: para operar com eficiência, ela solicita do sujeito um pensamento instantâneo — um *ramen* cognitivo de preparo rápido —, sobre experiências que não apenas resistem à rapidez, mas que frequentemente se constituem justamente na demora. O sofrimento é provocado a responder antes de poder hesitar; a organizar-se antes de poder se perder; a apresentar-se em forma de resposta clara ali onde o que existe é espessura, ambiguidade e silêncio.

A fim de sustentar esse regime de instantaneidade [*ready* em 3 minutos], diante do dilema entre experiência e ritmo, o grupo de cientistas formula uma diretriz

aparentemente simples para o treinamento dos entrevistadores: “não deixe a pessoa pensar muito” (Participante C1, 2024). A recomendação soa quase tautológica: se a resposta deve estar pronta em minutos, pensar demais torna-se um desvio técnico. É menos sobre uma orientação circunstancial do que de um princípio operativo, destinado a preservar a fluidez do instrumento, sobretudo nas seções reduzidas a respostas binárias [sim ou não] e nas quais não há um caderno do respondente que autorize pausas, rascunhos ou retornos. Cabe ao entrevistador (a), então, sustentar o compasso dessa temporalidade acelerada, mantendo a fervura da cena: “Você tem problema disso ou daquilo? Tem, não? Você tem problema disso, daquilo? Tem, não?” (Participante C1, 2024).

A entrevista se aproxima, assim, de uma performance coreografada, em que cadência, repetição e velocidade do tempo emocional. Um tempo que não pode se espessar, que não deve decantar, e que precisa ser continuamente reconduzido à prontidão. Nesse enquadramento, pensar demais deixa de ser um direito do sujeito e passa a figurar como um risco metodológico. A hesitação ameaça a consistência do dado; a pausa interrompe o fluxo; o silêncio atrasa o diagnóstico. O tempo do sofrimento, com suas voltas, desvios e opacidades, precisa ser dobrado ao tempo do instrumento, comprimido até caber no recipiente descartável da resposta imediata.

Esse tempo normativo da entrevista recobre as outras temporalidades que atravessam o encontro; ele apenas as cobre como uma pele fina e instável. Enquanto a triagem instiga memórias ancoradas no passado, ela se realiza no presente concreto da interação [corpos, vozes, hesitações] e, ao mesmo tempo, projeta futuros possíveis sob a forma de diagnósticos, classificações e itinerários terapêuticos. O que se produz, assim, ultrapassa uma linha temporal rígida e progressiva, constituindo um campo de sobreposições em que passado, presente e futuro escorregam uns sobre os outros, compondo uma experiência temporal dilatada, por vezes ambígua, por vezes excessivas. Mais do que uma sucessão ordenada de momentos, o que emerge é uma espiral de afetos e enunciados (Martins, 2021).

Ancorada na linearidade da racionalidade científica moderna, tal estrutura temporal ecoa uma lógica genealógica em que a “gravidade” se produz pela inscrição dos sintomas em um regime de tempo mensurável. O sofrimento ganha seu tom de ‘sério’ à medida que pode ser contado: por quanto tempo dura, com que frequência retorna, em que intensidade se manifesta, que impactos produz sobre a vida cotidiana. A temporalidade deixa de ser experiência para converter-se em critério.

Nesse movimento, a psiquiatria empenha-se em domesticar o tempo, reduzindo-o à sua dimensão cognitivo-mnemônica: aquilo que pode ser lembrado, estimado e quantificado, enquanto marginaliza suas formas espirais (Martins, 2021) e suas potências de diferenciação (Deleuze, 1995). O que se perde nessa operação é precisamente o entrecruzamento de temporalidades que irrompe no acontecimento da entrevista. Em tal instante, a triagem entra em tensão com aquilo que Foucault denominou “verdade-acontecimento” (2006 [1973-1974]), uma verdade que prescinde de acumulação progressiva e emerge no encontro.

A cena que então se configura expõe, de forma quase crua, o ritual do interrogatório psiquiátrico. Um dispositivo de confissão e reconhecimento no qual entrevistador e entrevistado são capturados por uma dinâmica específica de vinculação e subjetivação. Como formulou Foucault: “Dê-me um sintoma e serei seu médico; confesse e lhe darei um diagnóstico” (2006 [1973-1974], p. 321). Se, na confissão religiosa, o penitente fala para ser absolvido, e na clínica clássica o paciente fala para ser compreendido, no inquérito psiquiátrico o entrevistado fala para ser classificado.

No caso do CIDI, essa performance ritualística é deslocada para a figura do entrevistador leigo, a quem se atribui uma função deliberadamente paradoxal: ao mesmo tempo evitar vieses e exercer uma escuta interpretativa. Em última instância, o entrevistador opera como uma extensão do corpo do psiquiatra, uma engrenagem intermediária da maquinaria diagnóstica. Confiando em um treinamento descrito como “extensivo” e “neutro”, cuidadosamente coordenado por psiquiatras, cabe a esse entrevistador captar nuances, decifrar hesitações e orientar a conversação segundo um regime temporal rigoroso. Sustentar, então, um ritmo específico, o chamado ‘tempo ouro’ na medicina moderna, que desautoriza pausas reflexivas, interdita desvios narrativos e previne o risco de que o entrevistado “pense demais”, como observou um dos cientistas. O imperativo é claro: fazer com que a confissão aconteça. “Sim, eu tenho a doença” ou “não, eu não tenho”.

Embora o CIDI, amparado pelo maiúsculo da OMS, se apresente como um dispositivo técnico neutro e isento de viés, sua lógica operatória engendra uma forma específica de escuta que, sem se reivindicar clínica, dela se aproxima ao se enraizar na experiência do encontro e na rememoração situada de narrativas de si (Rose, 1998). A própria arquitetura do inquérito, contudo, estabelece limites rigorosos à emergência de outras temporalidades, eclipsando tramas existenciais que não se

deixam facilmente traduzir em sequências ordenadas. Aquilo que retorna fora de hora, que se espessa na hesitação ou resiste ao alinhamento cronológico tende a ser tratado como ruído residual.

Ainda assim, as temporalidades que escapam ao regime instaurado pelo inquérito, mesmo quando este procura capturá-las, não se subordinam nem à linearidade genealógica nem à ideia de uma sucessão irreversível que empurra o passado para um ponto de encerramento definitivo (Martins, 2021). O tempo que irrompe no processo de inquirição pode ser compreendido, antes, como um movimento espiralar, capaz de expandir-se e contrair-se, fazendo emergir séries temporais descontínuas, interrompidas, retomadas ou transfiguradas. Como propõe Martins (2021), inscreve-se um tempo que “move-se para frente e para trás, simultaneamente, figurando o presente” (2021, p. 150).

Nessa inflexão, a centralidade da tríade passado–presente–futuro, própria da investigação de antecedentes, cede lugar à estrutura triangular darwiniana e ao devir da experiência enquanto acontecimento, deslocando-se em direção a um tecido de trajetórias espirais. A linha do tempo inscreve-se, assim, em um campo de forças no qual sujeitos, palavras e coisas se entrelaçam por fios móveis e instáveis, compondo encadeamentos descontínuos de séries temporais dissociadas (Pedersen e Silva, 2025, p. 21); uma ode elegíaca a um tempo refratário à quantificação, que se dissolve e se recompõe incessantemente, à semelhança da própria memória do sofrimento que o dispositivo busca apreender.

5.4.2 Clínica em tradução: o rigor do vínculo para além da palavra

Seria esse o tempo da clínica, o instante denso em que médico e paciente, ou entrevistador e respondente, se encontram e produzem, juntos, um nó? Esse ponto de contato, sempre frágil e imprevisível, opera como um lugar de tradução impossível, onde a língua da experiência e a língua do diagnóstico se friccionam sem jamais se sobrepor inteiramente. Há aí uma zona intraduzível: um campo em que palavras, hesitações, ritmos e silêncios escapam a qualquer sistema classificatório. A psiquiatria, ao tentar se afirmar como ciência, depara-se com seu paradoxo: o lugar clínico, instável e poroso, a impede de ocupar plenamente esse território da certeza positivista. Na tentativa de sistematizar a experiência, de capturá-la em um instrumento estruturado e manter seu modelo triangular temporal, a psiquiatria

moderna ‘pula em falso’: um salto vacilante entre o diagnóstico e a vida, entre o abrangente e o específico, a previsão do risco e a invenção do erro. É por meio da tradução que esse outro lugar, opaco, passa a se tornar visível.

Traduzir o CIDI 5.0 para o Brasil configurou-se como um ato de captura em movimento, no qual o distanciamento epistemológico da psiquiatria moderna foi continuamente tensionado pela prática clínica: sua língua menor. A cada escolha lexical, a cada ajuste na formulação das perguntas, emergia uma resistência: “Na clínica, chega assim”, “Na clínica, as pessoas falam de outro jeito”, “Na clínica, eu faço diferente” ou até “Porque, normalmente, na clínica, o que você faz é...”. Ao passo que os psiquiatras do grupo reconhecem que “50% do tratamento é uma boa relação médico-paciente,”, mas que muitas vezes são impedidos de exercê-las por outras forças de poder que regem sua prática (pensamento moderno-positivista, função social-normativa etc.).

[...] Porque, normalmente, na clínica, o que você faz é... Você já pensou em, às vezes, sumir, desaparecer, como se nada estivesse bom, como se a situação estivesse difícil? Quer dizer, essa é a maneira, digamos, pelo menos aqui no Brasil, **de ir lenta e gradualmente construindo confiança no entrevistado**, para saber se, de fato, ele tem uma intencionalidade suicida ou se é apenas uma vontade de desaparecer (Participante C2, 2024, grifo meu).

A chamada “clínica”, nesse contexto solicitada pelo grupo de *experts*, apresentava-se como um contraponto metodológico e como um escape, um refúgio diante da rigidez sintomatológica dos DSMs, da taxonomia diagnóstica e até mesmo da própria lógica da prescrição psicofarmacológica. É nessa linha de fuga que se pode pensar uma “outra psiquiatria”, capaz de se distanciar da coerência contínua do triângulo positivista que sustenta o diagnóstico moderno. Uma clínica que habita a incerteza e aposta nela, que acolhe o estrangeiro: seja o paciente, seja a palavra a ser traduzida, seja a experiência que escapa aos critérios padronizados.

Permanece, contudo, uma questão incontornável: por que a clínica aparece, recorrentemente, como aquilo que escapa, enquanto a formulação numérica e sua temporalidade necessária, se apresenta como um domínio separado, quase soberano? O que, afinal, distingue o modo de aproximação do diagnóstico psicométrico daquele que emerge na prática clínica? Mais do que duas formas distintas de conhecimento, talvez se trate de dois modos divergentes de temporalizar a experiência: de um lado, um tempo que pretende fixar, estabilizar e encerrar o sofrimento em séries cumulativas; de outro, um tempo que se deixa trançar, como

cabelos, em espirais que não avançam em linha reta, mas se dobram, retornam e se rearticulam.

5.4.2.1 *Abertura à opacidade clínica: a virada fenomenológica na psiquiatria*

De um lado, vemos que a epidemiologia se empenha em um movimento contínuo de aprimoramento da tradução dos termos e expressões que descrevem o sofrimento, na tentativa de maximizar a apreensão e a objetificação das experiências sintomáticas (Almeida Filho, 2004). Esse investimento na precisão linguística acompanha a confiança moderna na estabilidade do signo e na possibilidade de converter o vivido em categorias universais, operacionalizáveis e comparáveis, uma confiança que remonta tanto ao ideal positivista de mensuração quanto à tradição estruturalista que supõe a correspondência estável entre signo e referente (Hacking, 1995; Almeida Filho, 2000; Sepa Júnior, 2013). Traduz-se, assim, “melhor” como operação que sustenta o projeto moderno de tornar o sofrimento legível como entidade clara, coerente e passível de mensuração, afastando-se da abertura da experiência.

Por outro lado, a incorporação da fenomenologia à psicopatologia ao longo do século XX deslocou esse ideal ao expor um problema epistemológico fundamental: a impossibilidade de reduzir a experiência subjetiva a um único plano de observação (Jaspers, 1997). Esse deslocamento vai além de uma inflexão teórica, reconfigurando o próprio estatuto do conhecimento clínico ao recusar a ideia de que o sofrimento possa ser plenamente apreendido por um único regime de visibilidade. Nesse sentido, a exigência fenomenológica de situar os modos de apreensão do fenômeno segundo sua posição epistemológica: em primeira, segunda e terceira pessoa, desestabiliza a pretensão de univocidade e recoloca no centro a instabilidade constitutiva do encontro clínico (Leal et al., 2013).

Essa ênfase na opacidade relacional encontra ressonância na noção jasperiana de uma “radical incompreensibilidade do outro”, tal como retomada por Stanghellini e Rosfort (apud Strand, 2024, p. 444), onde os autores explicitam a alteridade como condição de possibilidade da própria intersubjetividade clínica. Nessa perspectiva, a relação epistêmica, entendida como co-construção de sentido que se instaura no encontro (Christiansen, 2023), não garante transparência, mas se configura como um campo assimétrico, atravessado por limites, opacidades e negociações. Refere-se, portanto, de um limite que não pode ser eliminado sem custo:

ao resistir ao imperativo moderno de transparência e totalização, essa irreducibilidade revela que toda classificação científica envolve, inevitavelmente, uma posição política e moral de ordenação da diferença, posição que decide não apenas o que pode ser conhecido, mas sob quais condições uma experiência se torna reconhecível e com status científico (Rose, Thornicroft & Slade, 2006).

Trazer essa questão epistemológica para o campo da incompreensibilidade clínica desloca a psicopatologia de seu eixo estritamente neurocientífico ou biopsiquiátrico (Strand, 2024), obrigando-a a atravessar as fronteiras éticas do cuidado e os múltiplos regimes de explicação que se produzem em torno da experiência do sofrimento, dimensões que, até então, permaneciam fora do escopo tradicional da disciplina (Leal et al., 2013). Esse giro epistemológico manifesta-se de modo particularmente nítido na tensão com a formulação das métricas: os relatos dos psiquiatras, ao evocarem a clínica para discutir os problemas irresolvíveis do instrumento psicométrico, evidenciam precisamente esse desvio em relação ao padrão positivista.

Na psiquiatria fenomenológica, o interesse desloca-se do sintoma enquanto entidade mensurável para a apreensão do subjetivo (Jaspers, 1997), movimento que se realiza no encontro clínico, inevitavelmente assimétrico, em que o clínico ocupa uma posição epistemicamente privilegiada (Christiansen, 2023), ao mesmo tempo em que depende da narrativa do paciente para a própria constituição do objeto de conhecimento (Strand, 2024; Zahavi, 2014; Fuchs, 2020).

Em outras palavras, todo ato clínico implica, de forma indissociável, um processo de interpretação e de tradução: interpretação, porque supõe decifrar o que se apresenta de modo fragmentado, hesitante ou lacunar; tradução, porque transforma esse relato situado, afetivo, temporalmente denso e culturalmente marcado em categorias reconhecíveis dentro do regime classificatório psiquiátrico (Hughes, 1990; Good, 1994). Essa mediação é inseparável do vínculo e das assimetrias que o organizam, diferenças de poder, de linguagem, de autoridade narrativa e de modos de habitar o mundo (Svenaeus, 2011).

Ao assumir a opacidade constitutiva do outro, a clínica fenomenológica atualiza a psiquiatria e a psicopatologia em um terreno no qual compreender implica haver-se com a diferença de modo que ela configure o próprio espaço do encontro (Strand, 2024). Nesse sentido, toda formulação de evidência psicopatológica, diagnóstica e estatística, só pode emergir da relação, do entrelaçamento constitutivo

entre quem narra e quem escuta. O que se estabiliza como “dado científico” é, antes de tudo, produto do acontecimento clínico no qual o paciente constrói uma versão de si mesmo e o clínico, situado em uma posição assimetricamente privilegiada, interpreta, organiza e traduz essa narrativa segundo categorias que preexistem ao próprio encontro (Jaspers, 1997; Strand, 2024).

No encontro com esse limite, desloca-se a própria pergunta, que deixa de se orientar pela busca do ponto de vista do outro como se pudesse ser plenamente acessado, bem como pela sustentação de uma suposta equivalência fenomenológica. Como sugere Viveiros de Castro (2002), o que se impõe é o trabalho contínuo de apreender a minha relação com o ponto de vista nativo. A partir dessa inflexão, o próximo tópico se anuncia como uma radicalização do que foi enunciado anteriormente, voltando-se ao encontro entre clínica e pesquisa, e aos sujeitos que nele se constituem, como nos modos de fazer na epidemiologia psiquiátrica: um encontro no qual a temporalidade da coleta de dados escapa à objetividade sem, contudo, abandoná-la; e no qual o rigor clínico do vínculo, ao inscrever-se no próprio instrumento, passa, justamente por sua intraduzibilidade, sustentando um outro tempo da performance, produzido por corpos que se encontram e se traduzem no momento da coleta de dados.

5.4.3 Corpos em tradução: a língua opaca do encontro

Se, no campo clínico, a opacidade pode ser pensada como condição do encontro e o vínculo como lugar de produção de sentido, interessa perguntar o que acontece quando essa mesma cena é deslocada para o domínio da epidemiologia. Pensar a pesquisa e a coleta de dados como um encontro clínico de tradução implica interrogar tanto os instrumentos que organizam a produção de evidências quanto as relações que as tornam possíveis. O que está em jogo, nesse deslocamento, é menos a fidelidade da tradução do que as condições que tornam certos corpos traduzíveis, e outros, administráveis. A entrevista diagnóstica se realiza, portanto, para além do plano das perguntas e respostas, na espessura do encontro entre corpos que sustentam o ritmo da interação, negociam hesitações, temporalidades, modulam silêncios e tornam possível a própria passagem da experiência vivida ao dado classificável.

No entanto, quando esses corpos passam a ser apreendidos no registro da epidemiologia, deixam de aparecer como singularidades do encontro para serem inscritos em categorias populacionais que organizam a intervenção científica. Na epidemiologia social e no campo da saúde global, o chamado “alvo populacional” costuma ser delineado sob a rubrica das populações vulneráveis e de seus determinantes/determinações sociais, operando como uma categoria técnica que, ao mesmo tempo em que reivindica a promoção da saúde, estabiliza e traduz diferenças historicamente produzidas, raciais, coloniais, territoriais e de classe, em formas administráveis de desigualdade (Almeida-Filho, 1989; Ayres et al., 2006).

Sob o signo da vulnerabilidade (Figueiredo et al., 2017), grupos heterogêneos são convertidos simultaneamente em objeto de intervenção e em instrumento de produção de evidência. Nesse movimento, a tradução do outro tende a apresentar-se como evidência autoexplicativa, enquanto o vínculo, entre entrevistador e respondente, médico e paciente, pesquisador e sujeito de pesquisa, permanece como pressuposto silencioso da prática epidemiológica. Interrogar esse “alvo” implica, portanto, deslocar a pergunta da evidência para o rigor do vínculo: quem traduz, a partir de onde, e sob quais condições essa tradução se torna governável?

Para aprofundar a noção de tradução opaca e recolocar o vínculo no centro da produção de conhecimento na epidemiologia psiquiátrica, estico a ideia de laboratório até uma cozinha comunitária. Ali, junto a um grupo de mulheres residentes da favela Pq. Santa Madalena, no distrito de Sapopemba, zona leste de São Paulo, situo uma experiência vivida como uma espécie de *translation in action*: um espaço de mistura, afetos e ruídos, no qual método e vida se deixam contaminar. Nesse contexto, eu ocupava uma posição ambígua, uma espécie de língua bifurcada, próxima à de uma mediadora entre mundos, sem jamais me colocar fora da relação (De Castro, 2002).

Interpelada a coletar aquela experiência e devolvê-la a um grupo multidisciplinar de epidemiologia psiquiátrica, eu transitava entre registros inconciliáveis. Na gramática epidemiológica, tal posição poderia ser aproximada à do entrevistador: aquele incumbido de registrar e converter o vivido em dado, traduzindo narrativas densas e afetivamente carregadas em unidades de informação. De um lado, a técnica de pesquisa: protocolos, indicadores, formulários, gravadores, papel e caneta. De outro, o que efetivamente acontecia ali: um campo turbulento de

intensidades, deslocamentos e traduções afetivas que escapava à previsibilidade do método.

No episódio que passo a relatar, nada do que eu trazia parecia funcionar. O aparato técnico falhava, as categorias se deslocavam e as escalas revelavam-se insuficientes diante da materialidade viva do encontro. Dessa cena, desdobra-se a possibilidade de tensionar, adiante, a relação entre a pesquisa epidemiológica e o encontro clínico em suas distintas temporalidades.

5.4.3.1 *Cozinhando a raça no molho da opacidade*

Fevereiro de 2022. Ainda em pandemia. No Brasil, vivíamos o atraso das vacinas, o negacionismo institucionalizado e os horrores do governo Bolsonaro, um contexto que saturava o cotidiano com medo, luto, cansaço, fome e indignação. Era um clima denso, que marcava cada deslocamento pela cidade e se infiltrava na forma como víamos e sentíamos o mundo.

O Centro Comunitário, apesar disso, seguia com suas atividades diárias. Entre elas, um grupo que havia sido interrompido durante a pandemia e cuja retomada era aguardada com expectativa. A diretora me explica com alegria contida que *“é um tipo de grupo em que as mulheres cozinham receitas e depois conversam juntas...”*. Eu não sabia exatamente o que esperar. Aceitei o convite de imediato, quase instintivamente. Era, no fundo, o tipo de situação em que eu mais gostava de estar. Meu propósito declarado era acompanhar o grupo, envolver-me na dinâmica, registrar o que acontecia e escrever sobre a experiência para levá-la ao grupo científico [haveria aqui algo publicável?].

Caminho pela avenida principal, descendo da linha de metrô inaugurada recentemente; uma conquista importante para a comunidade, que agora fazia o trajeto entre casa e trabalho em menos tempo. Tudo parecia um pouco cinzento, concretado, São Paulo *groove*. Ao entrar na viela que levava ao Centro Comunitário, o cenário mudava abruptamente; colchetes com aviso: cuidado para não romantizar; as cores voltavam. A rua asfaltada dava lugar à terra batida, às fachadas improvisadas, às crianças correndo, às vozes que ecoavam entre as casas. O som alto. *Funk, Rap, Pop*. A porta estava aberta. Entro em silêncio, sorrindo, tentando me apresentar. “Oi, sou a psicóloga... pesquisadora...[sei lá o que mais...]”. Elas me olharam com acolhimento imediato. Sigo por um corredor estreito até a cozinha. Uma mesa grande,

um fogão de quatro bocas, dois fornos tomada por mulheres que gritavam, conversavam, riam, discutiam ingredientes, afinidades e histórias.

Alguém me oferece uma faca para picar legumes e me inclui no círculo do cozinhar sem qualquer cerimônia. Aceito, e fico quieta por alguns instantes, tomada por uma alegria que não cabia no corpo. O cheiro me transportava para a casa da minha avó: pés descalços no chão frio, ramos de manjerição recém-colhido, uma panela de ferro pesada fervendo devagar. A colher de madeira se movia de um lado a outro enquanto cantávamos cantigas brasileiras em voz baixa, quase como um mantra que sustentava o ambiente. *Se essa rua, se essa rua fosse minha...*

Senti-me completamente aberta àquela cozinha, como se adentrasse um espaço sensorial já conhecido pelo corpo. As cores, intensas e quase táteis, me acolhiam desde a entrada e se derramavam pelo corredor interno; os sorrisos calorosos operavam como uma espécie de ritual de passagem, uma autorização silenciosa que permitia a entrada de quem chegava de fora.

O grupo funcionava de modo simples apenas na aparência. A cada encontro, elegia-se uma receita distinta, que aprendíamos coletivamente. Uma mostrava à outra o modo de cortar, de temperar, de controlar o fogo; compartilhavam-se truques transmitidos por avós, tias, vizinhas; ensinavam-se variações que se distanciavam da receita original, deslocando-a para genealogias de sabor que escapavam de qualquer padronização culinária. Era uma circulação de saberes situada, encarnada, doméstica, mas também profundamente política. No início, eu carregava uma preocupação de meu lugar acadêmico: como iria cortar, cozinhar, conversar, observar e escrever ao mesmo tempo? Mas esse dilema metodológico evaporou em minutos. O corpo entrou no ritmo do ambiente, e a exigência de registrar tudo se dissolveu na cadência dos fazeres culinários.

Perguntei, quase envergonhada, a uma das mulheres do grupo: *qual é mesmo o seu nome?* Eram muitos nomes e rostos novos. Ela respondeu com a massa entre as mãos, as palmas cobertas de farinha, “Maria de...” quando a cena foi interrompida por algo que não estava no roteiro: um homem visivelmente embriagado entrou pela porta. Só mais tarde eu soube que ele era irmão de uma das assistentes sociais do Centro, e tempos depois, se tornou um grande amigo meu. Como o espaço funcionava de portas abertas, qualquer pessoa podia entrar e sair, independentemente de participar da atividade em andamento. O trânsito de corpos, afetos e acontecimentos fazia parte da vida do lugar. O homem, cambaleante, fixou

os olhos em mim, em um movimento abrupto:

— *Por que você está tão amarela?!—* perguntou, encarando-me com uma insistência desconcertante.

Tentei responder com humor improvisado, talvez fosse por eu não comer carne [naquele dia fazia já oito anos], ou por ter exagerado em cenouras na infância, mas ele ignorou a leveza da minha tentativa de afastar a tensão. Insistiu, agora com uma mistura difícil de decifrar entre zombaria e preocupação performática:

— *Você está muito amarela, te falta sangue. Cuidado, pode desmaiar aqui mesmo! Alguém ajuda ela!* — disse, enquanto segurava meu braço com firmeza, chamando uma das mulheres da cozinha como se acionasse um protocolo de emergência improvisado.

Seu comentário encenava, com brutal clareza, até que ponto o corpo comunica tal diferença. O toque brusco de um homem desconhecido atravessou-me como invasão; ainda assim, contive o incômodo, recusando torná-lo visível diante das mulheres que acabara de conhecer. Naquele espaço, tecido por histórias e memórias de outras corporalidades, colonialidades, racismo, violências persistentes, minha presença se inscrevia como um acento estranho. Eu trazia comigo marcas que, mesmo sem dizer palavra, ressoavam em dissonância: ser branca, de classe média, acadêmica. A racialização do meu corpo branco, em um território onde a branquitude não é norma nem anonimato, evidenciava o deslocamento de um sujeito acostumado sempre a observar que, de repente, se via colocado sob a ótica da observação.

Eu estava sendo codificada, “amarela”, embora tivesse vindo justamente para exercer esse ofício de interpretação. Amarela como cor-signo: fragilidade. Tentei traduzir para mim mesma o que aquela nomeação poderia indicar, ainda na tensão irresolúvel de exercer meu lócus de pesquisadora. Num primeiro momento, a palavra acionava a gramática biomédica, a ‘eugenia tropical’, de leitura dos sinais corporais, forjada para a patologização de corpos negros, como no caso paradigmático da anemia falciforme; a tonalidade amarelada da pele, a palidez, o cansaço ou a fragilidade são tomados como indícios patológicos, lidos através de um olhar racializado, no qual o corpo negro aparece como mais vulnerável, mais ‘defeituoso’, mais propenso à doença (Laguardia, 2006).

Mas ali, a enunciação se deslocava. A pergunta não descrevia uma condição apenas fisiológica (amarela-frágil), e sim um desajuste: um corpo cuja materialidade parecia frágil demais para aquele espaço, incapaz de se ajustar aos

regimes locais de presença, circulação e pertencimento. Reconhecia-se uma interpelação racial que me nomeava e, ao mesmo tempo, me reposicionava dentro de uma economia moral e política do lugar (Fanon, 1952:2008). Eu aparecia, então, como aquilo que Puwar (2004) descreve como um “corpo fora de lugar”, uma presença que perturba a paisagem justamente porque não foi historicamente imaginada para estar ali. Esse deslocamento tornava visível a assimetria estrutural da branquitude brasileira, que opera simultaneamente como ubiquidade e invisibilidade em certos territórios, mas se torna imediatamente marcada quando atravessa contextos regidos por outros regimes de racialização, como o das periferias urbanas (Carneiro, 2015).

Retornando às cores e sabores da cena, as mulheres do grupo, testemunhas, reagiram com uma risada protetora, não desautorizante, mas cúmplice de minha presença, e logo o convidaram a se retirar. Desde então, começaram a me chamar de “Amarelinha”. O apelido, embora carregado de ambivalência, tornou-se uma forma afetuosa de nomear minha presença. Não apagava minha diferença e as assimetrias estruturais continuavam intactas, mas a reinscrevia dentro de uma lógica comunitária daquela negritude, em que o cuidado também se exercia por meio do humor, da memória e dos sabores compartilhados.

Com o passar dos encontros, algo começou a se deslocar. Origens familiares numa mesma panela: diásporas negras, *nordestinas*, indígenas, africanas. Compartilhávamos experiências enquanto os ingredientes de nossas histórias se transformavam em alimento: nutrição da palavra, do cuidado, da memória. Eu trouxe um tanto de mim, de minha história, fiz o prato preferido da minha mãe, parece que ela estava ali com a gente, outras vezes criei pratos que ainda não conhecia. Esse vocabulário se aquecia, fermentando ao seu próprio tempo, todas.

Depois subíamos, no segundo andar da casa, para o círculo de conversa. Cada encontro trazia algo que nos movia, que nos deslocava. À medida que aprendi receitas tradicionais de suas origens, provei novos sabores, inclusive voltei a comer carne vermelha. Meu corpo se deixava afetar, traduzir, vincular, por outros corpos daquele território.

Até que um dia, entre colheres e gargalhadas, uma das mulheres comentou:

— Não parece que a Amarelinha está mais escura hoje?

E outra participante respondeu, sem hesitar:

— É claro! É que agora anda e come com a gente.

5.4.3.2 *A língua opaca come o outro*

O gradiente cromático inscrito na superfície da pele, do amarelo ao escuro, opera como marca discursiva de um corpo que se transforma no encontro, um corpo que já não coincide inteiramente consigo mesmo em relação ao momento da chegada. Embora denote uma mudança visível na pele, refere-se mais a um deslocamento sensível, relacional, produzido na experiência compartilhada. Tal ruptura dissolvia as assimetrias concretas que atravessam corpos, lugares e histórias; ao contrário, tornava-as mais espessas, mais perceptíveis. Ainda assim, abria-se ali uma zona de tradução: instável, provisória, eminentemente relacional. Evitar a leitura de “tornar-me escura” no sentido literal torna-se aqui uma delicadeza ética fundamental para pensar esse gradiente de alteridade que precede a estrutura da identidade, em que a relação antecede os termos e a transformação se impõe à forma (De Castro, 2007; 1996). Refere-se, portanto, de um deslocamento de assimetria estrutural, uma vez que, como observa Souza (2021), apenas o Estado branco pode “enegrecer”; a via não é de mão dupla.

O que se produzia era outra coisa, e que ainda é um campo aberto para mim em termos de pensamento: algo em minha presença, em minha carne epistêmico-ontológica, se escurecia? Eu estava *escurecendo* para as mulheres porque, ao longo do tempo, caminhava, ria, chorava e comia com elas, muitas delas negras, algumas não, cujas trajetórias são profundamente marcadas pelo racismo e pela experiência de ser “favelada” na cidade, e pela negritude daquele espaço em sua força cotidiana de resistência.

Minhas diferenças mais marcadas tornavam-se fluidas, e, naquele momento em que essas forças se encontravam, eu me tornava mais categorizável. Opaca, na espessura do perceptível, para fora e para dentro. Um escurecimento que não biológico-racial, mas uma opacificação que desorganiza a transparência do eu e o reinscreve em uma trama de relações, conflitos e afetos partilhados. O que se cozinhava naquele espaço excedia largamente a materialidade dos ingredientes. A panela tornava-se superfície de inscrição ontológica; o fogo, operador de transformação; o tempo, uma temporalidade espessa, não cronométrica. A cozinha, nesse contexto, erguia-se como um espaço epistemológico que, à semelhança de um laboratório, envolve interações, erros, imprevistos e transformações: hipóteses são

testadas e descartadas, procedimentos falham, e os tempos revelam-se incontrolláveis dimensões que raramente emergem na superfície do resultado final (Latour, 1983; Mol, 2002).

Logo, traduzir, na cozinha, vai além de nomear o outro e implica permitir-se metabolizar o encontro, como quem digere um alimento, como quem aprende a comer com outra língua. Reconhecer que, à medida que o vínculo se adensa, a diferença passa a ser enunciada no próprio corpo. A brancura é então lentamente cozinhada, até que as moléculas do que se entende por “humano” comecem a se desfazer e revelem sua própria posição situada. Tornar-se alteridade naquela cozinha desloca a ideia de tornar-se o outro. Ali, o todo não me pertence. O horizonte que organiza aquele espaço é negro, enquanto eu experimento, para elas, a condição da diferença.

É no espessamento, na calentura dessa relação que minha cor se torna visível, nomeável, apontada. Nesse processo que, “de amarela à amarelinha”, de “amarelinha à escura”, torna-se possível perceber que toda produção de conhecimento é, antes de tudo, ativação de vitalidades inesperadas: algo que emerge da decomposição de moléculas complexas, inicialmente opacas, em formas provisoriamente assimiláveis, onde se reconhece cada vez mais o limite da própria posição e a assimetria que atravessa esse encontro paradoxal.

Essa metabolização, contudo, nunca se completa. Persistem resíduos que escapam à digestão: fragmentos do outro que não podem ser plenamente incorporados, mas que deixam marcas, deslocam percepções e ampliam a capacidade de apreensão. Abre-se, assim, um espaço para um saber sempre inacabado, no qual, ainda assim, algo permanece, algo fica (Glissant, 1997: 2024).

Traduzir, portanto, consiste em (re)ativar uma língua opaca que se faz no encontro etnográfico. Presentificar as coisas: um mundo onde tudo se torna alimento e tudo se torna língua, inclusive minha própria brancura, sendo lentamente cozinhada naquele convívio. Abrir-se, assim, ao contágio e às afecções; à negritude em sua força de condução naquele espaço; e a todas nós como partícipes de um banquete compartilhado (Abel, 2023). Habitar esse processo metabólico da tradução implica resistir à subordinação do corpo aos sabores fundadores do pensamento moderno, saturados pela exigência de clareza, consciência, lucidez e transparência, e acolher, em seu lugar, a densidade ambígua, os desvios e as intensidades que escapam aos pratos tradicionais do iluminismo.

Tal postura implica deslocar-se da redução da experiência para o reconhecimento de sua irreducibilidade, ou mesmo de sua intraduzibilidade, como parte constitutiva do próprio conhecimento (Hacking, 1995). Nesse horizonte abre-se um espaço no qual gênero, raça e corpo se entrelaçam para além de categorias fixas, ao invés de identidades estabilizadas, forças em movimento contínuo, de caráter desestabilizador. Nesse mesmo espaço, o cotidiano: mexer uma panela, compartilhar um prato, rir juntas, institui uma prática imanente de pensamento, por meio da qual a produção de conhecimento é reinscrita em seus múltiplos contextos (subjetivos, ecológicos, econômicos, políticos), encarnada na relação e aberta à diferença no visível no corpo.

5.4.4 Epidemiologia psiquiátrica: come com que língua?

Convoquei aqui essa cena etnográfica, que por si só comportaria múltiplas camadas ainda por explorar, mas meu foco é adensar os argumentos apresentados ao longo deste capítulo acerca do encontro com o outro. Tomadas em conjunto, essas cenas permitem deslocar a discussão para um ponto crucial: o que significaria, para a epidemiologia psiquiátrica, reconhecer a espessura dos múltiplos contextos nos quais o conhecimento é produzido?

Responder a essa pergunta implica deslocar o olhar para o próprio processo de coleta de dados para além de sua neutralidade pressuposta. O início da entrevista não coincide com o ligar do gravador, assim como seu término não se reduz ao preenchimento do último item do questionário. Ela se inicia muito antes: nos corredores, no tempo de espera, no convite para sentar, no café oferecido ou recusado, nas perguntas informais que antecedem o protocolo. Um “cafezinho” compartilhado, uma cadeira puxada com cuidado, um comentário sobre o calor, o barulho da rua ou a criança que passa correndo pela sala tornam-se, assim, parte da própria cena epistemológica.

Durante entrevistas semi-estruturadas e estruturadas, por entre as tramas de suas formalidades, o instrumento convive com interrupções: o telefone que toca, o vizinho que chama pelo portão, o filho que pede ajuda com a lição, o ônibus que precisa ser alcançado. Há pausas, desvios, silêncios prolongados, risos nervosos, respostas que retornam depois de um intervalo, reformulações que escapam ao roteiro. O questionário avança, recua, espera.

O tempo da coleta raramente coincide com o tempo idealizado do protocolo. Ainda assim, ou precisamente por isso, nesse entrelaçamento entre o formal e o informal que os dados se produzem. Esses momentos laterais, frequentemente tratados como ruído, são, na prática, operadores de vínculo. Eles modulam a confiança, autorizam a fala, produzem deslocamentos sutis nas posições de quem pergunta e de quem responde. O encontro nunca é unilateral: ele envolve negociação, exposição, expectativa e, por vezes, resistência. A coleta não extrai dados prontos; ela os faz emergir em um campo relacional marcado por assimetrias, afetos e histórias compartilhadas por alguns minutos ou algumas horas.

Como nos lembra Viveiros de Castro (2002), experienciar outra cultura é, inevitavelmente, experienciar a própria. No trabalho epidemiológico, esse exercício de reflexividade radical desfaz fronteiras rígidas entre sujeito e objeto, pesquisador e pesquisado, abrindo contornos instáveis para a produção do conhecimento. Surge, então, uma questão fundamental: quem é, afinal, o sujeito da epidemiologia psiquiátrica? Nesse movimento, constitui-se um sujeito duplo, sempre em trânsito entre o que observa e o que é implicado na própria observação. As posições não são fixas: quem observa é também observado; quem pergunta é interpelado; quem aplica o instrumento é afetado pelo que escuta e pelo que não consegue traduzir, como formula Viveiros de Castro (2002, p. 118), “meu ponto de vista não pode ser o do nativo, mas o da minha relação com o ponto de vista nativo”. Nesse território relacional, atravessado por barulhos, atrasos, corredores, interrupções e silêncios, a epidemiologia psiquiátrica revela não apenas o sofrimento que pretende medir, mas também os modos de relação e de conhecimento, bem como os agentes e as infraestruturas que os sustentam.

Nesse contexto, a língua deixa de ser bifurcada para tornar-se dupla. Assumir a incomensurabilidade implica reconhecer os limites constitutivos da tradução, acolhendo aquilo que permanece opaco, como irredutibilidade, e não como obscuridade (Strand, 2024, p. 441). Algo sempre se compreende, se ingere, se reconhece o sabor; a aposta epistemológica na opacidade consiste, justamente, em deslocar-se da ilusão de uma objetividade transparente e metafísica. A opacidade, nesse sentido, se opõe à clareza e constitui também uma forma de clareza, ainda que paradoxal, fundada no que resiste à redução. Só ao abraçar a opacidade do outro (Strand, 2024, p. 442) é que se começa a experimentá-lo, ingeri-lo e metabolizá-lo de modo mais nítido; de maneira crucial, o conflito ontológico deixa de se restringir ao

que os dados representam e passa a interrogar onde e como se ocultam aqueles elementos que escapam à ilusão de univocidade que o número carrega.

Talvez o caminho para uma epidemiologia psiquiátrica global, e para suas presentes-futuras traduções e adaptações culturais, resida justamente na aposta no rigor da opacidade do outro, essa entidade escorregadia que oscila entre “[o respondente] não pode pensar muito para responder” e “na clínica, acontece, na verdade, assim...”. De modo que se delineia a recusa da redução e não do conhecer; da possibilidade de coexistir sem assimilação total, preservando a alteridade e a diferença como dimensões constitutivas do saber científico-clínico.

Essa aposta se manifesta nos múltiplos tempos e modos do encontro de pesquisa: inquéritos epidemiológicos, entrevistas clínicas, onde a tradução opaca se realiza como performance dos dispositivos, atravessando sujeitos e especialistas, protocolos e afetos, e emergindo da multiplicidade de experiências compartilhadas. Ela se revela no descompasso e na espessura do tempo instaurado na entrevista: nas pausas, repetições, hesitações e silêncios difíceis de serem totalmente codificados; e na confiança construída e sentida nos encontros ditos “clínicos”, onde o que se escuta e o que se diz atravessa categorias formais e desafia qualquer mensuração.

Em tal entrelaçamento de tempo, vínculo e opacidade que a coleta de dados deixa de ser aplicação de instrumentos e se converte em prática relacional, na qual encontros, corpos e protocolos transformam tanto o pesquisado quanto o pesquisador, e na qual o sujeito dessas posições muda continuamente. O corpo da pesquisadora não atravessa esses encontros ileso: ele se transfigura. E, ao tornar-se outro, também traduz, cozinha, come, se oferece e se transforma duplamente.

6 NOTAS INCONCLUSAS: Por uma academia que reative sua escuridão

Traduzir e, por extensão, conhecer, como sugere Viveiros de Castro (2005), implica reconhecer que toda relação de conhecimento é atravessada por zonas de sombra, silêncios e incompreensões que constituem o próprio ato de conhecer, em vez de dissolver o outro em categorias reconhecíveis. Em outras palavras, conhecer não elimina a opacidade do encontro; reorganiza-a, desloca-a e, por vezes, a intensifica. Como lembra Glissant (1997), toda relação verdadeira se funda também no direito à opacidade: aquilo que permanece irreduzível à plena tradução, o direito de não comunicar tudo.

Nesse horizonte que me aproximo, com cautela, de uma palavra que não me pertence. Ao longo do trabalho de campo na favela da zona leste de São Paulo, as mulheres passaram a descrever minha presença por meio de uma transformação cromática inesperada: eu estaria “ficando escura”. Não era uma categoria que eu tivesse formulado, tampouco um conceito que eu pudesse reivindicar como elaboração analítica própria. Ao contrário, consistia em algo que me foi dirigido, nomeado na relação, e que só posteriormente comecei a tentar compreender. Há, portanto, um risco evidente em tentar explicá-lo aqui: o de capturar, em minha língua bifurcada branca, algo que emergiu em outro registro de experiência. O que segue deve ser lido menos como definição do que como uma aproximação hesitante, uma tentativa de pensar a partir dessa interpelação, sem pretender esgotá-la.

Durante muito tempo, tornar-me “escura” foi, antes de tudo, um problema a “ficar” comigo. No sentido de que foi o momento em que aquilo que eu julgava compreender começou a se desfazer. Quando cheguei ao campo, acreditava saber algo sobre o que iria observar, sobre o que iria registrar, talvez até sobre o que poderia acontecer comigo. O que não imaginei foi que o verdadeiro deslocamento ocorreria quando minha presença passasse a ser reconhecida de outra forma, quando eu me tornasse, paradoxalmente, mais inteligível para elas e, ao mesmo tempo, irreconhecível para mim mesma.

Nesse sentido, “escurecer” operou como um tipo peculiar de rito de passagem, um deslocamento perceptivo: um ponto em que a relação tornava visível aquilo que, até então, permanecia invisível para mim: a posição a partir da qual eu via, interpretava e narrava o mundo. Se tomo essa experiência como ponto de partida para uma reflexão mais ampla, é apenas porque ela sugere uma pergunta que ultrapassa

minha trajetória individual: o que significaria, afinal, escurecer a academia, ou mesmo a ciência com seu grande “C”? Tal deslocamento não implicaria simplesmente substituir uma epistemologia por outra, nem inverter hierarquias já estabelecidas. Antes, poderia ser entendido como uma desestabilização ontológica das formas modernas de pensar: um movimento que reinsere no horizonte do conhecimento aquilo que foi historicamente relegado à margem: o incerto, o invisível e o indeterminado.

Escurecer a ciência, talvez, implique em reconhecer que aquilo que o pensamento moderno frequentemente tratou como falha, hesitação, opacidade, indeterminação, pode constituir também uma forma de rigor. Um rigor distinto daquele que busca eliminar o desconhecido, mas que, ao contrário, aceita habitar sua presença. Um rigor que se aproxima do que Stengers (2010) descreve como uma ciência capaz de reconhecer as múltiplas agências que atravessam o mundo, incluindo aquelas que o olhar positivista tradicionalmente excluiu (De Castro 2014).

Escurecer, nesse sentido, não obscurece o conhecimento; altera o modo como ele se relaciona com aquilo que não pode controlar inteiramente. Um movimento que não dissolve a diferença nem pretende traduzi-la por completo, aceitando permanecer em relação com aquilo que continua, inevitavelmente, a escapar. Talvez seja nesse ponto que a experiência etnográfica retorna como advertência. Se a palavra “escurecer” me foi dada, ela não pode ser plenamente devolvida à teoria sem perda. Algo dela pertence à relação que a produziu e continua a exceder qualquer tentativa de formulação conceitual. O que resta aqui, portanto, são apenas notas, necessariamente inconclusas, sobre a possibilidade de uma academia que aceite ativar suas próprias zonas de sombra.

Convocar, então, os especialistas dessa “bruxaria objetiva e animada” (Artaud, 1984, p.96) para fazer a tradução cultural para além da palavra escrita, para além de textos e listas de novos termos culturais sintomáticos, tomando-a como “projeção escaldante de seus duplos” (Artaud, 1984, p.96): daquilo que pode ser extraído como consequências objetivas de um pensamento-número, de uma palavra-entidade, de uma imagem-temporal. Uma tradução que só pode acontecer em cena, e cujas consequências se encontram, necessariamente, cena a cena, no corpo.

O deslocamento radical proposto, o denominador comum dessas arestas vertiginosas, consiste em desarticular da luz iluminista que cega para um campo de forças imanentes, onde as probabilísticas psiquiátricas e sua univocidade cultural,

foge de uma figura de transparência e assume sua expressão como diferença em movimento, integrando-se ao próprio rigor objetivo que o sustenta. Reativar a escuridão da academia não obscurece o mundo nem afirma um certo tipo de identidade; recusa continuamente a transparência ilusória que apaga corpos racializados, relações e conflitos ontológicos. Conhecer não consiste em iluminar tudo, mas em habitar o claro-escuro, núcleo pulsante onde corpo e mundo se transformam e se traduzem incessantemente, constituindo o próprio princípio do conhecer.

O que a epidemiologia nos autoriza a sonhar quando pensamos em futuro? Que imaginação política, ética e sensível se inscreve nos seus números, nas suas previsões, nos seus regimes de evidência? Nessa bruxaria objetiva, e nos seus feitiços escuros, torna-se possível imaginar uma epidemiologia psiquiátrica global capaz de habitar tempos de catástrofe? Se à epidemiologia é atribuída a função primordial de prever riscos para prolongar a vida, é preciso perguntar, com insistência: de que vida estamos afirmando?

Na conversa que travam sobre o fim do mundo, Latour, Stengers, Tsing e Bubandt (2018) contrapõem o prazer que move os cientistas a se lançarem ao mundo, descrevendo e tentando apreender o que está em jogo, ao terror epistemológico que os acompanha, expresso na pergunta recorrente: “isso é realmente publicável?”. Esse contraste revela o momento em que a própria vida do material resiste a ser plenamente iluminada pela ciência. Essa ambivalência, essa angústia compartilhada, constitui um efeito de habitar um regime epistemológico que fragmenta o indivíduo em unidades estatísticas: sintomas, hábitos, riscos, abstraídas de seus contextos e redistribuídas em categorias padronizadas.

Deslocar esse regime implica, antes de tudo, retirar o indivíduo da lógica de decomposição que o sustenta e abrir espaço para outras formas de cuidado, frequentemente desalinhadas com o tempo acelerado da ciência; temporalidades que exigem maturação, hesitação e o cultivo paciente das ideias (Stengers, 2018). Nesse movimento de desaceleração, retorno aos modos de pensamento mobilizados ao longo desta tese, interrogando o que significa, afinal, pensar com números, imagens, palavras e corpos.

Pensar com números, para além do publicado, é questionar incessantemente: o que faz “um”? Que operações, alianças e cortes produzem a unidade? Esta tese nasce justamente do desejo de acompanhar como os números são feitos, e não apenas o que eles iluminam. Criar relações de cuidado com números

que permitam aos corpos fazer alianças com forças vitais (Abel et al., 2023). Cultivar formas de relacionalidade com a alteridade, o que implica uma construção coletiva e responsável do conhecimento que não nega a controvérsia, o conflito, nem a impureza constitutiva dos paradoxos (Puig de la Bellacasa, 2017).

Mais do que identificar unidades estáveis nos números, ou supor a existência de coletividades homogêneas, implica reconhecer a necessidade de produzir unidade entre aqueles que resistem à intensificação global das formas de dominação. Tal unidade se constrói por implicação, sem se fundar na homogeneização. Números capazes de implicar pessoas com diferentes regimes de quantificação; números que abram possibilidades de objetividade e, sobretudo, que encorajem novos modos de compromisso com a vida.

No fundo, talvez o que esteja em jogo seja algo simples e radical: são necessárias muitas pessoas para produzir números. Em um mundo marcado por patologias da solidão, pela culpabilização individual e pela privatização do sofrimento, a produção de números psiquiátricos globais exige colaboração intensa. Eles se fazem no *inter-esse* (Haraway, 2015), nesse estar-entre que articula pessoas, problemas e mundos heterogêneos. A pergunta que se impõe, então, é: a quem interessa enfrentar os problemas complexos da saúde mental em contextos periféricos?

Responder tal pergunta é reconhecer que essa tarefa requer uma trama cuidadosamente composta de alianças humanas e mais-que-humanas. Exige uma encruzilhada de ficções, no sentido radical do termo, capaz de agenciar cientistas, tecnologias, infraestruturas, territórios, comunidades, bairros, vizinhos e laboratórios, mas, sobretudo, pessoas que sustentam, mantêm e fazem existir tais infraestruturas no tempo. A heterogeneidade móvel e arbitrária dos números diz menos sobre uma fragmentação do real e mais sobre a capacidade extensiva de composições instáveis de alianças, nas quais cada número, e seu comum, é sempre uma negociação entre aquilo que se pode quantificar e a vida que insiste em escapar. Pensar com números, assim como pensar com a multiplicidade-vibrátil, é também construir relações de “alteridade significativa” (Puig de la Bellacasa, 2017). Sustentar o risco que se abre quando em vez de buscar garantias em si mesmo, o conhecimento passa a ser concebido como um processo relacional, continuamente transformado pelo encontro com aquilo que escapa à plena compreensão (Glissant, 2005).

As feitura de pensar com números também provocam imaginações. O que

seria imaginar para além do triângulo moderno mobilizado pelos cientistas? Para além da figura hierárquica que organiza o vivido segundo vetores ascendentes de progresso, identidade e estabilização? Significa, antes de tudo, abrir espaço para outros modos de se relacionar com o tempo. Ora, nesse ritmo que aqui se inscreve, pensar com números é, sobretudo, para imaginar em espiral.

O movimento espiral, diferentemente da linha ou do triângulo, introduz um modo de composição no qual o corpo, e, com ele, o próprio conhecimento epidemiológico, deixa de ser segmentado para tornar-se processo relacional e contínuo: curvilíneo. Como sugere Ingold (2007, p.148), em ressonância com a duração bergsoniana, a linha não é um contorno fixo, mas “uma linha que cresce, fluindo a partir da sua ponta que avança, como uma raiz ou uma trepadeira que explora a terra”. Nesse campo aberto, vida, tempo e saber aparecem como materialidades em curso: irregulares, negociadas, atravessadas por fricções, ritmos e descontinuidades.

Nesse imaginário, as seções dos instrumentos, os blocos de perguntas, as escalas e as métricas podem ser revisitados, reabertos, recombinaos, não mais como etapas fixas de uma sequência lógica, mas como momentos de escuta, nos quais a experiência ganha densidade e o dado se torna expressão situada. Nessa perspectiva, aquilo que os cientistas frequentemente nomeiam como “falsos problemas”: falso positivo, falso negativo, normal, patológico, deixa de ser interpretado como erro de mensuração ou da propriedade psicométrica e passa a ser compreendido como problema de vínculo e cuidado, de relacionar com. Isso significa dizer que problemas não se colocam como algo a ser eliminado, configurando-se antes como situações que demandam manutenção, atenção e responsabilidade compartilhada.

São momentos em que o dado não se estabiliza porque a relação que o produz ainda está em composição; porque aquilo que está sendo perguntado não encontra imediatamente uma forma de dizer-se sem fricção. Esses desajustes tornam visível que o conhecimento se constitui por meio da relação. Longe de denunciar apenas uma fragilidade psicométrica, imaginar em espiral expõem os limites de uma objetividade que se pretende descolada da experiência. Pensar com esses “falsos problemas” implica aceitar que a objetividade é sempre situada, relacional e cuidada, algo que se constrói no tempo, na atenção aos vínculos e na disposição de permanecer com aquilo que resiste à estabilização.

Assim, imaginar uma epidemiologia que pensa com números convoca a imagem da espiral. Não se trata de buscar instrumentos mais precisos no sentido estrito, mas de sustentar práticas capazes de acompanhar a vida em sua variação contínua, reconhecendo que produzir dados é, inseparavelmente, produzir relações, e que essas relações importam, exigem manutenção e comprometimento. Imaginar em espiral é devolver à epidemiologia sua dimensão viva: permitir que o erro, variação e anomalias deixem de ser resíduos a eliminar e se tornem forças de tradução e de composição, abrindo espaço para outras formas de escuta e de relação com o sofrimento; futuros, passados, presentes, que remonstam a experiência da vida, necessariamente conjuntos, cuidados no entre.

Fazer números psiquiátricos globais implica, antes de tudo, irradiar palavras capazes de integrar sentidos que emergem de múltiplos territórios. Implica construir um idioma sempre provisório na sua multiculturalidade, e, instável por definição. Traduzir, na trama da composição, recoloca o próprio problema da palavra, da semiótica e da nomeação no centro do trabalho científico, convocando os próprios fazedores desse idioma a responder pelas conexões que produzem.

Nesse sentido, pensar com as palavras refere-se menos à busca de termos que garantam equivalência entre quadros nosológicos distintos, e tampouco à aceitação do custo de taxonomizar as posições do outro como se os signos fossem estáveis e transportáveis sem fricção. Essa confiança moderna na estabilidade do signo sustenta a arquitetura dos instrumentos epidemiológicos, nos quais categorias como *stress*, *trust*, *low mood* ou *anger* circulam como se carregassem um núcleo semântico universal, indiferente às condições materiais, afetivas, históricas e políticas de sua emergência.

Ao contrário, traduzir culturalmente exige pensar com palavras sensíveis a compor mundos. Não palavras exatas, nem corretas, nem definitivamente ajustadas, mas palavras capazes de sentir e de fazer sentir; palavras que se afetam pelos encontros que atravessam e que, ao mesmo tempo, afetam aquilo que tocam. Pensar com palavras sensíveis é recusar a promessa moderna de equivalência sem fricção e assumir a tradução como prática de cuidado. Nesse registro, pensar com palavras é cuidar das conexões semióticas com a vida, aquilo que Haraway (1991) chama de tecnologias semióticas: práticas situadas de fabricar sentido com signos, ideias, descrições e teorias, sempre implicadas nos mundos que ajudam a compor. Os signos, aqui, ultrapassam a função de descrever estruturas ou conceitos, participando

ativamente de sua feitura. Sustentar essa participação implica aceitar que o sentido não se fixa, mantendo-se vivo na relação: vulnerável, negociado e aberto à variação contínua do viver.

Pensar com palavras ‘sensíveis’ é assumir que os sentidos não equivalem: eles se deslocam, se contaminam, se transformam. As palavras, nesse registro, nomeiam experiências para agenciar vínculos, sustentar aproximações provisórias e produzir alianças e disrupções (Puig de la Bellacasa, 2017). Permanecem atentas às diferenças que emergem no encontro: às variações de tom, aos desvios, às hesitações, aos excessos e às faltas que atravessam a experiência. Nesse equívoco produtivo, como propõe Viveiros de Castro (2002), onde a tradução se torna possível, não como uma questão de fato, ou apenas de interesse, mas como uma questão de cuidado com a diferença. Dizer “a mesma coisa” em lugares distintos não corresponde à repetição; implica a composição de diferenças paradoxais em relação e a sustentação de espaços em que o sentido só se torna comum quando se afetam por outras gramáticas do viver.

Assim, aquilo que a epidemiologia costuma tratar como ruído, erro semântico, incongruência entre termos, baixa sensibilidade psicométrica, viés de questionário, pode ser reconhecido como sinal de sensibilidade: indícios de que algo está em jogo na relação e exige atenção às tecnologias semióticas mobilizadas. De tal modo, implica compreender esses ruídos de sentido como aberturas a sentir, cuidar e manter na responsabilidade relacional, e não como falhas a serem anestesiadas (Puig de la Bellacasa, 2017).

Pois o risco reside na captura das palavras por um vocabulário clínico universalizante, que as torna insensíveis aos territórios e às comunidades que as produziram, e não na instabilidade ou na ausência de equivalência imediata das palavras. Quando isso acontece, as palavras deixam de pulsar, deixam de compor, deixam de cuidar. Tornam-se signos estabilizados, incapazes de acompanhar a variação contínua e a força disruptiva do vivido. Pensar com palavras sensíveis, ao contrário, é sustentar a sua vulnerabilidade: permitir que permaneçam abertas ao encontro e capazes de fazer mundo possível com o outro.

Por fim, esses deslocamentos, pensar com números, com imagens, com palavras, que ao longo da tese proponho, acompanho e também desfaço, convergem para um princípio comum: fazer um como prática situada de composição. Um fazer que não antecede a relação, mas emerge dela; que exige pôr o corpo para pensar,

sustentar negociações contínuas e frágeis, e aceitar que toda unidade só se produz na sua tradução com a vida. Não uma unidade resolvida, mas um equilíbrio sempre instável, arriscado.

Entre essas arquiteturas de pensamento que ora afirmam, ora desconstroem a modernidade como régua silenciosa do inteligível, arrisco dizer que cada fragmento participa de uma totalidade que nunca se fecha. As linhas que modelam os números, suas curvas, suas inflexões, seus desvios, são da mesma natureza gráfemica que esculpe o triângulo e seus vértices invertidos; a mesma que inscreve as palavras em suas superfícies móveis; a mesma que, em última instância, traça a linha improvável do encontro entre corpos.

Quando tudo pode se desfazer, sem distinção entre subjetivo e objetivo (Deleuze, 1983), o que resta ultrapassa a dispersão e se apresenta como um emaranhado pulsante: uma malha de conexões provisórias em que os pontos de contato não precedem o ato de tocar, sendo constituídos por ele. A dobra que reconduz a pessoa à palavra mantém viva uma força sem se submeter à visibilidade, uma espécie de gravidade sem corpo que reorganiza o sentido, fazendo-o oscilar entre o que o mundo oferece e aquilo que o mundo retira.

A imagem da fita de Möbius (Guattari & Rolnik, 1996): revela o sujeito duplo da epidemiologia psiquiátrica: na superfície visível, a busca pela clareza e pela universalidade; na face oculta, o escuro que vibra no corpo de quem escuta e no corpo de quem fala, onde o conhecimento de medida se encarna. No ponto de torção, onde o saber se mistura com o sentir, a opacidade se revela fecunda, menos como limite, mais como potência de relação. Nesse espaço, a tradução que cansou da busca por equivalências aproxima-se de convivências; desinteressa-se de reduzir o outro à inteligibilidade e se orienta pelo acolhimento de sua irredutibilidade.

Nesse intervalo vibrante, nesse não-dito que ainda assim reverbera, esboça-se a possibilidade de uma outra psiquiatria epidemiológica, para além de suas próprias lógicas publicáveis, uma que não judicializa o vínculo, mas o hospeda; que não tenta capturar o tempo em uma métrica cronológica, mas que dança com ele em uma coreografia espiralar, acompanhando os ritmos e descontinuidades da vida. Tal encontro científico e técnico, com todo o seu rigor, enraizado na opacidade e aberto à diferença, não se impõe como tribunal da verdade, mas se afirma como espaço de escuta e de tradução viva entre corpos: um lugar onde a palavra, precisamente por sua impossibilidade, em sua zona de sombra, possa enfim existir.

REFERÊNCIAS

- ADAMS, Vincanne. **Metrics: What counts in global health**. Durham: Duke University Press, 2016.
- ALEXANDRINO-SILVA, Clovis et al. **Gender differences in symptomatic profiles of depression: results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey**. *Journal of Affective Disorders*, v. 147, n. 1-3, p. 355-364, 2013.
- ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia sem números: uma introdução crítica à ciência epidemiológica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.
- ALMEIDA FILHO, Naomar de. **O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia?**. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 3, p. 4-20, 2000.
- ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Sobre as relações entre complexidade e transdisciplinaridade em saúde**. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 22, p. 22-30, 2020.
- ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Transdisciplinaridade e saúde coletiva**. *Ciência & saúde coletiva*, v. 2, p. 5-20, 1997.
- ALMEIDA-FILHO, N. **Etnoepidemiología y salud mental: perspectivas desde América Latina**. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, v. 16, e2786, 2020.
- ALMEIDA-FILHO, N. **La ciencia tímida: ensayos de deconstrucción de la epidemiología**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2000.
- ALONSO, Jordi et al. **Treatment gap for anxiety disorders is global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries**. *Depression and anxiety*, v. 35, n. 3, p. 195-208, 2018.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 1st ed. Washington, DC: APA, 1952.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 2nd ed. Washington, DC: APA, 1968.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 3rd ed. Washington, DC: APA, 1980.
- ANDRADE, L. H. S. G. **Epidemiologia dos transtornos mentais no Brasil**. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 93–100, 1994.
- ANDRADE, Laura H. et al. **Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys**. *Psychological Medicine*, v. 44, n. 6, p. 1303-1317, 2014. DOI: 10.1017/S0033291713001943.

ANDRADE, Laura H. et al. **Mental Disorders in Megacities: Findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil.** PLOS ONE, v. 7, n. 2, e31879, 2012. DOI: [10.1371/journal.pone.0031879](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0031879).

ANDRADE, Laura Helena et al. **Days out-of-role due to common physical and mental health problems: results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil.** Clinics, v. 68, n. 11, p. 1392-1399, 2013.

ANDRADE, Laura Helena; VIANA, Maria Carmen. **La encuesta de Salud Mental São Paulo Megacity, Brasil.** Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe, p. 54, 2009.

ANDRADE, Laura; EATON, William W.; CHILCOAT, Howard. **Lifetime comorbidity of panic attacks and major depression in a population-based study: symptom profiles.** The British journal of psychiatry, v. 165, n. 3, p. 363-369, 1994.

ANDREWS, Gavin; PETERS, L. **The psychometric properties of the Composite International Diagnostic Interview.** Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, v. 33, p. 80-88, 1998.

ARIAS, Daniel; SAXENA, Shekhar; VERGUET, Stéphane. **Quantifying the global burden of mental disorders and their economic value.** eClinicalMedicine, v. 54, p. 101675, 2022.

ARTAUD, Antonin. **O teatro e seu duplo.** São Paulo: Martins Fontes, 1984.

AYRES, José Ricardo C. M. et al. **“Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde.”** Cadernos de Saúde Pública, v. 22, n. 2, 2006, p. 375–385.

AYRES, José Ricardo de C. M. **Epidemiologia e emancipação.** São Paulo: Editora Hucitec, 2002

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Sobre o risco: para compreender a epidemiologia.** São Paulo: Hucitec, 1997.

BACHUR, João Paulo. **Assimetrias da antropologia simétrica de Bruno Latour.** Revista Brasileira de Ciências Sociais, v. 31, p. e319209, 2016.

BARNES, B. **Scientific knowledge and sociological theory.** London: Routledge, 1974.

BARTHEL, Roland; SEIDL, Roman. **Interdisciplinary collaboration between natural and social sciences—status and trends exemplified in groundwater research.** PloS one, 2017, vol. 12, no 1, p. e0170754.

BEATON, D. E.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F.; FERREZ, M. B. **Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures.** Spine, v. 25, n. 24, p. 3186–3191, 2000.

BEER, David. **Metric power**. London: Palgrave Macmillan, 2016.

BÉHAGUE, D. P.; LEAL, M. C.; DA SILVA, A. S. **Cultural issues in the construction of indicators of quality of life**. *Social Science & Medicine*, v. 66, n. 8, p. 1699-1709, 2008. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.12.027>

BÉHAGUE, Dominique P. **Taking pills for developmental ails in Southern Brazil: The biologization of adolescence?** *Social Science & Medicine*, 2015, vol. 143, p. 320-328.

BEHAGUE, Dominique P.; TAWIAH, Charlotte; ROSATO, Mikey; SOME, Télésphore; MORRISON, Joanna. **Evidence based policy making: The implications of globally applicable research for context specific problem solving in developing countries**. *Social Science & Medicine*, v. 69, n. 10, p. 1539–1546, 2009.

BIRMAN, Joel. **Genealogia da clínica**. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 2018, vol. 21, no 3, p. 442-464.

BLOOR, D. **Knowledge and social imagery**. London: Routledge & Kegan Paul, 1976.

BOWKER, Geoffrey C.; STAR, Susan Leigh. **Sorting things out: classification and its consequences**. Cambridge, MA: MIT Press, 1999.

BREILH, Jaime. **Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade**. En *Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade*. 2006. p. 317-317.

BREILH, Jaime. **Latin American critical ('social') epidemiology: new settings for an old dream**. *International journal of epidemiology*, 2008, vol. 37, no 4, p. 745-750.

BREILH, Jaime. **Critical epidemiology and the people's health**. Oxford University Press, 2021.

CALLON, Michel. **Some elements of a sociology of translation: domestication of the scallops and the fishermen of St Brieuc Bay**. *The sociological review*, v. 32, n. 1_suppl, p. 196-233, 1984.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. São Paulo: Forense Universitária, 2002.

CAPONI, Sandra (org.). **Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica**. Palhoça: Editora Unisul, 2010.

CAPONI, Sandra. **Biopolítica e medicalização dos anormais**. *Physis: revista de saúde coletiva*, v. 19, n. 2, p. 529-549, 2009.

CAPONI, Sandra. **Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2012.

CARNEIRO, Sueli. **Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil**. Selo Negro, 2015.

CARVALHO, Alexandre Magno Teixeira de. **Trabalho e higiene mental: processo de produção discursiva do campo no Brasil**. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 6, n. 1, p. 133-156, 1999.

CARVALHO, Sérgio Resende et al. **Nosso “futuro psiquiátrico” e a (bio)política da Saúde Mental: diálogos com Nikolas Rose (Parte 4)**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 24, p. e190732, 2020.

CASTIEL, Luis David. **Quem vive mais, morre menos? Estilo de risco e promoção de saúde**. A saúde em debate na educação física, 2003, vol. 1, p. 79-98.

CHIAVEGATTO FILHO, Alexandre Dias Porto et al. **Incremental health expenditure and lost days of normal activity for individuals with mental disorders: results from the São Paulo Megacity Study**. BMC Public Health, v. 15, p. 1-9, 2015.

CHIAVEGATTO FILHO, Alexandre Dias Porto, et al. **Does income inequality get under the skin? A multilevel analysis of depression, anxiety and mental disorders in Sao Paulo, Brazil**. J Epidemiol Community Health, 2013, vol. 67, no 11, p. 966-972.

CLAYTON, Jay. **Genome time: Post-Darwinism then and now**. Critical Quarterly, 2013, vol. 55, no 1, p. 57-74.

CORK, Cliodhna; KAISER, Bonnie N.; WHITE, Ross G. **The integration of idioms of distress into mental health assessments and interventions: a systematic review**. Global Mental Health, v. 6, p. e7, 2019.

CÔRTEZ, Mariana. **Diabo e fluoxetina: pentecostalismo e psiquiatria na gestão da diferença**. Appris Editora e Livraria Eireli-ME, 2017.

DA SILVA TELLES, Vera. **A cidade nas fronteiras do legal e ilegal**. Argumentum, 2010.

DA SILVA TELLES, Vera. **Cidade: produção de espaços, formas de controle e conflitos**. Revista de Ciências Sociais: RCS, v. 46, n. 1, p. 15-41, 2015.

DARWIN, C. **On the Origin of Species by Means of Natural Selection**. London: John Murray, 1859.

DAS, Veena. **Affliction: health, disease, poverty**. Fordham Univ Press, 2015.

DAS, Veena. **Life and Words: Violence and the Descent into the Ordinary**. Univ of California Press, 2006.

DASTON, Lorraine; GALISON, Peter L. *Objectivity*. Princeton University Press, 2021.

DE AGUIAR, Adriano Amaral. **A psiquiatria no divã: Entre as ciências da vida e a medicalização da sociedade**. Relume Dumará, 2016.

DE CASTRO, Eduardo Viveiros. **Intensive filiation and demonic alliance**. *Deleuzian intersections: Science, technology, anthropology*, p. 219-253, 2010.

DE CASTRO, Eduardo Viveiros. **Perspectivism and Multinaturalism**. *The land within indigenous territory and the perception of the environment*, 2005, no 112, p. 36.

DE CASTRO, Eduardo Viveiros. **Metafísicas canibais: elementos para uma antropologia pós-estrutural**. Ubu Editora LTDA-ME, 2018.

DEAN, Mitchell. **A genealogy of the government of poverty**. *Economy and Society*, v. 21, n. 3, p. 215-251, 1992.

DELGADO, Graciela Velázquez. **El sueño de la objetividad: historiografía y posmodernidad en el siglo XX**. *La Razón histórica: revista hispanoamericana de historia de las ideas políticas y sociales*, 2014, no 26, p. 1-29.

DELEUZE, Gilles. **Diferença e repetição**. Tradução de Luiz Orlandi. São Paulo: Graal, 2006. (Trabalho original publicado em 1968).

DESPRET, Vinciane. **What would animals say if we asked the right questions?** Minneapolis: University of Minnesota Press, 2016.

DESROSIÈRES, Alain. **The politics of large numbers: A history of statistical reasoning**. Harvard University Press, 1998.

DUNKER, Christian Ingo Lenz; KYRILLOS NETO, Fuad. **A crítica psicanalítica do DSM-IV: breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria**. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 14, p. 611-626, 2011.

Dupré, J. **Postgenomic Darwinism**. In J. Hodge & G. Radick (Eds.), *The Cambridge Companion to Darwin* (pp. 387–407). Cambridge University Press. 2010.

DURAS, Marguerite. **Escrever**. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

ELLIOTT, Denielle; THOMAS, Timothy K. **Lost in translation? On collaboration between anthropology and epidemiology**. *Medicine Anthropology Theory*, v. 4, n. 2, 2017.

ESSAU, Cecilia A.; WITTCHEN, Hans-Ulrich. **An overview of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI)**. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 1993.

FANON, Frantz. **Peau noire, masques blancs**. Paris: Éditions du Seuil, 1952. (Ed. port.: *Pele negra, máscaras brancas*. Salvador: EDUFBA, 2008.)

FELTRAN, Gabriel. **Irmãos: uma história do PCC**. Editora Companhia das Letras, 2018.

FERREIRA DA SILVA, Denise. **A dívida impagável**. São Paulo: Oficina de Imaginação Política e Living Commons, 2019

FIGUEIREDO, Gustavo de Oliveira, et al. **Discussão e construção da categoria teórica de vulnerabilidade social**. Cadernos de Pesquisa, 2017, vol. 47, no 165, p. 796-818.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica: uma arqueologia do olhar médico**. 6. ed. Tradução de Vera Porto Carrero. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977. (Obra original publicada em 1963).

FOUCAULT, Michel. **A vontade de saber**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1979. (Trabalho original publicado em 1976).

FOUCAULT, Michel. **As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas**. 9. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, Michel. **O poder psiquiátrico: curso no Collège de France (1973–1974)**. Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, Michel. **Segurança, território, população**: curso dado no Collège de France (1977-1978). Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FROST, Robert. **The road not taken**. In: FROST, Robert. Mountain interval. New York: Henry Holt and Company, 1916. Reimpresso em diversas edições.

FUCHS, Thomas. **Time, the Body, and the Other in Phenomenology and Psychopathology**. Time and body, 2020, p. 12-40.

GARCÍA CANCLINI, Néstor. **Culturas híbridas: estrategias para entrar y salir de la modernidad**. 1989.

GLISSANT, Édouard. **Tratado do Todo Mundo**. São Paulo: N 1 Edições, 1. ed., 2024. ISBN 978 65 61190 17 6.

GOOD, Byron J. **Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective**. Cambridge University Press, 1994.

HACKING, I. **Making Up People**. London Review of Books, v. 28, n. 16, 1986.

HACKING, Ian. **Historical ontology**. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2007.

HACKING, Ian. **Kinds of people: Moving targets**. En Proceedings-British Academy. Oxford University Press Inc., 2007. p. 285.

HACKING, Ian. **The Looping Effects of Human Kinds**. In: STEIER, F. (Ed.) *Stabilizing the Unstable: Social Constructionism and Social Theory*, 1995.

HACKING, Ian. **The self-vindication of the laboratory sciences**. *Science as practice and culture*, 1992, vol. 30.

HACKING, Ian. **The social construction of what?** Cambridge: Harvard University Press, 1999.

HACKING, Ian. **The taming of chance**. Cambridge University Press, 1990.

HACKING, Ian. **The emergence of probability: A philosophical study of early ideas about probability, induction and statistical inference**. Cambridge University Press, 2006.

HALL, Brian K. **Evolutionary developmental biology**. Springer Science & Business Media, 2012.

HAMBLETON, R. K.; PATSULA, L. **Adapting tests for use in multiple languages and cultures**. *Social Indicators Research*, v. 46, n. 1-3, p. 153–173, 1999.

HARAWAY, Donna J. **Modest_Witness@Second_Millennium. FemaleMan Meets OncoMouse: Feminism and Technoscience**. New York: Routledge, 1997

HARAWAY, Donna J. *Situated knowledges: The science question in feminism and the privilege of partial perspective*. *Feminist Studies*, 1988, v. 14, n. 3, p. 575–599.

HARAWAY, Donna J. **Staying with the trouble: making kin in the Chthulucene**. Durham: Duke University Press, 2016.

HARAWAY, Donna. **Simians, cyborgs, and women: The reinvention of nature**. Routledge, 2013.

HARAWAY, Donna. **Situated knowledges: the science question in feminism and the privilege of partial perspective**. *Feminist Studies*, v. 14, n. 3, p. 575–599, 1988.

HARDING, Sandra G. **The science question in feminism**. Cornell University Press, 1986.

HARDING, Sandra. **Whose science? Whose knowledge?** Thinking from women's lives. Cornell University Press, 1991.

HARKNESS, J. A.; PENNELL, B. E.; SCHOUA-GLUSBERG, A. **Translation procedures and translation assessment in the World Mental Health Survey Initiative**. In: KESSLER, R. C.; ÜSTÜN, T. B. (Eds.).

HARTOG, F. **Regimes de historicidade: Presentismo e experiências do tempo**. Tradução de Katia Nóbrega. Belo Horizonte: Autêntica, 2013.

HESS, David J. **Undone science: Social movements, mobilized publics, and industrial transitions**. MIT Press, 2016.

HOLMES, Dave. **Police and pastoral power: Governmentality and correctional forensic psychiatric nursing**. Nursing Inquiry, 2002, vol. 9, no 2, p. 84-92.

HOLMES, David. **Police and pastoral power: governmentality and the politics of health**. Economy and Society, Londres, v. 31, n. 1, p. 1–26, 2002.

HUGHES, Charles C. **Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal Experience**. The Journal of Nervous and Mental Disease 178(3):p 210-211, March 1990.

HUGHES, Charles C. **The culture-bound syndromes and psychiatric diagnosis**. Culture and psychiatric diagnosis: A DSM-IV perspective, p. 289-307, 1996.

INGOLD, T. **Lines: A Brief History**. London: Routledge, 2007.

INGOLD, Tim. Evolving skills. **Alas, poor Darwin: Arguments against evolutionary psychology**, p. 273-297, 2000.

INGOLD, Tim. Rethinking the animate, re-animating thought. **Ethnos**, v. 71, n. 1, p. 9-20, 2006.

INGOLD, Tim. **When biology goes underground: genes and the spectre of race**. Genomics, Society and Policy, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 23–37, 2008.

INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION (IHME). **Mental Health Research Library**. Disponível em: <https://www.healthdata.org/research-analysis/health-risks-issues/mental-health-research-library>. Acesso em: 7 abr. 2025.

JASANOFF, Sheila. **States of knowledge: the co-production of science and social order**. London: Routledge, 2004.

JASPER, K. **General Psychopathology**. Vol. 1. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press. 1997.

JASPERS, Karl. General psychopathology. JHU Press, 1997.

KAISER, Bonnie N.; WEAVER, Lesley Jo. **Culture-bound syndromes, idioms of distress, and cultural concepts of distress: New directions for an old concept in psychological anthropology**. Transcultural Psychiatry, v. 56, n. 4, p. 589-598, 2019.

KARPF, A. **Antropologia no laboratório: experiências de etnografia nas ciências exatas**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2000.

KELLER, Evelyn Fox. **Reflections on gender and science**. Yale University Press, 1995.

KENDELL, Robert Evan et al. **Diagnostic criteria of American and British psychiatrists**. Archives of General Psychiatry, v. 25, n. 2, p. 123-130, 1971.

KENDELL, Robert Evan. **The role of diagnosis in psychiatry**. Blackwell Scientific Publications, 1975.

KESSLER, R. C.; ANDREWS, G.; COLPE, L. J.; HIRIPI, E.; MROCZEK, D. K.; NORMAND, S. L.; ZASLAVSKY, A. M. **Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress**. Psychological Medicine, v. 33, n. 6, p. 1071–1082, 2003.

KESSLER, R. C.; ÜSTÜN, T. B. **The world mental health survey initiative and the development of the World Mental Health (WMH) measures**. International Journal of Methods in Psychiatric Research, v. 13, n. 2, p. 112–121, 2004.

KESSLER, Ronald C. et al. **Anxious and non-anxious major depressive disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys**. Epidemiology and Psychiatric Sciences, v. 24, n. 3, p. 210-226, 2015. DOI: 10.1017/S2045796015000189.

KESSLER, Ronald C. et al. **Composite International Diagnostic Interview screening scales for DSM-IV anxiety and mood disorders**. Psychological Medicine, v. 43, n. 8, p. 1625-1637, 2013.

KESSLER, Ronald C. et al. **Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication**. Archives of General Psychiatry, v. 62, n. 6, p. 593–602, 2005.

KESSLER, Ronald C. et al. **Methodological studies of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) in the US national comorbidity survey (NCS)**. International Journal of Methods in Psychiatric Research, v. 7, n. 1, p. 33-55, 1998.

KESSLER, Ronald C. et al. **The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys**. Epidemiology and Psychiatric Sciences, v. 18, n. 1, p. 23-33, 2009.

KESSLER, Ronald C.; ÜSTÜN, T. Bedirhan. **The World Mental Health (WMH) Survey Initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI)**. International Journal of Methods in Psychiatric Research, v. 13, n. 2, p. 93-121, 2004.

KIRMAYER, Laurence J. **Beyond the ‘new cross-cultural psychiatry’: Cultural biology, discursive psychology and the ironies of globalization**. Transcultural psychiatry, v. 43, n. 1, p. 126-144, 2006.

KIRMAYER, Laurence J. et al. **Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment**. Journal of clinical psychiatry, v. 62, p. 22-30, 2001.

KIRMAYER, Laurence J.; LEMELSON, Robert; BARAD, Madeleine (org.). **Re-visioning psychiatry: cultural phenomenology, critical neuroscience, and global mental health**. Cambridge: Cambridge University Press, 2017.

KIRMAYER, Laurence. J. 2000: Broken narratives: **Clinical encounters and the poetics of illness experience**. Narrative and the cultural construction of illness and healing, ed. C. Mattingly and L. Garro. Berkeley: Univ. of California Press, p. 153-180.

KLEINMAN, Arthur M. **Depression, somatization and the “new cross-cultural psychiatry”**. Social Science & Medicine (1967), v. 11, n. 1, p. 3-9, 1977.

KLEINMAN, Arthur. Anthropology and psychiatry: **The role of culture in cross-cultural research on illness**. The British Journal of Psychiatry, v. 151, n. 4, p. 447-454, 1987.

KLEINMAN, Arthur. **Rethinking psychiatry: from cultural category to personal experience**. New York: Free Press, 1988.

KLEINMAN, Arthur. **Susto: a folk illness**. JAMA, v. 255, n. 23, p. 3310-3311, 1986.

KLEINMAN, Arthur. **The illness narratives: suffering, healing, and the human condition**. New York: Basic Books, 1988.

KLEINMAN, Arthur. **The illness narratives: suffering, healing, and the human condition**. New York: Basic Books, 1988.

KLEINMAN, Arthur; GOOD, Byron (Ed.). **Culture and depression: Studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder**. Univ of California Press, 1985.

KNORR CETINA, Karin. **Epistemic Cultures: How the Sciences Make Knowledge**. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1999.

KNORR-CETINA, Karin D. **Social and scientific method or what do we make of the distinction between the natural and the social sciences?** Philosophy of the Social Sciences, v. 11, n. 3, p. 335-359, 1981.

KNORR-CETINA, Karin. **The manufacture of knowledge: an essay on the constructivist and contextual nature of science**. Oxford: Pergamon Press, 1981.

KOVRT, Brandon A. et al. **Cultural concepts of distress and psychiatric disorders: literature review and research recommendations for global mental health epidemiology**. International Journal of Epidemiology, v. 43, n. 2, p. 365-406, 2014.

KROPF, Simone Petraglia; FERREIRA, Luiz Otávio. **A prática da ciência: uma etnografia no laboratório**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 4, p. 589-597, 1997.

LAGUARDIA, Josué. **No fio da navalha: anemia falciforme, raça e as implicações no cuidado à saúde**. Revista Estudos Feministas, 2006, vol. 14, p. 243-262.

Latour, B. (1991). **The Impact of Science Studies on Political Philosophy**. Science, Technology, & Human Values.
<https://doi.org/10.1177/016224399101600101>.

LATOUR, Bruno et al. **Faturas/Fraturas: da noção de rede à noção de vínculo**. Ilha – Revista de Antropologia, v. 17, n. 2, p. 123-146, 2015.

LATOUR, Bruno. **Give me a laboratory and I will raise the world**. Science observed: Perspectives on the social study of science, p. 141-170, 1983.

LATOUR, Bruno. **Nunca fuimos modernos: ensayos de antropología simétrica**. Siglo XXI editores, 2022.

LATOUR, Bruno. **Reassembling the social: an introduction to actor-network-theory**. Oxford: Oxford University Press, 2005.

LATOUR, Bruno. **Reflexão sobre o culto moderno dos deuses fe(i)tiches**. Tradução de Eduardo Viveiros de Castro. Bauru: EDUSC, 2002.

LATOUR, Bruno. **Science in action: How to follow scientists and engineers through society**. Cambridge: Harvard University Press, 1987.

LATOUR, Bruno. **We Have Never Been Modern**. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1991.

LATOUR, Bruno; SALK, Jonas; WOOLGAR, Steve. **Laboratory life: The construction of scientific facts**. Los Angeles: Sage, 2013.

LAURELL, Asa Cristina. **Acerca de la reconceptualización de la epidemiología**. Salud problema, 1982, no 8, p. 5-9.

LAW, John. **After method: Mess in social science research**. London: Routledge, 2004.

LAW, John. **Notes on the theory of the actor-network: ordering, strategy, and heterogeneity**. Systems Practice, Dordrecht, v. 5, n. 4, p. 379–393, 1992.

LAW, John. **Teoria ator-rede e semiótica material**. In: Dossiê Bruno Latour. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2021. p. 37-66.

LE GUIN, Ursula K. **Nós somos vulcões**. Chão de Feira, 1986.

LEAL, Erotildes Maria; SERPA JUNIOR, Octavio Domont de. **Acesso à experiência em primeira pessoa na pesquisa em Saúde Mental**. Ciência & Saúde Coletiva, 2013, vol. 18, p. 2939-2948.

LEWIS-FERNÁNDEZ, Roberto et al. **Cultural formulation interview (CFI)**. In: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Washington, DC: APA, 2013. p. 749–759

LEWIS-FERNÁNDEZ, Roberto. **Cultural formulation of psychiatric diagnosis**. Culture, Medicine & Psychiatry, v. 20, n. 2, 1996.

LUPTON, Deborah. **The imperative of health: public health and the regulated body**. London: SAGE Publications, 1995.

LYNCH, Michael. **Art and artifact in laboratory science: a study of shop work and shop talk in a research laboratory**. London: Routledge & Kegan Paul, 1985.

LYNCH, Michael. **Discipline and the material form of images: An analysis of scientific visibility**. Social studies of science, v. 15, n. 1, p. 37-66, 1985.

MALDONADO CASTAÑEDA, Oscar Javier; MOREIRA, T. **Metrics in global health: Situated differences in the valuation of human life**. 2019.

MARTINS, Leda Maria. **Performances do tempo espiralar: poéticas do corpo-tela**. Rio de Janeiro: Cobogó, 2021. ISBN 978-65-5691-043-7.

MASSONI, Neusa Teresinha; MOREIRA, Marco Antonio. **A visão etnográfica de Bruno Latour da ciência moderna e a antropologia simétrica**. Revista Brasileira de Ensino de Ciência e Tecnologia. Ponta Grossa. Vol. 10, n. 3 (set./dez. 2017), p. 61-80, 2017.

MAYR, Ernst. **The growth of biological thought: Diversity, evolution, and inheritance**. Harvard University Press, 1982.

MCKINNON, Susan. **On kinship and marriage: a critique of the genetic and gender calculus of evolutionary psychology**. Complexities: Beyond nature and nurture, p. 106-31, 2005.

MOHANTY, Chandra Talpade. **Under Western Eyes: Feminist Scholarship and Colonial Discourses**. boundary 2, v. 12/13, p. 333 358, 2003.

MOL, Annemarie. **The body multiple: ontology in medical practice**. Durham: Duke University Press, 2002.

MOL, Annemarie. **The body multiple: Ontology in medical practice**. Duke University Press, 2002.

MORAES, Alana; PARRA, Henrique Z. M. **Laboratórios do Comum: experimentações políticas de uma ciência implicada**. Revista do Centro de Pesquisa e Formação – SESC/SP, n. 10, p. 113-139, ago. 2020. Dossiê: Saúde e Cultura: Fronteiras e Intersecção

MUELLER, T. W.; McLELLAN, D. L.; POOLE, P. S. **Cross-cultural adaptation and psychometric validation of a health-related quality of life instrument.** International Journal of Public Health, v. 60, n. 1, p. 29-37, 2015.

MURRAY, Christopher J. L.; LOPEZ, Alan D. **The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020.** Cambridge, MA: Harvard School of Public Health, 1996.

NICHTER, Mark. **Idioms of distress revisited.** Culture, Medicine, and Psychiatry, v. 34, p. 401-416, 2010.

NICHTER, Mark. **Idioms of distress revisited.** Culture, Medicine, and Psychiatry, v. 34, n. 2, p. 401-416, 2010.

NICHTER, Mark. Idioms of distress: **Alternatives in the expression of psychosocial distress: A case study from South India.** Culture, medicine and psychiatry, v. 5, n. 4, p. 379-408, 1981.

NOCK, Matthew K. et al. **Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Survey.** The Lancet, v. 370, n. 9591, p. 849-860, 2008. DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61477-2.

NORA, P. **Entre memória e história: A problemática dos lugares.** Revista Projeto História, n. 10, p. 7–28, 1993.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade.** Porto Alegre: Sulina, 2009.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade.** Porto Alegre: Sulina, 2009.

PATEL, Vikram; CHISHOLM, Dan; PARSONS, Linda; et al. **Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: key messages from Disease Control Priorities, 3rd edition.** The Lancet, v. 387, n. 10028, p. 1672–1685, 2016.

PEDERSEN, Marcela; SILVA, Kenia. **O “tempo Negro” em Achille Mbembe e a crítica ao tempo linear.** Revista Crítica de Ciências Sociais, 2025, no 137, p. 5-24.

PUIG DE LA BELLACASA, Maria. **Matters of care: speculative ethics in more than human worlds.** Minneapolis: University of Minnesota Press, 2017.

PUWAR, Nirmal. **Space Invaders: Race, Gender and Bodies Out of Place.** Oxford: Berg, 2004.

RABELO, Miriam C. M.; ALVES, Paulo C.; SOUZA, Iara M. **Experiência de doença e narrativa.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

REED, Victoria et al. **To what degree does the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) correctly identify DSM-IV disorders? Testing validity issues in a clinical sample.** International Journal of Methods in Psychiatric Research, v. 7, n. 3, p. 142-155, 1998.

RICOEUR, Paul. **Sobre a Tradução.** Tradução de Arnaldo Rodrigues. São Paulo: Perspectiva, 2009.

ROBINS, Lee N. et al. **The Composite International Diagnostic Interview: an epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures.** Archives of general psychiatry, v. 45, n. 12, p. 1069-1077, 1988.

ROMANES, George John. **The Darwinism of Darwin, and of the post-Darwinian schools.** Open Court Publishing Company, 1895.

ROSE, Diana; THORNICROFT, Graham; SLADE, Mike. **Who decides what evidence is? Developing a multiple perspectives paradigm in mental health.** Acta Psychiatrica Scandinavica, 2006, vol. 113, p. 109-114.

ROSE, N. **Inventing ourselves: Psychology, power, and personhood.** Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

ROSE, Nikolas S. **Our psychiatric future: The politics of mental health.** Cambridge: Polity Press, 2018.

ROSE, Nikolas. **Governing Risky Individuals: The Role of Psychiatry in New Regimes of Control.** In: Governing Risks. London: Routledge, 2021. p. 485-503.

ROSE, Nikolas. **Our psychiatric future.** John Wiley & Sons, 2018.

ROSE, Nikolas. **Our psychiatric future: the politics of mental health.** Cambridge: Polity Press, 2019.

ROSE, Nikolas. **The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century.** Princeton: Princeton University Press, 2007.

ROSE, Nikolas; MILLER, Peter. "Political Power beyond the State: Problematics of Government." British Journal of Sociology, 43(2), 1992.

ROLNIK, Suely Belinha. Cartografia sentimental da América: produção do desejo na era da cultura industrial. 1987.

SAFATLE, Vladimir. **O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem.** Scientiae Studia, v. 9, p. 11-27, 2011.

SAFATLE, Vladimir. **Uma certa latitude: Georges Canguilhem, biopolítica e vida como errância.** Scientiae Studia, v. 13, n. 2, p. 335-367, 2015.

SAMPAIO, José Jackson Coelho. **Epidemiologia da imprecisão: processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia**. Editora Fiocruz, 1998.

SAMPAIO, José Jackson Coelho. **Epidemiologia da imprecisão: processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia**. Editora Fiocruz, 1998.

SANDÍN, Bonifacio. **DSM-5: ¿ Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales?**. Revista de psicopatología y psicología clínica, v. 18, n. 3, 2013.

SANTANA, Geilson Lima et al. **The epidemiology of personality disorders in the São Paulo Megacity general population**. PloS One, v. 13, n. 4, e0195581, 2018.

SCHADT, H. **Die Darstellungen der Arbores consanguinitatis und der Arbores affinitatis: Bildschemata in juristischen Handschriften**. Tübingen: Wasmuth, 1982.

SCOTT, Joan W. **The evidence of experience**. Critical Inquiry, Chicago, v. 17, n. 4, p. 773–797, Summer 1991.

SEPA JÚNIOR, Antônio Carlos. **Psicopatologia e fenomenologia**. São Paulo: Escuta, 2013.

SHAHAB, Mona et al. **Implementing the TRAPD model for the Saudi adaptation of the world mental health composite international diagnostic interview 3.0**. International journal of mental health systems, v. 13, p. 1-7, 2019.

SHAPIN, Steven. **Here and everywhere: Sociology of scientific knowledge**. Annual Review of Sociology, v. 21, n. 1, p. 289-321, 1995.

SHAPIN, Steven. **Here and everywhere: sociology of scientific knowledge**. Annual Review of Sociology, Palo Alto, v. 21, p. 289–321, 1995.

SHORTER, Edward. **The history of DSM**. In: **Making the DSM-5: Concepts and controversies**. New York, NY: Springer New York, 2013. p. 3-19.

SILVEIRA, Camila Magalhães et al. **Sociodemographic correlates of transitions from alcohol use to disorders and remission in the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil**. Alcohol and Alcoholism, v. 46, n. 3, p. 324-332, 2011.

SPIVAK, Gayatri Chakravorty. **The politics of translation**. En The translation studies reader. Routledge, 2021. p. 320-338.

SPIVAK, Gayatri Chakravorty. **Translation as Culture**. In: The Translation Studies Reader. 3. ed. London: Routledge, 2012. p. 397-406.

STANGHELLINI, Giovanni; ROSFORT, René. **Empathy as a sense of autonomy**. Psychopathology, 2013, vol. 46, no 5, p. 337-344.

STENGERS, Isabelle. **Cosmopolitics I**. Minneapolis: University of Minnesota Press, 2010.

STENGERS, Isabelle. **Experimenting with refrains: Subjectivity and the challenge of escaping modern dualism**. *Subjectivity*, v. 22, n. 1, p. 38-59, 2008.

STENGERS, Isabelle. **Power and invention: Situating science**. U of Minnesota Press, 1997.

STORENG, K. T., & BÉHAGUE, D. P. **“Playing the Numbers Game”: Evidence-based Advocacy and the Technocratic Narrowing of the Safe Motherhood Initiative**. *Medical Anthropology Quarterly*, 28(2), 260. 2014.
<https://doi.org/10.1111/maq.12072>.

STRAND, Michael. **Where do classifications come from? The DSM-III, the transformation of American psychiatry, and the problem of origins in the sociology of knowledge**. *Theory and Society*, v. 40, n. 3, p. 273-313, 2011.

STRATHERN, Marilyn. **Partial connections**. Walnut Creek: AltaMira Press, 2004.

STRATHERN, Marilyn. **Reproducing the future: essays on anthropology, kinship and the new reproductive technologies**. Manchester University Press, 1992.

SUMMERFIELD, Derek. **Afterword: against “global mental health”**. *Transcultural Psychiatry*, v. 49, n. 3–4, p. 519–530, 2012.

SVENAEUS, Fredrik. **Illness as unhomelike being-in-the-world: Heidegger and the phenomenology of medicine**. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 2011, vol. 14, no 3, p. 333-343.

SY, Anahi. **Socio/Ethno-epidemiologies: proposals and possibilities from the Latin American production**. En *Latin American perspectives on the sociology of health and illness*. Routledge, 2020. p. 74-88.

SZABZON, Felipe, et al. **Reframing the method: Report on the adaptation of an ethnographic study to virtual collaborative research on mental health in a low-income neighbourhood during the COVID-19 pandemic in Sao Paulo, Brazil**. *SSM-Qualitative Research in Health*, 2024, vol. 5, p. 100417.

SZTUTMAN, Renato. **Reativar a feitiçaria e outras receitas de resistência-pensando com Isabelle Stengers**. *Revista do Instituto de Estudos Brasileiros*, n. 69, p. 338-360, 2018.

TAVARES, Bruno. **PCC usa grupo de WhatsApp “QueeBraadAs” para definir punições a integrantes da facção e moradores de favelas; seis suspeitos são presos**. G1 São Paulo, São Paulo, 7 jan. 2026. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2026/01/07/pcc-usa-grupo-de-whatsapp-quebraadas-para-definir-punicoes-a-integrantes-da-facciao-e-moradores-de-favelas-6-suspeitos-sao-presos.ghml>. Acesso em: 22 jan. 2026.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. **O comum e a saúde**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 27–38, 2015.

TELLES, Vera da Silva et al. **Cidade e práticas urbanas: nas fronteiras incertas entre o ilegal, o informal e o ilícito**. Estudos avançados, v. 21, p. 173-191, 2007.

TELLES, Vera da Silva. **Mutações do trabalho e experiência urbana**. Tempo social, v. 18, p. 173-195, 2006.

TELLES, Vera da Silva; HIRATA, Daniel Veloso. **Ilegalismos e jogos de poder em São Paulo**. Tempo social, v. 22, p. 39-59, 2010.

TESTA, Mario. **Saber en salud: la construcción del conocimiento**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

TIBLE, Jean. Política Selvagem. **São Paulo: GLAC edições & n-1 edições**, 2022.

The WHO World Mental Health Surveys: **Global perspectives on the epidemiology of mental disorders** (pp. 91–113). Cambridge University Press, 2004.

THOMAS, Felicity. **Care as relational practice: situating ethics, affect and politics**. Social & Cultural Geography, Londres, v. 17, n. 6, p. 1–15, 2016.

THORNICROFT, Graham et al. **Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries**. British Journal of Psychiatry, v. 210, n. 2, p. 119-124, 2017. DOI: 10.1192/bjp.bp.116.188078.

TRAWEK, Sharon. **“Feminist Perspectives on Science Studies”**: Commentary. 1988.

TRAWEK, Sharon. **Beamtimes and lifetimes: the world of high energy physicists**. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1988.

TSING, Anna Lowenhaupt. **Friction: an ethnography of global connection**. Princeton: Princeton University Press, 2005.

TSING, Anna Lowenhaupt. **O cogumelo no fim do mundo: sobre a possibilidade de vida nas ruínas do capitalismo**. São Paulo: Ubu Editora, 2019.

VALE, João do; CÂNDIDO, José. **Carcará**. Gravada por Maria Bethânia, 1965.

VIANA, Maria Carmen et al. **São Paulo Megacity Mental Health Survey - a population-based epidemiological study of psychiatric morbidity in the São Paulo metropolitan area: aims, design and field implementation**. Brazilian Journal of Psychiatry, v. 31, p. 375-386, 2009.

VIANA, Maria Carmen; ANDRADE, Laura Helena. **Lifetime prevalence, age and gender distribution and age-of-onset of psychiatric disorders in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil: results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey**. Brazilian Journal of Psychiatry, v. 34, p. 249-260, 2012.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. **Filiação intensiva e aliança demoníaca**. Novos Estudos CEBRAP, n. 77, p. 91–126, 2007.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. **O nativo é relativo: ensaios de antropologia social**. São Paulo: Cosac Naify, 2002.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. **Os pronomes cosmológicos e o perspectivismo ameríndio**. Mana, v. 2, n. 2, p. 115–144, 1996.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. **Perspectival anthropology and the method of controlled equivocation**. Tipiti: Journal of the Society for the Anthropology of Lowland South America, v. 2, n. 1, p. 3–22, 2004.

WEAVER, Lesley Jo; KRUPP, Karl; MADHIVANAN, Purnima. **Conceptual and methodological challenges in idioms of distress research: Common questions and a step-by-step guide**. *Transcultural Psychiatry*, v. 59, n. 4, p. 399-412, 2022.

WHITEHEAD, Alfred N. **Science and the Modern World**. New York: Macmillan, 1925.

WILD, D.; GROVE, A.; MARTIN, M.; EREMENCO, S.; BEATO, J.; GUILLEMIN, F. **Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: Report of the ISPOR task force for translation and cultural adaptation**. *Value in Health*, v. 8, n. 2, p. 94-104, 2005.

WILSON, Mitchell. **DSM-III and the transformation of American psychiatry: A history**. *American Journal of Psychiatry*, v. 150, p. 399-399, 1993.

WING, J. K. et al. **SCAN: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry**. *Archives of General Psychiatry*, v. 47, n. 6, p. 589-593, 1990. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1990.01810220047007>. Acesso em: 14 abr. 2025.

WITTCHEN, Hans-Ulrich. **Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review**. *Journal of Psychiatric Research*, v. 28, n. 1, p. 57-84, 1994.

WOOLGAR, Steve. **The turn to technology in social studies of science**. *Science, Technology, & Human Values*, v. 16, n. 1, p. 20-50, 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mental health action plan 2013–2020**. Geneva: WHO, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World mental health report: transforming mental health for all**. Geneva: WHO, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF PRIMARY CARE (ICPC). **International Classification of Primary Care: ICPC-2**. Geneva: WHO, 2000.

Wyer, M., Barbercheck, M., Cookmeyer, D., Ozturk, H., & Wayne, M. (2013).
Women, science, and technology: A reader in feminist science studies. Routledge.

ZABALETA, Omar García. **La construcción del DSM. Theoria: an international journal for theory, history and foundations of science**, v. 34, n. 3, p. 441-460, 2019.

ZABALETA, Omar García. **The construction of the DSM: Genealogy of a sociopolitical product.** THEORIA. An International Journal for Theory, History and Foundations of Science, v. 34, n. 3, p. 441-460, 2019.

ZAHAVI, Dan. **Self and other: Exploring subjectivity, empathy, and shame.** OUP Oxford, 2014.

ANEXO A –TRADUÇÃO DAS PERGUNTAS DO CIDI 5.0
VERSÃO EM PORTUGUÊS BRASILEIRO

Tabela 12 Tradução Pergunta H19, SEÇÃO HE: SUA SAÚDE, CIDI 5.0

HE19. (RB, PG 3) Nos últimos 30 dias, com que frequência você teve cada um dos seguintes tipos de dor?	
(SE NECESSÁRIO: Nos últimos 30 dias, com que frequência você teve este tipo de dor? / Todo ou quase todo o tempo, a maior parte do tempo, algum tempo, pouco tempo ou nunca?)	
Todo ou quase todo o tempo, a maior parte do tempo, algum tempo, pouco tempo ou nunca?	
a.	Dor nas costas – todo ou quase todo o tempo, a maior parte do tempo, algum tempo, pouco tempo ou nunca?
b.	Dor nos braços, pernas, joelhos, quadris ou articulações
c.	Dor de cabeça
d.	Dor no peito ou falta de ar
e.	Problemas estomacais ou intestinais

Fonte: WANG et al. Tabela do CIDI 5.0. Núcleo Epidemiológico Psiquiátrico (NEP), 2024. Documento interno (não publicado).

Tabela 13 Tradução Pergunta HE 23, SEÇÃO HE: SUA SAÚDE, CIDI 5.0

HE23. (RB, PG 4) Nos últimos 30 dias, quanto os problemas relacionados à sua saúde emocional ou ao uso de substâncias interferiram na sua vida de cada uma das seguintes formas?	
(SE NECESSÁRIO: Nos últimos 30 dias, quanto os problemas relacionados à sua saúde emocional ou ao uso de substâncias interferiram em... / Extremamente, muito, moderadamente, um pouco ou nada?)	
Extremamente, muito, moderadamente, um pouco ou nada	
a.	Na organização do seu lar, como limpar, fazer compras ou cozinhar –

extremamente, muito, moderadamente, um pouco ou nada?
b. Na qualidade do seu trabalho ou estudo
c. Na sua vida social
d. Nos seus relacionamentos pessoais mais próximos

Fonte: WANG et al. Tabela de tradução do CIDI 5.0. Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica (NEP), 2024. Documento interno (não publicado).

Tabela 14 Tradução Pergunta SH11, SEÇÃO SH: AUTO-MUTILAÇÃO, CIDI 5.0

SH11. Pessoas que pensam em querer morrer frequentemente fazem coisas perigosas para testar o destino, como atravessar a rua sem olhar o trânsito ou realizar outras ações em que possam se machucar. Com que frequência na sua vida você já fez coisas assim para testar o destino – muito frequentemente, frequentemente, às vezes, raramente ou nunca?
Muito Frequentemente
Frequentemente
Às vezes
Raramente
Nunca IR PARA CKPT.SH16

Fonte: WANG et al. Tabela de tradução do CIDI 5.0. Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica (NEP), 2024. Documento interno (não publicado).

Tabela 15 Tradução Pergunta DE2, SEÇÃO DE: DEPRESSÃO, CIDI 5.0

DE2. RB, PG 3) Nos últimos 30 dias, com que frequência você...
(SE NECESSÁRIO: Nos últimos 30 dias, com que frequência você... / Todo ou quase todo o tempo, a maior parte do tempo, algum tempo, pouco tempo ou nunca?)
Todo ou quase todo o tempo, a maior parte do tempo, algum tempo, pouco tempo ou nunca

a.	teve dificuldade de se concentrar ou de tomar decisões do dia a dia por causa do seu mau humor – todo ou quase todo o tempo, a maior parte do tempo, algum tempo, pouco tempo ou nunca?
b.	pensou muito sobre a morte, seja a sua própria, a de outra pessoa ou a morte em geral?
c.	temeu que algo terrível pudesse acontecer?
d.	sentiu que poderia perder o controle?

Fonte: WANG et al. Tabela de tradução do CIDI 5.0. Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica (NEP), 2024. Documento interno (não publicado).

Tabela 16 Tradução Pergunta DE5, SEÇÃO DE: DEPRESSÃO, CIDI 5.0

DE5. (RB, PG 3) Pense em um período da sua vida, com duração de 2 semanas ou mais, em que você teve o maior número de problemas relacionados a mau humor. Durante essas 2 semanas, com que frequência você...	
(SE NECESSÁRIO: Durante essas 2 semanas, com que frequência você... / Todo ou quase todo o tempo, a maior parte do tempo, algum tempo, pouco tempo ou nunca?)	
Todo ou quase todo o tempo, a maior parte do tempo, algum tempo, pouco tempo ou nunca	
a.	sentiu-se triste ou deprimido – todo ou quase todo o tempo, a maior parte do tempo, algum tempo, pouco tempo ou nunca?
b.	sentiu-se tão triste que nada podia animá-lo?
c.	sentiu-se vazio ou sem esperança?
d.	teve pouco ou nenhum interesse ou prazer nas coisas de que costumava gostar?
e.	sentiu-se mal consigo mesmo, inútil ou sem valor?

Fonte: WANG et al. Tabela de tradução do CIDI 5.0. Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica (NEP), 2024. Documento interno (não publicado).

Tabela 17 Tradução Pergunta HE20, SEÇÃO HE: SUA SAÚDE, CIDI 5.0

HE20. (RB, PG 3) Nos últimos 30 dias, com que frequência você...
(SE NECESSÁRIO: Nos últimos 30 dias, com que frequência você... / Todo ou quase todo o tempo, a maior parte do tempo, algum tempo, pouco tempo ou nunca?)
Todo ou quase todo o tempo, a maior parte do tempo, algum tempo, pouco tempo ou nunca
a. sentiu-se emocionalmente muito animado, mais feliz ou eufórico do que o habitual – todo ou quase todo o tempo, a maior parte do tempo, algum tempo, pouco tempo ou nunca?
b. sentiu-se emocionalmente distante das outras pessoas ou não aproveitou seus relacionamentos com elas?
c. feel much more hyper or wound up than usual?
d. teve pensamentos passando pela sua mente tão rápido que mal conseguia acompanhá-los?
e. sentiu-se inquieto, tenso ou em alerta?

Fonte: WANG et al. Tabela de tradução do CIDI 5.0. Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica (NEP), 2024. Documento interno (não publicado).

Tabela 18 Tradução Pergunta HM1, SEÇÃO HM1: HUMOR ELEVADO, CIDI 5.0

HM1. A próxima pergunta refere-se a episódios em que você já esteve por 2 dias ou mais com o humor muito mais elevado do que o habitual e se sentiu muito mais excitável ou hiperativo do que o normal.
I. Durante esses episódios, as pessoas frequentemente sentem:
· Muito mais felizes ou de muito melhor humor do que o habitual
· Muito mais autoconfiantes ou otimistas do que o habitual
· Ou muito mais irritáveis do que o habitual
II. Durante esses episódios, as pessoas frequentemente estão:

· Muito mais energéticas ou ativas do que o habitual
· Muito mais falantes ou extrovertidas do que o habitual
· Ou muito mais produtivas do que o habitual
III. Durante esses episódios, as pessoas às vezes fazem coisas que não fariam normalmente, como:
· Gastar dinheiro em excesso
· Ou realizar outras ações que normalmente não fariam
Com essa definição em mente, você já teve em sua vida algum episódio desse tipo com duração de 2 dias ou mais?

Fonte: WANG et al. Tabela de tradução do CIDI 5.0. Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica (NEP), 2024. Documento interno (não publicado).

Tabela 19 Tradução Pergunta AA16, SEÇÃO AA: ATAQUES DE RAIVA, CIDI 5.0

AA16. Quantos anos você tinha (AA14 = 1: quando teve aquele ataque / TODOS OS OUTROS: na primeira vez que teve um desses ataques)?
(IVWR: sondar “não sei”; registrar o limite inferior da faixa)
_____ ANOS DE IDADE

Fonte: WANG et al. Tabela de tradução do CIDI 5.0. Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica (NEP), 2024. Documento interno (não publicado).

Tabela 20 Tradução Pergunta AA17, SEÇÃO AA: ATAQUES DE RAIVA, CIDI 5.0

AA17. Isso ocorreu nos últimos 12 meses ou há mais de 12 meses? Nos últimos 12 meses Há mais de 12 meses CKPT.AA17.
1. EXATAMENTE 1 ANO ANTES DA IDADE ATUAL DO PARTICIPANTE: IR PARA AA17
2. AA14 = 1 E AA16 = IDADE ATUAL DO PARTICIPANTE: IR PARA AA18

3. (AA14 = 1) E (AA16 = OUTRA IDADE) E (AA1 ≥ 2 E ≠ DK/REF): IR PARA AA27

Fonte: WANG et al. Tabela de tradução do CIDI 5.0. Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica (NEP), 2024. Documento interno (não publicado).

Tabela 21 Tradução Pergunta AA27, SEÇÃO AA: ANGER ATTACKS, CIDI 5.0

AA27. Quando você teve ataques de raiva, quão angustiantes eles foram para você – extremamente, muito, moderadamente, um pouco ou nada?
Extremamente
Muito
Moderadamente
Um pouco
Nada

Fonte: WANG et al. Tabela de tradução do CIDI 5.0. Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica (NEP), 2024. Documento interno (não publicado).