Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social

Luna Rodrigues Freitas Silva

Da prevenção ao manejo do risco: contraste e indefinição na história recente da psiquiatria

Rio de Janeiro
2013

Luna Rodrigues Freitas Silva

Da prevenção ao manejo do risco: contraste e indefinição na história recente da psiquiatria

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Jurandir Freire Costa

Co-orientador: Prof. Dr. Francisco Ortega

Rio de Janeiro

2013

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

S586 Silva, Luna Rodrigues Freitas
Da prevenção ao manejo do risco: contraste e indefinição na história recente da psiquiatria / Luna Rodrigues Freitas Silva. – 2013.
232 f.

Orientador: Jurandir Freire Costa.
Co-orientador: Francisco Ortega.
Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Psiquiatria - Teses. 2. Psiquiatria - História – Teses. 3. Psiquiatria - Metodologia – Teses. I. Costa, Jurandir Freire. II. Ortega, Francisco. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. IV. Título.

CDU 613.2(815.3)

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

_____ _____

Assinatura Data

Luna Rodrigues Freitas Silva

Da prevenção ao manejo do risco: contraste e indefinição na história recente da psiquiatria

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Aprovada em: 8 de maio de 2013.

Prof. Dr. Jurandir Freire Costa (Orientador)
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Francisco Ortega (Co-orientador)
Instituto de Medicina Social – UERJ

Banca Examinadora: _____
Prof. Dr. Benilton Bezerra Jr.
Instituto de Medicina Social – UERJ

_____
Prof.ª Dra. Rafaela Teixeira Zorzanelli
Instituto de Medicina Social – UERJ

_____
Prof. Dr. Octavio Domont de Serpa Jr.
Instituto de Psiquiatria – UFRJ

_____
Prof. Dr. Luis David Castiel
Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz

Rio de Janeiro

2013

DEDICATÓRIA

Para Gabriel.

AGRADECIMENTOS

A Jurandir Freire Costa, orientador, pela gentileza na condução do processo de orientação, e pela referência ética e profissional.

A Francisco Ortega, co-orientador, pelo incentivo constante ao investimento na trajetória acadêmica, pelo apoio imprescindível para a realização do doutorado sanduiche e pelas sugestões que contribuíram para o desenvolvimento da tese.

A Nikolas Rose, co-orientador estrangeiro, pela recepção acolhedora no King´s College London e pelas sugestões bibliográficas fundamentais para a tese.

A Rafaela Zorzanelli, pelas sugestões bibliográficas e pelo apoio em um momento crucial de realização do trabalho.

A Gabriel, pelo apoio desde os primeiros momentos do doutorado, pelo suporte essencial durante a realização do sanduiche, pela espera paciente e pelas promessas de futuro. Em suma, pela nossa vida.

A minha família, por entender e respeitar a minha distância, e por fazer de todos os encontros momentos de prazer.

A Rachel Sztajnberg, por todo o caminho percorrido e, especialmente, por me mostrar que, em determinados momentos, mais do que estudar, é fundamental escolher e aceitar.

Aos amigos da academia e da vida, que estiveram presentes em diferentes momentos de realização do trabalho, e a todos dos quais, inevitavelmente, me afastei durante a realização do doutorado.

A Kris, Joe e Fabio, por fazerem de Bayswater e Londres lugares bem mais coloridos e divertidos do que usualmente supomos.

Ao CNPq, por financiar o doutorado e a Capes, por financiar o doutorado-sanduiche.

Aos professores, alunos e funcionários do IMS, por criarem um ambiente que me faz querer voltar e estudar, sempre.

RESUMO

SILVA, L. R. F. *Da prevenção ao manejo do risco*: contraste e indefinição na história recente da psiquiatria . 2013. 216 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2013.

O presente trabalho tem como objetivo contrastar a noção de prevenção elaborada no contexto norte-americano dos anos 60 com a emergência do risco como noção alternativa de viés preventivista na psiquiatria contemporânea. Para tanto, analisamos as concepções e teorias que fundamentavam a prevenção nos anos 60, investigando como um determinado modo de explicar a doença se articulou a interesses profissionais e a demandas sociais daquele período, contribuindo para elevar a prevenção à ação primordial e objetivo fundamental do campo psiquiátrico. Em seguida, analisamos as concepções e teorias neurocientíficas recentes sobre a formação psicopatológica e as correlatas propostas de manejo do risco que começam a se configurar como alternativa aos discursos preventivos que predominaram no século XX. Finalmente, discutimos as transformações que explicam o declínio da prevenção e a ascensão das práticas de manejo do risco, associando as modificações do campo psiquiátrico às alterações no campo da saúde e no contexto cultural do final do século XX e início do século XXI. Os objetivos da discussão são: contrastar os dois discursos psiquiátricos, tecendo considerações sobre as marcantes diferenças entre o predomínio da prevenção e a lógica do risco e sobre possíveis similaridades ou continuidades; e examinar, de forma exploratória, algumas das consequências que a associação entre categorias psiquiátricas, risco e práticas de saúde contemporâneas pode promover nas formas de conhecer, tratar e vivenciar a patologia mental.

Palavras-chave: Prevenção; Risco; História da psiquiatria; Etiologia psicossocial; Teorias neurocientíficas

ABSTRACT

SILVA, L. R. F. *From prevention to risk management*: *contrast and uncertainty in recent history of psychiatry*. 2013. 216 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2013.

The purpose of this thesis is to contrast the notion of prevention developed in the United States during the 60´s with the emergence of risk as an alternative notion of preventive bias in contemporary psychiatry. Therefore, I analyze concepts and theories underpinning prevention in the 60´s, investigating how a particular way of explaining disease was articulated to professional interests and social demands, contributing to raise prevention as a fundamental action and main goal of the psychiatric field. Then I analyze recent neuroscientific concepts and theories on the formation of psychopathology and the related risk management proposals that begin to take shape as an alternative to preventive discourses that prevailed in the twentieth century. Finally, I discuss the transformations that explain the decline of prevention and the rise of risk management, connecting modifications in psychiatry to changes in health practices and in the cultural context of late twentieth and early twenty-first centuries. The objectives of the discussion are: to contrast the psychiatric discourses, considering the striking differences between the prevalence of prevention and the risk logic, as well as possible similarities; and to examine, in an exploratory way, some of the alterations that the association between psychiatric categories, risk and health practices may promote in contemporary ways of knowing, experiencing and treating mental pathology.

Keywords: Prevention; Risk; History of psychiatry; Psychosocial etiology; Neuroscientific theories

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	9
1	**A ASCENSÃO DA NOÇÃO DE PREVENÇÃO NO CONTEXTO NORTE-AMERICANO NA PRIMEIRA METADE DO SÉCULO XX**.....	15
1.1	**A crise da instituição psiquiátrica no início do século XX**.....	15
1.2	**O movimento eugênico e a prevenção**.....	19
1.3	**A psicobiologia de Meyer e a valorização da adaptação**.....	23
1.4	**A expansão da ação psiquiátrica**.....	30
1.4.1	O movimento da higiene mental.....	32
1.4.2	A criação das *child guidance clinics*.....	38
1.5	**A consolidação da prevenção na metade do século XX**.....	41
2	**AS TEORIAS PSICOLÓGICAS DOS ANOS 50 E 60 E A NOÇÃO DE PREVENÇÃO**.....	45
2.1	**Cuidados maternos, desenvolvimento do ego e crise**.....	45
2.1.1	Cuidados maternos e saúde mental.....	47
2.1.2	O desenvolvimento do ego em direção à adaptação.....	55
2.1.3	Os fundamentos da prevenção reunidos em Caplan.....	62
2.2	**As práticas preventivas no contexto comunitário**.....	72
2.2.1	O destaque e a amplitude da prevenção primária: intervenção na comunidade e manipulação do ambiente.....	74
2.2.2	Os alvos específicos da prevenção primária: a criança, a família e o indivíduo em crise.....	83
3	**AS TEORIAS NEUROCIENTÍFICAS CONTEMPORÂNEAS E A NOÇÃO DE RISCO**.....	93
3.1	**Genes, cérebro e neurodesenvolvimento**.....	93
3.1.1	A origem da hipótese epigenética e a complexidade dos transtornos mentais.....	95
3.1.2	A interação gene-ambiente e o neurodesenvolvimento.....	104
3.1.3	Marcadores biológicos e risco: promessas e desafios do modelo atual.....	112
3.2	**As práticas emergentes de manejo do risco**.....	122
3.2.1	O transtorno como risco: os exemplos do transtorno da conduta e do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH).....	123
3.2.2	O risco do transtorno: o exemplo da intervenção precoce na psicose	135
4	**DA PREVENÇÃO AO MANEJO DO RISCO**.....	147

4.1 **Adaptação *versus* Risco**..... 147

4.2 **Promoção da saúde mental da população *versus* Manejo individual dos riscos**..... 158

4.3 **Risco psiquiátrico e práticas de saúde contemporâneas**..... 168

4.3.1 A "redescoberta" do ambiente..... 176

4.3.2 O interesse pelas crianças "desajustadas"..... 180

4.3.3 Expansão e indefinição das categorias psiquiátricas..... 185

5 **CONCLUSÃO**..... 192

REFERENCIAS..... 198

INTRODUÇÃO

O tema da prevenção em saúde é controverso e parece oscilar constantemente entre o valor do cuidado e os prejuízos do excesso de intervenção. De um lado, práticas e propostas preventivas podem ser entendidas como ações de cuidado, inspiradas por uma incontestável preocupação ética com a dor e o sofrimento humano. Nesta direção, todos aqueles que sofrem ou acompanham indivíduos em sofrimento podem apresentar um anseio legítimo pelo alívio da dor e, se possível, pela garantia de sua evitação. Se a intervenção antecipada, prévia ao aparecimento da doença, pode reduzir prejuízos ou mesmo impedir que um desfecho patológico se realize, esforços devem ser reunidos para que se estabeleçam tais ações. Do ponto de vista dos profissionais do cuidado, além do tratamento propriamente dito, a prevenção de prejuízos à saúde não somente faz parte do rol de preocupações e atividades clínicas, como se constitui como ação prioritária em certos campos, nos quais as funções profiláticas são privilegiadas nas práticas de saúde.

Por outro lado, as mesmas práticas de prevenção dão ensejo a questionamentos acerca dos limites da ação dos profissionais de saúde, da gestão médica dos corpos e da regulação das condutas, ou seja, sobre os processos de apropriação de fenômenos sociais e psicológicos pelo discurso médico que conhecemos como medicalização. Além de estarem atreladas à expansão de espaços e modos de intervenção especializada, usualmente as práticas preventivas guardam estreita relação com o contexto cultural e os ideais coletivos do período no qual são formuladas, contribuindo para a construção de formas de gestão social dos indivíduos que desviam da norma. No campo da saúde coletiva, a expansão do domínio médico e a redescrição de eventos da mais variada natureza sob o prisma deste saber são objeto constante de crítica e debate, constituindo um dos temas prioritários de pesquisa na área. Neste contexto, as práticas preventivas podem ser compreendidas no conjunto dos processos de normalização e medicalização da vida social (FOUCAULT, 1985; 2001; 2008).

No campo psiquiátrico, o tema da prevenção adquire contornos ainda mais indefinidos e gera discussão. Historicamente atrelada a práticas cuja finalidade pode ser questionada, a prevenção em psiquiatria suscita embates técnicos e éticos, no interior do próprio campo e na interface com outros saberes. Afinal, seria possível prevenir a loucura? Como evitar que os indivíduos sofram e se desestruturem psiquicamente? No vocabulário atual, como reduzir a incidência de transtornos psiquiátricos? De um lado, o caráter crônico e muitas vezes incapacitante de diversos dos transtornos mentais, principalmente dos mais severos, e a insuficiência de algumas das estratégias de intervenção e tratamento das doenças,

motivam o interesse por ações que possam antecipar a formação patológica e evitar a sua ocorrência. De outro, para que tais ações sejam adequadamente elaboradas, é necessário conhecer os processos de formação da doença, de forma a determinar onde, como e quando intervir para impedir que o transtorno se instale.

A discussão em torno da etiologia da doença mental se destaca de início como um complicador fundamental para a elaboração de estratégias de prevenção em psiquiatria. As explicações para a etiologia da loucura variaram de acordo com os momentos históricos e os autores em questão, restando pouco consenso ou continuidade entre diferentes concepções. De patologia hereditária e degenerativa, passando por conflito psicológico motivado por fatores ambientais, até a descrição como determinação biológica fruto da herança genética e do funcionamento cerebral, diversos foram os modelos elaborados pelo conhecimento psiquiátrico para explicar a origem da doença. Ainda que cada modelo etiológico seja apresentado e defendido no campo psiquiátrico como o resultado do progresso da disciplina, oferecendo vantagens em relação às explicações precedentes, o esclarecimento dos processos de formação da doença mental mantém-se insuficiente. Sem o efetivo conhecimento das conexões causais que culminam na formação patológica, a elaboração de intervenções antecipatórias enfrenta importantes dificuldades, tornando-se suscetível a debates e contestações.

Se a discussão sobre a etiologia da doença permanece em curso, pondo em xeque a legitimidade de possíveis propostas preventivas, tal fato não impediu que, em determinados períodos da história da psiquiatria, ações preventivas fossem elaboradas e defendidas com vigor. O movimento eugênico, a higiene mental e a psiquiatria preventiva elaborada nos anos 60 são exemplos de discursos construídos no interior da psiquiatria ou por ela apropriados, nos quais o ideal preventivo adquiriu significativo destaque. De fato, ao longo do século XX, a proposta de prevenir a doença mental foi entendida como uma das principais ações da psiquiatria, capaz de redefinir o escopo de intervenções e dar novo fôlego à disciplina, apresentando alternativas em momentos de crise ou de falta de legitimidade como saber médico (CASTEL, CASTEL, LOVELL, 1982; GROB, 1983, 1994; SHORTER, 1997). Ao mesmo tempo em que representavam formas inovadoras de ação psiquiátrica, as propostas de prevenção que floresceram no século XX buscavam responder aos desafios e conflitos sociais do período, atendendo às demandas de regulação da vida coletiva dirigidas aos saberes médico-psicológicos.

O contexto norte-americano do pós-guerra foi um momento especialmente privilegiado para a noção de prevenção em psiquiatria. Nos EUA dos anos 60, as propostas de

prevenção da doença mental estavam atreladas ao surgimento de um movimento de reorganização da psiquiatria, que traria alterações para a assistência, a política e a legislação psiquiátrica. Partindo das intensas críticas às condições degradantes e à incapacidade de oferecer tratamentos eficazes no hospital psiquiátrico, o movimento comunitário propõe a criação de novas instituições e formas de atuação psiquiátrica, além de redefinir o público alvo da disciplina, expandindo seu foco de interesses dos casos de transtorno severo e crônico para o sofrimento e a incapacidade mais corriqueiros (CASTEL, CASTEL, LOVELL, 1982; GROB, 1983, 1994; HEALY, 2002; HORWITZ, 2002). Neste contexto, a prevenção aparece como uma das tarefas primordiais da psiquiatria, alçada a prioridade não somente no campo da saúde mental, mas entendida como um projeto amplo e coletivo de reordenamento da vida social, cujo principal objetivo era a construção de uma sociedade mentalmente saudável.

No entanto, a valorização e a extensão do projeto preventivo que verificamos nos anos 60 não parecem ter se mantido no campo psiquiátrico nas décadas seguintes, de forma que não encontramos equivalência entre o privilégio da prevenção naquele momento e o que podemos observar no cenário contemporâneo. Ao direcionarmos o olhar para a atualidade do campo psiquiátrico, inicialmente não reconhecemos a prevenção como um tema relevante, que se destaque entre as discussões e polêmicas que mobilizam a disciplina. Permeada pelos conhecimentos genético e neurocientífico que caracterizam o que Shorter (1997) chama de "segunda psiquiatria biológica", o cenário contemporâneo vem sendo ocupado primordialmente por discussões sobre as definições das categorias diagnósticas, por inovações constantes das técnicas de pesquisa biomédica, pela busca por marcadores biológicos, por explicações neurofisiológicas cerebrais que tenham impacto na compreensão dos transtornos e pelo surgimento de novos psicotrópicos (SHORTER, 1997; HEALY, 2002; HORWITZ, 2002; ROSE, 2007).

Ao mesmo tempo em que a ideia de prevenir os transtornos mentais não se destaca como tema relevante em uma primeira aproximação com o campo psiquiátrico, observa-se a ascensão recente de propostas de avaliação, intervenção e manejo dos riscos de adoecimento. Diferentemente das propostas preventivas amplas e ambiciosas dos anos 60, as práticas emergentes de manejo do risco surgem na psiquiatria contemporânea como uma tendência recente, ainda sujeita a elaborações, debates e críticas. Com o surgimento de novas hipóteses de investigação nas pesquisas neurocientíficas e a redescrição das patologias mentais como transtornos do neurodesenvolvimento, as explicações vigentes sobre a formação da doença tendem a enfatizar as variações de vulnerabilidade e resiliência aos processos de adoecimento. A partir da emergência de um modelo etiológico mais probabilístico e individualizado, a

possibilidade de identificar fatores causais diretos começa a ceder lugar à avaliação da combinação de variados elementos na construção do risco de adoecer. Com isso, a prevenção propriamente dita se enfraquece como opção e as estratégias de manejo do risco surgem como alternativa de ação antecipatória no campo psiquiátrico.

O presente trabalho tem como objetivo contrastar a noção de prevenção elaborada no contexto norte-americano dos anos 60 com a emergência do risco como noção alternativa de viés preventivista na psiquiatria contemporânea. Para tanto, partiremos da análise das concepções e teorias que fundamentavam a prevenção nos anos 60, investigando como um determinado modo de explicar a doença se articulou a interesses específicos e demandas sociais daquele período, contribuindo para elevar a prevenção à ação primordial e objetivo fundamental do campo psiquiátrico. Do mesmo modo, buscaremos analisar as concepções e teorias recentes das neurociências sobre a formação psicopatológica e as correlatas propostas de manejo do risco, que começam a se configurar como alternativa aos discursos preventivos que predominaram no século XX. Com isso, pretende-se compreender tanto a preponderância e o apogeu da noção de prevenção em psiquiatria, quanto o seu declínio e a sua possível e recente substituição pelo manejo do risco.

Cabe destacar que, nesta pesquisa, não examinaremos a implementação de programas preventivos e não realizaremos qualquer avaliação sobre a eficácia verificada em contextos clínicos ou de saúde pública das ações preventivas ou de manejo do risco. No momento, interessa compreender como as noções de prevenção e risco estão associadas a determinados modelos de explicação da doença, se conjugam a interesses profissionais e respondem a certas demandas do período no qual são formuladas. Do mesmo modo, partimos da análise da ascensão e do predomínio da prevenção no cenário norte-americano, examinando este contexto em particular, e passamos à investigação das teorias neurocientíficas e das práticas de manejo do risco formuladas no âmbito da literatura científica internacional da psiquiatria. Com isso, a análise se limitará a construir um panorama da predominância da prevenção e da ascensão do risco no discurso psiquiátrico científico produzido predominantemente em língua inglesa, não sendo possível abordar as particularidades nacionais ou verificar como tais noções e propostas são assimiladas, atualizadas ou contestadas em contextos locais.

Com o intuito de acompanhar a gradativa ascensão e formação do ideal preventivo como prioridade no contexto psiquiátrico norte-americano dos anos 60, realizaremos um recuo histórico, remontando às transformações nas teorias e práticas da disciplina que viriam a culminar nas propostas preventivas dos anos 60. Portanto, no primeiro capítulo, veremos

quais foram as modificações e inovações no campo psiquiátrico ou a ele correlatas que, articuladas a importantes eventos históricos, contribuíram para a redefinição da psiquiatria, o surgimento de novas formas de intervenção e a acentuada expansão dos fenômenos considerados patológicos e, consequentemente, alvos do conhecimento especializado da disciplina. A crise da instituição psiquiátrica, a aproximação entre a psiquiatria e o movimento eugênico, a psicobiologia de Meyer e as inovações estratégicas representadas pelo movimento da higiene mental e pela criação das *child guidance clinics* servirão como ilustração da crescente valorização das teorias psicossociais, do surgimento de ações dirigidas à intervenção no ambiente e do interesse pela normalidade psicológica das crianças. Estas transformações e inovações culminarão na consolidação do ideal preventivo na metade do século XX, que experimentaria o seu apogeu com a psiquiatria preventiva dos anos 60. Neste capítulo, utilizaremos como referência fontes secundárias, recorrendo aos autores do período apenas para exemplificar determinadas passagens ou apresentar teorias específicas.

No segundo capítulo, analisaremos as concepções teóricas e as propostas de intervenção que caracterizaram a psiquiatria preventiva norte-americana, examinando as explicações vigentes sobre a formação da doença e as correlatas iniciativas de ação preventiva. Veremos como as teorias psicológicas e ambientalistas dos anos 50 e 60 foram apropriadas de forma particular pelo discurso psiquiátrico preventivo e como determinadas concepções, especialmente a noção de adaptação, se destacaram naquele contexto. Em seguida, examinaremos as propostas de intervenção destacando as elaborações sobre a prevenção primária da doença mental, que foram privilegiadas por Caplan e seus contemporâneos, e revelam a amplitude do projeto preventivo, a ambição de modificação do ambiente social e a caracterização do psiquiatra como conselheiro especializado da vida social. Neste capítulo, analisaremos fontes primárias, como livros, coletâneas de textos, relatórios de organizações internacionais de saúde e artigos publicados em periódicos entre 1950 e 1970, de modo a identificar nos autores do referido período teorias, propostas, debates e críticas que marcaram o apogeu da prevenção.

No terceiro capítulo, analisaremos as teorias neurocientíficas recentes e as propostas emergentes de avaliação, intervenção e manejo do risco, que entendemos como alternativa de ação antecipatória no campo psiquiátrico. A partir do surgimento de novas hipóteses nas pesquisas em neurociências, principalmente aquelas atreladas às noções de epigenética e neurodesenvolvimento, novas formas de explicar os processos de formação psicopatológica começam a emergir, redescrevendo a determinação biológica e buscando meios de investigar as influências combinadas de genes e ambiente no desenvolvimento cerebral. Neste modelo, a

noção de risco desempenha um papel primordial, articulando as hipóteses biológicas vigentes e contribuindo para o entendimento dos transtornos mentais como o resultado probabilístico e individualizado de diversos fatores causais. Em seguida, examinaremos duas vertentes de manejo do risco que se destacam no cenário contemporâneo: a consideração de determinados transtornos da infância e adolescência como risco, e a intervenção no risco de desenvolvimento de um transtorno. No primeiro caso, utilizaremos os exemplos do transtorno da conduta e do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) para investigar como a psicopatologia de crianças e adolescentes vem sendo entendida como indício de risco para o aparecimento de comportamentos inadequados ou para o agravamento futuro. No segundo caso, recorreremos ao exemplo da intervenção precoce na psicose para ilustrar de que forma ações de detecção precoce vêm sendo elaboradas com o intuito de agir sobre o risco e, se possível, evitar a formação da doença. Neste capítulo, utilizaremos como referência fontes primárias, principalmente artigos de revisão, artigos originais de pesquisa e diretrizes clínicas produzidas pela psiquiatria contemporânea.

Após analisar as principais características dos referidos momentos históricos, no quarto capítulo discutiremos as transformações que explicam o declínio da prevenção e a ascensão das práticas de manejo do risco, associando as modificações do campo psiquiátrico às alterações no campo da saúde e no contexto cultural do final do século XX e início do século XXI. Os objetivos da discussão são: contrastar os dois discursos psiquiátricos, tecendo considerações sobre as profundas transformações que os separam, sobre as marcantes diferenças entre o predomínio da prevenção e a emergência da lógica do risco e sobre possíveis similaridades ou continuidades; e examinar, de forma exploratória, algumas das consequências que a associação entre categorias psiquiátricas, risco e práticas de saúde contemporâneas pode promover no que se refere às formas de conhecer, tratar e vivenciar a saúde e a patologia mental.

1 A ASCENSÃO DA NOÇÃO DE PREVENÇÃO NO CONTEXTO NORTE-AMERICANO NA PRIMEIRA METADE DO SÉCULO XX

> "A partir do esforço para transformar o problema da integração social em uma questão meramente técnica, em um problema capaz de ser administrado por tecnologias apropriadas, projetadas e aperfeiçoadas por especialistas em comportamento humano, os EUA desempenharam um papel pioneiro do início deste século até os dias atuais. Técnicos americanos inauguraram novas fronteiras de controle e padronização dos seres humanos" (CASTEL, CASTEL, LOVELL, 1982, p.xxii)[1]

1.1 A crise da instituição psiquiátrica no início do século XX

Ao longo do século XIX, o hospital psiquiátrico foi entendido como a solução ideal para o tratamento da doença mental, e o saber psiquiátrico investiu nesta instituição todos os seus esforços. Neste espaço estavam reunidas as possibilidades de ação psiquiátrica da época, as principais teorias que explicavam a doença, que surgiam no asilo e em sintonia com as suas características e possibilidades, e a crença de que a criação de espaços institucionais constituía a melhor estratégia para resolver os problemas sociais que emergiam na época (LEVINE, 1981; CASTEL, CASTEL, LOVELL, 1982; GROB, 1983, 1994; SHORTER, 1997). Deste modo, o hospital psiquiátrico teria dupla função: atenderia às necessidades individuais de tratamento e, hipoteticamente, de cura da doença mental, ao mesmo tempo em que responderia aos interesses coletivos, oferecendo um espaço institucional isolado para reunir os que não responderiam aos cuidados não especializados e não se adequariam às demandas da dinâmica social (GROB, 1994).

Levine (1981) mostra que, na primeira metade do século XIX, os primeiros asilos foram criados sob a influência de psiquiatras que haviam passado uma temporada na Europa e voltavam aos EUA introduzindo o tratamento moral. Além de teoria emergente e valorizada no contexto europeu, representando um modo especificamente médico de compreender e tratar a doença mental, as promessas e esperanças depositadas no tratamento moral se sintonizavam com o contexto cultural da época. Com a urbanização acelerada, o surgimento de uma nova classe urbana, as reformas religiosa e educacional e as lutas pelos direitos da mulher e pela abolição, surgem desafios sociais para os quais as antigas formas de cuidado,

[1] Esta e as demais traduções presentes no trabalho são responsabilidade da autora.

centradas na família e nas pequenas comunidades rurais, não eram adequadas e não se mostrariam mais efetivas (GROB, 1994).

Para os psiquiatras da época, o aumento da urbanização era um dos principais fatores responsáveis pelo aumento das taxas de doença mental, além de conduzir ao que era considerado como degradação da vida humana: pobreza, violência e desordem social. Neste sentido, a doença mental era um entre os diversos males que acometiam a população e pareciam aumentar na mesma medida em que cresciam a urbanização e se acentuavam as transformações na vida da população. Como afirma Grob, "medo e otimismo se combinavam para definir as formas pelas quais os norte-americanos respondiam aos problemas sociais" (1994, p.40), e a criação dos asilos exemplificariam uma das estratégias construídas naquele contexto para reunir, organizar e tratar os desafios coletivos de forma institucional.

O espaço organizado e regular do hospital psiquiátrico seria o contraponto ideal à desordem e ao caos que caracterizavam a vida urbana. Neste espaço, seria possível recuperar a sanidade perdida em meio às novidades e transformações sociais através da regularidade da terapêutica moral, baseada em uma vida organizada, dieta simples, ênfase na higiene pessoal, terapia ocupacional, exercícios religiosos, leitura, etc. Portanto, ainda que não tenham surgido como resultado de uma política de saúde organizada ou de um planejamento regular e contínuo, como alerta Grob (1994), os hospitais psiquiátricos foram construídos como resposta institucional e tipicamente moderna às inovações e às dificuldades enfrentadas na vida coletiva.

A partir de 1840, começam a surgir os primeiros hospitais psiquiátricos em solo norte-americano e, nas décadas seguintes, diversos estados iriam investir na combinação entre o *state hospital* - como eram chamados os asilos públicos nos EUA - e o tratamento moral como estratégia para lidar com a doença mental. Ao longo da segunda metade do século XIX, o prestígio da psiquiatria aumentava e, simultaneamente, o número de internações nos novos e respeitados asilos (DOWBIGGIN, 2003). Mas, ao mesmo tempo em que havia um grande otimismo acerca das possibilidades de cura da doença com o tratamento moral, a aposta no hospital psiquiátrico como espaço institucional terapêutico e o crescente reconhecimento da psiquiatria como discurso especializado sobre a loucura, multiplicavam-se as incertezas.

O mesmo movimento que concedeu prestígio ao hospital psiquiátrico acabou favorecendo a crise que viria a pôr em questão a utilidade e a eficácia da instituição. Com o aumento da visibilidade e da confiança na psiquiatria como especialidade médica, aumenta o número de indivíduos internados e, consequentemente, de casos mais crônicos e violentos. Se os primeiros hospitais psiquiátricos não eram populosos, o que contribuiria para as altas taxas

de recuperação esperadas, com o aumento da legitimidade social da instituição, o cenário começa a se alterar. O perfil de pacientes internados passa de casos agudos e transitórios para os casos crônicos e, consequentemente, com menor probabilidade de melhora (GROB, 1994). Além disso, segundo Levine (1981), as admissões ao asilo eram, em sua maioria, de casos graves, de indivíduos considerados perigosos, e dos mais pobres. A nascente classe média urbana não se interessava pela instituição como espaço para o tratamento de seus membros. A ausência desta camada da população tornava a lógica do tratamento moral difícil de ser implantada, uma vez que não haveria coincidência de hábitos culturais e expectativas entre os profissionais e os pacientes.

Deste modo, pode-se concluir que as esperanças geradas pela crença no potencial terapêutico do tratamento moral e na capacidade de resolução do problema social da loucura caracterizado pelo hospital psiquiátrico não se confirmaram. Pelo contrário, autores como Levine (1981), Shorter (1997) e Dowbiggin (2003), chamam atenção para o excesso de expectativas depositadas nesta modalidade terapêutica, para o otimismo demasiado dos seus adeptos e para a correlata decepção que atingiu a prática psiquiátrica no final do século XIX. Em contraposição ao momento de status e relativo sucesso da psiquiatria como especialidade médica, experimentado por volta da metade do século XIX, a partir da segunda metade o clima de confiança e otimismo começa a se desfazer.

Os asilos encontravam-se cada vez mais cheios, e os resultados terapêuticos alcançados decepcionavam os defensores do tratamento moral: poucas altas, pacientes graves internados em longa permanência, ausência de alternativas de tratamento, permanência e agravamento dos sintomas. Este cenário não correspondia às ambições curativas e ao otimismo social que marcou a construção dos primeiros hospitais, uma vez que "cuidar daqueles que raramente apresentam melhora e que, em última instância, morreriam internados, não era um objetivo exatamente consistente com as imagens de progresso médico e científico do século XX" (GROB, 1994, p.127). Além disso, Levine (1981) acrescenta que, ainda que a eficácia do tratamento moral viesse se mostrando cada vez menos concreta e mais ilusória, não havia discussão ou construção de novas possibilidades terapêuticas que pudessem ser aplicadas no interior do asilo, e o otimismo acerca das possibilidades de tratamento e cura da loucura começa a esvaecer no interior do próprio campo psiquiátrico.

Com a ausência de resultados positivos decorrentes do tratamento moral e as condições de vida precárias dos pacientes mais crônicos e graves, o ambiente asilar se deteriora e começam a surgir críticas de diversos setores da sociedade, desde determinados setores da corporação médica, passando pelos administradores públicos, governantes e ex-

pacientes. Simultaneamente, aumentam as preocupações com o custo dos hospitais, uma vez que a alta de pacientes tornava-se menos frequente e as admissões continuavam a crescer, motivo de crítica por parte dos representantes do governo; o monopólio da psiquiatria no cuidado à loucura é questionado pelas entidades religiosas, que historicamente desempenhavam ações de cuidado e estiveram envolvidas com a assistência à doença mental; e a cientificidade da psiquiatria como disciplina médica passa a ser contestada.

De outros ramos da medicina e da filosofia universitária, começam a surgir questionamentos acerca do conhecimento da psiquiatria sobre seu objeto de cuidados. A nascente neurologia, especialidade médica surgida no final do século XIX, mas que se desenvolveu e adquiriu prestígio rapidamente, viria a desempenhar o papel de uma das principais fontes de críticas ao conhecimento psiquiátrico das patologias mentais e às condições de tratamento e cura verificadas nos asilos (CASTEL; CASTEL; LOVELL, 1982). Neste contexto, a cientificidade da psiquiatria como disciplina médica é posta em questão, uma vez que não havia alternativas de ação psiquiátrica, que estava confinada ao espaço institucional e pouco promissor do asilo, não eram elaboradas opções terapêuticas consistentes e inovadoras, que pudessem substituir o tratamento moral e, finalmente, faltava objetividade à lógica do tratamento moral e às concepções adotadas para explicar a etiologia da doença mental.

Assim, a crise que atingia a psiquiatria dizia respeito tanto aos métodos quanto ao modelo de doença adotados, levando ao questionamento da sua legitimidade como especialidade médica e da confiança no mandato social de cuidado à loucura (CASTEL; CASTEL; LOVELL, 1982; SERPA JR, 1998; DOWBIGGIN, 2003). Com a acentuação das críticas externas à disciplina e a crescente decepção dos próprios psiquiatras com a eficácia da instituição hospitalar, novas oportunidades de atuação, papéis sociais e teorias de explicação da doença mental começam a ganhar força, dissolvendo a associação irrestrita entre psiquiatria e instituição hospitalar que havia caracterizado o cuidado especializado à loucura no século XIX.

Além das dificuldades atreladas ao asilo, o contexto de reforma social e de investimento no progresso da sociedade que caracterizaram o início do século XX nos EUA contribuíram para que os psiquiatras deixassem os hospitais e direcionassem a atenção para outras possibilidades de ação médica, expandindo o rol de atividades e os espaços de intervenção da disciplina. Entre as diversas teorias, modos de intervenção e movimentos organizados surgidos no contexto de renovação e redefinição da psiquiatria, que se multiplicavam nas primeiras décadas do século XX, veríamos florescer as explicações

eugênicas para a etiologia da doença mental e a proposição de intervenções fundamentadas na noção de hereditariedade como meio favorável de atuar e, principalmente, de prevenir a loucura.

1.2 **O movimento eugênico e a prevenção**

A eugenia como teoria e prática ganha adeptos no campo psiquiátrico neste contexto de pessimismo, desapontamento e falta de perspectivas do hospital psiquiátrico. Na virada do século XX, as dificuldades enfrentadas pela psiquiatria levam à defesa de políticas eugênicas destinadas a regular e controlar a reprodução de indivíduos com doenças mentais. Como afirma Grob (1994), diante das dificuldades enfrentadas na elaboração de estratégias terapêuticas que pudessem tratar de forma eficaz a doença, a prevenção começa a se destacar como alternativa promissora no campo psiquiátrico. Para a psiquiatria, prática até então eminentemente institucional e centrada no asilo, o surgimento de propostas de ação preventiva representava uma chance de renovação e de retomada de algum otimismo, diante das limitações da terapêutica disponível e das críticas às condições dos hospitais psiquiátricos.

O movimento reformista que tomava conta da cultura norte-americana na época ajuda a entender a atração que a eugenia despertou não apenas nos psiquiatras, mas em diversas outras disciplinas especializadas e grupos da população. Tratava-se de um período de grandes promessas e, ao mesmo tempo, de crescente incerteza, uma vez que, junto ao acelerado processo de urbanização, começavam a surgir preocupações acerca da vida nas cidades e dos problemas sociais dela decorrentes. Neste contexto, a pobreza, a criminalidade e a loucura se destacavam como problemas sociais importantes, que demandavam explicações capazes de dar sentido ao seu surgimento e aumento. Além de requerer explicações especializadas, o enfrentamento dos problemas e desafios sociais exigia a elaboração de ações consistentes que eliminassem ou se mostrassem efetivas na sua prevenção (CASTEL; CASTEL; LOVELL, 1982; GROB, 1994; DOWBIGGIN, 1992, 2003).

O movimento eugênico teve origem no continente europeu, inicialmente com o trabalho do britânico Francis Galton, considerado o fundador da eugenia na época moderna. Galton apresentou o termo "*eugenics*" em 1883, definindo-o como o estudo dos elementos socialmente manipuláveis que pudessem aumentar as qualidades raciais, tanto físicas quanto mentais, das gerações futuras. Neste contexto, entendia-se que os indivíduos com baixa inteligência tinham um maior número de descendentes e, consequentemente, os níveis de inteligência da população como um todo tenderiam a diminuir caso não houvesse uma

intervenção regulando a sua reprodução. As classes consideradas inferiores seriam, portanto, formadas por indivíduos menos inteligentes e mais férteis (GARVER, GARVER, 1991; KRIMBAS, 2001).

A defesa de propostas eugênicas foi comumente atrelada às concepções do darwinismo social, que tinham como objetivo melhorar a sociedade permitindo que a dinâmica e as leis da seleção natural atuassem de forma a não favorecer a sobrevivência e a reprodução dos mais pobres e dependentes. Assim, haveria uma seleção natural dos indivíduos mais fortes, inteligentes, adaptados e, portanto, mais aptos à reprodução, que melhoraria a qualidade da espécie humana e, consequentemente, das sociedades. Com isso, os adeptos do darwinismo social eram contrários às políticas de assistência aos mais necessitados, bem como às práticas de cuidado dos indivíduos portadores de retardo e doença mental (CASTEL; CASTEL; LOVELL, 1982; PERNICK, 1997; KRIMBAS, 2001)[2].

A partir da teoria eugênica, os indivíduos desviantes da norma social e cultural da época eram compreendidos como degenerados, avesso da civilização, antítese da evolução da humanidade e do progresso das sociedades. Entre os indivíduos identificados como degenerados incluem-se os doentes mentais, e a psiquiatria passa, gradativamente, a endossar o discurso e as políticas eugênicas. Mas, como destaca Dowbiggin (2003), a adesão dos psiquiatras norte-americanos ao discurso eugênico pode ser explicada mais como uma alternativa estratégica do que como opção ideológica e política consistente. De um lado, as teorias eugênicas sobre a formação da doença mental poderiam fazer frente às críticas acerca da falta de cientificidade da psiquiatria, uma vez que se supõe uma etiologia eminentemente biológica. De outro, com as possibilidades de ação antecipatória propostas naquele contexto, inauguravam-se novas possibilidades de intervenção para a disciplina, em um momento no qual o asilo encontrava-se em acentuado declínio.

No campo da teoria, o movimento eugênico adotava a noção de degenerescência como modelo de explicação para o surgimento de diversas doenças, entre as quais as patologias mentais. A partir desta noção, que pressupõe a existência de um tipo humano primitivo perfeito, a doença é entendida como resultado de um processo progressivo de degradação das características que constituem o indivíduo normal. As causas do processo de declínio seriam tanto físicas, como a nutrição, as atividades laborais, as condições de vida e a intoxicação por substâncias, quanto morais, entre as quais se destacam os desvios comportamentais, a

[2] O movimento iniciado na Europa viria a se difundir para outros continentes, chegando aos EUA e à América Latina. O movimento eugênico foi particularmente fecundo na Inglaterra, nos EUA e, evidentemente, na Alemanha, onde foi utilizado como alicerce científico para a política de exterminação das populações consideradas inferiores durante o regime nazista.

sexualidade desmedida, a falta de educação e o temperamento doentio, entre outros. Além de mesclar fatores biológicos e morais na origem da formação da doença, a teoria da degenerescência postulava que a degradação experimentada em uma geração seria transmitida às gerações seguintes, em um processo que não apenas perpetuaria as características desviantes, mas acentuaria a sua distância do tipo ideal, tornando o desvio e, consequentemente, a patologia cada vez mais severos (SERPA JR., 1998)[3].

Deste modo, além de explicar a crescente "degradação" observada no contexto urbano, a principal formulação teórica que fundamentava o discurso eugênico mostrava-se útil à psiquiatria como um modelo aparentemente mais científico do que aquele que fundamentava o tratamento moral, atendendo, ainda que de forma parcial, às críticas acerca da falta de objetividade e certeza no conhecimento psiquiátrico sobre a loucura. Neste sentido, a noção de degenerescência representava a possibilidade de adotar os métodos propriamente científicos na explicação etiológica da loucura e, assim, contribuir para a consolidação da psiquiatria como especialidade médico-científica, em um momento no qual toda a medicina procurava se constituir como conhecimento científico, utilizando os métodos da ciência positiva (SERPA JR., 1998). A adoção de uma teoria que contivesse em sua base uma explicação biológica para a doença mental parecia atender a diversos interesses e, principalmente, solucionar a antiga falta de objetividade das classificações e dos métodos em psiquiatria.

Nos EUA, o movimento eugênico não se restringiu ao campo médico ou psiquiátrico, mas reuniu adeptos de diferentes especialidades e deu ensejo à defesa de propostas de prevenção dirigidas aos diversos indivíduos desviantes ou inadequados, entre os quais os doentes mentais. Charles Davenport, considerado o pai do movimento eugênico norte-americano, foi um dos principais defensores das práticas de melhoramento da espécie através de medidas eugênicas em solo norte-americano (PERNICK, 1997; MICKLO; CARLSON, 2000; MAZUMDAR, 2002). Ao longo das três primeiras décadas do século XX, Davenport iria trabalhar para o avanço da teoria eugênica, defendida como conhecimento científico sobre as mais variadas condições humanas, reunidas sob a categoria do desvio. O movimento reuniu interessados de diversos campos, como cientistas, assistentes sociais, filantropos, políticos e, finalmente, os psiquiatras norte-americanos. Neste contexto, a doença mental era entendida como uma das doenças originadas em traços hereditários, cuja incidência nas populações mais

[3] Citamos a noção de degenerescência de forma simplificada, apenas para descrever o tipo de explicação da doença que estava atrelada ao movimento eugênico e ao crescente interesse pela prevenção da doença mental no início do século XX. Para uma análise da noção, conferir Serpa Jr (1998).

pobres demonstrava a degeneração de determinados grupos de indivíduos e, portanto, constituía uma ameaça à qualidade e à saúde da população norte-americana.

As práticas eugênicas endossadas pela psiquiatria norte-americana no início do século XX eram destinadas a regular e controlar a reprodução de indivíduos com doenças mentais. As soluções eugênicas mais discutidas foram a segregação, as leis de casamento e a esterilização. O objetivo de tais intervenções era claro: reduzir a ocorrência de doenças mentais por meio do impedimento da reprodução dos indivíduos portadores de traços degenerados. Uma vez que a hereditariedade era um fator primordial na formação da doença, transmitindo as características indesejáveis, interromper a sua passagem de geração em geração equivaleria a combater a doença mental e evitar a ocorrência de novos casos de loucura. Portanto, a estratégia preventiva defendida pelo movimento eugênico se referia ao impedimento de que os indivíduos portadores de doença mental, ou demais características indesejadas, gerassem descendentes.

Segundo Dowbiggin (2003), as principais ações implementadas no contexto norte-americano diziam respeito à segregação e à esterilização. Em um primeiro momento, houve a defesa da segregação como principal método preventivo a ser adotado, e leis proibindo o casamento de indivíduos desviantes foram aprovadas em diversos estados, além do confinamento em instituições especializadas. Em um segundo momento, mais especificamente em torno de 1912, o discurso eugênico no meio psiquiátrico se radicaliza e alguns psiquiatras passam a defender métodos mais extremos, como a esterilização. Na sequência, leis recomendando a esterilização de diversas categorias de indivíduos, entre os quais os doentes mentais, são aprovadas em diversos estados e atingem um número importante de indivíduos, de modo que, entre 1907 e 1940, 18.552 doentes mentais são esterilizados cirurgicamente em hospitais psiquiátricos nos EUA (DOWBIGGIN, 1992).

Contudo, como mostra Dowbiggin (2003), a adesão dos psiquiatras ao discurso eugênico foi descontínua, oscilando entre a defesa de tais práticas e o questionamento acerca da efetividade e das vantagens que elas poderiam oferecer. A teoria foi adotada de forma heterogênea no campo psiquiátrico norte-americano, e não sem debate[4]. Seu apogeu se deu até a Primeira Guerra para, em seguida, entrar em declínio. Simultaneamente, no campo das práticas de atenção à loucura, começam a aparecer estratégias e serviços alternativos, também com um viés preventivo, como as *child guidance clinics*, o serviço social psiquiátrico e os

[4] Sobre algumas das controvérsias e críticas às teorias eugênicas contemporâneas ao movimento, ver "*Eugenics and Modern Biology: Critiques of Eugenics, 1910–1945*" (ALLEN , 2011).

serviços ambulatoriais. Ainda que as práticas eugênicas continuassem a ter lugar no hospital psiquiátrico público - o *state hospital* - até a década de 30, e a intensidade de sua adoção diferisse entre os estados norte-americanos[5], o interesse e a popularidade do discurso começam a declinar.

Se, por um lado, novas teorias e práticas começam a desviar o interesse da psiquiatria, por outro, a noção de degenerescência e as práticas eugênicas parecem ter desempenhado o papel de fornecer respaldo científico à psiquiatria e alternativas de intervenção em um momento de crise do saber psiquiátrico e de fracasso da instituição asilar. Como afirmam Dowbiggin (2003) e Serpa Jr. (1998), a atração da eugenia se deu principalmente em função de interesses profissionais e de dificuldades inerentes ao conhecimento e à prática psiquiátrica da época, conferindo, ainda que de forma irregular e transitória, certa legitimidade científica e oferecendo opções de intervenção renovadas em um momento crucial, a uma especialidade médica então em crise. Se o discurso eugênico entraria em declínio e deixaria de interessar aos psiquiatras norte-americanos, sendo substituído por novos modelos de explicação da doença, a preocupação com os indivíduos desviantes e a intenção de prevenir a formação da doença mental permaneceriam no horizonte de interesses da disciplina nas décadas seguintes.

1.3 **A psicobiologia de Meyer e a valorização da adaptação**

Considerado um dos mais importantes psiquiatras norte-americanos do século XX, Adolf Meyer foi um dos principais defensores da valorização dos fatores psicossociais na etiologia psiquiátrica (SHORTER, 1997; HEALY, 2002) e fundamental promotor do movimento da higiene mental (RENNIE, 1950; CASTEL, CASTEL, LOVELL, 1982; GROB, 1994). Além de trabalhar insistentemente pela consolidação e ampliação do conhecimento e da prática psiquiátrica em solo norte-americano, o autor contribuiu para o reconhecimento dos fatores ambientais na prevalência dos transtornos mentais e a sua questionada sistematização teórica representou uma tentativa de construir, no campo psiquiátrico, uma alternativa às explicações biologicamente orientadas que predominavam até então. Para diversos comentadores, o ecletismo presente tanto na trajetória profissional quanto nas elaborações

[5] Por exemplo, a Califórnia adotou medidas mais drásticas de esterilização nos hospitais psiquiátricos, e um número bastante elevado de pacientes foi alvo de medidas eugênicas nesse estado. Dowbiggin (1997) atribui ao contexto especialmente racista californiano tal intensidade na implementação de intervenções eugências. Ver, por exemplo: "*Advertising eugenics: Charles M. Goethe's campaign to improve the race*" (SCHOELN; PECK, 2010), "*Sterilized in the name of public health: race, immigration and reproductive control in California*" (STERN , 2005).

conceituais de Meyer reflete com precisão o momento de mudança e fragmentação da psiquiatria norte-americana na primeira metade do século XX (CASTEL; CASTEL; LOVELL, 1982; GROB, 1994; SHORTER, 1997; DOUBLE, 2007; WALLACE, 2007; GHAEMI, 2007).

No referido período, estava em curso uma gradativa mudança de perspectiva na psiquiatria, que se iniciou com a crise e o questionamento dos hospitais psiquiátricos, prosseguiu com a elaboração de novos espaços e estratégias de atuação e foi acompanhada em paralelo pelo florescimento do movimento da higiene mental. Com isso, a compreensão da complexidade do ambiente social e a valorização da adaptação dos indivíduos passam a interessar cada vez mais à psiquiatria, que se desloca do interior confinado da instituição asilar para a variabilidade e extensão da vida comunitária. Neste contexto, Meyer irá formular a psicobiologia, uma sistematização teórica própria, influenciada pelos desenvolvimentos conceituais da época, mas significativamente peculiar em seus preceitos e objetivos, que se tornará referência conceitual para as iniciativas preventivistas da psiquiatria norte-americana até a consolidação da psicologia do ego nas décadas de 40 e 50.

Adolf Meyer (1866-1950) iniciou a sua formação na Suíça, na Universidade de Zurique, onde foi originalmente treinado como neurologista e neuropatologista, somando-se a essa formação inicial algum conhecimento de psicologia e psiquiatria. Meyer mudou-se para os EUA no final do século XIX, onde trabalhou como neuropatologista e psiquiatra em dois asilos, até que em 1910 é convidado para liderar o novo departamento de psiquiatria da Universidade John Hopkins. Desde o período em que atuou nos hospitais psiquiátricos, Meyer escrevia para revistas especializadas, proferia conferências e organizava encontros profissionais, influenciando o desenvolvimento do conhecimento psiquiátrico e a formação de toda uma geração de profissionais. A partir da posição de destaque que assume na John Hopkins, coordenando o departamento de psiquiatria de uma das escolas médicas mais importantes dos EUA, Meyer se consolidaria como um dos principais psiquiatras do cenário norte-americano na primeira metade do século XX, sendo considerado uma "figura chave na psiquiatria norte-americana de 1890 até a sua aposentadoria às vésperas da II Guerra Mundial" (GROB, 1994, p.142).

Meyer defende o que chamou de ponto de vista ou perspectiva psicobiológica, uma forma de abordar as doenças mentais e, mais abrangente, de estudar a natureza e a constituição do homem, que tem como principal característica a integração dos elementos e a consideração holística da experiência humana. A partir desta perspectiva, o homem é visto

como uma unidade indivisível, integrado de forma altamente específica, não reduzível à soma de elementos ou funções que constituem a experiência. Deste modo, o autor defende:

> "o conceito e a visão da integração, que agora posiciona o homem, uma unidade viva e transformadora de energia, no mundo dos fatos e o torna um indivíduo psico-biológico, conscientemente integrado, e membro de um grupo social (Meyer, 1921, p.3-4)[6].

Com esta abordagem holística, Meyer pretendia se opor às dualidades presentes no estudo do indivíduo e ao elementarismo como método de investigação da experiência humana. O elementarismo que marcava boa parte dos estudos psicológicos do período era criticado por Meyer por seu método de decomposição das experiências complexas em elementos simples e ínfimos para análise e, em seguida, a soma dessas partes como representante de experiências complexas. Assim, para a psicobiologia o produto da integração é qualitativamente diferente da natureza e da função de cada elemento participante. Trata-se de uma abordagem que considera o homem como um indivíduo psico-biológico, não excluindo ou decompondo, mas integrando ambas as dimensões da experiência (MEYER, 1908b; 1921; 1934; 1957).

Esta perspectiva implicava em uma reorientação do conhecimento psiquiátrico que, segundo Meyer, não deveria excluir da investigação nenhum aspecto do funcionamento do indivíduo. Ou seja, ao considerar as patologias mentais, a psiquiatria deveria voltar-se para ambos os domínios, tanto biológico como psicológico. De fato, há em Meyer o reconhecimento da biologia como material constitucional fundamental, a partir do qual são dados as condições e os limites da experiência. Segundo o autor, o homem precisa viver "respeitando as leis físicas e químicas, em harmonia com o que determinam as leis da hereditariedade, do crescimento e do funcionamento biológico dos organismos" (MEYER, 1921, p.11). A constituição biológica específica da espécie humana seria fonte de estabilidade, a partir da qual se dão o crescimento e a expansão dos indivíduos. Assim, o estudo do suporte biológico, principalmente do cérebro e de seu funcionamento, seria fundamental para avançar na compreensão da natureza e das condições essenciais a partir das quais o homem se desenvolve.

No entanto, veremos que esta concepção monista e integradora de Meyer não concedia espaços equivalentes para ambas as dimensões da experiência, mas privilegiava os fatores

[6] Para a obra de Meyer, ver: *The Commonsense Psychiatry of Dr. Adolf Meyer: Fifty-two Selected Papers*, editado por Alfred A. Lief, 1948; *The Collected Papers of Adolf Meyer*, editado em 4 volumes por Eunice E. Winters, 1950-1952; *Psychobiology: a Science of Man*, editado por Eunice E. Winters e Anna Mae Bowers, 1957.

psicológicos e sociais. Meyer enfatiza que o homem é fundamentalmente um ser social, que reage aos outros indivíduos, a afetos e desafetos, a desejos e necessidades, ao jogo entre antecipação, satisfação e frustração. A inserção do organismo biológico no mundo, no meio social que o cerca, na comunidade em que vive, seria o fator primordial para a construção da personalidade e, principalmente, para o surgimento de qualquer desvio ou insucesso na sua existência. Portanto, são as situações cotidianas e as histórias de vida dos indivíduos que determinam, em grande medida, a qualidade normal ou patológica das existências (MEYER, 1903a; 1908a; 1908b; 1921).

Mais especificamente, são os padrões de comportamento desenvolvidos na interação do homem com o meio social que determinam o grau de adaptação, felicidade e tristeza de cada indivíduo. Assim, a psiquiatria deveria se voltar para a observação e identificação de tendências de ação e reação do indivíduo no seu cotidiano, descrevendo a experiência comum, analisando a frequência das respostas e a qualidade das relações e da inserção do indivíduo em cada esfera da vida social. Como afirma Meyer, "estamos preparados para estudar os fatos em efetiva operação, as condições sob as quais eles ocorrem ou não, os fatores produzindo padrões, seu trabalho, resultados e capacidade de mudança (...)" (MEYER, 1934, p.594).

O comportamento do indivíduo é descrito de forma bastante simples, em termos de ação e reação: ações e reações adequadas ao meio favorecem a formação de uma personalidade adaptada e, assim, conduzem o indivíduo ao sucesso, à felicidade e à realização pessoal; por outro lado, ações e reações inadequadas, se repetitivas, favorecem a formação de padrões de comportamento desadaptados, conduzindo ao fracasso, à infelicidade e à doença mental. A independência também é um fator que se destaca como critério de normalidade, uma vez que ações e reações adequadas, responsáveis pela construção de uma personalidade eficiente, propiciam ao indivíduo equilíbrio e independência. A situação de dependência evidencia deficiências na adaptação à vida como ela se apresenta e, portanto, constitui-se como equivalente de doença mental.

Na análise da formação dos padrões comportamentais, o fundamental seria identificar os recursos adaptativos que são utilizados para garantir o sucesso da integração do homem com o meio. Para Meyer, uma vez que "o melhor critério médico é o funcionamento adequado ou eficiente", de forma análoga "classificamos as pessoas de acordo com a eficiência nas adaptações mentais que podem se desordenar" (1903, p.105). Na ausência das adaptações mentais, o indivíduo fracassa no objetivo de adequar-se ao meio e, consequentemente, de alcançar o sucesso, a felicidade e a realização pessoal. Pode-se observar o quanto a noção de adaptação é importante no modelo teórico de Meyer, constituindo objetivo de vida de cada

indivíduo e, mais importante, medida de normalidade psicológica. Assim, identificar o grau de adaptação do indivíduo equivale a avaliar a sua condição mental e, consequentemente, prejuízos dessa capacidade ou o fracasso desse objetivo constituem deficiências que expressam transtornos mentais.

Deste modo, Meyer não só enfatizava os fatores pessoais e culturais no estudo de pacientes hospitalizados, mas instituía a investigação das condições ambientais como tarefa primordial do psiquiatra, defendendo o exame da vida cotidiana e a análise das biografias individuais como principal estratégia clínica em psiquiatria. Somente nos registros e relatos de vida dos pacientes seria possível identificar tendências e padrões de comportamento, níveis de adaptação e a formação dos transtornos psicopatológicos. Se a psiquiatria se mantivesse primordialmente direcionada para a análise da constituição biológica dos indivíduos e recorrendo às noções de degenerescência e hereditariedade, estaria ignorando fatores fundamentais na formação da doença e, portanto, avançando pouco no que se refere à compreensão etiológica das patologias mentais[7].

Nos artigos "*An attempt at analysis of the neurotic constitution*" (1903a) e "*Mental factors in psychiatry*" (1908a), publicados na coletânea de 1948, Meyer discute a etiologia da doença mental e distingue dois fatores operando simultaneamente na formação da doença: a constituição biológica e os fatores precipitadores. Com isso, podem ser discriminados casos nos quais o indivíduo seguia normalmente o curso do desenvolvimento e, em determinado momento, é tomado por uma doença cujos principais sintomas são as perturbações mentais; e casos nos quais uma fraqueza ou deficiência constitucional é agravada por fatores situacionais. No primeiro caso, temos as doenças mentais que surgem a partir de um estado considerado normal, que se altera em um período específico da vida, normalmente atrelado a acontecimentos desafiadores e especialmente difíceis para o indivíduo. No segundo caso, temos a suposição de uma anormalidade prévia, ainda que não acentuada, originada no que Meyer chama de "constituição fraca ou deficiente", que é intensificada pela presença de influências ambientais negativas[8].

[7] A crítica de Meyer ao recurso à constituição biológica como justificativa etiológica das doenças mentais também pode ser entendida como uma oposição à psiquiatria kraepeliana, que supunha uma determinação biológica para os tipos descritos como insanos. Em 1903a, Meyer afirma discordar da posição kraepeliana de que a constituição biológica determina, de início, a doença mental e defende o desenvolvimento da patologia a partir de fatores causais ambientais.

[8] A partir dessa primeira e mais simples distinção entre casos nos quais a constituição é normal e casos nos quais há uma deficiência constitucional pressuposta, Meyer classifica as patologias mentais em seis tipos: psicastênico, neurastênico, hipocondríaco, constituição histérica, constituição epilética, e certos tipos de demência. Conferir Meyer (1903a).

No entanto, como afirma o autor, os fatores precipitadores são mais acessíveis ao conhecimento do psiquiatra, fundamentais para a eclosão da doença em ambos os casos discriminados e, além disso, podem oferecer subsídios para ações preventivas. Ainda que ambos devam ser considerados, os fatores precipitadores devem ser privilegiados devido à sua capacidade de descrever a formação da doença, fornecer informações sobre a constituição biológica e, principalmente, por "sugerir os meios para fortalecer a pessoa de forma que a torne resistente" (MEYER, 1908, p.170). Os fatores precipitadores da doença são descritos por Meyer a partir do vocabulário psicológico e se referem a situações e eventos da vida cotidiana, que deve ser examinada pelo psiquiatra. Importa identificar os eventos biográficos nos quais se possa observar uma resposta inadequada do indivíduo, sugerindo um desvio da normalidade e, de forma mais ampla, o seu desempenho em cada esfera da vida, que faz referência ao grau de adaptação alcançado.

Além do modelo etiológico de Meyer enfatizar os fatores psicossociais na formação da doença, a integração entre os domínios psicológico e biológico constituintes da experiência não é explicada. Uma vez que o autor não elabora hipóteses que justifiquem ou sustentem a integração, a defesa da perspectiva holística ou da unidade psico-biológica do indivíduo contém mais o caráter de estratégia intelectual e profissional, conciliando diferentes posições teóricas e redefinindo intenções e espaços para o conhecimento psiquiátrico, do que de elaboração conceitual coerente e bem fundamentada. De fato, sua obra é criticada pela ausência de clareza das hipóteses, pela falta de sistematização do pensamento e, principalmente, pelo intenso ecletismo que caracterizou seus textos, falas e posicionamentos profissionais (DOUBLE, 2007; GHAEMI, 2007; WALLACE, 2007) [9].

Junto ao interesse pelo impacto dos fatores ambientais na formação da doença, Meyer supunha que certos períodos do desenvolvimento seriam mais propícios para o surgimento de respostas comportamentais inadequadas. A infância, a puberdade e a adolescência seriam momentos especialmente suscetíveis à cristalização de padrões e à formação de personalidades patológicas. Na infância se desenvolvem a idiotia, a imbecilidade e certos problemas comportamentais de um grupo ainda pouco conhecido, o das crianças neuróticas.

[9] Para Double (2007), Meyer tinha uma forte tendência a compor com diferentes posições, muitas delas antagônicas, evitando o conflito e as divergências, tanto teóricas quanto as diretamente relacionadas às práticas em psiquiatria. Assim, apesar de defender em seu modelo teórico a ênfase nos fatores psicossociais na formação da doença mental, Meyer apoiou as chamadas "terapias de choque", tendo sido um dos defensores da realização das lobotomias e da terapia de insulina. Para Ghaemi (2007), o ecletismo e a falta de fundamentação coerente de Meyer não só prejudicou a consistência teórica de sua psicobiologia, como favoreceu o florescimento de posições dogmáticas na psiquiatria norte-americana do século XX, com a significativa influência da psicanálise no meio psiquiátrico e, simultaneamente, com o desenvolvimento de abordagens biológicas extremas, como as lobotomias.

Meyer chama atenção para esta terceira categoria que, diferente das duas primeiras, não pode ser explicada pela constituição biológica, mas se caracteriza por comportamentos como dificuldade para dormir, presença de sonhos conturbados, sonambulismo, irritabilidade e distração, entre outros. Trata-se de dificuldades precoces de adaptação que, uma vez instaladas em definitivo, conduzem à anormalidade que se estenderá até a vida adulta. Assim, a criança neurótica apresenta, em estágio inicial, os traços que, futuramente, corresponderão aos tipos psicopatológicos (MEYER, 1903a).

Observa-se o interesse pelas patologias infantis, com a respectiva consideração da criança como objeto de cuidados e fonte da psicopatologia adulta, que viria a se acentuar nas décadas seguintes, estando presente de forma destacada nas elaborações teóricas e propostas de ação da psiquiatria preventiva. Para Meyer, importava estudar a construção das respostas comportamentais das crianças para identificar como intervir: o que fortalecer, o que proteger, o que evitar. Como afirma o autor, "um grande número dos que se tornam insanos são indivíduos nos quais a mudança para o pior poderia ser antecipada" (MEYER, 1903a, p.108). Esta suposição acerca das possibilidades de prevenção, em consonância com as concepções do movimento da higiene mental, mostra que o tema vinha ganhando importância no meio psiquiátrico.

Assim, gradativamente, a psiquiatria deixava a hereditariedade determinista e o esquema fatalista e isolado do asilo e se direcionava cada vez mais para a compreensão dos ajustes individuais, familiares e sociais e para as intervenções mais amplas nos ambientes familiar e coletivo. Neste sentido, a ênfase concedida aos fatores psicológicos e sociais na etiologia das patologias mentais não representava apenas o que se considerava na época um avanço na compreensão da doença, mas estava fundamentalmente atrelada à ampliação e à diversificação das possibilidades de intervenção psiquiátrica, com destaque para a prevenção. Meyer afirmava que deveria ser dada atenção especial aos fatores individuais e sociais que fossem especificamente suscetíveis à mudança, pois estes poderiam ser alterados, ampliados ou reduzidos, de forma a manipular as condições ambientais a favor da higiene mental.

A valorização dos fatores psicológicos e sociais na formulação de modelos etiológicos em psiquiatria, que observamos nas formulações vagas de Meyer, seria também verificada no movimento da higiene mental, na recepção e difusão da teoria psicanalítica nos EUA e no crescente interesse pelos problemas infantis. No entanto, no campo psiquiátrico propriamente dito, se Meyer concede especial atenção aos fatores psicológicos e sociais em sua etiologia, tal valorização não é acompanhada de explicações consistentes acerca da dinâmica psicológica a que continuamente se refere. O autor fala em personalidade neurótica, criança

neurótica, dificuldades de comportamento, interação do indivíduo com os seus pares, mas avança pouco na descrição dos comportamentos ou das relações que os constituem. Portanto, ainda que a ênfase psicossocial na psicobiologia de Meyer tenha contribuído para a construção de uma hipótese etiológica na qual se destaca a descrição da patologia mental como inadaptação, faltava a qualificação dessa hipótese, com a descrição dos processos psicológicos propriamente ditos. Esta descrição apareceria mais adiante e seria absorvida de outro campo teórico, com o desenvolvimento da psicanálise nos EUA e as teorizações sobre adaptação e prevenção da psicologia do ego.

1.4 **A expansão da ação psiquiátrica**

Além das práticas eugênicas, outras formas de ação psiquiátrica alternativas ao asilo emergiram na primeira metade do século XX. Como dito anteriormente, as primeiras décadas do século XX foram um momento de intensa movimentação na sociedade norte-americana, que oscilava entre nutrir esperanças no acelerado progresso da sociedade e alimentar preocupações com os problemas sociais e as incertezas acerca do futuro que ameaçavam a vida coletiva. Nos campos do conhecimento e do cuidado à loucura, não seria diferente. Paralelamente ao declínio e desprestígio do asilo, às dúvidas acerca do conhecimento psiquiátrico sobre a doença mental e à adoção do discurso eugênico como política de saneamento mental, formavam-se movimentos, organizavam-se serviços e planejava-se um futuro consideravelmente diferente para a psiquiatria.

O movimento da higiene mental, as *child guidance clinics* e o *psychopatic hospital* foram algumas das principais inovações empreendidas no campo do cuidado à loucura naquele momento e representavam, quando analisados em conjunto, o ensaio de novos tempos para a psiquiatria. Segundo Grob (1994):

> "entre 1880 e 1940 os psiquiatras responderam às críticas recebidas alterando as fundações mais básicas da sua especialidade. Eles identificaram novas carreiras fora das instituições; articularam novas teorias e terapias; expandiram fronteiras profissionais para incluir sob sua jurisdição não somente os transtornos mentais, mas os problemas da vida cotidiana, e definiram um papel preventivo." (p.130).

Muitas dessas inovações tiveram lugar fora dos muros do asilo, que seguia como uma instituição de grandes dimensões, servindo de moradia para um elevado número de pacientes crônicos, alijados do convívio social e com pouca ou nenhuma possibilidade de saída do hospital. Para Castel; Castel; Lovell (1982), a falta de uma coordenação governamental mais

efetiva e centralizada nos EUA, diferentemente do que ocorria no contexto francês, permitiu o desenvolvimento de formas e serviços alternativos de cuidado, por um lado desconexos e pouco organizados, mas por outro, mais flexíveis e dinâmicos. Assim, a partir de iniciativas nas escolas médicas de grandes universidades, nos hospitais de filantropia e de movimentos razoavelmente autônomos - não atrelados a políticas de governo - veremos surgir diversas ações e teorias renovadas e uma psiquiatria com um viés gradativamente mais preventivista.

Uma das iniciativas que contribuiu para a gradativa reformulação das práticas psiquiátricas no início do século foi a criação do *psychopatic hospital*, um novo tipo de instituição médica que surge a partir de serviços e alas especialmente dedicadas aos pacientes psiquiátricos em determinados hospitais. Estas alas ou anexos localizados em hospitais gerais tinham o objetivo de servir como espaços de recepção dos casos de doença mental, que eram mantidos em observação até serem encaminhados aos asilos. Na virada do século, alguns desses serviços começam a oferecer tratamento e vão, gradativamente, ampliando as suas funções. Logo no início do século, determinados serviços adquiriram estabilidade e foram transformados em *psychopatic hospitals*, oferecendo cuidado intensivo, tratamento contínuo para casos graves, serviços ambulatoriais e constituindo-se como espaços de ensino e treinamento em psiquiatria.

Alguns hospitais psiquiátricos organizaram departamentos destinados à pesquisa e laboratórios em suas instalações, em grande parte estimulados pelas críticas à falta de rigor científico e de pesquisa oriundas da neurologia[10]. Outra inovação diz respeito à abertura de leitos e alas psiquiátricas em hospitais gerais privados, aceitando pacientes que sofressem de formas leves de doença mental. Estas iniciativas, ainda que estivessem presentes em um número pequeno de hospitais e tratassem também um número reduzido de pacientes, especialmente se comparados aos dados superlativos dos asilos tradicionais, evidenciavam a abertura de novas frentes de trabalho para o psiquiatra, serviam como espaços de experimentação para novas estratégias e opções de tratamento, e resultavam em uma série de publicações em revistas especializadas. De fato, constituíam-se como espaços mais dinâmicos, promissores e atraentes, diferentemente do desgastado e superlotado asilo (CASTEL; CASTEL; LOVELL, 1982).

[10] Sobre a disputa entre neurologistas e psiquiatras e sua influência no desenvolvimento dos hospitais psiquiátricos, ver: "*The establishment of the department of psychiatry in the Mount Sinai Hospital: a conflict between neurology and psychiatry*" (STEIN, 2004) e Castel; Castel; Lovell (1982).

Além de se caracterizarem como espaços, possuírem modos de funcionamento e serem compostos por profissionais significativamente diferentes do hospital psiquiátrico propriamente dito, estas instituições iriam pôr a psiquiatria em contato com pacientes também diversos daqueles que habitavam os asilos. Como mostra Grob (1994), gradativamente os *psychopatic hospitals* começam a receber um público composto majoritariamente pelo que se chamava na época de "personalidades psicopáticas". O termo fazia referência a uma variedade de tipos desviantes, incluindo prostitutas e jovens delinquentes, todos engajados em comportamentos considerados inaceitáveis e imorais. No *Boston Psychopathic Hospital*, por volta dos anos 30, o termo era utilizado para descrever os pacientes, muitos deles jovens do sexo masculino envolvidos em crimes, e para fazer referência a novos problemas ou sintomas, os desvios comportamentais, que começavam a interessar à psiquiatria (GROB, 1994).

Além destas iniciativas, voltadas para o modo de funcionamento da ação psiquiátrica em contextos médicos, novos campos de atuação foram sendo pleiteados pela psiquiatria do início do século XX. Um dos principais acontecimentos que marcaram a psiquiatria norte-americana no período foi o movimento da higiene mental, capitaneado por Clifford Beers e apoiado por Adolf Meyer, a partir do qual a importância do ambiente na formação psicopatológica começa a prevalecer e crianças, indivíduos e famílias passam a se destacar como possíveis alvos de intervenções psiquiátricas preventivas.

1.4.1 O movimento da higiene mental

A história do movimento da higiene mental se confunde com a história de Clifford Beers, um sujeito que, após uma tentativa fracassada de suicídio, começa a apresentar diversos sintomas de doença mental. Levado por sua família, Beers é internado em uma pequena clínica psiquiátrica privada, passando depois de alguns meses para uma segunda instituição privada e, finalmente, quando a família não possuía mais recursos financeiros para custear a internação, sendo transferido para um hospital psiquiátrico público. Ao final deste período, que durou pouco mais de três anos, Beers recebe alta e, motivado pelas experiências vividas durante as internações e impressionado com a baixa qualidade do tratamento recebido, decide criar um movimento nacional em prol da melhoria das condições de tratamento da doença mental. Após retornar às suas atividades em Nova Iorque, a ideia de criar um movimento e mobilizar a opinião pública cresce, e ele resolve escrever um livro-denúncia, relatando as experiências dos pacientes internados nos asilos norte-americanos.

Escrito em 1907, em março de 1908 Beers publica *"A Mind that found itself"*, o livro que relata a experiência de suas internações e retrata o tratamento muitas vezes insensível e mesmo brutal dispensado pelos profissionais do asilo, mais preocupados em manter a ordem do que em tratar ou curar os pacientes. Ainda que a exposição das mazelas da vida asilar e as denúncias sobre as condições dos hospitais não fossem inteiramente novidade, nenhum dos relatos anteriores havia tido o mesmo impacto que o livro de Beers, conquistando respaldo entre os profissionais especializados e alcançando visibilidade e popularidade. Segundo o próprio autor, mais de cem resenhas positivas em jornais e revistas não deixavam dúvida sobre o enorme interesse do público e a urgência do tema (BEERS, 1921).

A intenção inicial de Beers era exatamente a de mobilizar a opinião pública acerca dos sofrimentos e equívocos do tratamento dispensado na instituição psiquiátrica, de forma a reivindicar melhorias, fundando um movimento popular em prol do aprimoramento das instituições e do tratamento psiquiátrico. O discurso inicial enfatizava a busca por alternativas à internação, que deveria ser evitada e mantida apenas como último recurso, e defendia a criação de programas de educação do público e a elaboração de formas menos degradantes de tratamento. Deste modo, a melhoria das condições dos hospitais psiquiátricos estava incluída em seu projeto, bem como a reivindicação de novas estruturas e opções de tratamento para os doentes mentais.

No entanto, o contato com o psiquiatra Adolf Meyer viria a alterar as características iniciais do movimento, ampliando-o de forma a reivindicar ações e intervenções muito além do espaço institucional do hospital e do cuidado aos doentes mais crônicos e graves. Como vimos, Meyer é citado por diversos comentadores como uma das principais figuras da psiquiatria norte-americana na primeira metade do século XX, e sua carreira e opções teóricas podem ser consideradas como exemplo das inovações e do ecletismo que marcaram o período (DREYER, 1976a; GROB, 1994; CASTEL; CASTEL; LOVELL, 1982; LEVINE, 1981; SAPULDING; BALCH, 1983). Beers teve não só o apoio de Meyer para a publicação do livro, mas o efetivo envolvimento do proeminente psiquiatra no seu projeto, o que lhe garantiu respeitabilidade entre outros psiquiatras, neurologistas e demais profissionais do campo da atenção à loucura. Meyer deu o nome de higiene mental ao movimento organizado por Beers, e estimulou a ampliação dos objetivos para além da melhoria do asilo, almejando promover ações de higiene mental da população e, consequentemente, a prevenção da doença.

Além de Meyer, Beers apresenta seu projeto a diversos potenciais colaboradores e a respeitados intelectuais e médicos que pudessem apoiá-lo e, assim, conferir legitimidade a um movimento com objetivos amplos e alcance nacional. Em 1909, com o suporte de diversas

figuras importantes da sociedade americana, o *National Committe for Mental Hygiene* é criado e os objetivos declarados da instituição demonstram o quanto a intenção inicial de Beers havia se ampliado e redirecionado. O comitê teria como objetivos: proteger a saúde mental da população; promover a pesquisa e divulgar os resultados alcançados acerca da etiologia, do tratamento e da prevenção da doença mental; assegurar o apoio do governo federal; e estabelecer sociedades estaduais de higiene mental. Para tanto, estavam previstas a criação de serviços extra-hospitalares *after-care*, o desenvolvimento de ações educativas e o estabelecimento de um departamento de saúde pública no âmbito do governo federal. Como comenta Grob (1983), o projeto da higiene mental de Beers deixa poucas questões de fora, e parece ter como principal característica a vastidão de seus objetivos.

No livro em que revisa o movimento da higiene mental, Beers transcreve uma fala do Dr. Henry B. Favill, presidente do Comitê durante os primeiros cinco anos, que ilustra algumas das questões abordadas pelo movimento, bem como as próprias e declaradas mazelas. Inicialmente, o presidente deixa clara a indefinição das características e dos limites do movimento, afirmando que o projeto "é um tanto quanto indefinido", mas que pode "informar o que pretendemos realizar" (FAVILL, *apud* BEERS, 1921, p.288). Na sequência, são descritos os objetivos do projeto, começando com o serviço psiquiátrico extra-hospitalar, chamado de *after-care*, destinado a garantir a adequada reinserção do paciente que recebeu alta do hospital psiquiátrico na respectiva comunidade; passando pelos serviços de educação, que devem divulgar ideias corretas sobre insanidade, equilíbrio mental, higiene mental e viver correto; e chegando à alteração da legislação de modo a compatibilizá-la com os preceitos da higiene mental (BEERS, 1921, p. 288-289).

Subjacentes a estes objetivos, estão novas concepções sobre a doença mental e, principalmente, sobre o espectro de eventos e acontecimentos da esfera humana sobre os quais a psiquiatria deve atuar. Se a doença mental ainda é considerada resultado de deficiências constitucionais que poderiam ser herdadas dos genitores, ou adquiridas a partir do contato com um meio degradado e prejudicial, cada vez mais a influência ambiental se destaca como determinante da psicopatologia. Apesar da gradativa alteração nas hipóteses etiológicas vigentes, como destaca Grob (1994), o conhecimento sobre a formação da doença no momento de elaboração e defesa do movimento da higiene mental era declaradamente insuficiente. No entanto, mais do que conhecer com precisão os modos pelos quais a constituição biológica e o ambiente se combinavam para formar as patologias mentais, importava intervir preventivamente, uma vez que imperava a "crença de que era possível e mais fácil prevenir a doença mental do que tratá-la ou curá-la" (GROB, 1994, p.151).

Além dos exemplos mais clássicos de doença mental, como eram entendidos na época a insanidade, a idiotia e, de certa forma, a criminalidade, outros comportamentos começam a ser compreendidos a partir desta mesma lógica. Assim, desvios menos evidentes dos comportamentos, pensamentos ou sentimentos normais são também evidência de doença mental, sejam as patologias constitucionais, ou resultantes da exposição, nas palavras do Dr. Barker, a um ambiente "ruim" (BEERS, 1921, p.298). Barker, professor de medicina da Universidade John Hopkins, cita os seguintes exemplos de anormalidades que caracterizam desvios menores, mas ainda assim indicativos de doença mental:

> "as crianças que são difíceis de educar, os jovens acusados nas Cortes Juvenis, os adultos não adequados aos esforços da vida, que sucumbem a problemas "mentais" ou "nervosos" e povoam os hospitais psiquiátricos, e os adultos com anomalias de caráter e conduta, que fornecem material para a mídia sensacionalista" (BARKER, *apud* BEERS, 1921, p.298).

Portanto, tratava-se de aproximar os comportamentos patológicos próprios do campo da doença mental daqueles desvios menores e, evidentemente, mais comuns e frequentes, submetendo-os ao estudo, à regulação, ao tratamento e às ações preventivas do movimento da higiene mental. Assim como nas formulações vagas de Meyer, nas declarações dos membros do movimento da higiene mental o comportamento anormal é descrito como uma variação razoavelmente corriqueira e próxima do comportamento normal, aproximando gradativamente os transtornos mentais mais graves das disfunções sociais e dos sofrimentos cotidianos. Esta nova concepção de doença, ao mesmo tempo em que preserva certo organicismo, ao citar disfunções e deficiências do sistema nervoso - o que era fundamental para conferir o viés médico e científico almejado pela psiquiatria - cede cada vez mais espaço para os fatores psicossociais na formação da doença. Assim, começam a ascender para o primeiro plano nas preocupações e considerações dos higienistas a história de vida e as experiências dos indivíduos prévias à doença, bem como a importância da família, da maternidade, da educação e do ambiente social no qual os mesmos estão inseridos.

Esta abordagem possuía pontos de concordância com o movimento eugênico, que corria em paralelo ao movimento da higiene mental. Assim, muitos dos desajustes e deficiências que, a partir daquele momento, passam a ser entendidos como patologia mental, seriam explicados pelas influências ambientais, sendo possível o tratamento, a recuperação e a reinserção dos indivíduos no meio social. No entanto, parcela significativa das doenças seria herdada dos antepassados, representando traços degenerados que comprometiam a saúde mental dos indivíduos e, em maior escala, a qualidade da higiene mental da sociedade.

Portanto, para algumas classes de indivíduos e gravidade de problemas, as soluções e estratégias eugênicas representariam o meio mais eficaz e seguro de intervenção.

Paralela à elaboração de estratégias eugênicas, destinadas aos casos mais graves, as ações de higiene mental viriam a compor um mosaico de ações preventivas que pretendiam sanear a sociedade norte-americana, eliminando a insanidade, a criminalidade e a dependência, e estimulando a adaptação e o pleno desenvolvimento das capacidades humanas. Neste contexto, a psiquiatria desempenharia um papel importante na criação da nova sociedade, minimizando as possibilidades de doença e estimulando a saúde mental. Como afirma um dos presidentes do *National Committe for Mental Hygiene*:

> "uma campanha de higiene mental significa um esforço contínuo direcionado à conservação e ao melhoramento das mentes dos indivíduos, em outras palavras, uma tentativa sistemática de proteger os cérebros humanos, tão naturalmente dotados e tão estimulados, que as pessoas irão pensar melhor, se sentir melhor, e agir melhor do que fazem agora" (Dr. Llewellys F. Barker, 1912, citado por BEERS, 1921, p.297).

Observa-se nesta fala o quanto a tarefa era ambiciosa e ilimitada. No entanto, se os planos do movimento da higiene mental pareciam mirabolantes e geravam grande otimismo entre seus adeptos, a concretização dos objetivos e a efetivação das estratégias propostas se deram com grandes dificuldades. Beers (1921) relata as dificuldades enfrentadas, principalmente a busca por financiamento que pudesse tornar realidade a instituição e pô-la, finalmente, em funcionamento. Se o apoio intelectual ao seu livro foi praticamente unânime entre diversos profissionais importantes da psiquiatria e de outras especialidades, o suporte financeiro por ele requisitado chegou com dificuldades.

Na prática, as ações começaram com pesquisas sobre os problemas mentais da população, inicialmente realizadas em hospitais psiquiátricos e, gradativamente, passaram a incluir outras instituições, especialmente escolas e prisões. De fato, as pesquisas sobre condições sociais e mentais da população eram estratégias que vinham sendo utilizadas em diversos setores com o objetivo de lançar luz sobre os problemas sociais enfrentados pela sociedade e, ao mesmo tempo, fornecer respostas aos desafios coletivos, prescrevendo as ações e medidas a serem implementadas. A suposição que as motivava era de que um público inteligente e informado a partir de pesquisas com viés especializado e científico iria aceitar,

sem críticas e com significativo entusiasmo, o aconselhamento e a direção de líderes racionais e científicos, como os do movimento da higiene mental (GROB, 1983)[11].

Assim seguiriam as ações do movimento da higiene mental até a I Guerra Mundial (1914-1918), cujos acontecimentos contribuíram para alavancar o movimento e, principalmente, para intensificar as tendências de redefinição e ampliação do papel social da psiquiatria. Durante a guerra, o conhecimento psiquiátrico foi requerido para selecionar militares que cuidassem dos eventuais distúrbios mentais surgidos nos campos de batalha e apoiassem o retorno dos soldados dispensados por problemas mentais. Neste contexto, as consequências psicológicas da experiência de batalha e os traumas gerados nos campos, as "neuroses de guerra", forneciam novo material para a observação dos fenômenos mentais patológicos e evidenciavam a relação entre a doença psiquiátrica e as vivências individuais, fossem elas corriqueiras ou excepcionais (CASTEL; CASTEL; LOVELL, 1982; GROB, 1983).

No período posterior a I Guerra, o movimento da higiene mental apoiaria as ações de assistência social necessárias ao atendimento dos soldados que retornavam da guerra com problemas mentais e à sua reinserção na comunidade. O serviço social era uma disciplina ainda pouco organizada e sem significativa fundamentação teórica, e sua associação ao movimento da higiene mental foi fundamental para consolidá-la como discurso especializado e para estruturar as ações a serem realizadas no âmbito da assistência psiquiátrica. Tal fundamentação teve origem, principalmente, nos diversos treinamentos oferecidos pelo movimento da higiene mental aos profissionais da área, bem como a psiquiatras e outros profissionais interessados em serviço social psiquiátrico (CASTEL; CASTEL; LOVELL, 1982; GROB, 1983)[12].

Nas décadas seguintes ao fim da guerra, o movimento da higiene mental e boa parte do interesse da psiquiatria começariam a se direcionar para os problemas relacionados à infância. De fato, as concepções da higiene mental ganham força depois da I Guerra, uma vez que a relação entre patologia mental e fatores ambientais havia sido reforçada a partir das experiências verificadas naquele contexto. Além disso, temas como crime, delinquência, dependência e desajuste, especialmente nas camadas mais jovens da população, permaneciam

[11] Os primeiros estudos relatavam a situação insatisfatória e por vezes degradante dos asilos, e sugeriam reformas na legislação e no financiamento de tais instituições, de modo que um serviço psiquiátrico mais eficaz fosse oferecido aos pacientes internados.

[12] Sobre a relação entre psiquiatria e serviço social, bem como sobre a importância desta segunda especialidade para o movimento da higiene mental, ver capítulo 9 *"Mental Health Professions"*, em Grob (1983).

como problemas sociais que inquietavam a sociedade norte-americana e, consequentemente, despertavam o interesse dos discursos especializados.

O movimento da higiene mental, através do *National Committe for Mental Hygiene*, viria a realizar pesquisas em escolas com o intuito de identificar crianças que apresentassem sinais de distúrbio mental e avaliar a necessidade de oferta de assistência psiquiátrica. Além destes estudos, uma das principais atividades do Comitê, a partir da década de 20, foi o apoio à criação das *Child Guidance Clinics*, uma nova forma de instituição destinada à saúde mental de crianças e adolescentes e com intenso caráter preventivista (CASTEL; CASTEL; LOVELL, 1982; GROB, 1983; SCHOWALTER, 2003).

1.4.2 A criação das *Child Guidance Clinics*

A preocupação da psiquiatria com os problemas relacionados à infância e juventude já vinha se configurando desde o início do século XX, especialmente no que se referia à delinquência juvenil. O jovem infrator seria o exemplo de uma nova dimensão da patologia, não redutível à idiotia ou ao retardo mental, cuja incidência parecia aumentar e preocupava os administradores e legisladores da vida coletiva. Neste contexto, havia um crescente interesse pelos aspectos psicológicos envolvidos no comportamento delinquente e, de forma mais ampla, pelas possibilidades de ação preventiva, uma vez que tais comportamentos estavam atrelados a situações de crime e violência, gerando significativo impacto social.

A partir da década de 20, além do "jovem delinquente", o interesse pela higiene mental da população e pela prevenção da doença mental leva à consideração da "criança problema", com dificuldade de aprendizagem, mau comportamento ou transtornos emocionais. Se os problemas relacionados à infância não se resumiam mais à delinquência, o interesse pelo desenvolvimento e pela adaptação infantil também não se restringiria mais aos casos de retardo mental (CASTEL; CASTEL; LOVELL, 1982). As *child guidance clinics* surgem com o objetivo de atender a esse novo público, principalmente através de métodos de diagnóstico das patologias infantis e de aconselhamento familiar, ajudando os pais na tarefa de lidar com os problemas de comportamento dos filhos. Estas clínicas tinham características diversas, sendo financiadas tanto por instituições filantrópicas privadas, como boa parte das demais iniciativas do movimento da higiene mental, quanto por agências governamentais (BRENNEMANN, 1933; JORDAN; ARBOR, 1939; PEARSON, 1940; ALLEN, 1948; DREYER, 1976b).

Algumas destas clínicas foram criadas a partir de uma iniciativa que exemplifica de forma bastante precisa o espírito da época: as "*demonstration clinics*". Tratava-se de um time de especialistas que, em conjunto, organizavam um serviço clínico itinerante, cujo principal objetivo era treinar profissionais locais, que após a saída do grupo original pudessem dar continuidade ao serviço estabelecido inicialmente. Uma vez que os serviços estivessem em andamento, os profissionais treinados e a população local informada sobre as possibilidades de diagnóstico, aconselhamento e tratamento oferecidas, a equipe original partiria para outra cidade, com o mesmo objetivo de fundar uma clínica, iniciar os trabalhos e treinar os profissionais locais, construindo uma rede nacional de atendimento à infância e de divulgação dos preceitos da higiene mental.

Além das *demosntration clinicis*, que representavam um serviço itinerante, algumas *child guidance clinics* mais consolidadas ofereciam, além de atendimento e aconselhamento a crianças e pais, diversos cursos destinados à formação de outros profissionais. Somente no *Insitute for Child Guidance* de Nova Iorque, entre 1926 e 1932, além dos 3.600 casos atendidos, mais de 300 profissionais passaram pelos cursos de treinamento dedicados aos problemas infantis (CASTEL; CASTEL; LOVELL, 1982). Assim, psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais começavam a se especializar no atendimento a crianças, adolescentes e famílias, e se capacitavam para lidar com os problemas emocionais e comportamentais que emergiam como alvos do conhecimento psiquiátrico na época.

A criação das *child guidance clinics* foi, provavelmente, o principal resultado efetivo do movimento da higiene mental, uma vez que as demais iniciativas enfrentaram diversas dificuldades para se concretizar e permaneceram, em grande medida, no plano das propostas e intenções. Ainda assim, no campo das propostas e teorias, a higiene mental foi um importante movimento no cenário norte-americano do início do século XX. Seu discurso atraiu o interesse de diversas disciplinas, mobilizou segmentos significativos da população, que apoiavam as iniciativas de higiene mental e confiavam em suas prescrições como um roteiro comportamental e educacional para as famílias, e contribuiu para a ascensão das explicações psicossociais no entendimento das patologias mentais. A partir dos serviços inovadores oferecidos nas *child guidance clinics,* a higiene mental contribuía ainda mais para a divulgação de novas teorias sobre a doença mental, bem como para a redefinição de que comportamentos e experiências emocionais estariam sob jurisdição da psiquiatria.

Além dos preceitos da higiene mental, as *child guidance clinics* foram, em grande medida, influenciadas pelo discurso psicanalítico sobre a infância que se desenvolvia na Europa e, gradativamente, chegava aos EUA. De fato, desde a visita de Freud aos EUA em

1909, quando proferiu as conferências na *Clark University*, a psicanálise despertava certo interesse nos psiquiatras americanos, ainda que de forma marginal e restrita a espaços acadêmicos menos convencionais. Foi a partir da década de 20, com a ida de diversos profissionais para estudar e fazer sua formação na Europa, que começa a se constituir um movimento psicanalítico mais consistente em solo norte-americano. Nas décadas seguintes, em 30 e 40, os EUA veriam o retorno desses profissionais e a migração de número significativo de psiquiatras e psicanalistas europeus, que se dirigiam ao novo continente para estabelecer sua prática (CASTEL; CASTEL; LOVELL, 1981; GROB, 1994; HALE, 1995; HEALY, 2002).

Nos primeiros anos de funcionamento, as *guidance clinics* estavam voltadas para ações de higiene mental e educação, tendo como foco o apoio e o aconselhamento aos pais para que evitassem as influências ambientais negativas, que conduziriam à formação de patologias mentais. O objetivo preventivo fica claro: atuar sobre a dinâmica familiar, regulando o comportamento parental e, consequentemente, alterando o ambiente no qual as crianças são educadas, de modo a evitar desvios no desenvolvimento emocional e a posterior formação de patologias mentais. No entanto, com a experiência das primeiras clínicas, o crescente interesse pelos problemas infantis e o surgimento de novas teorias acerca do funcionamento psicológico da criança, gradativamente, as *child guidance clinics* tornam-se espaços terapêuticos. À preocupação inicial de prevenir patologias adultas soma-se a atenção ao sofrimento e às dificuldades atuais da criança (BRENNEMANN, 1933; JORDAN; ARBOR, 1939; PEARSON, 1940; ALLEN, 1948; DREYER, 1976).

Assim, ajudar as crianças com os seus problemas emocionais passa a ser uma tarefa fundamental dos serviços, e o conhecimento do funcionamento psicológico infantil, da relação parental e de métodos terapêuticos torna-se uma importante necessidade. Neste momento, a teoria psicanalítica sobre infância que se desenvolvia na época será extremamente útil, tanto como elaboração conceitual acerca da dinâmica psicológica infantil quanto como modalidade que fundamenta os novos objetivos terapêuticos desses espaços. Para Castel, Castel e Lovell (1982), a teoria psicanalítica desempenhou papel fundamental no movimento da higiene mental, de forma mais ampla, e especialmente nestes espaços destinados à prevenção de problemas infantis, por constituir-se como uma teoria completa sobre a psicopatologia, abrangendo a doença na infância e na idade adulta, explicando de forma integrada a formação patológica nesses dois períodos da vida e fornecendo argumentos aplicáveis tanto às patologias individuais quanto aos fenômenos sociais que inquietavam a sociedade da época.

Portanto, essas clínicas foram fortemente influenciadas por psicanalistas infantis europeus como Melanie Klein e Anna Freud, bem como pela psiquiatria infantil que se desenvolvia na época[13]. Essas teorias eram utilizadas para lançar luz sobre as motivações psicológicas de diversos comportamentos infantis, como as dificuldades de aprendizagem, o mau comportamento, os problemas alimentares, os atos de rebeldia, entre outros. Deste modo, além de alvo da educação e do discurso de viés mais pedagógico que predominava nos primórdios do movimento da higiene mental, os problemas comportamentais da criança passam a ser reinterpretados como sintomas de um funcionamento psicológico específico, cuja origem remonta a características internas, do próprio indivíduo, e a características de seu ambiente mais imediato, ou seja, das relações parentais e da vivência doméstica (ALLEN, 1948; DREYER, 1976).

Com isso, temos um incremento da ascensão das explicações psicodinâmicas e da valorização da criança como alvo do conhecimento psiquiátrico, que vinham se delineando desde o início do século XX, e ganham considerável reforço com o movimento da higiene mental, a criação das *child guidance clinics* e o crescente e contínuo interesse pelos problemas emocionais e comportamentais das crianças. Estas teorias emergentes sobre a psicopatologia infantil serão utilizadas de forma particular para fundamentar conceitualmente as principais propostas preventivas e as ambições de manipulação do ambiente social que caracterizarão a psiquiatria preventiva nos anos 50 e 60. Por ora, basta destacar que a valorização da hipótese psicossocial e a construção de estratégias preventivas com viés educativo e terapêutico surgiam como ensaio antecipado do que veríamos florescer em larga escala mais adiante[14].

1.5 **A consolidação da prevenção na metade do século XX**

Retornando à análise histórica das transformações que vinham alterando as características do conhecimento e da prática psiquiátrica na primeira metade do século XX, Grob (1983) observa que esse processo vinha se desenvolvendo de forma eclética e controversa até os anos 40. Sabemos da crise que assolava os asilos e das alternativas que vinham sendo elaboradas como estratégias para redefinir e reorganizar a psiquiatria como

[13] Kanner se destaca como um importante autor neste período, contribuindo para a divulgação dos conhecimentos psiquiátricos sobre as patologias infantis e para a predominância das explicações psicodinâmicas no seu entendimento (KANNER, 1937; 1938; 1940).

[14] Como indicam Castel, Castel e Lovell (1982), apesar de não estarem organizados a partir de uma política nacional de atenção à infância, os serviços criados ao longo da primeira metade do século XX acabaram por formar um sistema de saúde mental infantil razoavelmente desenvolvido e abrangente, que já estava em funcionamento antes mesmo da reformulação da assistência psiquiátrica que sucedeu a II Guerra Mundial.

disciplina médica e saber socialmente valorizado[15]. No entanto, o grande catalisador das transformações em curso e momento chave para a valorização da noção de prevenção chega com o final da II Guerra Mundial (1939-1945), momento no qual o tema da doença mental adquire visibilidade, conquista o interesse público, torna-se prioridade nacional e consolida as hipóteses psicossociais acerca da patologia mental.

Segundo Levine (1981), os dados relativos à saúde mental da população americana indicavam o crescimento do número de doentes desde o início do século XX, mas é no contexto da guerra que eles ganham destaque. Cerca de 40% dos indivíduos excluídos em triagens militares recebiam um diagnóstico neuropsiquiátrico. O grande contingente de sujeitos examinados e a variedade e frequência de problemas emocionais e comportamentais então observados sugeria que o problema da saúde mental não se restringia aos "loucos", mas que havia gradações e dificuldades individuais que deveriam ser compreendidas. A magnitude do problema da doença mental passa a ser questionada e a sua ocorrência começa a ser percebida como um problema abrangente de saúde pública.

Além dos indivíduos dispensados nas triagens militares, as necessidades e dificuldades enfrentadas durante a própria guerra também contribuíram para a produção de mudanças significativas no saber e na prática psiquiátrica. A experiência militar mostrou que o conhecimento psiquiátrico e as técnicas de intervenção então disponíveis eram inadequados às novas necessidades de adaptação, recuperação do trauma e manejo de grupos. A adaptação à disciplina militar, aos novos papéis sociais a serem desempenhados pelos soldados e à vivência de grupo nas condições extremas da guerra geraram um alto índice de problemas, para os quais a psiquiatria não oferecia explicação consistente ou estratégia de tratamento. Novos problemas demandam novas conceituações, e veremos florescer teorias sobre desenvolvimento normal, padrões de conduta, variações de personalidade e comportamento grupal.

Para Clark (1965), autor partidário do movimento comunitário, a Segunda Guerra retirou os psiquiatras do mundo específico e isolado que caracterizava os hospitais psiquiátricos e do conforto de seus consultórios particulares para inseri-los no tumulto dos campos de treinamento militar, dos hospitais de campanha e das unidades de combate. Segundo o autor, os acontecimentos da guerra e a inserção dos psiquiatras nessa nova

[15] Além dos citados movimento da higiene mental e das c*hild guidance clinics*, acrescentaríamos ao rol de alternativas desenvolvidas na primeira metade do século XX as chamadas "terapias de choque", algumas inovações terapêuticas criadas no interior dos próprios hospitais psiquiátricos, em sua maioria no contexto europeu, que utilizavam estratégias biológicas, como injeções de insulina, de metrazol e, posteriormente, do eletrochoque, para alcançar resultados terapêuticos.

realidade teriam propiciado o reconhecimento do poder das forças sociais em seu impacto sobre os pensamentos e sentimentos dos indivíduos. Esse reconhecimento teria levado ao desenvolvimento de novas técnicas terapêuticas e a uma profunda transformação no entendimento da doença mental.

No entanto, conforme vimos ao longo desta recapitulação histórica, a hipótese psicossocial vinha se constituindo como alternativa às explicações biologicamente orientadas da patologia mental desde o início do século XX, com o desenvolvimento da psicanálise na Europa, que influenciava psiquiatras importantes, como Adolf Meyer, a valorização do ambiente pelo movimento da higiene mental e o foco nas dificuldades emocionais e comportamentais de crianças nas *child guidance clinics*. As práticas psiquiátricas também vinham se alterando desde o início do século, a partir do aprofundamento da crise dos hospitais psiquiátricos e da ausência de alternativas terapêuticas eficazes que pudessem ser adotadas no interior do espaço institucional. Assim, o movimento de saída do asilo em direção a outros espaços sociais, com a formulação de instituições, serviços e ações alternativas a este antigo estabelecimento por excelência da prática psiquiátrica vinham ocorrendo de forma gradativa, heterogênea e sem unidade, mas contínua, desde o início do século XX até a década de 40.

Gradativamente, os adultos inadaptados vêm se somar às crianças neuróticas ou desajustadas como as novas figuras da doença mental, não mais atrelada aos casos graves e crônicos que ocupavam os asilos, mas remetendo ao sofrimento ordinário e ao desajuste menos severo. Ao invés de experiência radical e pouco habitual, confinada nos hospitais psiquiátricos, a doença mental é redefinida como fenômeno altamente frequente, disseminado por diversas camadas da população, atingindo crianças, jovens e adultos. A sua origem seria resultado das influências ambientais e das experiências pelas quais cada indivíduo passa ao longo da vida, especialmente, nos primeiros anos da infância, muito mais do que de qualquer determinação biológica ou hereditária, ainda que o fator orgânico não seja completamente excluído desse modelo.

Com o cenário preparado e diversas alternativas, movimentações e reformulações em curso, a psiquiatria comunitária e preventiva norte-americana não teria dificuldades para, nas décadas de 50 e 60, se constituir como nova etapa do conhecimento e da prática da disciplina. Ainda que contenha certa originalidade em algumas de suas formulações, a psiquiatria comunitária e preventiva dos anos 60 como abordagem unificada e razoavelmente coesa à doença mental pode ser entendida como o apogeu de determinadas concepções e práticas da psiquiatria norte-americana. Neste sentido, o movimento seria o resultado da conjugação de

acontecimentos históricos, interesses profissionais e modelos de explicação da doença mental, que vinham compondo o campo da psiquiatria na primeira metade do século XX de forma dispersa e fragmentada, e se reuniram de maneira ímpar no contexto do pós-guerra (GROB, 1983; 1994). Neste momento, a prevenção irá se destacar como tema primordial, principal objetivo e função da psiquiatria, conjugando determinadas concepções teóricas sobre a patologia mental e formas de ação psiquiátrica radicalmente diferentes da estrutura e da experiência do asilo.

2 AS TEORIAS PSICOLÓGICAS DOS ANOS 50 E 60 E A NOÇÃO DE PREVENÇÃO

> "O seguinte modelo conceitual obteve recentemente alguma aceitação por psiquiatras preventivos (...) [ele] apresenta uma visão de longo prazo dos fatores constantes que moldam o desenvolvimento do estilo de vida geral de uma pessoa, e uma visão de curto prazo, das crises recorrentes associadas a mudanças repentinas nos seus padrões de comportamento. Ambos os níveis do modelo enfatizam os fatores ambientais, que frequentemente afetam muitas pessoas, em uma amplitude significativa, e ignoram os fatores idiossincráticos, que determinam as diferenças individuais" (CAPLAN, 1964, p.31).

> "Acredito que a psiquiatria preventiva deve incluir a prevenção primária como ingrediente essencial, e deve promover a saúde mental entre os membros da comunidade que não estão atualmente perturbados, na esperança de reduzir o risco de que eles se tornem mentalmente perturbados" (CAPLAN, 1964, p.17).

2.1 Cuidados maternos, desenvolvimento do ego e crise

As explicações psicossociais para a formação das patologias mentais vinham se destacando no contexto norte-americano desde o início do século XX. A valorização do ambiente com o movimento da higiene mental, a criação das *child guidance clinics* e a experiência das guerras podem ser destacados como alguns dos principais acontecimentos que contribuíram para a gradativa alteração da hipótese etiológica predominante no discurso psiquiátrico na primeira metade do século XX. Neste contexto, os fatores psicológicos e sociais ganhavam terreno e sobressaiam frente aos fatores biológicos e hereditários na explicação da formação das doenças, de modo que podemos identificar a emergência de um novo modelo conceitual fundamentando o conhecimento e a prática psiquiátrica.

No entanto, a chegada da psicanálise aos EUA proporcionou mais conteúdo à crescente valorização dos aspectos psicossociais na formação da doença, que viriam a predominar no cenário dos anos 50 e 60. Alguns comentadores analisam a primeira metade do século XX como o apogeu do conhecimento psicanalítico nos EUA, que marcou a formação de uma geração de profissionais, foi absorvido de forma bastante peculiar pelo conhecimento e pela prática psiquiátrica, exerceu considerável influência intelectual em diversos campos e repercutiu no imaginário social da época, tendo um importante impacto social (CASTEL; CASTEL; LOVELL, 1982; GROB, 1983, 1994; HALE, 1995; HEALY, 2002; HORWITZ, 2002; BURNHAM, 2012). A difusão do conhecimento psicanalítico nos EUA adquiriu

características peculiares, de forma que determinadas concepções teóricas se desenvolveram com mais ênfase neste cenário, e as elaborações conceituais dos próprios psicanalistas norte-americanos tomariam uma direção consideravelmente diferente daquela vista no contexto europeu.

Influenciado pela vertente psicanalítica conhecida como psicologia do ego, Gerald Caplan, um dos principais autores do movimento preventivo norte-americano, condensa no livro *Principles of Preventive Psychiatry* (1964) os pressupostos conceituais da nova psiquiatria preventiva. O trabalho de Caplan é considerado referência para a psiquiatria comunitária e preventiva e, a nosso ver, retrata com precisão as questões que vinham dominando o conhecimento e a prática psiquiátrica nos anos 50 e 60. Na apresentação do livro, o então diretor do *National Institute of Mental Health,* Robert Felix, declara que se trata não apenas de uma cartilha, mas de uma verdadeira Bíblia para o assistente comunitário de saúde mental, devendo ser lido por todos os residentes de psiquiatria e profissionais ligados à saúde mental. Além destes, Caplan sugere que o manual pode interessar a um público mais amplo, destinando-se, também, a cientistas sociais, profissionais de outras áreas e estudiosos dos fenômenos comunitários em geral. De fato, trata-se de uma obra de considerável valor histórico, condensando diversas das elaborações conceituais acerca da etiologia psicopatológica e das propostas de intervenção preventiva da época.

A construção dos princípios de psiquiatria preventiva derivou boa parte de seu conteúdo do campo psicanalítico, cujos estudos acerca dos fatores psicossociais na formação da neurose foram fundamentais não somente para o entendimento da etiologia da doença, como para a formulação da noção de saúde mental como adaptação. Destacaremos algumas contribuições específicas destes autores devido à sua importância histórica e, principalmente, ao especial interesse e utilidade para os princípios de psiquiatria preventiva. Os estudos sobre cuidados maternos, a noção de adaptação e os estudos sobre crises do desenvolvimento são exemplos de formulações conceituais anteriores ou contemporâneas ao manual de psiquiatria preventiva de Caplan, que contribuíram para a formação do modelo conceitual vigente nos anos 50 e 60 e foram utilizadas para fundamentar as principais propostas desenvolvidas neste contexto. Assim, veremos, a partir das contribuições de alguns psicanalistas, do relatório *"Maternal Care and Mental Health"* (BOWLBY, 1951), do manual de Caplan e de artigos

sobre prevenção publicados entre 1950 e 1970[16], como o vocabulário psicológico e psicanalítico será adotado pela psiquiatria norte-americana de forma particular, em sintonia com os preceitos e prioridades daquele contexto, e será utilizado para fundamentar os propósitos preventivos e as ambições intervencionistas da psiquiatra nos anos 50 e 60[17].

2.1.1 Cuidados maternos e saúde mental

Uma das teorias fundamentais para a formulação dos princípios de psiquiatria preventiva foram os estudos psicanalíticos sobre cuidados maternos, padrões relacionais e psicopatologia. A partir da observação de crianças em idades precoces e da reconstituição das primeiras experiências infantis a partir do relato de pacientes adultos no contexto clínico, a psicanálise propõe que o processo de formação da estrutura psíquica que se desenvolve nos primeiros anos de vida é, essencialmente, estruturado a partir das relações objetais estabelecidas entre a mãe e a criança. Tais relações serão determinantes para a constituição psicológica individual e, consequentemente, para a formação da personalidade, o desenvolvimento de padrões comportamentais adaptados e o surgimento da psicopatologia (HARTMANN; KRIS, 1945; HARTMANN, KRIS; LOEWENSTEIN, 1946; SPITZ, 1945, 1946, 1951, 1965; BOWLBY, 1947, 1950, 1951; ERIKSON, 1950; KRIS, 1951; FREUD, 1951; HARTMANN, 1952, 1956, 1958).

Se a constituição do psiquismo a partir das relações intersubjetivas precoces é uma premissa psicanalítica básica, a ênfase na investigação direta de bebês e crianças como uma das principais estratégias para compreender tais processos foi especialmente defendida e valorizada pelos partidários da psicologia do ego (HARTMANN; KRIS, 1945; HARTMANN, KRIS; LOEWENSTEIN, 1946; SPITZ, 1945, 1946, 1951, 1965; ERIKSON, 1950; KRIS, 1951; FREUD, 1951; HARTMANN, 1952, 1956, 1958). Como afirmam Hartmann, Kris, Loewenstein (1946), a observação direta do desenvolvimento infantil e da interação entre mãe e criança não substituiria ou tornaria menos relevante o relato retrospectivo da história

[16] Foi realizada uma pesquisa de artigos no Portal de Periódicos da Capes, que reúne um considerável acervo de periódicos internacionais, com as palavras-chave "*preventive*" e "*psychiatry*" e data de publicação entre 1950 e 1970.

[17] Além dos autores citados nos próximos itens, como Bowlby, Spitz, Hartmann, Erikson e Lindemann, Caplan reconhece a influência de diversos psicanalistas, psiquiatras, sanitaristas e demais profissionais na formulação dos princípios de psiquiatria preventiva. Na introdução do livro de 1964, Caplan menciona desde os pioneiros da higiene mental, passando pelas iniciativas de saúde pública de Lemkau, pelos psicanalistas infantis e pela psicologia do ego, chegando à Bowlby e ao grupo de Higiene Mental do Exército, como alguns dos principais responsáveis pelos avanços que culminavam na elaboração dos princípios de psiquiatria preventiva.

individual na observação psicanalítica, mas seria fundamental para a psicanálise e a psiquiatria infantil. Para tais autores, apenas os estudos sobre desenvolvimento infantil, orientados pela perspectiva psicanalítica, seriam capazes de oferecer informações empíricas e corroborar as teses que atrelam cuidados maternos, relações de objeto, e desenvolvimento psicológico infantil.

Entre os diversos estudos produzidos no período, destacamos o Relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) "*Maternal Care and Mental Health"*, publicado originalmente em 1950 e, em seguida, organizado como livro e publicado em 1951. Trata-se do resultado de uma pesquisa realizada pelo psicanalista inglês John Bowlby, a pedido da OMS, cujo objetivo era identificar as principais teorias sobre a relação entre privação materna e saúde mental infantil em voga entre os especialistas da época. Após passar cinco meses em visita a diversos países europeus, incluindo França, Holanda, Suécia e Suíça, e aos EUA, nos quais se reuniu com os especialistas em assistência psiquiátrica e orientação infantil, além de pesquisar a literatura especializada no tema, Bowlby compilou seus achados no referido relatório.

Portanto, trata-se de um verdadeiro registro das principais teorias sobre relação materna e saúde mental infantil, e das práticas utilizadas na assistência destinada a esta população em curso nos anos 50. O documento viria a ser considerado referência tanto para a psiquiatria infantil, quanto para a formulação de intervenções preventivas destinadas à manutenção da saúde mental de crianças e famílias, além de abordar uma das principais preocupações sociais da época: a delinquência infanto-juvenil. Com isso, o Relatório e os artigos de Bowlby que o sucederam serão citados diretamente como referências fundamentais por Caplan e por alguns dos artigos de psiquiatria preventiva (GRUENBERG, 1958; EISENBERG, 1962; BOWER, 1963; DARBONE, 1967), além de aparecerem como fundamento na elaboração das ações de prevenção primária específicas, como veremos adiante[18].

No entanto, Bowlby se interessava pelo tema há pelo menos uma década, e vinha publicando estudos sobre a relação entre eventos precoces na vida infantil e posteriores distúrbios de comportamento. Caplan destaca que:

[18] Esse estudo e as críticas que se seguiram a ele estimularam Bowlby a refinar sua hipótese sobre a privação materna e a desenvolver, posteriormente, a teoria do apego, publicada inicialmente em três artigos: *The Nature of the Child's Tie to His Mother* (1958), *Separation Anxiety* (1959) e *Grief and Mourning in Infancy and Early Childhood* (1960).

> "há poucas dúvidas de que Bowlby e seus colegas, por seus estudos na Clínica Tavistock, de Londres, estiveram entre os primeiros a enfatizar a possibilidade de prevenção primária por meio da redução de um fator prejudicial específico, antes que o mesmo resulte em dano para o desenvolvimento da personalidade" (1964, p.13-14).

Para Bowlby (1947), as *child guidance clinics* ofereciam a oportunidade valiosa de investigação dos laços familiares e de averiguação da pertinência da emergente hipótese da etiologia psicossocial. Para o autor, os laços familiares e a construção da relação da criança com seus pais e, especialmente, com a mãe, não ganhariam consistência psicológica apenas com o desenvolvimento do complexo de Édipo, mas remontariam a um momento inicial, no qual a relação ainda é rudimentar, mas suficiente para caracterizar um padrão que, provavelmente, irá se perpetuar ao longo da vida, garantindo ou dificultando a saúde e a patologia. Portanto, junto à garantia das funções biológicas desempenhadas pela mãe, como a alimentação, a higiene, o sono e outros cuidados essenciais à manutenção da vida da criança, haveria uma interdependência emocionalmente valorada e essencial para o desenvolvimento psíquico da criança.

Além da experiência das *child guidance clinics*, Bowlby (1950) recorre aos estudos sobre comportamento delinquente, que gerava considerável preocupação social, como um importante exemplo dos efeitos gerados por relações parentais insatisfatórias. Criticando a compreensão da delinquência como uma categoria de comportamento radicalmente diferente do comportamento dito normal, o autor defende a suposição de que o engajamento em atos delinquentes depende mais da estrutura emocional e, principalmente, da intensidade das experiências vividas no início da vida, do que de uma constituição específica. Deste modo, a delinquência teria relação com variáveis sociais e psicológicas: do ponto de vista social, supõe-se que determinadas características sociais ou grupais favoreçam o surgimento de comportamentos antissociais e violentos, como diferentes níveis de hierarquia, autoritarismo e preconceito contra classes ou grupos marginalizados. No entanto, as condições socioculturais não explicam como alguns indivíduos recorrem a esse tipo de comportamento, enquanto outros se mantêm fies às regras sociais e se desenvolvem de acordo com os padrões normativos esperados.

A explicação para a suscetibilidade individual ao comportamento inadequado se direciona para os fatores psicológicos, que seriam responsáveis pela diferença individual na resposta às influências antissociais socioculturais. Ao tomar contato com casos de jovens

delinquentes e analisar suas histórias de vida, Bowlby (1950) constata que, frequentemente, dois tipos de experiência estão presentes: a separação prolongada da mãe, por um período mínimo de seis meses, nos primeiros cinco anos de vida; e a rejeição dos pais, que resultaria em atitudes críticas, hostis e punitivas em relação ao filho. Combinados ou independentes, esses dois tipos de experiência relacional estão presentes na maioria dos casos graves, usualmente considerados "intratáveis", como as psicopatias e os casos de distúrbio moral, além de conduzirem a psicopatologias mais leves, como as histerias e as depressões.

As afirmações de Bowlby (1950) dão ensejo a duas observações: primeiro, as mesmas experiências precoces podem conduzir à normalidade, à psicopatologia moderada ou severa, não havendo distinção prévia e definitiva entre as referidas categorias, mas diferenças baseadas, fundamentalmente, na qualidade da experiência; segundo, o padrão formado no início da vida se mantém como protótipo a partir do qual são construídas as relações humanas na juventude e na vida adulta, restando pouca possibilidade de alteração futura. Esta segunda observação faz com que a possibilidade de prevenir a patologia, incidindo sobre as relações familiares precoces, pareça estratégia atraente.

Tal suposição ficará mais evidente com a publicação do relatório "*Maternal Care and Mental Health"*(1951), no qual uma seção é dedicada à prevenção da privação. O relatório é divido em duas partes: na primeira, é apresentada a compilação de teorias e teses sobre o impacto da privação materna na saúde mental infantil; na segunda, são apresentadas as principais estratégias utilizadas para prevenir a privação. No que se refere às teses sobre desenvolvimento psicológico da criança, e a relação com os cuidados maternos, o relatório apresenta uma grande coincidência de suposições acerca da constituição da psicopatologia infantil e dos meios pelos quais ela poderia ser evitada. Assim, as formas de abordar, estudar, diagnosticar e tratar os pacientes encontradas nos países visitados são semelhantes e, em grande medida, baseadas na suposição psicanalítica de que a qualidade dos cuidados parentais disponibilizados à criança é essencial para a garantia da saúde mental infantil.

O desenvolvimento psicológico infantil e a preponderância da influência materna a que remete o relatório se baseiam na descrição psicanalítica da formação de um sistema psíquico complexo, que começa a se desenvolver no início da vida, e que corresponderá no adulto ao que identificamos como ego e superego. Durante a infância mais precoce estas instâncias estão ausentes ou operando de forma muito rudimentar e, portanto, as funções a elas correspondentes devem ser desempenhadas pela mãe, que orienta o indivíduo no espaço e

no tempo, provém seu ambiente, permite a satisfação de alguns impulsos, restringe a realização de outros, etc. A partir do psiquismo indiferenciado, exposto durante períodos precoces do desenvolvimento a um indivíduo que age como organizador, o bebê começa a realizar os processos de integração e, gradativamente, de internalização das funções desempenhadas pela mãe, até que tais funções estejam incorporadas ao seu funcionamento psíquico e a mediação do outro comece a se tornar menos necessária.

O fundamental no modelo é que a criança experimente uma relação calorosa, íntima e contínua com a mãe, biológica ou substituta (um indivíduo que assuma as funções maternas em sua totalidade e com regularidade), de modo que ambas encontrem prazer e satisfação na relação. Neste ambiente emocionalmente denso e contínuo, as emoções de ansiedade e culpa experimentadas pela criança encontram espaço e limite para serem expressas e, gradualmente, organizadas de forma que não gerem sofrimento. Da mesma forma, as suas demandas ambivalentes, que oscilam entre a necessidade de amor ilimitado e a raiva que sucede a percepção de que o amor não é suficiente, ou seja, da frustração dessa demanda, se manterão moderadas e poderão ser submetidas ao controle da personalidade em desenvolvimento.

Deste modo, a formação da personalidade individual estaria completamente atrelada às relações primárias da criança e, somente na medida em que estas relações são adequadas e contínuas, o desenvolvimento emocional procederá sem maiores prejuízos. Spitz (1945, 1946, 1951, 1965) examina em diversos textos a relação emocional estabelecida entre mãe e filho, a partir da qual se constroem as relações objetais fundamentais para o desenvolvimento infantil. A partir de pesquisas empíricas realizadas com centenas de bebês, observados pelo psicanalista e sua equipe, Spitz (1965) mostra que no primeiro ano de vida a formação da díade mãe-criança[19], permite a sobrevivência e a elaboração dos recursos adaptativos necessários ao desenvolvimento infantil, sendo essencial tanto para a maturação biológica quanto para o desenvolvimento psicológico.

[19] Para Spitz (1965), a principal característica do par formado pela mãe e pela criança é a assimetria, tanto estrutural quanto ambiental, das condições dos sujeitos envolvidos. No que se refere à estrutura, a mãe disporia de um aparelho psíquico completamente desenvolvido e, consequentemente, de uma personalidade estruturada, enquanto à criança caberia desenvolver tal aparelho. No que diz respeito ao ambiente, a mãe, como qualquer adulto, estaria imersa em um ambiente complexo e variado, composto de inúmeros indivíduos, espaços e funções, enquanto a criança estaria inicialmente inserida em um ambiente único, caracterizado basicamente pela própria mãe ou por seu substituto.

A ausência desta relação é definida no relatório da OMS como *"maternal deprivation"*[20], termo que compreende uma variedade de situações às quais uma criança pode ser exposta: falta de amor e carinho, apesar da presença da mãe; separação temporária da mãe; separação permanente da mãe, sem a substituição por um único indivíduo responsável pelos cuidados, como a experimentada em orfanatos, hospitais e outras instituições. Os efeitos nocivos da privação materna dependem, em grande medida, do grau de privação a que a criança é submetida. A privação parcial traz como resultado ansiedade aguda, necessidade excessiva de amor, sentimentos intensos de revolta e, como consequência desse último, culpa e depressão. A perturbação gerada por tais emoções conduz a atrasos ou prejuízos da organização psíquica em andamento e produz respostas repetitivas, que se acumulam sob a forma de sintomas neuróticos e instabilidade do caráter.

Estas características conduzem a um retrato do que Bowlby (1951) chama no relatório de "criança separada típica": indiferente, parada, infeliz, sem esboçar reação a estímulos e à interação com outros indivíduos. É comum que haja atraso ou queda no desempenho escolar e no desenvolvimento geral, bem como diminuição do peso e vulnerabilidade a infecções. As situações de hospitalização[21] oferecem um exemplo desse tipo de experiência, no qual a separação da mãe é vivenciada como um trauma pela criança, e a consequência usualmente observada é a perda das habilidades adquiridas e uma significativa regressão a comportamentos mais primitivos. Variações no processo de separação podem ocasionar o agravamento ou a melhora desses sintomas. Assim, os prejuízos gerados pela privação irão variar, principalmente, de acordo com o período no qual ocorreu a separação e se houve a oferta de um adulto cuidador substituto.

Tal como no relatório *"Mental Health and Maternal Care"*, Spitz (1945, 1946, 1951, 1965) analisará os desvios e distúrbios psicológicos resultantes de relações inadequadas

[20] Com esse termo, Bowlby pretende substituir o conceito de *"broken home"*, utilizado nas pesquisas de viés estatístico sobre relações parentais e saúde mental. Para o autor, a noção de *"broken home"* seria inespecífica e objetiva, não descrevendo qualitativamente a experiência que é fundamental para a etiologia psicopatológica na infância. Ainda que a quebra da estrutura familiar seja um importante fator, que usualmente culmina no estado de privação, o uso do termo *"maternal deprivation"* faria referência a um conceito mais específico e colocaria o foco da análise etiológica nos distúrbios da relação parental.

[21] O filme *"A two year old goes to hospital"*, realizado por Bowlby e por James Robertson como parte de pesquisas realizadas na Tavistock Clinic, retrata a internação de uma criança de dois anos e meio que vai ao hospital para se submeter a uma cirurgia. Laura passa um período de oito dias no hospital, nos quais são registrados seus comportamentos e reações às visitas dos pais. Com esse filme, os pesquisadores da Tavistock Clinic pretendiam produzir um material objetivo para observação e análise do processo de separação, no contexto dos estudos sobre privação e cuidados maternos. No texto de 1952 há a apresentação do filme, sua sinopse e um breve comentário de Winnicott (BOWLBY; ROBERTSON, 1952). Caplan afirma que, provavelmente, esse foi o documentário sobre saúde mental mais assistido por psiquiatras nos EUA, influenciando a geração que se formava e atuava naquele contexto (CAPLAN, 1964).

entre mãe e criança. Os distúrbios são discriminados em função da quantidade e da qualidade da relação, ou seja, da presença contínua ou privação da mãe, e das características de personalidade que determinam o modo de cuidados. Assim, no que se refere à quantidade, Spitz (1946) observa que a privação afetiva parcial resultará no fenômeno da "depressão anaclítica", caracterizada inicialmente por choro e retraimento afetivo, que evoluem para insônia, rigidez facial e aumento do retraimento social. A sintomatologia da "depressão anaclítica" se aproxima daquela verificada em adultos deprimidos e pode ser revertida caso a mãe, ou um agente de cuidados substituto, volte a desempenhar a tarefa materna de forma adequada e a tempo de reverter os danos causados.

No entanto, se a condição de privação afetiva for mantida por mais de cinco meses, o quadro evolui e as crianças passam a apresentar atrasos importantes no desenvolvimento. Caracterizando o que Spitz chama de privação afetiva total, a ausência da mãe por mais de cinco meses é capaz de gerar consequências graves e, provavelmente, irreversíveis, prejudicando o desenvolvimento motor e a maturação das funções biológicas, de modo que as crianças a ela submetidas apresentam atraso significativo no desenvolvimento geral. Tal quadro, chamado de "hospitalismo" (1945), poderia levar, em casos extremos, à morte da criança, e seria mais comum nos contextos institucionais, como orfanatos, nos quais não há um único agente de cuidados permanentemente designado para desempenhar a função de "ego externo da criança" (SPITZ, 1951, p.256).

Além de investigar a maturação e a formação das funções psicológicas no primeiro ano de vida, Spitz (1965) propõe a correlação entre distúrbios da personalidade materna e perturbações na criança. Deste modo, considera-se que a estrutura psicológica materna é responsável por imprimir um estilo de cuidados adequado ou, inversamente, insuficientes ou inadequados, que teria impacto nas relações de objeto e, consequentemente, no desenvolvimento psicológico do bebê. Portanto, as mães deveriam equilibrar-se adequadamente entre a expressão do amor pelo bebê e a promoção da frustração de suas vontades[22].

Portanto, apesar da presença regular da mãe, os cuidados desempenhados podem apresentar características indesejadas e estabelecer padrões de comportamento que culminarão

[22] Neste ponto, o autor critica a tradição norte-americana que vigorou até os anos 40 de enfatizar a frustração na educação das crianças, desprivilegiando e mesmo desencorajando as demonstrações de afeição da mãe. Se o equilíbrio entre satisfação e frustração é condição essencial para o desenvolvimento de relações objetais adequadas, tal modo de educar os filhos não traria bons resultados.

em problemas psicológicos da criança. Como a personalidade materna é dominante na díade formada com a criança, se inadequada, ela pode atuar como um agente patológico, construindo relações objetais distorcidas e efetivamente provocando a doença na criança. Entre os distúrbios maternos mais comuns, verificados nas pesquisas experimentais, Spitz cita a rejeição primária, na qual a mãe apresenta hostilidade generalizada à maternidade, superpermissividade ansiosa, fruto de excesso de preocupação materna, hostilidade, oscilação entre mimo e hostilidade, irregularidade do humor, entre outros. Para cada um dos padrões inadequados de comportamento materno, Spitz identificará doenças correlatas na criança, cuja origem seria psicogênica, como cólica, eczema, hipermotilidade, manipulação fecal, etc.

Portanto, não basta a presença constante da mãe, mas importam especialmente as características psicológicas que a levam a estabelecer determinadas formas de cuidar e de se relacionar com o filho, determinando o caráter saudável ou patológico da relação[23]. Com tamanha relevância concedida à relação materna, considerada por Spitz (1965) a primeira das relações sociais, e apontada por demais autores do campo psicanalítico como o protótipo das relações estabelecidas ao longo da vida (HARTMANN, KRIS; LOEWENSTEIN, 1946; SPITZ, 1945, 1946, 1951, 1965; ERIKSON, 1950; KRIS, 1951; FREUD, 1951; HARTMANN, 1952, 1956, 1958), boa parte das ações de prevenção se concentrarão neste núcleo da vida familiar e coletiva.

Além da preponderância da mãe como agente psicopatológico fundamental, outro argumento que corrobora o investimento nas estratégias preventivas aparece nesses autores. Tanto Spitz quanto Bowlby apontam a dificuldade de se estabelecer o tratamento psicoterápico, cuja premissa é a relação transferencial, com indivíduos que vivenciaram relações primárias inadequadas. No relatório *"Mental Health and Maternal Care"*, é relatada a dificuldade dos profissionais de psiquiatria infantil para estabelecer vínculo e aliança que favoreçam o processo terapêutico e, consequentemente, de que qualquer forma de tratamento se mostre efetivo para crianças e adolescentes que passaram por privação severa. Como o acesso ao mundo interior é praticamente impossível, e seu interesse por outras pessoas ou pela construção de relações emocionalmente valoradas é praticamente nulo, não existem muitas possibilidades terapêuticas. As tentativas empreendidas pelos profissionais da assistência

[23] A preponderância da função materna na formação da estrutura psíquica levava à suposição de distúrbios da relação mãe-criança como base da psicose infantil. No entanto, questionava-se se a quantidade e a qualidade dos cuidados maternos seriam suficientes para explicar a formação de casos graves de distúrbio infantil, ou se algum fator constitucional da criança contribuiria para tal desfecho. Ver Mahler (1952, 1955), e Erikson (1950).

infantil são frustrantes, e geram pessimismo quanto ao sucesso de qualquer terapêutica destinada a esses indivíduos[24].

A dificuldade para construir relações emocionalmente valoradas, além de dificultar o vínculo fundamental para os processos terapêuticos, exercerá efeitos sobre todas as esferas da vida individual, conduzindo a barreiras na interação social, ao desrespeito às regras socialmente partilhadas e à precariedade na construção de laços afetivos e familiares na vida adulta. Neste sentido, Spitz alerta que as relações objetais prejudicadas ameaçam não apenas a saúde mental infantil, mas a própria sociedade. Como estes indivíduos não possuem a capacidade de estabelecer relações de afeto e de se identificar com outros indivíduos, não estariam aptos para participar das complexas trocas sociais e afetivas que caracterizam a vida em sociedade. Deste modo, o número crescente de casos de neurose e psicose (SPITZ, 1965) e de comportamento delinquente e agressivo (ERIKSON, 1950; BOWLBY, 1951) teria na privação materna sua mais importante determinação.

Se as possibilidades terapêuticas disponíveis não geravam otimismo junto aos profissionais do campo, e o impacto social suposto como resultado das deficiências nas relações afetivas precoces ameaçava a vida coletiva, as estratégias preventivas apareciam como solução mais adequada, capazes de responder à gravidade dos casos e à percepção de incidência crescente. Assim, na segunda parte do relatório *"Mental Health and Maternal Care",* estão reunidas as principais estratégias adotadas pela assistência psiquiátrica infanto-juvenil da época para evitar distúrbios na relação materna e, assim, prevenir prejuízos à saúde mental de crianças, adolescentes e, consequentemente, dos futuros adultos. Veremos, mais a frente, as principais estratégias preventivas desenvolvidas na época, entre as quais aquelas destinadas à relação materna e à dinâmica familiar, muitas delas estimuladas e inspiradas pelo documento de 1951 da OMS.

2.1.2 O desenvolvimento do ego em direção à adaptação

A psicologia do ego é considerada a corrente psicanalítica norte-americana por excelência, tendo sido desenvolvida principalmente por psicanalistas europeus que

[24] Diferente da constatação do relatório da OMS, Spitz (1965) afirma que o tratamento destes casos é possível, apesar de extremamente difícil e de exigir modificações nas técnicas terapêuticas.

estabeleceram seu trabalho clínico e de pesquisa nos EUA, onde aprofundaram as teses de Anna Freud sobre a importância do ego e avançaram em alguns temas especialmente fecundos para os interesses preventivos (HALE, 1995; BURNHAM, 2012)[25]. Entre os desenvolvimentos teóricos da psicologia do ego, que marcaram o conhecimento e o exercício da psicanálise nos EUA, influenciando algumas gerações de psicanalistas, citamos o estímulo à observação direta de bebês e crianças e o interesse específico pelo desenvolvimento infantil. Além destes, destacamos uma elaboração teórica especialmente investigada neste contexto, que possui estreita ligação com as iniciativas preventivas elaboradas no campo da saúde mental nos anos 60: o desenvolvimento do ego em direção à adaptação.

Elaborada especialmente por Hartmann (1952, 1956, 1958), mas presente de modo indireto em alguns dos mais importantes autores do período, a noção de adaptação será importante para as propostas de prevenção que se desenvolverão na década de 60. Ao avançar na descrição psicológica do tema, os teóricos da psicologia do ego utilizam o vocabulário psicanalítico para analisar um comportamento considerado não somente normal, mas alçado à categoria de um dos principais critérios de normalidade naquele contexto. Com isso, a noção de adaptação será útil, não somente para as propostas de manipulação do ambiente social e de promoção da saúde mental que caracterizarão a psiquiatria preventiva, mas também para outras disciplinas, como Hartmann sugere ao afirmar que "a educação e a sociologia, por exemplo, tendem a ganhar com a ampliação do nosso horizonte na direção da esfera [do ego] livre de conflitos e da adaptação" (1958, p.12).

Por definição, a psicologia do ego privilegia o estudo dos processos conscientes e do funcionamento do ego, e o eleva à principal instância psíquica, em oposição aos mecanismos inconscientes e ao id e superego. Em "O ego e os mecanismos de defesa" (2006), publicado originalmente em 1936, Anna Freud defende a investigação detalhada dos mecanismos conscientes da vida psíquica por meio do exame do funcionamento do ego, bem como a ampliação do alcance da psicanálise, com a inclusão no seu rol de preocupações de temas como a adaptação de crianças e adultos ao mundo exterior e a consideração de conceitos como saúde e doença. Além da ampliação do escopo de fenômenos humanos abordados pela psicanálise, um redirecionamento da teoria em direção ao estudo dos processos do ego

[25] Alguns historiadores analisam a ascensão e o declínio das teorias psicanalíticas nos EUA identificando as décadas de 30 e 40 como o momento de acelerada difusão desse conhecimento, e os anos 50 como o ápice da valorização da teoria psicanalítica, não somente nos meios especializados mais próximos da clínica, como a psiquiatria e a psicologia, mas também nos contextos acadêmico e cultural. A partir dos anos 70, o interesse e a valorização da psicanálise começam a declinar (Hale, 1995; Burnham, 2012).

também poderia oferecer novos elementos à compreensão da vida psíquica, uma vez que seria esse um meio de acesso mais adequado para a obtenção de informações acerca das outras instâncias psíquicas.

A proposta de redirecionamento da investigação psicanalítica em direção aos processos conscientes e aos fenômenos da vida mental não necessariamente patológicos, como a adaptação e a educação de crianças, não ocorreu sem que lhe fossem dirigidas diversas críticas. Anna Freud salienta que o privilégio do estudo das camadas mais superficiais do aparelho mental recebia críticas da comunidade psicanalítica europeia e que, para muitos analistas, o uso do termo psicanálise deveria ser reservado para o estudo dos processos inconscientes, com o privilégio das pulsões recalcadas, dos afetos e das fantasias. Se as teses de Anna Freud acerca dos mecanismos de defesa do ego sofriam críticas no interior do campo psicanalítico europeu, no contexto norte-americano essa interpretação específica da teoria psicanalítica mostrou-se especialmente atraente, encontrando condições não somente para se difundir, como para se desenvolver e se tornar referência para outros campos de conhecimento[26].

Deste modo, diversos autores defendem o privilégio do exame dos processos conscientes, do desenvolvimento do ego e dos meios pelos quais o mesmo avança na integração com o ambiente que o cerca (HARTMANN; KRIS, 1945; HARTMANN, KRIS; LOEWENSTEIN, 1946; SPITZ, 1945, 1946, 1951, 1965; ERIKSON, 1950; KRIS, 1951; FREUD, 1951; HARTMANN, 1952, 1956, 1958). Como destaca Erikson:

> "atualmente, a psicanálise está implementando o estudo do ego, um conceito denotando a capacidade humana para unificar experiência e ação de modo adaptativo. Está mudando a ênfase do estudo centrado nas condições que atenuam e distorcem o ego individual, para o estudo das suas origens na organização social" (1950, p.15-16).

[26] Os autores da psicologia do ego são, em sua maioria, psicanalistas europeus que se refugiaram do nazismo emigrando para os EUA. Entre 1938 e 1939, diversos representantes do meio psicanalítico europeu buscaram abrigo nos EUA, e boa parte desses profissionais viria a se estabelecer em Nova Iorque, onde, liderados por Hartmann, iriam desenvolver as teorizações da psicologia do ego e estabelecê-la como referência para o exercício da psicanálise nas próximas décadas (Burnham, 2012). Pode-se supor que, para tais indivíduos, o conceito de adaptação fosse especialmente relevante, não somente pelas suas possibilidades de ampliação do conhecimento psicanalítico, mas fundamentalmente pela sua capacidade de responder aos desafios e anseios vivenciados na época. Devereux (1956) é um dos autores que critica a equivalência operada pela psiquiatria e psicanálise norte-americanas entre a normalidade psicológica e o critério cultural de adaptação.

O trabalho de Heinz Hartmann, *"Ego psychology and the problem of adaptation"* (1958), aborda diretamente o tema, partindo da suposição de uma esfera do ego livre de conflitos e da construção de uma perspectiva psicanalítica sobre o processo de adaptação. Segundo Hartmann, a psicanálise aborda o tema da adaptação de três formas: 1) como um problema da psicologia do ego; 2) como um objetivo terapêutico; e 3) como uma consideração educacional. Ainda que não possa esgotar a investigação do tema, para o autor, a psicanálise teria contribuições imprescindíveis a oferecer à investigação dos processos adaptativos, frutos de seu método e abordagem. Deste modo, seria especialmente relevante compreender os processos psicológicos e as estratégias que conduzem o aparelho mental a realizações adaptadas. Como afirma o autor:

> "Agora, a adaptação é - embora não examinemos suas implicações frequente e completamente - um conceito central da psicanálise, uma vez que muitos dos nossos problemas, quando investigados em profundidade, convergem para ela" (HARTMANN, 1958, p.23).

Se, inicialmente, com Anna Freud, a psicologia do ego havia se dedicado ao exame dos mecanismos de defesa dessa instância psíquica, privilegiando as funções relacionadas com a mediação do conflito entre as instâncias psíquicas, Hartmann (1958) sugere o exame de outras funções do ego, fundamentalmente dos processos por meio dos quais se pode chegar a um acordo com o meio, e da consideração desses processos como exemplos de "funções do ego livres de conflitos".

Portanto, haveria um espectro de processos do ego e de experiências do indivíduo que se desenvolveria de forma razoavelmente harmônica com o meio, sem que fossem travados os impasses característicos das situações de conflito psíquico. Embora o ego se desenvolva primordialmente a partir de conflitos, esses processos não são exclusivos na sua evolução, e boa parte dos fenômenos que interessam à realização de uma adaptação satisfatória ao meio ocorrem na "esfera do ego livre de conflitos". Assim, processos como a maturação biológica e a aprendizagem, implicados na formação de funções essenciais ao desenvolvimento humano como a percepção, o pensamento e a linguagem, podem ocorrer de forma essencialmente integrada e harmônica com o meio, através do trabalho bem sucedido do ego de assimilar os estímulos internos e externos de forma a atingir níveis satisfatórios de adaptação.

Hartmann (1958) afirma que o desenvolvimento mental, tal como explicado pela conceituação psicanalítica, supõe a transformação dos impulsos instintivos e a consequente delimitação de instâncias específicas da vida psíquica. A partir dos processos de diferenciação, que caracterizam a especialização de uma função, e integração, que representam a emergência de uma nova função psicológica, onde antes havia uma série de funções ou reações simples e desconexas, o desenvolvimento nos primórdios da vida infantil começa a se estabelecer. Nesta fase de maturação biológica e desenvolvimento psicológico, na qual são formadas as instâncias psíquicas, "o homem é equipado com um órgão adaptativo especializado, o ego" (HARTMANN, KRIS; LOEWENSTEIN, 1946, p.19).

Ao definir o processo de adaptação, Hartmann (1958) afirma que se trata de uma relação recíproca entre indivíduo e meio, cuja origem remonta a dois fatores essenciais: o equipamento biológico e as ações do ego. De um lado, faz-se necessário a adequada maturação biológica, que permite o pleno exercício dos sistemas do organismo; de outro, é a utilização do equipamento biológico pelo ego que poderá atuar regulando e neutralizando as perturbações do meio de modo a aperfeiçoar as relações entre o indivíduo e a realidade externa. A ação reguladora do ego, assimilando e transformando impulsos internos e influências do meio, pode resultar tanto em modificações ativas que o indivíduo realiza na realidade externa, quanto em mudanças internas, no seu aparelho psicofísico ou estrutura de personalidade. Além destas duas direções, anteriormente descritas pela teoria psicanalítica, Hartmann (1958) acrescenta uma terceira forma de adaptação, que consiste na escolha de um novo meio para a inserção do indivíduo, no qual o seu equipamento biológico e os mecanismos constituídos do ego encontrem vantagens para se expressar e desenvolver.

Ao examinar o desenvolvimento do ego em função da adaptação, Hartmann (1956, 1958) supõe a substituição dos processos adaptativos de base biológica por funções psicológicas complexas, que atuam de forma mais diversificada, com finalidades adaptativas[27]. Esse desenvolvimento é descrito como o controle dos impulsos internos e a aprendizagem de formas adequadas de satisfação. Sabe-se que, em sua relação com o meio, o indivíduo busca inicialmente a realização de seus impulsos mais primitivos. No entanto, é tarefa do ego em construção tolerar as ansiedades e tensões internas, adequando-as às exigências e aos limites da realidade externa. O processo pressupõe a gradativa modificação

[27] Esta afirmação também aparece em Hartmann, Kris e Loewenstein (1946), onde "pode-se questionar se, em momentos precoces da vida infantil, um equipamento "instintivo" residual existe, que depois perde sua função de ajuste ao ambiente" (p.19).

do princípio de prazer, a partir do qual o organismo busca diretamente a realização de seus impulsos, pelo princípio de realidade, que inclui as condições ambientais e a busca de novos horizontes para uma realização modificada dos impulsos instintuais. O que estaria em jogo seria "um tipo de antecipação do futuro. Ela representa uma função central do ego; que torna possível a transferência do princípio de prazer para o princípio de realidade" (HARTMANN, KRIS; LOEWENSTEIN, 1946, p.22).

A formação da capacidade adaptativa encontra um momento crucial na infância, no qual são construídas, a partir da aprendizagem, diversas das estratégias utilizadas na interação do indivíduo com o meio. Retomando a causalidade da neurose e as condições que levam ao conflito entre as instâncias psíquicas, descritas por Freud - a prolongada dependência humana na infância, o período de latência e a tarefa do ego de tratar como perigos certos impulsos do id - Hartmann (1958) afirma que é especialmente importante para a compreensão da adaptação o período da infância e o seu estado de impotência. Devido a esse estado inicial de dependência, a criança está exposta à influência do meio mais imediato, a família, a partir da qual irá adquirir, através da aprendizagem, boa parte das estratégias adaptativas e dos métodos de resolução de problemas que serão futuramente utilizados. Como afirmam Hartmann, Kris e Loewenstein (1946):

> "nas primeiras fases de desenvolvimento do ego, a criança depende do adulto para se relacionar com o mundo exterior; ela participa das suas reações e, com isso, adquire seus métodos de solucionar problemas e lidar com emergências" (p.29).

As primeiras relações da criança com o meio são, portanto, fundamentais para a aprendizagem de padrões comportamentais que irão determinar a capacidade de adaptação ao meio. A partir das transformações resultantes desta primeira relação, o indivíduo torna-se capaz de considerar, em seus anseios, a realidade externa e conformar-se a ela, renunciando ao prazer imediato, com a suposição de que irá alcançar um novo prazer no futuro. A função de antecipação do futuro, a partir da qual o indivíduo orienta as suas ações e busca a coordenação adequada entre a finalidade que pretende alcançar e os meios que serão utilizados é, para Hartmann (1958), uma função altamente específica do ego e um processo adaptativo do mais alto significado. Se esse processo é bem sucedido, pode-se afirmar que houve um desenvolvimento adequado, e que as possibilidades adaptativas deverão alcançar um nível satisfatório, permitindo a boa integração do indivíduo com o meio.

No entanto, os processos adaptativos também podem sofrer desvios, enfrentar dificuldades ou se realizarem de forma pouco eficaz para o indivíduo, e não sintônica com o meio. Para Hartmaan, "o sintoma neurótico também é uma tentativa de adaptação, mas uma tentativa de natureza abortiva" (1958, p.54). No entanto, tais distúrbios ou desvios, se transitórios, podem ser convertidos em realizações eficazes e adaptadas, desde que adequadamente resolvidos. Assim, a noção de adaptação não só recebe uma descrição a partir do vocabulário psicanalítico, o que lhe confere um conteúdo psicológico, bem como é valorizada como uma das mais importantes funções a serem desempenhadas pela dinâmica psíquica. Ainda que Hartmann reconheça a dificuldade de se definir precisamente um critério de saúde mental, afirmando que "por enquanto, teremos de renunciar à formulação de um conceito teórico definitivo e amplo de saúde" (1958, p.81), a noção de adaptação é considerada um indicador primordial de avaliação do desenvolvimento psicológico do indivíduo.

Além de oferecer uma perspectiva psicanalítica que valoriza e oferece conteúdo psicológico à noção de adaptação, Hartmann (1958) defende o interesse da psicanálise pelos processos psicológicos comumente atrelados à ideia de normalidade, sugerindo que, a ampliação do escopo de interesses dos fenômenos psicopatológicos para os fenômenos normais, poderia oferecer contribuições significativas não apenas à própria compreensão dos mecanismos de desenvolvimento do ego e da vida psíquica, como ser utilizada além do campo propriamente psicanalítico. No entanto, a transposição dos conhecimentos psicanalíticos sobre o processo de adaptação para outros campos de conhecimento e, principalmente, a sua sistematização em forma de ações propriamente ditas não seriam realizados tão facilmente.

Em 1954, Anna Freud, ao examinar as implicações da recente psicologia analítica da infância para a educação de crianças e a prevenção do desenvolvimento neurótico, afirma que "conclusões acerca da prevenção da neurose não foram delimitadas" (p.14). Deste modo, a autora "não crê que mesmo as mudanças mais revolucionárias no cuidado infantil possam eliminar a tendência à ambivalência ou a divisão da personalidade em id e ego, com objetivos conflitantes" (Freud, 1954, p.14). Hartmann (1958), apesar do otimismo no que se refere ao aumento do conhecimento sobre os processos adaptativos, além de apontar a dificuldade de se estabelecer um critério científico de saúde mental, sugeria cautela contra afirmações precipitadas sobre a saúde ideal, defendendo a continuidade dos estudos psicanalíticos sobre o tema antes que transposições mais diretas fossem elaboradas.

Ainda assim, as suposições teóricas da psicologia do ego e o entendimento dos cuidados maternos como principal fator etiológico na formação da doença mental serão especialmente úteis para o desenvolvimento dos princípios de psiquiatria preventiva, contribuindo para o crescente redirecionamento do interesse das disciplinas destinadas ao entendimento da doença mental para os processos normais e para a valorização e utilização da adaptação como critério de normalidade.

2.1.3 Os fundamentos da prevenção reunidos em Caplan

Um dos principais autores e referência fundamental para a formulação dos princípios de psiquiatria preventiva nos anos 60, Gerald Caplan nasceu na Inglaterra, onde se graduou em Anatomia e Fisiologia e, posteriormente, em Medicina. Caplan estudou psiquiatria na *Birmingham University*, psiquiatria infantil na *Tavistock Clinic*, e psicanálise no *London Institute of Psychoanalysis* e no *Boston Psychoanalytic Institute*. Apesar de ter vivido durante muitos anos em Israel, para onde se mudou em 1948, foi durante os longos períodos passados nos EUA que Caplan desenvolveu boa parte de seus trabalhos de psiquiatria comunitária e preventiva, publicando diversos textos, participando da formação e influenciando toda uma geração de profissionais de saúde mental.

Nos EUA, entre 1952 e 1964, Caplan foi diretor do Programa de Saúde Mental Comunitária da Escola de Saúde Pública da *Harvard University*, onde trabalhou com Eric Lindemann e criou o "Laboratório de Psiquiatria Comunitária", um dos primeiros centros de treinamento em saúde mental e psiquiatria comunitária do país (CUTLER; RUFFINE, 2004). Durante a estadia em instituições de ensino e pesquisa norte-americanas, o autor publicou o livro "*Principles of Preventive Psychiatry*" (1964), principal referência para a saúde mental comunitária. Além de referência para a teoria e a prática dos serviços de saúde mental comunitária, o livro se destacou por reunir os preceitos da orientação preventiva que marcou a psiquiatria no referido período.

De acordo com o autor, as elaborações contidas nos "*Principles of Preventive Psychiatry*" (CAPLAN, 1964), sofreram influência teórica de precursores especialmente dos campos da psicanálise e da saúde pública. No campo da saúde pública, Caplan destaca o reconhecimento por parte dos profissionais e legisladores nos 15 anos precedentes da importância da saúde mental para os programas gerais de saúde pública. A relevância

concedida ao tema teria resultado na inclusão de atividades de tratamento e prevenção da doença mental em diversos de seus programas. A valorização da saúde mental no campo da saúde pública teria levado ao desenvolvimento de teorias e ações direcionadas às doenças mentais em harmonia com os princípios e objetivos da saúde pública.

Além das iniciativas de saúde pública, as formulações teóricas da psicologia do ego foram particularmente relevantes para a concepção etiológica apresentada por Caplan. O autor ressalta que "os escritos psicanalíticos, especialmente os da psicologia do ego, exerceram profunda influência no desenvolvimento da estrutura conceitual da psiquiatria preventiva" (1964, p.12). Segundo o autor, como os fatores psicossociais são considerados preponderantes tanto na formação psicopatológica quanto na orientação dos serviços e das práticas psiquiátricas, "as teorias e práticas psicanalíticas provaram ser de fundamental importância no desenvolvimento do corpo de conhecimento que é básico para a psiquiatria preventiva" (CAPLAN, 1964, p.12). Assim, o manual reúne as principais suposições sobre a formação da doença mental vigentes no período, oriundas de campos do conhecimento diversos, com especial ênfase para a psicologia do ego, a teoria sobre cuidados maternos e as práticas de saúde publica. Como analisado por Costa (1973), trata-se da síntese de concepções teóricas sobre personalidade e etiologia psicopatológica, justapostas e orientadas principalmente pelo viés adaptativo que perpassa os "Princípios".

De modo a construir um solo conceitual sobre o qual possa assentar as propostas de psiquiatria preventiva, Caplan (1964) discrimina os três níveis de prevenção - primária, secundária e terciária - e apresenta o que chama de modelo conceitual para a prevenção primária[28]. De início, o autor esclarece que o modelo proposto destaca as influências ambientais, que são responsáveis por alterações significativas em um grande número de pessoas, e cuja ocorrência é elevada. Portanto, tal modelo reuniria um conjunto de conceitos operacionais que organiza os conhecimentos disponíveis acerca das variações na frequência de distúrbios mentais em uma comunidade. Com isso, os fatores idiossincráticos, que responderiam pela variabilidade individual na construção de respostas ao meio, seriam declaradamente ignorados no modelo.

[28] Apesar de não citar diretamente Leavell e Clark (1958), o modelo de Caplan remete à divisão operada por tais autores acerca dos níveis de prevenção: a prevenção primária, que intervém no período pré-patogênico, com o objetivo de evitar a formação da doença; a prevenção secundária, que intervém tão logo o processo patológico tenha se iniciado, por meio da detecção precoce e do tratamento imediato, de modo a evitar sequelas e reduzir a incapacidade; e a prevenção terciária, que intervém no momento em que a doença já se consolidou, caracterizando-se como reabilitação.

De fato, desde 1961, Caplan afirmava que a psiquiatria preventiva toma a saúde mental da população e a prevenção primária como critérios fundamentais, o que implica na valorização de determinados fatores etiológicos e na desconsideração de outros. Assim, a análise dos fatores que conduzem à formação da doença deve priorizar os elementos que atingem uma parcela significativa da população, ou mesmo a sua totalidade, e os elementos que são especialmente passíveis de intervenção. Nas palavras de Caplan:

> "nos interessamos não só pelas causas da doença de alguns, mas também pelas razões da saúde de outros, com a esperança de que este entendimento possa nos habilitar a manipular algumas das circunstâncias da população (...)" (1964, p.27).

Observa-se com clareza a prioridade concedida ao cuidado com a comunidade e a intenção de compreender o adoecimento individual como estratégia para favorecer a saúde mental geral da população.

O modelo conceitual apresentado por Caplan se baseia na classificação dos fatores que influenciam a doença e a saúde mental da população, discriminados em fatores que operam gradualmente e fatores que operam subitamente. Os fatores que operam gradualmente são entendidos como agentes constantes, que moldam o desenvolvimento das condições de saúde e doença do indivíduo, em uma perspectiva de longo prazo. Os fatores que operam subitamente são caracterizados como crises, que provocam mudanças súbitas nos padrões de comportamento, em uma perspectiva de curto prazo. Ambos incidem sobre as condições de vida e, especialmente, sobre o desenvolvimento da personalidade, favorecendo ou dificultando a formação de padrões de comportamento adaptado, tal como entendido pela psicologia do ego. Como afirma Caplan, "esta abordagem se baseia na suposição de que muitas perturbações mentais resultam de inadaptação e desajuste e que, pela alteração do equilíbrio de forças, a adaptação e o ajuste saudáveis são possíveis" (1964, p.28).

Os fatores de longo prazo são chamados de suprimentos[29], e devem estar disponíveis ao longo do crescimento e do desenvolvimento dos indivíduos, de acordo com o seu estágio de vida e as suas necessidades. A medida da oferta de suprimentos é importante na determinação do seu caráter saudável ou patológico, visto que tanto a escassez quanto o excesso podem ser prejudiciais ao indivíduo. Os suprimentos são subdivididos em

[29] No original em inglês, *"supplies"*.

suprimentos físicos, psicossociais e socioculturais. Os primeiros incluem alimentação, habitação, estimulação sensorial, oportunidades de exercício, entre outras. São descritos por Caplan como necessários à maturação e à manutenção da saúde do corpo, permitindo o crescimento e protegendo o indivíduo de possíveis danos, como infecções, traumatismos ou envenenamentos.

Os suprimentos psicossociais correspondem ao estímulo ao crescimento e ao desenvolvimento cognitivo e emocional propiciados pelo contato com indivíduos significativos, como membros da família, companheiros de escola, trabalho, etc. Esses encontros intersubjetivos, nos quais há envolvimento emocional e o estabelecimento de relações contínuas, seriam fundamentais para a formação da resistência ao distúrbio mental. O conteúdo das necessidades e as formas de satisfazê-las sofrem variação cultural, e mesmo as necessidades consideradas inatas, que tem origem na constituição biológica dos indivíduos, são alteradas em função da interação com o ambiente e modeladas de acordo com a especificidade do contexto social.

No entanto, de modo a fornecer o que chama de uma "lista operacional útil", Caplan identifica três áreas fundamentais de suprimentos psicossociais: a necessidade de intercâmbio de amor e afeto, a necessidade de limitação e controle, e a necessidade de participação em atividades coletivas. A interação com outros indivíduos viria a garantir a oferta dos suprimentos às necessidades psicológicas, desde que o relacionamento interpessoal respeite algumas condições. Observamos a construção da suposição do que seriam as relações intersubjetivas saudáveis: "uma relação "saudável" é aquela na qual o outro significativo percebe, respeita, e busca satisfazer as necessidades da pessoa, de forma compatível com os seus respectivos papéis sociais e com os valores da sua cultura" (CAPLAN, 1964, p.32).

Se o outro não percebe, respeita ou satisfaz as necessidades, se utiliza de tais relações de forma a satisfazer somente seus próprios interesses e prazeres, se ocorre um rompimento na continuidade da oferta de suprimentos por doença, morte, afastamento ou desilusão, a relação interpessoal estabelecida não será saudável e capaz de aumentar a resistência do indivíduo. Vemos aqui a influência dos estudos psicanalíticos sobre relação parental e cuidados maternos na determinação da saúde mental dos indivíduos, com a mesma valorização da regularidade e da dimensão afetiva dos contatos intersubjetivos.

Os suprimentos socioculturais equivalem aos fatores oriundos da cultura e do contexto social capazes de exercer influência sobre os processos de crescimento e

desenvolvimento do indivíduo. Trata-se, principalmente, dos valores e costumes de determinado contexto e dos consequentes papéis sociais por eles forjados, que atuarão como fatores fundamentais para a construção da personalidade e, consequentemente, da capacidade de responder de forma saudável às adversidades do meio. Além dos suprimentos físicos anteriormente citados, o meio social seria responsável pela oferta de imagens ideais e de expectativas sociais que seriam determinantes para o estabelecimento de funções psicológicas e da trajetória de vida do indivíduo.

A estabilidade é destacada como valor fundamental para a formação de indivíduos saudáveis e, consequentemente, para a construção de sociedades equilibradas. A continuidade nas relações e condições sociais daria ensejo à construção de modelos, recursos e instrumentos seguros para guiar o indivíduo nos momentos de crise, tornando-o mais hábil na resolução de problemas e enfrentamento de novas situações. A variação social, principalmente os momentos históricos marcados pela intensidade e rapidez das mudanças, faria com que os recursos anteriormente eficazes se tornassem obsoletos. A adequação aos problemas e desafios precedentes se perderia frente a novos cenários de crise e o indivíduo, impossibilitado de contar com modelos socioculturais, teria que recorrer aos seus próprios recursos, capacidade de julgamento e avaliação. Do mesmo modo, os recursos institucionais propriamente ditos, como agências governamentais e de assistência social, não seriam capazes de se apresentar como referência segura para os indivíduos, caracterizando-se como recursos sociais ultrapassados e pouco eficazes.

Ao finalizar a descrição dos suprimentos necessários à formação e manutenção da saúde mental, Caplan reconhece que a classificação é um tanto quanto arbitrária, lembrando a interconexão entre os diversos suprimentos oferecidos ao indivíduo e as diferenças nos modos de assimilar e interpretar ativamente o que foi recebido do meio social. No entanto, a identificação dos suprimentos permitiria a elaboração de uma lista sistemática de fatores perniciosos à saúde mental, que seria utilizada como guia para a fundamentação das intervenções preventivas e, posteriormente, submetida a pesquisas epidemiológicas que confirmassem ou alterassem a sua validade.

Desta forma, surgem os exemplos de fatores perniciosos para os quais devem ser elaborados programas profiláticos. Fenômenos diversos como traumatismos cranianos e infecções, relações perturbadas pais-filhos, erradicação cultural, anomia, isolamento e privação sensorial, separação da criança pequena da mãe e experiência educacional

inadequada são listados como fatores que incidem sobre as condições de saúde e doença mental dos indivíduos e, fundamentalmente, determinam a incidência de doenças mentais em uma dada comunidade.

Aos suprimentos físicos, psicossociais e socioculturais descritos, compreendidos como fatores que operam gradualmente, vem se somar os fatores que operam subitamente na formação da patologia mental. O autor sugere que:

> "o modelo ganha valor como guia para a prevenção se adicionarmos à visão de longo prazo, uma visão de curto prazo sobre as mudanças agudas do padrão de comportamento, que ocorrem de tempos em tempos ao longo da vida de uma pessoa" (CAPLAN, 1964, p.34).

Para explicar a importância e o funcionamento desses fatores, Caplan recorre ao conceito de crise, que faz referência a momentos transitórios de desequilíbrio psicológico, caracterizados por mudanças significativas nos padrões de comportamento individual. Esses momentos de instabilidade poderiam ocorrer nas diversas fases da vida e consistem, basicamente, na perda da capacidade de responder adequadamente utilizando os padrões comportamentais até então vigentes, com a consequente necessidade de novos modelos, recursos e instrumentos apropriados à situação em questão (CAPLAN, 1964; DARBONNE, 1967; BRANDON, 1970).

Caplan recupera os conceitos de "crise do desenvolvimento" e "crise acidental" de Erikson (1950) para complementar a descrição etiológica dos padrões mentais saudáveis e patológicos. Esta abordagem, também conhecida como perspectiva dos "ciclos da vida", almejava construir explicações psicológicas para o desenvolvimento humano e, especialmente, para as transições entre suas diferentes fases. Neste modelo, as crises de desenvolvimento seriam constitutivas do processo de formação da personalidade, marcado pela alternância entre momentos de estabilidade e momentos transitórios. As crises teriam como característica a predominância de transtornos cognitivos e afetivos e comportamentos inadequados, com alto grau de instabilidade. O seu desenrolar levaria os indivíduos à fase de desenvolvimento subsequente, qualitativamente diferente da anterior, representando um novo estado de equilíbrio psíquico e estabilidade do comportamento.

A adolescência, a entrada na vida adulta, a perda de cônjuge ou familiares, a ameaça da integridade física por doença, o nascimento de um filho e a separação de casais seriam

exemplos de momentos de crise, nos quais ocorre um desequilíbrio no padrão de comportamento do indivíduo que, momentaneamente, não consegue responder a uma exigência do seu próprio desenvolvimento ou do meio social. A crise não possui necessariamente um caráter violento, mas usualmente constitui-se como uma interrupção de hábitos. Neste momento, o indivíduo experimenta a possibilidade de desenvolver novos padrões de comportamento, que irão se cristalizar depois que o conflito se finaliza. Se o indivíduo sai da crise com um padrão menos ajustado, portanto, menos saudável, aumenta a probabilidade de que desenvolva uma doença mental. Por outro lado, o momento também pode ser utilizado para a construção de um padrão comportamental mais eficiente e saudável, de modo que a saída da crise favorecerá a adaptação.

Portanto, as crises são tanto períodos de desestruturação, caracterizados por instabilidade psicológica e desajuste do comportamento, quanto períodos de transição típicos do processo de desenvolvimento, oportunos para a construção de padrões ainda mais ajustados e saudáveis. Com isso, a implicação do conceito de crise para a intervenção preventiva fica patente: o indivíduo deve ser ajudado a encontrar respostas adequadas durante a crise, para que o novo padrão comportamental construído favoreça a adaptação; do mesmo modo, deve-se evitar que o mesmo recorra a padrões indesejáveis, que possam acarretar o desenvolvimento futuro da doença mental. Como afirma Caplan:

> "a resistência ao distúrbio mental pode ser aumentada se ajudarmos o indivíduo a expandir seu repertório de habilidades eficazes de solução de problemas, de modo que ele não precise recorrer a formas regressivas, irreais ou socialmente inaceitáveis para lidar com os impasses, que podem levar a sintomas neuróticos ou psicóticos (...)" (1964, p.37).

A partir desta descrição abrangente do fenômeno da crise, Caplan destaca as crises acidentais como eventos cruciais na formação etiológica de padrões desadaptados de conduta, e especialmente relevantes para os interesses preventivos. As crises acidentais corresponderiam a momentos de semelhante instabilidade psicológica e comportamental, mas seriam desencadeadas por eventos fortuitos, como azares da vida que dizem respeito à perda de suprimentos básicos ou desafios que representem um aumento das exigências ao indivíduo. As crises acidentais seriam eventos pontuais, não comumente atrelados a rituais socialmente partilhados, e teriam curta duração, geralmente entre quatro e seis semanas.

Outra referência importante acerca da relação entre crises acidentais e psicopatologia são os estudos de Lindemann sobre o desastre de Coconut Groove (COBB; LINDEMANN, 1943; LINDEMANN, 1944). A análise da reação de luto dos sobreviventes de um incêndio, somada à observação de situações de morte e separação causadas pela guerra, levou à elaboração de considerações sobre o processo de luto[30]. O mesmo é descrito como uma síndrome específica, com determinadas características e um desfecho esperado. Assim, o luto seria um momento de dor aguda, mas também um processo pelo qual o individuo que perdeu um ente querido deve passar para que atinja uma resolução satisfatória. A síndrome pode aparecer imediatamente após a perda, que seria a reação de sofrimento mais usual, ou ser postergada, distorcida, ou mesmo mascarada, caracterizando reações inadequadas ou tentativas de encobrimento da dor. Nesses casos, o processo normal de luto seria distorcido e as chances de evolução para formações patológicas seriam significativas. Portanto, o que importa na análise do fenômeno é a identificação do surgimento de eventuais padrões inadequados de luto, que caracterizam respostas mal adaptadas, e das possibilidades de intervenção que possam transformar as reações inadequadas de perda em processos normais de luto.

Para complementar as formulações de Lindemann e Erikson, Caplan recorre a estudos e observações clínicas de pacientes psiquiátricos que indicam a importância dos momentos de crise e, especialmente, dos comportamentos que caracterizam o seu desfecho para a evolução da doença mental. Segundo tais estudos, os períodos de crise dariam ensejo à formação de comportamentos desajustados, tornando o indivíduo menos saudável por conduzi-lo mais rapidamente a uma evolução negativa em direção à doença mental. Do mesmo modo, o acompanhamento de crises acidentais em pacientes psiquiátricos indicaria que essa evolução negativa poderia ser retardada por desfechos bem sucedidos, caracterizados por soluções à crise ajustadas à normalidade.

A partir das formulações de Erikson acerca das “crises acidentais”, Caplan elabora uma teoria da crise, na qual descreve as fases que explicam o seu funcionamento e, principalmente, as possibilidades de desfecho. O autor identifica quatro fases constitutivas da crise: 1) percepção de uma situação de ameaça e da ineficiência ou incapacidade dos mecanismos habituais de solução de problemas, que gera tensão, estresse e desconforto; 2) fracasso na resolução da crise e permanência do estímulo perturbador, que acarreta aumento

[30] No original em inglês, “*mourning”*.

da tensão interna, desorganização psicológica e sentimentos desagradáveis, como também a busca de ações que reduzam a pressão ou solucionem o problema, do tipo ensaio e erro; 3) mobilização de todos os recursos externos e internos, especialmente de técnicas emergenciais de solução de problema, implicando em redefinição do problema, revelação de novos aspectos da situação, deslocamento do cerne do problema, ou refinamento da interpretação.

Neste momento, é possível que o indivíduo renuncie à solução de alguns aspectos da situação, o que pode levar à solução da crise e ao reestabelecimento da estabilidade. Frequentemente, a solução implica não apenas no fim da crise, mas também na alteração de algum aspecto da personalidade do indivíduo ou do papel social desempenhado no grupo. Entretanto, a solução alcançada pode ser incompleta ou representar um comportamento mal adaptado, caracterizando uma saída neurótica da crise. Assim, o desfecho final é fundamental para a saúde mental do indivíduo, uma vez que o novo padrão comportamental pode ser socialmente aceito e baseado na realidade, ou inadequado, como os caracterizados por evasão, manipulação fantasiosa ou irracional, regressão ou alienação. No segundo caso, aumenta a probabilidade de que os problemas futuros também sejam enfrentados de forma inadequada, comprometendo a inserção social do indivíduo.

Frequentemente, a crise atinge uma resolução na fase 3, mas, se o processo tem continuidade, atinge a fase 4, momento no qual a tensão avança e ultrapassa mais um limiar, tornando-se insuportável e provocando a desorganização psicológica do indivíduo. Neste período, podem ocorrer episódios psicóticos, tanto moderados quanto permanentes, e o prejuízo às possibilidades de satisfação, adaptação e inserção social do indivíduo são significativas.

Não à toa, o conceito de crise despertava interesse no contexto dos anos 50 e 60, especialmente devido às possibilidades de intervenção e prevenção atreladas a esse fenômeno. Como vimos, os momentos de crise dão margem a um duplo entendimento, configurando-se simultaneamente como períodos de desequilíbrio e de oportunidade. O valor da crise como oportunidade é fundamental para a psiquiatria preventiva, visto que oferece um alvo específico para a prevenção primária e suas perspectivas de intervenção. Nessa direção, Caplan destaca três aspectos da crise que seriam particularmente importantes para a prevenção primária: a preponderância dos fatores situacionais, o surgimento de demanda psicológica e a suscetibilidade do indivíduo.

A preponderância dos fatores situacionais confere ainda maior relevância para o momento de crise. Caplan sugere que fatores antecedentes, como a personalidade, não seriam determinantes para o desfecho da crise, ainda que contribuam para o bom ou mau resultado final em termos de saúde mental. A relevância estaria no modo como se dá a interação entre forças endógenas e exógenas no decorrer da crise, modo esse que não pode ser previamente determinado ou inteiramente explicado por meio dos fatores antecedentes. Nesta mesma direção, Lindemann (1944) sugeria que a intervenção em crise não deveria abordar a psicopatologia estrutural do indivíduo, mas se concentrar nas características do evento presente e nos recursos que favorecessem o processo de luto. Portanto, a importância dos fatores situacionais é fundamental para o bom termo de uma situação de crise, bem como para os processos de luto, e extremamente conveniente para a intervenção preventiva, visto que sujeitos à interferência de profissionais.

Como vimos, o desequilíbrio psicológico e a inadequação comportamental caracterizam o momento de crise, e são acompanhados pela ausência de recursos individuais ou sociais capazes de oferecer referências para o sujeito em questão. Segundo Caplan (1964), a ausência de referências conduziria a um "desejo de ajuda", a partir do qual o indivíduo deposita naqueles que o circundam a esperança de apoio e alívio para o sofrimento advindo dos seus sintomas. A demanda por apoio psicológico cresceria consideravelmente durante situações de crise, estimulando a busca por auxílio e aconselhamento profissional, facilitando a aproximação de profissionais, e contribuindo para a construção de credibilidade das ações profiláticas.

Deste modo, a própria demanda por apoio psicológico surgida no decorrer da crise daria ensejo a uma maior suscetibilidade do indivíduo à influência de outros. Ao projetar no apoio exterior as possibilidades de melhora e esperança de cura, o indivíduo ofereceria condições para que um serviço especializado pudesse intervir, favorecendo o estabelecimento de programas de tratamento ou intervenções preventivas. Portanto, para Caplan:

> "a crise oferece aos agentes cuidadores uma oportunidade excepcional para direcionarem seus esforços, com o máximo de proveito, de forma a influenciar a saúde mental de outros indivíduos" (1964, p.54).

No momento em que a crise passa a se constituir como ocasião privilegiada para a intervenção, a clientela alvo das ações psiquiátricas preventivas adquire contornos mais definidos. Trata-se da gradativa redefinição dos indivíduos submetidos ao saber e à prática psiquiátrica: em poucas palavras, todos os que, no decorrer de suas vidas, venham a experimentar períodos de desequilíbrio psicológico e inadequação comportamental.

2.2 **As práticas preventivas no contexto comunitário**

Podemos considerar o contexto norte-americano dos anos 50 e 60 como um momento específico de transformações e renovação do conhecimento e da prática psiquiátrica (CASTEL; CASTEL; LOVELL, 1982; GROB, 1994). Como vimos no item 1.2 as primeiras décadas do século foram um período de aumento das críticas ao hospital psiquiátrico e de experimentação de novas formas de ação e estratégias em psiquiatria. Nesse contexto, as explicações psicossociais para a formação da doença e a criação de serviços destinados a uma parcela da população mais ampla do que aquela originalmente atendida pelos asilos criavam condições para as transformações que se aprofundariam no período do pós-guerra.

Estas mudanças seriam reunidas sob o termo psiquiatria comunitária, utilizado para caracterizar o movimento que marcou o contexto da assistência, da política e da prática psiquiátrica norte-americana nos anos 50 e 60[31]. A partir da experiência da Segunda Guerra, das inovações clínicas surgidas nas décadas de 30 e 40, da intensificação das críticas ao hospital psiquiátrico e, finalmente, do envolvimento federal com o tema da saúde mental, começa a se constituir a abordagem do movimento comunitário. O processo de deslocamento da prática psiquiátrica do isolamento dos hospitais para a integração à realidade da comunidade não teve lugar somente no cenário norte-americano, mas caracterizou-se como um movimento de reforma amplo e profundo das características da psiquiatria.

[31] Além da psiquiatria comunitária, veremos florescer nesse momento outras inovações no campo psiquiátrico, cuja movimentação, expansão e reorganização foram significativos no período do pós-guerra. Dentre as inovações que tiveram curso no contexto norte-americano destacamos a psiquiatria social que, apesar das dificuldades envolvidas em sua definição (REDLICH; PEPPER, 1968; ARTHUR, 1973), motivava diversos estudos e discussões. Partindo de uma aproximação entre a psiquiatria e as ciências sociais, especialmente da consideração dos determinantes culturais da personalidade e das influências sociais e familiares no crescimento da incidência das patologias mentais, a psiquiatria social incluía em seu rol de preocupações a epidemiologia, as práticas interdisciplinares, o interesse pelas emergentes teorias sociológicas norte-americanas, a psiquiatria transcultural, os aspectos sociais presentes na instituição hospitalar, entre outros (LINDEMANN, 1951; ROMANO, 1952; RENNIE, 1953; REDLICH e PEPPER, 1968; ARTHUR, 1973). Supomos que a psiquiatria social e a psiquiatria preventiva partilhem muitos de seus conceitos e propostas de intervenção. No entanto, não nos deteremos nessas considerações.

Dessa forma, no período do pós-guerra, a crença de que o cuidado e o tratamento comunitário dos pacientes psiquiátricos seriam superiores ao confinamento experimentado nos asilos tornou-se preponderante, e estimulou a agenda política do período. No contexto inglês, surgiram abordagens terapêuticas inovadoras, como a psicoterapia de grupo e, posteriormente, a comunidade terapêutica de Maxwell Jones (CLARK, 1965; EWALT; EWALT, 1969; JONES, 1974). O relatório da *Expert Committee on Mental Health* da Organização Mundial de Saúde (OMS), publicado em 1953 (WHO, 1953), divulgou a abordagem da comunidade terapêutica, destacando a atmosfera do hospital e das instituições psiquiátricas como fator determinante para o sucesso ou fracasso dos tratamentos ali dispensados. Segundo Clark (1965), esse documento dissemina internacionalmente a abordagem comunitária e contribui para difundir o movimento de crítica ao hospital e de reorientação da psiquiatria que vinha ganhando força na época.

No contexto norte-americano, desde a década de 50, a influência de Robert Felix na liderança do *National Institute of Mental Health* (NIMH) conduzia à criação de uma variedade de serviços e à ampliação da oferta de assistência psiquiátrica para um extenso espectro de indivíduos. Segundo Grob (1994), desde os anos 50, praticamente todos os estados norte-americanos possuíam programas preventivos e direcionados à comunidade. A orientação política contida na mensagem do presidente John Kennedy ao Congresso Americano em 1963, que declarava a doença mental como um problema coletivo e a busca pela saúde como uma tarefa política a ser perseguida nos anos seguintes, ilustrava a vigência da abordagem comunitária e o entendimento do tema como prioridade social.

Segundo Grob (1994), a suposição que norteou a legislação dos anos 60 era de que os centros comunitários de saúde mental poderiam atender às necessidades dos doentes mais graves e proporcionar uma variedade de serviços psicológicos para os que buscassem assistência para lidar com problemas menos severos. Nos anos seguintes à mensagem de Kennedy, o investimento político e financeiro na criação dos centros comunitários de saúde mental seria tomado como prioridade na saúde pública norte-americana (YOLLES, 1966, 1967). Além disso, a reorganização da psiquiatria como prática comunitária estava em sintonia com o ativismo político e social da época, respondendo à percepção de que o fortalecimento da comunidade e o compartilhamento de decisões, através da valorização de

indivíduos e pequenos grupos, contribuiriam para o sucesso dos serviços, a adequação das ações preventivas, o aumento da saúde mental e o atendimento dos pacientes mais graves[32].

Acompanhando o projeto de expansão da ação psiquiátrica e a organização de serviços de base comunitária, vemos florescer temas como a promoção da saúde mental, o fortalecimento da comunidade, a educação da população para a saúde mental e a responsabilidade da psiquiatria em intervir no meio social. Todos esses temas remetem ao projeto fundamental de constituir a prevenção como tarefa primordial do saber e da prática psiquiátrica, desenvolvido em estreita sintonia com a política e as ações da psiquiatria comunitária. Neste contexto, Caplan criticava a ênfase na reabilitação defendida por alguns dos partidários da psiquiatria comunitária, e apresentava a prevenção como conceito chave para o progresso da psiquiatria. Veremos, a seguir, a defesa da prevenção primária como prioridade para o campo da saúde mental e as principais práticas identificadas como preventivas, incluindo as ações de cunho mais generalista, destinadas à sociedade como um todo, e as ações mais específicas, cujos alvos eram a criança, a família e o indivíduo em crise.

2.2.1 O destaque e a amplitude da prevenção primária: intervenção na comunidade e manipulação do ambiente

A prevenção, tal como formulada nos anos 50 e 60, consistia em um projeto amplo e ambicioso que, articulado às transformações que caracterizavam a psiquiatria como uma prática comunitária, propunha ações e práticas em diferentes níveis. A variedade de ações cujos objetivos estavam submetidos à psiquiatria preventiva compreendia desde a educação geral do público para boas práticas de saúde mental, intervenção no espaço escolar, ações destinadas ao planejamento e acompanhamento das famílias, supervisão a outros profissionais de saúde, busca ativa e detecção precoce de casos de doença na comunidade, formação de comunidades terapêuticas, de novos serviços, ações de reabilitação e inserção social dos pacientes mais graves, entre outras (CAPLAN, 1964).

[32] O movimento da anti-psiquiatria, em grande parte inspirado nas obras de T. Szasz, *The Myth of Mental Illness* (1960), e I. Goffman, *Asylum* (1961), poderia ser identificado como mais um fator que contribuiu para o aprofundamento das críticas ao hospital psiquiátrico e, indiretamente, favoreceu a ascensão e o prestígio da psiquiatria comunitária como alternativa no campo da saúde mental. No que se refere à Szasz, a crítica não se direcionava somente à realidade degradante e ineficiente dos hospitais, mas à própria noção de doença mental e à psiquiatria como conhecimento válido e adequado para tratar de tal experiência.

No entanto, apesar da amplitude das atividades compreendidas como oportunidades para a prevenção, um nível de intervenção se destacava dos demais, seja pelas possibilidades e esperanças que gerava junto aos profissionais mais engajados, seja pelas dúvidas contundentes que despertava tanto em seus adeptos quanto nos profissionais mais críticos desse projeto. Assim, Caplan (1961; 1964) e alguns dos demais adeptos do campo preventivo (GRUENBERG, 1958; BOWER, 1963; EISENBERG, 1962; LEMKAU, 1957A; 1957B; 1961, 1965; BOLMAN; WESTMAN, 1967; BOLMAN, 1967, 1968) destacam a prevenção primária como tarefa primordial da psiquiatria preventiva, que deve dirigir suas ações essencialmente àqueles que estão saudáveis e não apresentam sinais de doença, intervindo no ambiente de modo a favorecer a saúde mental e alterar a influência dos fatores que conduzem à formação da doença.

Caplan (1964) admite a magnitude da tarefa e rebate as críticas de que a ênfase na prevenção primária, com o consequente redirecionamento de investimentos, ações e privilégios, poderia reduzir a capacidade da psiquiatria de efetivamente tratar precocemente e reabilitar de forma adequada os indivíduos em sofrimento. A articulação com outros setores de assistência, a formação adequada de novos profissionais, o planejamento de programas e ações e o investimento na área seriam suficientes, segundo Caplan, para garantir o sucesso da psiquiatria em todos os referidos níveis de intervenção. Desse modo, nenhuma área ou nível de atuação ficaria descoberto, e o redirecionamento da psiquiatria para campos antes desconhecidos não equivaleria à perda de qualidade no atendimento dos casos propriamente psiquiátricos, ou seja, de transtornos mais graves.

No prefácio do texto de 1961, Caplan apresenta uma definição de prevenção primária como "a promoção da saúde mental, e a proteção contra a possibilidade de transtorno mental por meio de medidas que interfiram no equilíbrio do organismo e do ambiente, antes do surgimento da condição psicopatológica" (CAPLAN, 1961, p.IX). No entanto, apesar de citar o equilíbrio entre indivíduo e meio em sua definição, Caplan esclarece que a prevenção primária não pode ser norteada pela evitação da psicopatologia individual, mas deve se pautar pela busca da redução de casos de doença em escala comunitária.

O autor reconhece que, a despeito das recentes descobertas sobre o impacto das relações psicossociais, especialmente da relação materna nos momentos iniciais da vida, no que se refere à constituição psicológica do indivíduo, a antecipação do resultado final acerca da psicopatologia individual é incerta. Assim, apesar da ênfase de Bowlby e de demais

pesquisadores de psiquiatria infantil acerca dos perigos e das consequências por vezes devastadoras da privação materna, verificavam-se casos de crianças submetidas a essa experiência cujo desfecho não evoluía para a psicopatologia. Se a presença dos fatores perniciosos não determina seguramente a evolução psicopatológica individual, por outro lado, redirecionando o foco da discussão para a incidência da patologia mental em determinado grupo de crianças ou em uma comunidade, a questão adquire novos contornos.

A proposta de enfatizar a prevenção primária se constrói na direção de aumentar a saúde mental dos indivíduos e reduzir a vulnerabilidade ao adoecimento psíquico, mas de fato se dirige à comunidade como "paciente" da nova psiquiatria. O cuidado ao indivíduo é parte integrante dos cuidados mais amplos direcionados à comunidade, o verdadeiro ente a ser curado, tratado, preservado. O autor argumenta que os "padrões de comportamento mentalmente perturbado" (1964, p.18) são parte de um sistema ecológico de respostas construídas pela comunidade na relação com o ambiente, e representam as respostas socialmente desviantes e inadequadas que, se analisadas em conjunto, evidenciam as "taxas comunitárias de defeito social" (1964, p.20). Neste sentido, cabe ao psiquiatra preventivo zelar pelo bom funcionamento do sistema, evitando a formação das respostas indesejadas, que se apresentam na forma de adoecimento individual.

Para que as propostas de atuação no nível primário possam se efetivar, reduzindo de fato a formação de respostas inadaptadas ao ambiente, é necessário que se elimine ou ao menos se reduza drasticamente os fatores ambientais que conduzem à doença. O que o autor chama de "circunstâncias perniciosas", que levariam os indivíduos a adoecer, devem ser manipuladas em função do bom ajustamento social. No entanto, a adequada manipulação do ambiente envolveria não somente a evitação de respostas inadequadas, mas também o estímulo e a promoção das respostas consideradas saudáveis. Assim, interessa à prevenção primária tanto o conhecimento das causas das doenças, que conduzem os indivíduos a uma situação de vulnerabilidade, como o conhecimento dos fatores que os protegem das doenças e aumentam sua resistência a elas, preservando sua saúde.

Com a identificação desses dois tipos de forças, as que conduzem à doença e as que preservam a saúde, tornar-se-ia possível iniciar a manipulação do ambiente. No entanto, Caplan identifica uma terceira força atuando nesse conjunto, aquelas que se originam no ambiente e influenciam não a resistência individual, mas a capacidade da comunidade como um todo de resistir a experiências futuras de desenvolvimento de doenças mentais. Através da

intervenção no ambiente, o psiquiatra almejaria modificar a dinâmica entre essas forças de forma que futuramente a incidência de doenças mentais fosse reduzida.

Caberia, nesse momento, uma definição precisa das forças citadas e uma análise da dinâmica de interação entre as mesmas no ambiente, de forma que os processos de adoecimento e saúde pudessem ser suficientemente compreendidos. No entanto, como admitem Caplan e demais autores (GRUENBERG, 1958; BOWER, 1963; EISENBERG, 1962; LEMKAU, 1965; BOLMAN; WESTMAN, 1967; BOLMAN, 1967), apesar da crescente valorização dos fatores psicossociais, sabia-se muito pouco sobre a etiologia da maior parte dos distúrbios mentais. Em resposta a essa constatação, evidente mesmo para os autores partidários das intervenções preventivas, Caplan afirma que o desconhecimento da etiologia não deveria paralisar ou impedir a psiquiatria de elaborar programas de prevenção primária. Como proceder, então?

O autor cita como exemplo as ações de saúde pública postas em prática antes que houvesse conhecimento específico de seu modo de funcionamento, como o controle de epidemias de doenças infecciosas na segunda metade do século XIX, que precedeu a teoria dos germes e a descoberta das bactérias que causavam as doenças e, assim, explicariam a eficácia das medidas adotadas. No entendimento de Caplan (1964), diversos avanços conquistados no campo da saúde pública resultaram de ações instituídas antes que houvesse conhecimento médico relevante sobre o caso. Nestes momentos, os profissionais da saúde pública teriam agido da seguinte forma:

> "confiando nos melhores julgamentos disponíveis sobre os fatores que pareciam estar associados à presença e ausência da doença em vários segmentos da população. Em cada caso, os proponentes de programas preventivos baseavam-se em observações pessoais ou em impressões populares" (1964, p.29).

Do mesmo modo, demais autores defendiam a elaboração e a instituição de ações preventivas a despeito de um conhecimento mais preciso acerca da etiologia psicopatológica ou da avaliação segura da efetividade das intervenções. Bolman (1967), ao revisar os conhecimentos da área de modo a reunir diretrizes para programas de prevenção destinados à criança, conclui que:

> "não havia provas de que qualquer programa [preventivo] tivesse resultados documentados, e seria necessário selecionar abordagens preventivas com base na fé, em opiniões educadas e em extrapolações de campos correlatos, especialmente da saúde pública" (Bolman, 1967, p.5).

Bower (1963) lista as dificuldades relacionadas às propostas preventivas e reconhece a fragilidade da noção de prevenção tal como a mesma vinha sendo definida no campo, ao mesmo tempo em que defende que se avance na implementação da prevenção primária. Lemkau (1965) atribui boa parte das dificuldades do campo à própria natureza controversa da patologia mental, que dificulta o conhecimento da etiologia da doença. Mas, ainda assim, o autor defende uma abordagem ainda mais ampla, afirmando que a psiquiatria preventiva é parte integrante da prevenção de qualquer doença e que todos os médicos, independente da especialidade, teriam como papel também atuar como agentes de prevenção do transtorno mental. De fato, o autor foi um grande defensor da amplitude das propostas de prevenção psiquiátrica e articulador dessas iniciativas no campo da saúde pública (LEMKAU, 1957a; 1957b; 1961; 1965).

No capítulo três dos "Princípios de Psiquiatria Preventiva", dedicado à descrição do que seria um programa de prevenção primária, Caplan discrimina as metas e as formas de ação que caracterizariam o primeiro e fundamental nível de intervenção. As metas de um programa de prevenção primária seriam assegurar a oferta de suprimentos básicos, e ajudar os indivíduos a enfrentarem crises do desenvolvimento e crises acidentais. Para tanto, as ações de prevenção almejariam atingir dois níveis: o da ação social, caracterizado por mudanças amplas que dizem respeito a toda a comunidade; e o da ação interpessoal, que objetiva realizar mudanças em determinados indivíduos. Ambas as estratégias constituem ações de prevenção primária e tem como objetivo final reduzir ou eliminar as condições produtoras de patologia na sociedade em geral.

Veremos quais eram as principais ações sociais, ou seja, aquelas destinadas à intervenção no campo social tal como vínhamos descrevendo. No próximo item, veremos quais eram as ações no nível interpessoal, ou seja, a identificação de alvos pontuais e específicos para as ações de prevenção primária. Com a ação social, Caplan almejava alterar as condições sociais de forma a assegurar a adequada oferta de suprimentos físicos, psicossociais e socioculturais. No que se refere aos suprimentos físicos, o psiquiatra preventivo deveria estar atento à segurança alimentar dos indivíduos, em especial de grávidas

e crianças, às adequadas condições de vida dos fetos e recém-nascidos, aos prejuízos biológicos relacionados à condição de pobreza, ao acesso à escola, entre outros. Essas áreas e temas para a intervenção aproximam a atuação da psiquiatria do campo da saúde pública, do planejamento urbano e escolar, além da legislação e administração nos níveis local e federal.

No que se refere aos suprimentos psicossociais, o psiquiatra preventivo deveria se dedicar à preservação das relações familiares saudáveis, com especial ênfase para a relação mãe-criança. As situações de doença, hospitalização ou morte da mãe exigem cuidado redobrado e devem estar no rol de preocupações do psiquiatra, que pode propor auxílio governamental e ações de assistência destinadas a essas populações. Boa parte das ações preventivas primárias para garantir suprimentos psicossociais deve almejar evitar as situações de privação materna descritas por Bowlby, seja por meio de legislação pertinente, seja através de aconselhamento e apoio psicológico durante situações como divórcio, maternidade indesejada, condições de pobreza, entre outras.

Uma vez garantida a presença da mãe e a manutenção dos vínculos familiares, Caplan complementa a descrição refletindo sobre a importância da educação e da qualidade da relação parental, que também incidirão de forma significativa na oferta de suprimentos psicossociais. Assim, a prevenção primária deve objetivar divulgar boas práticas educativas para os pais, de forma que os mesmos possam educar seus filhos de forma menos neurótica. Trata-se de um objetivo difícil de ser alcançado, uma vez que as próprias dificuldades emocionais dos pais, muitas delas inconscientes, atuam no processo de criação e educação dos filhos. Ainda assim, o psiquiatra preventivo deve buscar meios para atingir essa relação e para divulgar boas práticas, seja por meio de ações realizadas no ambiente escolar, seja através de programas educativos veiculados nos meios de comunicação de massa.

A garantia da oferta de suprimentos socioculturais leva o psiquiatra preventivo a atuar, nas palavras de Caplan, como um “líder cívico”, influenciando intelectualmente e aconselhando outros líderes e membros da comunidade, em prol da saúde mental. Essas figuras chave para a dinâmica social, responsáveis pela legislação ou pelo funcionamento dos serviços comunitários, deveriam estar na mira do psiquiatra preventivo, que oferece seu conhecimento acerca da saúde e da doença mental para que as leis e o funcionamento das instituições não prejudiquem ou ameacem a saúde mental da comunidade. Como exemplo, Caplan (1964) cita o isolamento social de pessoas idosas e a transmissão de valores no

ambiente escolar como situações que interferem na oferta de suprimentos socioculturais e podem ser alteradas a partir da influência exercida sobre legisladores e administradores.

Pode-se observar que boa parte dos objetivos da prevenção primária direcionados à sociedade como um todo passa pela atuação do psiquiatra preventivo como uma espécie de conselheiro especialmente qualificado para opinar acerca da dinâmica social. Assim, a forma mais efetiva de atuar para que os suprimentos físicos, psicossociais e socioculturais fossem assegurados residia na influência do psiquiatra preventivo junto aos legisladores e administradores, que estabelecem as regras sociais e o funcionamento institucional. Nesse sentido, Caplan propõe que o psiquiatra se distancie da prática clínica rotineira e se dedique à organização de serviços, ao planejamento das mais variadas instituições e à atuação como um consultor especializado para a comunidade, opinando sobre a preservação das relações familiares, o exercício da maternidade, a correta educação das crianças, a transmissão de valores no espaço escolar, entre outros.

Além dessas intervenções de caráter evidentemente amplo, Caplan discrimina a ação social na crise, dedicada a melhorar o ajustamento e a adaptação durante esses períodos conturbados do desenvolvimento dos indivíduos. Ainda no campo das ações destinadas à comunidade, Caplan identifica duas formas de atuar de modo a favorecer desfechos saudáveis nas situações de crise: buscando atenuar as circunstâncias perigosas e fornecendo serviços que incentivem a superação saudável das crises. No primeiro caso, importa identificar as situações que comumente desencadeiam uma crise e buscar os espaços nos quais esses indivíduos sejam encontrados, como clínicas de pré-natal, enfermarias de hospitais, varas de família, jardins de infância e pré-escolas, além de situações de perda de entes queridos. A ação nesses espaços seria indireta, uma vez que o psiquiatra preventivo buscaria os profissionais que atuam nesses espaços e realizaria uma supervisão da ação de modo que os mesmos se tornassem mais atentos e aptos a intervir nas situações de crise.

Do mesmo modo, para fornecer serviços que incentivem a superação das crises, o psiquiatra preventivo atua de forma indireta, buscando alterar a percepção e o manejo da crise nos serviços e agências assistenciais que mais verificam a presença de indivíduos passando por esse processo. O treinamento dos profissionais, a contratação de agentes de saúde mental, a realização de supervisões e a reorganização dos serviços para atender às crises seriam as formas mais efetivas, ao alcance do psiquiatra preventivo, de influenciar em larga escala os indivíduos que passam por situações de desorganização psicológica e precisam de ajuda.

Portanto, a estratégia preventiva destinada a favorecer na comunidade desfechos mais adaptados das situações de crise levaria a psiquiatria a um papel de referência para as agências governamentais e os profissionais especializados de variadas instituições.

As propostas de prevenção primária foram divulgadas de forma intensa e defendidas com vigor pelos autores do campo. Seus partidários endossaram as ambições e os objetivos desse movimento e, muitas vezes, contribuíram para a formação da crença na grandiosidade e na amplitude de tal projeto. No entanto, junto à capacidade de aglutinar profissionais e conquistar adeptos, a defesa da prevenção primária também despertava dúvida, crítica e oposição. Nesse sentido, a proclamada unidade do saber e da prática psiquiátrica em torno das propostas de ênfase na prevenção não retrata de modo fiel e abrangente o campo.

As críticas direcionadas à psiquiatria preventiva tiveram como alvos principalmente os fundamentos conceituais adotados, o privilégio concedido às ações de intervenção no ambiente social, o desprestígio da clínica, os aspectos morais presentes no projeto, a desassistência aos casos mais graves[33], entre outros. Destacaremos brevemente algumas dessas críticas, especialmente as que tomaram como critério os objetivos intervencionistas da prevenção primária e foram elaboradas por contemporâneos de Caplan, demonstrando que o projeto preventivo reunia adeptos, mas também gerava controvérsia no campo da saúde mental.

Jacobson (1967), Kubie (1968) e Hawks (1975), entre outros, chamaram atenção para a fragilidade da fundamentação conceitual da psiquiatria que se constituía nos anos 60. Kubie (1968) discrimina uma série de requerimentos que seriam essenciais a um programa de prevenção realista, e avalia a situação da prevenção nos anos 60 em função desses critérios. Entre seus argumentos, destacaremos a crítica à preponderância dos fatores psicossociais na formação da doença que, segundo o autor, dá ensejo a uma série de deduções e suposições equivocadas na psiquiatria preventiva. Como vimos, os fatores ambientais passam a ser valorizados como os principais vetores para a formação da doença, de modo que se estabelece uma etiologia psicossocial para a doença mental. Kubie (1968) critica a falta de identificação precisa desses fatores e de explicações mais consistentes acerca do seu modo de funcionamento.

[33] Para alguns autores, a principal consequência do movimento da psiquiatria comunitária teria sido uma profunda desestruturação da assistência psiquiátrica aos casos mais severos de transtorno mental que, dispensados dos asilos, não receberam a devida recepção e cuidado nos centros comunitários de saúde mental (GROB, 1994; SHORTER, 1997). Podemos supor que a ênfase nas ações de prevenção tenha contribuído para esse processo.

Na lógica do saber preventivo, a certeza da etiologia psicossocial conduz a certas suposições: o hospital psiquiátrico é uma instituição prejudicial à saúde mental; o tratamento deve ser dispensado no contexto comunitário; a comunidade possui forças que se constituem como recursos terapêuticos e preventivos; a alteração de forças vigentes na comunidade é responsabilidade do psiquiatra, que deve intervir para alterar o meio social. Segundo Kubie (1968), essas considerações provocam um redirecionamento pouco fundamentado da prática psiquiátrica, que não conhece as forças sociais que pretende alterar e se utiliza de conceitos de outras disciplinas, como a sociologia, a psicologia, a economia e a assistência social de forma superficial.

Essa captura conceitual deveria conduzir a um aprofundamento acerca dos conhecimentos etiológicos, não à simplificação dos pressupostos mais básicos das citadas disciplinas. Além da ausência de consistência na utilização desses vocabulários, a apropriação de conteúdos de outras disciplinas poderia levar ao desprestígio do saber psiquiátrico e das habilidades clínicas do profissional, que deixa de estudar e valorizar a sua prática para se interessar e se ocupar de questões até então externas ao saber psiquiátrico. Com essas considerações, Kubie reforça as críticas à redução da importância da clínica presente nas transformações que caracterizaram a psiquiatria preventiva, especialmente naquelas que privilegiavam a prevenção primária.

No que se refere aos aspectos morais presentes no projeto da psiquiatria preventiva, de início destacamos as “boas intenções” e a “urgência da doença mental” como argumentos utilizados de modo a justificar e validar as propostas de prevenção. Como vimos, diante das críticas de ausência de fundamentação e coerência conceitual, alguns psiquiatras preventivos lançaram mão de recursos como bom senso, extrapolações de experiências da saúde pública, experiências cotidianas, ética do profissional, esperança de oferecer ajuda aos que precisam, etc. Entre os argumentos citados, destacamos o bom senso e a esperança como os mais controversos, visto a sua capacidade de mobilizar e, ao mesmo tempo, confundir os indivíduos.

Hawks (1975) identifica na psiquiatria dos anos 60 os atributos de um projeto moral que atendia mais às intenções e necessidades de seus autores do que oferecia benefícios e reduzia o sofrimento dos pacientes e famílias dos quais pretendia tratar. O apelo emocional das “boas intenções” poderia levar profissionais e pacientes a desprezar a adequada consideração dos resultados alcançados e a estimular a implementação de ações que ainda não

possuíam qualquer validade. Nesse sentido, as "boas intenções" seriam argumento suficiente para assegurar a adequação dos objetivos, a eficácia do método e o sucesso dos resultados, tendo mais importância do que dados e informações propriamente médicos na avaliação do que deveria ser realizado e priorizado.

O projeto da psiquiatria preventiva seria, do mesmo modo, marcado pelas boas intenções de evitar a doença e aumentar a saúde mental da comunidade, acompanhado pela esperança de responder à "urgência da doença mental". Como vimos, nos anos 60 havia uma preocupação com o crescimento do número de indivíduos em sofrimento psíquico e a compreensão de que a saúde mental deveria ser levada a toda a população, o que tornava o tema uma prioridade nas políticas públicas norte-americanas. A importância e a urgência do tema também foram utilizadas como argumentos para justificar e validar a implementação de ações cujo resultado era, de fato, desconhecido.

As dificuldades envolvidas na prevenção também motivaram a identificação, por Hawks, de considerações e valores morais atrelados à sua proposição. Quando se trata de doença mental, nas palavras do autor, "é mais fácil demonstrar os objetivos da prevenção e discernir a sua motivação do que alcançar a sua implementação" (1975, p.280). Como vimos, a maioria desses objetivos seriam alcançados por meio da intervenção do psiquiatra no ambiente, que buscaria alterar a dinâmica social de modo a favorecer a saúde e reduzir a incidência de doenças. Essa intervenção social foi criticada como uma pretensão moral da psiquiatria de atribuir a si a capacidade de regular relações sociais, organizar recursos institucionais e alterar a dinâmica social como um todo. Se tal projeto é posto em prática, os parâmetros psiquiátricos acerca da saúde e da doença vão, gradativamente, tornando-se parâmetros sociais e constituindo-se como referência fundamental para a vida em sociedade.

2.2.2 Os alvos específicos da prevenção primária: a criança, a família e o indivíduo em crise

Além das ações de cunho amplo e generalista, que tinham como objetivo dar ensejo às transformações sociais almejadas pela psiquiatria preventiva, as ações no nível primário compreendiam também intervenções mais específicas, que envolviam a interação entre um especialista em saúde mental e um indivíduo ou grupo de indivíduos. Caplan (1964) chama essas intervenções de ação interpessoal e discrimina os mesmos objetivos da ação social: garantir a oferta de suprimentos e auxiliar a superação de crises. Diversos autores corroboram

o investimento nas ações de prevenção primária destinadas a indivíduos ou grupos específicos da população (BOWER, 1963; CAPLAN, 1961, 1964; DARBONNE, 1966; BOLMAN, 1967; BOLMAN; WESTMAN, 1967; BRANDON, 1970).

Estes autores se dedicaram ao exame das estratégias de intervenção primária que pudessem ter efeito mais direto sobre a formação psicopatológica individual, ainda que a perspectiva comunitária e a promoção da saúde mental da sociedade como um todo estivessem subjacentes às propostas. Entre os temas abordados por esses autores, destacamos três alvos constantes e fundamentais para a intervenção preventiva: a criança, a família e o indivíduo em crise. Os primeiros anos de vida e a importância das relações parentais para a constituição saudável ou patológica dos indivíduos conduz o interesse para os dois primeiros alvos do trio: a criança e a família. Como vimos, as suposições acerca da determinação psicossocial da personalidade predominavam naquele contexto, e diversos debates e investigações tinham como objetivo identificar possíveis meios de reduzir as influências prejudiciais que incidiam sobre o desenvolvimento infantil.

Tais formulações estarão presentes nos artigos que compõem a coletânea "*Prevention of Mental Disorders in Children*", publicada por Caplan em 1961, na qual psicanalistas filiados ao movimento da psicologia do ego utilizam o arcabouço conceitual da psicanálise e o relacionam diretamente a propostas e estratégias preventivas[34]. No primeiro capítulo da coletânea, Caplan discrimina os fatores que influenciam a saúde mental da criança em três tipos: orgânicos, psicológicos e sociais. Ao primeiro grupo, são dedicados três artigos, que abordam respectivamente os fatores orgânicos que contribuem para a formação do retardo mental (TARJAN, 1961), os fatores pré-natais que conduzem a sequelas neuropsiquiátricas (MASLAND, 1961) e estudos epidemiológicos que atrelam complicações no período gestacional e dificuldades no nascimento a doenças psiquiátricas (PASAMANICK E KNOBLOCH, 1961). Os treze artigos restantes são dedicados aos fatores psicológicos e sociais, com destaque para a dinâmica familiar (BRIM JR, 1961; ACKERMAN, 1961), a relação mãe-criança (PAVENSTEDT, 1961; ROSE, 1961), o desenvolvimento nos primeiros

[34] Organizado por Caplan, o livro "*Prevention of Mental Disorders in Children: initial explorations"* (1961) reúne dezesseis artigos dedicados à análise da etiologia psicopatológica na infância e às possíveis estratégias preventivas para impedi-la. Os artigos são fruto de discussões realizadas como preparação para o *Fourth International Congress of Child Psychiatry*, que seria realizado em 1962, dedicado ao tema "*The Prevention of Mental Disorders in Children*". Como o tema era considerado pouco conhecido e desafiador, uma comissão composta por especialistas foi reunida, e foram preparados artigos preliminares apresentando as principais evidências e teorias sobre o tema (CAPLAN, 1961). Os artigos serviriam como material científico para o congresso e seriam reunidos para o livro, lançado em 1961, que contém o prefácio, o primeiro capítulo e a conclusão assinados por Caplan.

anos de vida (MURPHY, 1961; GOODRICH, 1961) o contexto escolar (BIBER, 1961; BOWER, 1961; OJEMANN, 1961) e as situações de crise atreladas à etiologia psicopatológica (KLEIN; LINDEMANN, 1961; WALDFOGEL; GARDNER, 1961).

Goodrich (1961) estende o período de interesse das ações preventivas do nascimento aos seis anos, no qual a formação da personalidade conduz à estruturação do ego, que se manterá relativamente estável ao longo da vida. Temas como dependência, confiança, autonomia, separação, experiências novas, brincadeiras, entre outros, dominarão a vida da criança e, dependendo dos recursos emocionais mobilizados poderão se caracterizar como fonte de estresse para a criança. Algumas situações específicas seriam especialmente propícias a se constituírem como desafios para o desenvolvimento e a formação da personalidade e potenciais desencadeadores de respostas inadequadas: dor física, doença de um dos pais, privação materna, frustração ou perda repentina, agressão, entre outras. O campo da prevenção primária teria como objetivo identificar as ameaças ao pleno desenvolvimento da criança e organizar ações que pudessem fortalecer os recursos emocionais para lidar com o estresse.

Para Bower (1963) as ações de prevenção destinadas à criança deveriam ser combinadas de forma a garantir uma experiência de nascimento saudável, uma experiência familiar estável e afetuosa e uma experiência escolar bem sucedida. No que se refere à experiência de nascimento, caberia ao psiquiatra preventivo contribuir para os programas de redução da incidência de acidentes nas fases pré e peri-natal, atuando junto aos pediatras e sanitaristas para a garantia de gestações saudáveis e partos bem sucedidos. A experiência familiar estável e afetuosa seria critério primordial para a constituição psicológica saudável, e foco de muito interesse dos psiquiatras preventivos. Baseados nas investigações psicanalíticas e nas pesquisas de psiquiatria infantil, os estudos e propostas de ação tinham como objetivo identificar as experiências de estresse da criança e as relações parentais perturbadas para realizar intervenções.

A partir da suposição de que o desenvolvimento físico, cognitivo e emocional da criança era essencialmente dependente das relações parentais constituídas nos primeiros anos de vida, a família passa a ser o segundo alvo privilegiado de intervenções preventivas primárias. No relatório de 1951 Bowlby já afirmava que a melhor forma de garantir o adequado desenvolvimento da criança seria através da preservação da família. Segundo sua apreciação dos estudos sobre adoção, mesmo nos casos em que a dinâmica psicológica

vigente faria com que identificássemos determinada família como insatisfatória, ela seria o espaço mais adequado para a administração dos cuidados com a criança, uma vez que o mínimo ato de prover alimento, cuidados higiênicos e conforto físico confere segurança e é interpretado como uma demonstração de amor pela criança. Assim, Bowlby afirma que a forma mais eficaz de prevenir prejuízos emocionais à criança consiste na preservação da família. Somente em casos extremos, de distúrbios mentais ou agressão, seria recomendável buscar substitutos para o grupo familiar, como a adoção ou a permanência em instituições especializadas.

Neste contexto de atenção à criança e valorização da família, a mãe desempenha papel de destaque e diversos foram os estudos destinados à elaboração de estratégias para diminuir os prejuízos e aumentar a qualidade da interação mãe-criança. Caplan (1964) listava a identificação e correção de relações perturbadas mãe-bebê como uma das principais áreas de intervenção preventiva primária. Alguns autores (BRODY, 1961; MURPHY, 1961; GOODRICH, 1961) defendiam uma avaliação contínua e sistemática das condições psicológicas das crianças de modo a identificar possíveis prejuízos na relação materna e na emergente construção da personalidade. Brody (1961) sugere a observação direta da interação entre a criança e os pais, que pode revelar aspectos inconscientes e indesejados da relação, mais do que o relato dos pais, que certamente incluirá idealizações acerca da relação e do desenvolvimento da criança. Assim como Brody, Murphy (1961) e Goodrich (1961) defendem o aconselhamento profissional nos primeiros meses de vida como estratégia preventiva fundamental, especialmente a orientação aos pais e o apoio específico à mãe para o adequado desempenho dos cuidados maternos.

O objetivo desse acompanhamento contínuo era apoiar os pais na realização da tarefa de cuidar e educar os filhos. Entre os programas direcionados ao aconselhamento dos pais, havia ações de cunho mais terapêutico, voltadas para a avaliação dos aspectos inconscientes da relação, e ações de cunho educacional, no qual seriam fornecidas informações sobre saúde mental e desenvolvimento emocional da criança. Richmond e Lipton (1961) sugeriam o aconselhamento sistemático dos pais de recém-nascidos, que teria como método pôr em evidência os aspectos emocionais e inconscientes do cuidado, sem desrespeitar as crenças e a autonomia dos pais. Desta forma, poderiam ser oferecidas recomendações práticas sobre educação em uma linguagem acessível, baseada nos próprios recursos e hábitos da família, o que contribuiria para que a tarefa parental pudesse ser realizada com mais tranquilidade e

conforto pelos pais e, consequentemente, proporcionasse um cuidado qualitativamente superior à criança.

Aconselhamento parecido era proposto por Murphy (1961), que defendia a oferta de ações específicas que preparassem a mãe para apoiar o desenvolvimento da interação entre a criança e o ambiente. Tais ações teriam início com uma avaliação que discriminasse os recursos emocionais das mães para responder às demandas de seus bebês, e as sensibilidades, forças e necessidades dos respectivos filhos, além de considerar os fatores do ambiente que possam ameaçar o desenvolvimento da criança. A partir dessa avaliação, poderiam ser elaboradas intervenções mais específicas, individualizadas, que apoiassem a mãe e a criança em sua interação. Atenção especial deveria ser concedida aos casos nos quais fossem observadas deficiências pronunciadas da mãe em sua capacidade para apoiar, orientar e conduzir a interação da criança com o ambiente, e de crianças nas quais algum distúrbio do desenvolvimento, especialmente indícios de regressão do comportamento, já estivessem em curso.

O principal espaço no qual essas relações poderiam ser identificadas seriam as clínicas de pré-natal e os serviços de pediatria. Além da terapia psicológica propriamente dita, os programas orientados para pais tinham no aconselhamento a sua principal ferramenta preventiva. A educação parental seria realizada por pediatras e clínicos gerais, que estariam estrategicamente mais próximos dos pais e das crianças pequenas. Orientados e supervisionados por psiquiatras infantis, ou submetidos a treinamentos em conhecimentos de saúde mental infantil, esses profissionais estariam atentos a situações como doença, hospitalização da mãe ou da criança, privação materna, divórcio, agressão parental e prejuízos psicológicos decorrentes da pobreza.

Além das clínicas de pré-natal e dos serviços de pediatria, a escola aparecia como espaço favorável para intervenções preventivas (BIBER, 1961; BOWER, 1961, 1963; BOLMAN; WESTMAN, 1961). Duas características desse ambiente seriam especialmente interessantes para as estratégias de prevenção primária: em primeiro lugar, a reunião de um extenso número de crianças tornaria o ambiente escolar especialmente propício para a identificação de distúrbios em fase inicial, ainda passíveis de intervenções preventivas; em segundo lugar, a própria experiência educacional seria em si mesma preventiva, uma vez que a aprendizagem seria também um meio de fortalecer o ego e promover a adaptação. Portanto, a escolarização poderia contribuir para a formação da personalidade ao aumentar a interação

da criança com o mundo, apoiando a elaboração e a experiência cognitiva, e estimular o potencial do indivíduo para as relações interpessoais, uma vez que a relação entre professor e aluno se constituiria como um exemplo de interação rica e contínua fora do grupo familiar.

A experiência escolar bem sucedida seria mais uma forma de alcançar a saúde mental e de evitar o aparecimento de distúrbios psicológicos, além de espaço privilegiado para a sua identificação precoce e intervenção preventiva. Para que a experiência escolar fosse maximamente proveitosa, algumas intervenções desencadeadas pelo psiquiatra preventivo poderiam ser implementadas: a supervisão em saúde mental para professores e a divulgação de boas práticas na interação emocional com os alunos; grupos de aconselhamento com os pais, nos mesmos moldes daqueles imaginados para clínicas de pré-natal e serviços de pediatria; instruções gerais para professores, funcionários e, principalmente, para crianças maiores e jovens sobre relações humanas, estimulando a flexibilidade e a construção de processos adaptativos saudáveis.

Além da ênfase nas ações direcionadas à família em função da saúde mental da criança, esse grupo social também era alvo de intervenções preventivas tendo como foco as situações de crise. Bowlby (1951) já chamava atenção para as causas do fracasso familiar e para possíveis estratégias que minimizassem tais experiências. No entanto, se o foco de Bowlby e demais autores dedicados à prevenção do distúrbio mental infantil era preservar a família em função do bom desenvolvimento da criança, outros estudos se interessavam pelo funcionamento familiar inadequado, pelas situações de conflito vivenciadas por esse grupo social e, principalmente, pela formação de padrões psicopatológicos para lidar com o estresse. Nesse contexto, a família será entendida como uma "unidade social estratégica" (BOLMAN, 1968, p.458), cujo funcionamento psicodinâmico e ambiental pode ser analisado e, fundamentalmente, apoiado para que alcance um funcionamento interno mais saudável e formas mais adaptadas de interação com o ambiente.

Ackerman (1961) propunha a adoção de uma perspectiva psicanalítica e terapêutica acerca das possibilidades de intervenção preventiva para a família. Além de uma reorganização social ampla, que coincidiria com a ação social planejada por Caplan, Ackerman defendia programas mais específicos, cujo objetivo seria remodelar o funcionamento dinâmico da vida familiar, de modo a atender às necessidades de desenvolvimento e satisfação de todos os seus membros. O primeiro passo consistiria na avaliação da dinâmica familiar tendo como critérios a continuidade temporal da identidade

dos indivíduos, a capacidade de adaptação a novas experiências e as formas de controlar os conflitos. A partir da identificação do potencial patogênico da família, com a discriminação dos padrões de conflito e das dificuldades de adaptação de seus membros, seriam estabelecidas intervenções terapêuticas de caráter preventivo.

Além da perspectiva terapêutica de Ackermann, diversos estudos destinados a promover intervenções preventivas para a família e o indivíduo tinham como principal inspiração a teoria da crise e a sua integração aos objetivos da psiquiatria preventiva, tal como apresentado por Caplan (KLEIN; LINDEMANN, 1961; WALDFOGEL; GARDNER, 1961; CAPLAN, 1964; DARBONNE, 1967; BRANDON, 1970). De fato, será com o conceito de crise e a experiência de estudo dos processos de luto de Lindemann que as intervenções preventivas direcionadas à família ganharão mais destaque, e se constituirão como uma das prioridades da psiquiatria preventiva nos anos 60. Nestas propostas, será possível atingir tanto o indivíduo em crise quanto a família vivenciando situações desafiadoras, bem como interferir nos processos de conflito para promover desfechos mais saudáveis.

Como vimos na reunião dos fundamentos da prevenção realizada por Caplan (1964), diante da situação de crise o indivíduo pode desenvolver formas adaptadas de resposta ou, inversamente, padrões desajustados e ineficazes para lidar com os desafios enfrentados. As intervenções preventivas realizadas durante a experiência de desorganização emocional seriam especialmente eficazes, tanto no que se refere à possibilidade de efetivamente resolver o conflito em questão, solucionando um problema que poderia evoluir para desfechos mais graves, quanto no que se refere à possibilidade de ativamente promover a construção de padrões de comportamento e de manejo do estresse qualitativamente superiores aos anteriormente vigentes. Além disso, como vimos, a desorganização psicológica torna os indivíduos e famílias vulneráveis e, consequentemente, altamente suscetíveis a opiniões externas, o que poderia ser entendido como oportunidade para o aconselhamento profissional.

Klein e Lindemann (1961) descrevem a estratégia de intervenção em crise a partir de duas suposições básicas: primeiro, apostava-se que serviços clínicos enfatizando a prevenção primária e a promoção da saúde poderiam ser disponibilizados em larga escala à população; segundo, defendia-se que os serviços de saúde mental poderiam ser mais efetivos se agissem de forma concentrada nos momentos de elevação da tensão ocasionados por desafios específicos. Com isso, planejava-se encorajar na comunidade o uso de serviços clínicos de saúde mental para avaliações psicológicas sistemáticas, antecipação de riscos emocionais e

apoio profissional nos processos de crise, que usualmente não chegavam até a atenção psiquiátrica antes de se agravarem. Para tanto, seria estabelecida uma equipe multiprofissional que avaliaria o conflito em questão a partir de dois aspectos: o individual e familiar, que diz respeito à dinâmica psicológica interna do grupo familiar em questão, e o ambiental, que considera a interação entre o funcionamento psicológico e o ambiente no qual indivíduo e família estão inseridos.

Os objetivos da intervenção em crise seriam mais restritos e breves do que aqueles descritos por Ackerman para a intervenção familiar psicoterápica. Assim, não estava em jogo uma alteração profunda da personalidade dos envolvidos, mas da dinâmica particularmente envolvida no conflito enfrentado. Klein e Lindemann (1961) interpretavam esse tipo de intervenção como uma integração entre elementos da terapia do ego e aspectos da análise de grupos, principalmente os que envolvem padrões de relação atrelados aos papeis familiares e processos comunicativos entre os membros da família. Para Darbonne (1967), as técnicas usualmente empregadas na intervenção em crise estavam em estreita sintonia com a psicoterapia do ego, sendo apenas adaptadas a um período curto de intervenção, uma vez que ambas as técnicas enfatizavam as funções integrativas e adaptativas do ego.

Além da proposta de oferecer ações de intervenção em crise à população como um todo, propondo um acompanhamento psicológico sistemático de indivíduos e famílias, algumas intervenções mais específicas e a atenção a determinadas famílias complementariam os esforços de caráter mais amplo (KLEIN; LINDEMANN, 1961; CAPLAN, 1964; BOLMAN, 1968). Assim, são identificadas as situações que comumente elevam a tensão de indivíduos e famílias a níveis acima dos usuais, acarretando a formação de crises: perda de um membro da família, aquisição de um membro deficiente ou estigmatizado (portadores de defeito congênito, doença ou mesmo uma adoção), aquisição excessiva de membros (número de filhos elevado, acima dos recursos adaptativos dos pais), pressão ambiental excessiva (pobreza, desorganização ou violência comunitária, discriminação racial), relações desordenadas ou padrões de comunicação precários, capacidade de adaptação precária (baixa escolaridade, deficiências, etc), estágios normais do desenvolvimento que ultrapassam as capacidades adaptativas do indivíduo ou família (nascimento de um filho, início da escolarização, adolescência, aposentadoria).

Como vimos, os eventos relacionados ao nascimento, desenvolvimento e educação de crianças poderiam ser acessados em clínicas de pré-natal, serviços de pediatria e escolas,

além dos serviços de saúde mental comunitária. Os demais eventos deveriam estar na mira dos mais diversos profissionais, em todas as agências de assistência e, especialmente, daqueles que receberam treinamento ou supervisão em saúde mental. Além disso, algumas famílias poderiam ser consideradas como particularmente vulneráveis a situações de crise, e pouco capazes de resolução de conflitos, como as de classe social inferior e baixa escolaridade. Para essas famílias, serviços de busca ativa e apoio profissional seriam necessários, bem como a adequada adaptação da abordagem e das estratégias utilizadas pelos profissionais na intervenção em crise. Uma vez que a distância social e cultural tenderia a produzir dificuldades de comunicação e compartilhamento de valores entre a família e a equipe profissional, uma atenção especial no planejamento e a adaptação dos serviços e estratégias de intervenção preventiva ao estilo de vida da população alvo aumentaria a efetividade de tais práticas.

Uma vez identificadas as famílias mais vulneráveis e refratárias à intervenção profissional, e adaptadas as estratégias e técnicas adotadas, os procedimentos seriam razoavelmente os mesmos descritos até aqui. Assim, seria possível acessar tanto crianças submetidas a situações potencialmente perturbadoras, quanto indivíduos e grupos familiares vivenciando experiências de desorganização, aumento da tensão e dificuldades de adaptação. Com a seleção de famílias especialmente desestruturadas ou expostas a ameaças ambientais severas, e a consequente elaboração de estratégias destinadas ao seu auxílio, as ações preventivas ganhavam especificidade, reunindo esforços em torno de um foco mais delimitado e alcançando aqueles que provavelmente representavam os casos mais difíceis de desajuste e inadequação.

Portanto, o projeto de prevenção da psiquiatria nos anos 50 e 60 representava uma verdadeira estratégia de acompanhamento psicológico da população, englobando desde intervenções de caráter pedagógico, direcionadas a sociedade como um todo, até intervenções mais específicas, destinadas à criança, à família e ao indivíduo em crise. Com isso, almejava-se alterar profundamente as características da dinâmica social, as formas de ação parental, a educação das crianças, o funcionamento das famílias, as relações interpessoais e a resposta dos indivíduos às adversidades enfrentadas ao longo do ciclo da vida. Tratava-se de uma transformação significativa das formas de agir da psiquiatria e uma considerável expansão dos eventos e experiências sob sua jurisdição. Se, no início do século XX, a psiquiatria estava confrontada com a decadência e a frustração envolvida na realidade do asilo, por volta dos

anos 50 e 60 muito havia se alterado, com a conquista de novos territórios, a elaboração de novas práticas e a elevada esperança envolvida no projeto preventivo.

3 AS TEORIAS NEUROCIENTÍFICAS CONTEMPORÂNEAS E A NOÇÃO DE RISCO

> "Os fenótipos psiquiátricos e comportamentais são influenciados por um grande número de fatores de risco que, individualmente, estão dentro do espectro de variação humana normal e produzem aumentos modestos no risco" (DICK, RILEY e KENDLER, 2010, p.7)

> "Enquanto podemos concordar que há necessidade de intervir antes que a doença mais severa e intratável e que prejuízos psicossociais colaterais se estabeleçam, como definimos os estágios clínicos iniciais para guiar a intervenção precoce, e quais devem ser o alcance e a sucessão das intervenções oferecidas?" (MCGORRY, 2010, p.49)

3.1 Genes, cérebro e neurodesenvolvimento

As teorias neurocientíficas construídas nas últimas décadas vêm se destacando como explicação primordial para a formação da patologia mental, ocupando lugar central no campo psiquiátrico, motivando maciços investimentos financeiros e intelectuais, e deslocando discursos divergentes acerca do fenômeno psicopatológico. Neste contexto, chamado por Shorter (1997) de "segunda psiquiatria biológica", predomina a busca pelos substratos biológicos da doença, especialmente por meio da valorização de uma abordagem científica, objetiva e reducionista das patologias mentais, em contraposição às explicações psicológicas e ambientalistas e à respectiva valorização de discursos e práticas que tomavam o indivíduo como ponto de partida, que vigoraram durante algumas décadas no campo psiquiátrico.

Dois componentes se destacam nas pesquisas neurocientíficas recentes: o genético e o cerebral. Com o objetivo de encontrar os fundamentos biológicos das patologias mentais, as investigações das últimas décadas tomaram como alvos a carga genética e o funcionamento cerebral dos indivíduos, considerados elementos chave para a compreensão da formação psicopatológica. Com o avanço proporcionado pelo surgimento de diversas tecnologias médicas, as pesquisas genéticas e cerebrais ganharam fôlego, inaugurando a possibilidade de investigação de mecanismos moleculares ínfimos, e passaram a gerar um acentuado otimismo. A partir da valorização da determinação biológica das doenças e do surgimento de variadas

tecnologias de pesquisa médica, aventou-se a possibilidade de que as causas dos transtornos mentais fossem, finalmente, melhor compreendidas.

Se os avanços conquistados por tais pesquisas no que se refere ao entendimento de mecanismos genéticos específicos e de características fundamentais da morfologia e da fisiologia cerebral são inegáveis, no que diz respeito à compreensão da formação e emergência dos transtornos mentais, diversos desafios e dificuldades permanecem mobilizando o campo. Ao mesmo tempo em que as questões a serem respondidas acerca da etiologia dos transtornos mentais não se tornaram mais simples ou acessíveis, muitas são as esperanças geradas pelos recentes avanços encontrados nas pesquisas científicas, altos são os investimentos em novas tecnologias de pesquisa médica, e novos operadores conceituais vão sendo construídos como estratégia para compreender a formação psicopatológica.

Ao analisarmos as produções da psiquiatria contemporânea, identificamos a emergência de alguns temas de interesse e pesquisa que se destacam, contribuindo para a formação de um novo modelo conceitual das patologias mentais. Neste contexto, a noção de epigenética e a perspectiva neurodesenvolvimental vêm sendo consideradas fundamentais para explicar o funcionamento cerebral e, consequentemente, a formação dos transtornos. A partir de estudos genéticos e da investigação dos processos moleculares cerebrais, o novo modelo começa a se constituir e promete dar novo fôlego à difícil e incessante busca pela explicação da origem das patologias mentais. Trata-se de um modelo emergente, que vem ganhando força especialmente na última década, com a proliferação de estudos baseados na suposição de que a interação entre a carga genética e as influências ambientais pode determinar a formação dos transtornos mentais.

A partir da análise de artigos de revisão[35], buscamos identificar as origens do novo modelo etiológico, descrever suas principais características, especialmente as noções de epigenética e neurodesenvolvimento, e refletir acerca das consequências deste tipo de explicação da doença no que se refere à prevenção dos transtornos mentais. Nessa direção, ainda que o conhecimento da etiologia patológica permaneça desafiador e impreciso, esperanças vêm sendo geradas a partir de duas táticas metodológicas: a busca pela identificação de marcadores biológicos dos transtornos e a utilização da noção de risco para

[35] Foi realizada uma pesquisa de artigos na base de dados Pubmed, utilizando como critério os termos "*epigenetics*" e "*psychiatry*", e data de publicação entre 2000 e 2011. Inicialmente foram selecionados os artigos de revisão, que apresentam uma compilação dos resultados encontrados nos artigos originais de pesquisa. A partir do conteúdo destes artigos, novas referências, voltadas para a discussão da perspectiva neurodesenvolvimental, foram incorporadas à análise.

explicar a formação e, principalmente, a limitação dos resultados encontrados no que se refere à exatidão da determinação biológica das doenças.

3.1.1 A origem da hipótese epigenética e a complexidade dos transtornos mentais

Os mecanismos epigenéticos vêm sendo considerados uma das principais apostas da pesquisa atual em psiquiatria, pois representariam um modelo de explicação da doença fundamentalmente biológico e, mais especificamente, capaz de descrever a formação dos transtornos a partir do nível molecular. O modelo considera a interação entre a herança genética do individuo e os fatores ambientais, analisando esse processo como alterações intracelulares na expressão do material genético do organismo, que culminam na determinação das características exibidas pelo indivíduo. Os mecanismos epigenéticos dizem respeito, fundamentalmente, aos meios e processos pelos quais a determinação biológica do organismo é atualizada e expressada ao longo de seu desenvolvimento (HAIG, 2004; GOTTESMAN; HANSON, 2005; HOLLIDAY, 2006; RUTTER, MOFFITT; CASPI, 2006; JIRTLE; SKINNER, 2007; BORRELLI et al, 2008; TSANKOVA et al, 2007; GWAS, 2009; NESTLER, 2009; SWEATT, 2009; DICK, RILEY; KENDLER, 2010; DUDLEY et al, 2011; MURGATROYD ; SPENGLER, 2011; ROTH; SWEATT, 2011).

O conceito de epigenética surgiu nos anos 40 com o biólogo Conrad Waddington para descrever a interação entre genes e ambiente que permite o surgimento dos fenótipos. Em artigo publicado em 1942, Waddington demonstrava interesse pelos processos que permitem que o genótipo, a carga genética do organismo, conduza ao aparecimento de efeitos fenotípicos, as características expressas do organismo. Tratava-se de investigar um tema que inquietava os geneticistas da época e que relacionava o estudo genético ao processo de desenvolvimento. Segundo Waddington (1942), para compreender a relação entre a herança genética e os processos de desenvolvimento seria necessário adotar duas medidas: a primeira, mais simples, consistiria na descrição dos processos de desenvolvimento observáveis; a segunda, mais importante, consistiria na investigação dos mecanismos causais em funcionamento nos processos observados, relacionando-os, sempre que possível, às descobertas reveladas pela embriologia experimental. Para essa segunda esfera de investigação, Waddington sugeria o termo “epigenética”.

Nesta primeira proposição, o estudo dos mecanismos epigenéticos surgia para suprir uma lacuna no entendimento da forma pela qual a carga genética conduziria à formação dos fenótipos ao longo do processo de desenvolvimento. No referido momento, sabia-se muito pouco sobre as propriedades da epigênese, e a suposição de Waddington era de que mecanismos específicos e complexos de desenvolvimento determinassem essa transposição, conectando o material genético às características do organismo. A intuição do autor era de que o processo seria constituído por diversos mecanismos concatenados, articulados em rede, de modo que qualquer alteração em um estágio inicial poderia causar modificações graduais, mas contínuas, nos estágios seguintes, alcançando um maior número de tecidos e órgãos e formando anormalidades no desenvolvimento. Portanto, Waddington apostava na regulação e no controle das diversas etapas do desenvolvimento embrionário pela carga genética do organismo.

Apesar de citar exemplos de fenômenos observados na formação das asas da *Drosophila* que sugeriam a intuição apresentada nesse artigo, Waddington não dispunha de evidências experimentais acerca dos mecanismos epigenéticos. De fato, essa primeira hipótese era uma suposição teórica, pois não havia qualquer experimento ou evidência científica que pudesse demonstrá-la. Segundo Holliday (2006), até a metade do século XX, a biologia do desenvolvimento e a genética eram dois domínios de pesquisa separados, com pouco contato entre si. Nesse contexto, a hipótese de Waddington tinha como objetivo construir uma ponte, inédita até então, entre os fenômenos observados no desenvolvimento de um organismo e a sua constituição genética, aproximando os dois campos da biologia, aumentando a complexidade da explicação acerca da determinação genética dos organismos e atrelando-a aos processos de desenvolvimento, especialmente os característicos da fase embrionária.

Esta primeira intuição continuou sendo discutida por alguns poucos pesquisadores, sendo sempre utilizada para denominar fenômenos biológicos que, ao serem observados, não eram facilmente entendidos a partir do conhecimento genético disponível, mas que indicavam conter em seu funcionamento algum componente hereditário (HAIG, 2004; HOLLIDAY, 2006). Essas discussões pontuais sobre supostos mecanismos epigenéticos apareceram, por exemplo, nas pesquisas sobre câncer de Huxley (1956) e em revisões sobre hereditariedade e mecanismos de controle celular de Nanney (1958). Segundo Haig (2004), ao longo da década de 60, alguns estudos sobre câncer e cultura de células parecem ter utilizado ou derivado algumas de suas suposições da noção de epigenética, mas sempre de forma implícita ou

indireta. Naquele momento, nenhum mecanismo mais específico havia sido proposto para descrever e qualificar a hipótese epigenética.

Posteriormente, nos anos 70, a primeira suposição foi elaborada e redescrita, pela primeira vez, como um fenômeno biológico específico: a epigenética seria uma alteração química do DNA, mais chamada de metilação[36]. A primeira sugestão de que a metilação do DNA poderia ter um papel biológico importante, fornecendo a base para a formação da memória de longo prazo no cérebro, apareceu no artigo de Griffith e Mahler (1969). Em seguida, Riggs (1975) e Holliday e Pugh (1975) publicaram artigos que sugeriam um modelo molecular para a ativação da carga genética, englobando também a transmissão hereditária da atividade e inatividade de determinados genes. Em ambos os casos, a metilação do DNA era considerada um mecanismo potencialmente importante para variações na expressão genética, podendo explicar especificamente a ativação ou inativação de determinados genes durante o processo de desenvolvimento do organismo.

O artigo de Holliday de 1987 é considerado paradigmático no campo. Nele, o autor revisa o uso do termo "epignética" por Waddington e o utiliza para caracterizar fenômenos nos quais uma alteração na metilação do DNA acarreta alterações na ativação da carga genética, discutindo a sua importância para o entendimento de fenômenos como o câncer e o envelhecimento. Para Haig (2004), esse artigo, publicado na revista *Science*, estimulou o interesse pelos fenômenos epigenéticos, contribuiu para a retomada do termo e inaugurou um movimento de alto investimento em pesquisas destinadas à sua investigação. O conceito de epigenética passa então a ser definido como o estudo de mudanças na expressão genética que ocorrem não em função de mudanças na estrutura do DNA, mas de alterações específicas na expressão de alguns genes, ou seja, nas substâncias que são produzidas a partir das informações de um determinado gene (JIRTLE; SKINNER, 2007; BORELLI et al, 2008; SWEATT, 2009; TSANKOVA et al, 2007). Finalmente, em 1990, além de adquirir o vocabulário molecular que a caracteriza atualmente, a hipótese epigenética passa a ser sustentada por evidências experimentais surgidas em diversas pesquisas, que começam a

[36] A metilação do DNA é um dos mecanismos epigenéticos mais pesquisados na área e consiste, em linhas gerais, na adição de um elemento químico (um grupo metil) a uma região específica do DNA. Segundo as hipóteses atuais, a metilação é um processo comum na fase embrionária e ao longo do desenvolvimento, e tem como principal consequência o silenciamento de determinada região do DNA, impedindo a síntese de proteínas que caracterizaria a sua ativação. Dessa forma, esse mecanismo epigenético produziria alterações estáveis na produção de proteínas daquela região do DNA, alterando de forma permanente a expressão da herança genética (GOTTESMAN; HANSON, 2005; BORRELLI et al, 2008; RUTTEN; MILL, 2009; SWEATT, 2009).

proliferar, principalmente nos campos dos estudos genéticos sobre o câncer e da biologia do desenvolvimento.

No entanto, podemos observar que a "revolução genômica" que pode significar a descoberta e o entendimento de mecanismos epigenéticos representa, no caso específico das patologias mentais, não apenas avanços no conhecimento molecular e genético, mas também a construção de soluções interessantes e de argumentos estratégicos para a dificuldade de se explicar a origem dos transtornos mentais. Nesse sentido, o conceito de epigenética aparece como recurso explicativo diante da decepção com a identificação de marcadores biológicos diretos nas pesquisas genéticas e de antigos resultados inconclusivos nos estudos epidemiológicos com transtornos mentais (MUNAFÓ, 2006; OH; PETRONIS, 2008; OS, RUTTEN; POULTON, 2008; NESTLER, 2009; RUTTEN; MILL, 2009).

No que se refere à pesquisa genética, apesar do alto investimento e da elevada esperança de encontrar marcadores biológicos – no caso, os genes que determinariam as doenças - para os transtornos mentais, os resultados são, até o momento, decepcionantes. Um artigo de revisão do *Psychiatric GWAS Consortium Coordinating Committee*[37] (2009) analisa os resultados de pesquisas genéticas realizadas no âmbito do projeto de mapeamento do genoma humano referentes aos transtornos mentais. Trata-se de um consórcio internacional que se reuniu para analisar de forma integrada as primeiras informações disponíveis, resultantes de cerca de 50 pesquisas, sobre a genética dos transtornos psiquiátricos[38]. Por meio de uma estratégia colaborativa, reunindo dezenas de grupos de pesquisa, pretende-se ampliar o número de indivíduos acessados e aumentar o poder analítico e estatístico dos resultados alcançados. Com a combinação de resultados de dezenas de estudos, a amostra analisada adquire uma magnitude nunca antes alcançada nos estudos em genética humana - por exemplo, 10.000 casos comparados a 10.000 casos controle (GWAS, 2009; SULLIVAN, 2010; VISSCHER et al, 2012).

[37] O *Psychiatric GWAS Consortium* inclui praticamente todos os estudos realizados no âmbito do GWAS (*Genome-wide association studies*) que reúnem informação sobre esquizofrenia, transtorno bipolar, transtorno depressivo maior, TDAH e autismo. Agregando 121 pesquisadores e cerca de 61 instituições, essa rede de pesquisa tem como objetivos: 1) realizar meta-análises dos dados reunidos para as categorias diagnósticas especificadas; 2) realizar análises de combinações de dois ou mais transtornos e de sintomas que sejam comuns a mais de uma categoria (como depressão e psicose), bem como analisar fenótipos alternativos; e 3) realizar análises de co-morbidades como uso de álcool, nicotina e transtorno de uso de drogas ilícitas, cujas categorias podem ser investigadas por meio do estudo de diversos grupos de sujeitos (GWAS, 2009).

[38] Sobre a história e o funcionamento do *Psychiatric GWAS Consortium Coordinating Committe*, ver Sullivan (2011).

A primeira consideração que se destaca nesse estudo diz respeito à complexidade genética suposta para as patologias mentais, nas quais o risco hereditário seria resultado da interação de variações genéticas combinadas, cada qual com um impacto relativo limitado sobre o risco total. De fato, as primeiras pesquisas genéticas dos transtornos psiquiátricos analisavam amostras pequenas de sujeitos da mesma família com o objetivo de encontrar mecanismos genéticos simples. O desenho desses primeiros estudos, que apresentaram resultados conclusivos para centenas de outras doenças, foram pouco férteis para a compreensão e não geraram informação relevante acerca da fisiologia patológica de doenças complexas e multifatoriais, incluindo os transtornos mentais.

Novas pesquisas foram elaboradas, reunindo amostras maiores (centenas de famílias), mas os achados continuaram sendo pouco significativos ou difíceis de serem confirmados em novas pesquisas. Segundo a revisão do artigo do GWAS (2009) os resultados desses estudos são controversos, uma vez que algumas associações estatisticamente significativas entre um determinado gene e um transtorno foram encontradas, mas não foram confirmadas em pesquisas subsequentes. Ou seja, os resultados não puderam ser replicados e, portanto, confirmados por novas pesquisas genéticas.

A principal interpretação dos pesquisadores sobre esses primeiros resultados é de que a impossibilidade de confirmação em novas pesquisas se deve ao fato de que o efeito do respectivo gene sobre a formação da patologia é restrito, ou seja, contribui para a etiologia, mas o grau de influência e determinação da doença é pequeno. Desse modo, a suposição de uma causalidade genética simples, do tipo "gene para o transtorno X", foi dando lugar à consideração de variações genéticas com impacto relativamente pequeno sobre o risco, e a suposição de uma maior complexidade genética dos transtornos. Podemos observar que o entendimento da causalidade genética se torna menos linear e mais probabilístico, com destaque para a noção de risco, que se mostra mais adequada para explicar os objetivos das pesquisas e interpretar as limitações dos resultados encontrados.

Alguns avanços conquistados no mapeamento genético de doenças complexas, como diabetes e obesidade, geraram novas hipóteses e métodos de pesquisa, posteriormente aplicados aos transtornos mentais. A hipótese de "múltiplas variações raras" surgiu nesse contexto e vem sendo utilizada como modelo das pesquisas atuais, informando a busca pelos marcadores genéticos em psiquiatria. Essa hipótese tem como foco as variações estruturais raras (as chamadas CNV, ou *copy number variations*), resultantes de perda (deleção) ou

ganho (duplicação) de bases do DNA, que contribuem para a variabilidade genética normal, o risco para doenças, as anomalias do desenvolvimento e os mecanismos mutacionais presentes na evolução. Combinadas, as mudanças sequenciais no material genético seriam responsáveis pelo risco para determinadas doenças (GWAS, 2009; BASSET, SCHERER; BRZUSTOWICZ, 2010; GERSHON, ALLIEY-RODRIGUEZ; LIU, 2011; KIM et al, 2011).

Em função deste entendimento acerca da limitação da determinação genética, a estratégia do *Psychiatric GWAS Consortium Coordinating Committee* consiste na realização de meta-análises de todos os resultados de pesquisas genéticas publicados para os transtornos selecionados, de modo que mesmo as associações mais remotas entre a carga genética e o aparecimento da patologia possam ser mapeadas. Considerando-se que a exposição à variação genética ocorre desde os estágios iniciais do desenvolvimento, o risco genético estaria no início da cadeia causal que conduz à doença, representando o primeiro elemento de um processo complexo e multifatorial.

Destacando a esquizofrenia como exemplo, uma vez que essa categoria é alvo de diversas pesquisas e reúne considerável interesse, podemos observar a construção da lógica dos estudos e da interpretação dos resultados alcançados. De forma bastante resumida, pode-se dizer que algumas variações numéricas no material genético foram associadas com a esquizofrenia. Individualmente, essas variações são raramente associadas à suscetibilidade para a esquizofrenia, indicando que o risco isolado das alterações é relativamente pouco significativo. O número de indivíduos diagnosticados com esquizofrenia nos quais tais alterações são encontradas é pequeno. A prevalência ainda precisa ser confirmada, mas os pesquisadores acreditam que cerca de 1 a 2% dos indivíduos diagnosticados com esquizofrenia portem a alteração (GWAS, 2009).

Deste modo, ainda que o conhecimento desse tipo de variação genética agregue informações sobre a formação de um transtorno como a esquizofrenia, sua capacidade preditiva, terapêutica ou preventiva se mantém muito limitada. O mesmo tipo de resultado vem sendo encontrado para outras categorias diagnósticas, sendo que a esquizofrenia é a categoria mais pesquisada, e sobre a qual o maior número de informações foi reunido até o momento (RUTTEN; MILL, 2009; GWAS, 2009; KIM et al, 2011). Os pesquisadores do campo continuam investindo nas pesquisas sobre a estrutura do DNA com o objetivo de construir mapas da arquitetura genética dos transtornos que possam, posteriormente, ser articulados a informações fisiopatológicas na composição da neurobiologia das doenças. No

entanto, com a ausência de resultados significativos, conclusivos, que sejam efetivamente replicados em pesquisas subsequentes ou que tenham implicações mais diretas na terapêutica ou na prevenção, novos caminhos e hipóteses começaram a ser considerados[39].

A baixa prevalência das variações genéticas para a esquizofrenia, bem como para outros transtornos mentais, ganha novo sentido a luz da hipótese epigenética. Uma vez que não foi possível identificar genes diretamente associados aos transtornos mentais, a lógica do "gene para o transtorno X" é substituída por novas hipóteses, noções e métodos de pesquisa, tanto no que se refere à consideração da combinação de variados genes na determinação da doença, quanto à investigação da interação entre diferentes fatores ambientais e a carga genética dos indivíduos. Como afirmam Kim et al (2011), o objetivo das pesquisas genéticas passa a ser a identificação dos variados caminhos que conferem risco e proteção aos transtornos mentais. Assim, Sullivan (2011) sugere que os resultados das próximas pesquisas devem consolidar essa hipótese, apostando que "os fatores de risco genético irão incluir um espectro de variações, desde variações raras com efeito forte, até variações comuns com efeitos mais discretos" (p.6).

Ao mesmo tempo em que outros mecanismos genéticos e moleculares começam a ser explorados, os estudos epidemiológicos mantém a busca pelos fatores ambientais que influenciam o surgimento das patologias mentais, mas adotando a mesma suposição da etiologia complexa que surge da interação gene-ambiente (JABLONKA, 2004; WONG, GOTTESMAN; PETRONIS, 2005; OS, RUTTEN; POULTON, 2008; OH; PETRONIS, 2008; FOLEY et al, 2009; RUTTEN; MILL, 2009; DICK, RILEY; KENDLER, 2010). Também no caso da pesquisa epidemiológica, a hipótese epigenética parece solucionar antigos problemas e questões não resolvidas e pode, inclusive, redirecionar os objetivos e as características das pesquisas nessa área.

Historicamente, os estudos epidemiológicos em psiquiatria se ocuparam em identificar os fatores ambientais que estivessem associados aos transtornos mentais, principalmente por meio de pesquisas com gêmeos, adoções e famílias de indivíduos portadores de transtorno mental. Uma das principais suposições das pesquisas epidemiológicas residia na diferença de

[39] De fato, os resultados das pesquisas genéticas realizadas no âmbito do GWAS para patologias comuns e complexas são controversos, uma vez que alguns pesquisadores consideram a limitação dos resultados encontrados uma indicação de fracasso do projeto. Neste sentido, questiona-se a suposição de que a herança genética desempenhe um papel importante na determinação do risco para doenças comuns (não diretamente genéticas) e que o entendimento dos fatores genéticos cujos efeitos são muito limitados viria a contribuir para avanços diagnósticos, terapêuticos e clínicos. Para uma discussão sobre o suposto "fracasso" e as conquistas do projeto, ver Visscher et al (2012).

ocorrência de transtornos mentais entre gêmeos monozigóticos: se os indivíduos possuem a mesma carga genética, as diferenças de ocorrência dos transtornos poderiam ser atribuídas à exposição a fatores ambientais não partilhados pelos irmãos. A pesquisa com gêmeos monozigóticos criados em ambientes distintos era uma das principais estratégias de pesquisa epidemiológica para identificar os fatores ambientais que conduziriam às doenças (WONG, GOTTESMAN E PETRONIS, 2005; OS; RUTTEN; POULTON, 2008; OH; PETRONIS, 2008).

Os estudos com indivíduos adotados representavam outra estratégia importante no campo da epidemiologia psiquiátrica, comparando as similaridades entre irmãos adotados por famílias distintas, que compartilham características genéticas, mas são criados em ambientes separados, e irmãos adotivos, que compartilham o ambiente, mas não a constituição genética (DICK, RILEY; KENDLER, 2010). Em ambos os casos, importava discriminar o impacto da herança genética na predisposição ao aparecimento da doença, e identificar os fatores ambientais que exercessem impacto sobre a formação psicopatológica. Ou seja, os principais objetivos das pesquisas eram identificar e, fundamentalmente, discriminar as influências ambientais e as influências genéticas na formação dos transtornos (OS; RUTTEN; POULTON, 2008; OH; PETRONIS, 2008; DICK, RILEY E KENDLER, 2010).

Tomando o caso da esquizofrenia como exemplo, Oh e Petronis (2008) relembram o resultado das pesquisas epidemiológicas das últimas cinco décadas, nas quais diversos fatores ambientais foram identificados como capazes de aumentar o risco para a esquizofrenia: estresse, abuso físico e mental, dieta materna durante a gravidez, uso de drogas, vida urbana, migração, entre outros. Além da identificação de fatores ambientais, a determinação da influência genética na esquizofrenia continuou sendo investigada, mas, como vimos, a ambição de encontrar um único gene que respondesse pela hereditariedade da doença não se confirmou nas pesquisas genéticas. Deste modo, ainda que as pesquisas epidemiológicas sejam importantes para a identificação de possíveis fatores que conduzem aos transtornos, tanto hereditários, como não hereditários, a evidência surgida acaba sendo descritiva, mas não explicativa dos mecanismos etiológicos da doença.

Como vimos, a possibilidade de identificar um gene que determine um transtorno psiquiátrico não se confirmou nas pesquisas realizadas no âmbito do projeto de mapeamento do genoma humano, o que acabou por conduzir à elaboração de novas hipóteses, com a recuperação do termo epigenética e o direcionamento das investigações para os fenômenos de

"expressão da carga genética". Além da dificuldade de verificação da hereditariedade genética, as associações encontradas nos estudos dos fatores ambientais que contribuem para o aparecimento da patologia somam pouco à compreensão dos nexos causais que a determinam. Ou seja, as associações não são suficientes para esclarecer os mecanismos etiopatológicos subjacentes aos transtornos se não forem atreladas a possíveis achados fisiológicos[40].

Além do tipo de limitação própria aos estudos epidemiológicos, alguns desafios e complexidades metodológicas carecem de explicação. Como exemplo, a recente associação entre esquizofrenia e uso de maconha. Segundo Oh e Petronis (2008), entre os diversos fatores ambientais pesquisados como risco para a esquizofrenia, o uso da maconha é um dos que vem apresentando resultados mais significativos e estimulando diversas novas investigações. Em uma meta-análise de sete pesquisas sobre essa associação, os resultados indicaram uma associação significativa entre uso de maconha e esquizofrenia (HENQUET et al, 2005, *apud* OH; PETRONIS, 2008). No entanto, como argumentam Oh e Petronis (2008), a interpretação dos resultados não pode ser simplista, e a descoberta da associação não necessariamente equivale à revelação de um nexo causal entre os dois fenômenos. Por um lado, a associação pode ser entendida como evidência de que o uso de maconha, um fator ambiental, aumenta o risco para o desenvolvimento da esquizofrenia, sugerindo relações de causalidade entre os dois fenômenos. Por outro lado, alguns pesquisadores questionam se, de fato, o uso da droga é um gatilho que desencadeia o transtorno ou se, como sugerem outras pesquisas e a experiência clínica com esses pacientes, pode representar uma estratégia de auto-medicação para fazer frente a sintomas psicóticos presentes em estado inicial.

Este tipo de questão, que não pode ser facilmente respondida pela pesquisa epidemiológica, com a hipótese epigenética passa a ser redescrita como consequência de mecanismos epigenéticos e interpretada a partir da noção de risco. Além disso, e mais fundamental, o conceito de epigenética pode oferecer uma explicação molecular para os achados planos, estatísticos, provenientes dos estudos epidemiológicos, constituindo-se como explicação atraente e argumento estratégico no campo. Deste modo, diversas pesquisas epidemiológicas vêm adotando a hipótese epigenética e buscando identificar não somente os

[40] Em um artigo de revisão sobre a história da epidemiologia psiquiátrica norte-americana, Horwitz e Grob criticam os resultados contraditórios e pouco seguros encontrados por essas pesquisas. Os autores atribuem a falta de conclusões significativas principalmente à dificuldade de classificação dos transtornos mentais, que tornaria as pesquisas carentes de validade e as impossibilitaria de contribuir, de fato, para a compreensão da etiologia das doenças mentais (HORWITZ; GROB, 2011).

fatores ambientais, mas o modo como os mesmos interferem e interagem com a herança genética[41] (JABLONKA, 2004; FOLEY et al, 2008; OS, RUTTEN; POULTON, 2008; OH; PETRONIS, 2008; PROJETO EU-GEI [42]; DICK, RILEY; KENDLER, 2010).

Neste contexto, o antigo objetivo de discriminar as influências do ambiente e da carga genética, diferenciando-os, começa a ceder lugar a questões mais complexas, como a compreensão dos caminhos que conduzem ao risco e à interação dinâmica entre a herança genética e as influências ambientais a que é submetido o organismo. Para Dick, Riley e Kendler (2010), a epidemiologia genética, especialmente aquela destinada à compreensão dos transtornos mentais, vem passando por uma revolução nos seus objetivos e nos tipos de questão que usualmente organizam e motivam as pesquisas no campo. Assim como as pesquisas em genética psiquiátrica foram sendo redefinidas em direção a uma maior complexidade genética, também o campo da epidemiologia psiquiátrica estaria se interessando pela interação entre os diferentes fatores etiológicos e adotando a hipótese epigenética como operador conceitual importante em suas recentes pesquisas.

3.1.2 A interação gene-ambiente e o neurodesenvolvimento

Afinal, como se formam os transtornos mentais? Como os genes e o ambiente interagem para conduzir a esse tipo especifico de fenômeno patológico? O que caracteriza a hipótese epigenética, de modo a torná-la tão atraente e argumento valorizado nas pesquisas atuais em psiquiatria? Neste tópico, a partir da análise dos artigos de revisão, descreveremos brevemente este modelo, os seus argumentos centrais, e sua articulação à perspectiva neurodesenvolvimental dos transtornos mentais.

Tentando traduzir as informações contidas nos artigos de revisão em uma linguagem relativamente simples, podemos dizer que os mecanismos epigenéticos são apresentados como a interface entre o genoma e o ambiente, ou seja, como a explicação em termos

[41] A integração gradual de conhecimento entre a epidemiologia e a genética humana estaria levando a constituição de uma nova disciplina, a epidemiologia genética, dedicada ao entendimento não mais da discriminação, mas da interação entre os diversos fatores que contribuem para a formação da doença. Nesta área emergente, a hipótese epigenética desempenha um papel fundamental (JABLONKA, 2004; FOLEY ET ALl, 2008; OS; RUTTEN; POULTON, 2008; OH; PETRONIS, 2008; PROJETO EU-GEI; DICK; RILEY; KENDLER, 2010).

[42] O projeto EU-GEI é um exemplo de pesquisa de grande porte destinada à identificação de fatores epidemiológicos, clínicos e genéticos que influenciam o aparecimento, a severidade e a evolução da esquizofrenia. Trata-se de um projeto desenvolvido em rede entre cinco países europeus, ao longo de cinco anos (2010-2015), fundamentalmente informado pela hipótese da interação gene-ambiente (www.eu-gei.eu).

moleculares da conjugação entre as influências oriundas do ambiente e a carga genética dos indivíduos. Assim, "os mecanismos epigenéticos oferecem um *link* plausível entre o ambiente e alterações na expressão genética que podem conduzir aos fenótipos de doença" (JIRTLE; SKINNER, 2007, p.253). Esta conjugação teria como principal consequência a produção de variações no risco de cada indivíduo para o desenvolvimento de transtornos mentais, podendo conduzir ao aumento da vulnerabilidade à doença ou, inversamente, a uma maior resiliência que protege o indivíduo e desfavorece o surgimento da patologia.

Como lembra Nestler (2009), a pesquisa em psiquiatria acerca da etiologia dos transtornos mentais sempre buscou compreender as influências combinadas da hereditariedade e do ambiente. A aposta das pesquisas atuais é de que, com a noção de epigenética, essa ambição não só avançaria para um novo nível de entendimento, especificamente o dos mecanismos moleculares de funcionamento do cérebro, mas também ganharia novos contornos, uma vez que a interação entre a carga genética e o ambiente ocorre de forma que não garante o surgimento da doença, mas resulta em variações probabilísticas e individualizadas para a formação psicopatológica.

Em termos biológicos, a epigenética representa uma alteração na expressão de um gene, ou seja, das substâncias e dos efeitos que são produzidos no organismo a partir da ativação desse gene. Os efeitos dizem respeito fundamentalmente à produção de proteínas a partir das informações específicas contidas em cada segmento do DNA, produção essa que será responsável pelos efeitos metabólicos gerados no organismo e, consequentemente, pela formação dos fenótipos. A ativação ou inativação do gene é um fenômeno corriqueiro, por meio do qual as células se diferenciam durante o processo embrionário e, consequentemente, adquirem características específicas em cada tecido e órgão do corpo (RUTTER; MOFFIT; CASPI, 2006).

No caso dos mecanismos epigenéticos, a alteração seria resultado não de processos internos ao próprio organismo, mas da ação de agentes externos, oriundos do ambiente, sobre o funcionamento celular. As influências externas agiriam permitindo ou impedindo a expressão de um determinado gene, além de regularem a intensidade com que ocorre a expressão. Deste modo, o ambiente atuaria como um filtro, que permite a ativação e o funcionamento de um ou de determinados conjuntos de genes ou, de forma inversa, age de forma que um gene ou conjunto de genes fique inativo, alterando os efeitos moleculares que seriam produzidos a partir dessa parcela do DNA e, consequentemente, a expressão de

determinado fragmento da herança genética (GOTTESMAN; HANSON, 2005; RUTTER; MOFFIT; CASPI, 2006; TSANKOVA et al, 2007; JIRTLE; SKINNER, 2007; BORELLI et al, 2008; SWEATT, 2009; NESTLER, 2009; FRANKLIN; MANSUY, 2010; DUDLEY et al, 2011; ROTH; SWEATT, 2011).

Os estudos considerados como primeiras evidências dos mecanismos epigenéticos foram realizados com camundongos e compreendiam a influência da dieta materna na formação de fenótipos adultos dos descendentes. Em artigo de 2003 (WATERLAND; JIRTLE, 2003, *apud* JIRTLE; SKINNER, 2007), pela primeira vez, uma variação ambiental foi associada a modificações epigenéticas surgidas na primeira semana de vida. Neste caso, a dieta materna enriquecida com determinadas substâncias durante a gravidez de camundongos produziu modificações na expressão da carga genética, que persistiram na vida adulta e geraram consequências específicas nos descendentes, respondendo por diferenças na coloração dos pelos. Essa observação marcou os estudos sobre o papel das modificações epigenéticas e ambientais durante períodos iniciais do desenvolvimento e suas consequências para a etiologia das doenças na vida adulta (JIRTLE; SKINNER, 2007; TSANKOVA et al, 2007).

Os fatores ambientais capazes de gerar esse tipo de efeito e que vêm sendo investigados nas pesquisas do campo variam desde fatores nutricionais e químicos, como a dieta materna durante a gravidez e a contaminação por vírus e substâncias tóxicas, até fatores ambientais mais relacionais, como o nível de cuidados maternos e a exposição ao estresse em períodos precoces da vida (BALE, 2010; DUDLEY et al, 2011). Como observa Bale (2010), muitos desses fatores vêm sendo estudados como causa, elemento precipitador ou colaborador na formação da psicopatologia há mais de um século. No entanto, a intenção das pesquisas atuais é compreender o impacto que tais fatores podem exercer no funcionamento biológico do organismo, ou seja, que tipo de consequência molecular - mais precisamente epigenética, tais fatores podem desencadear. Trata-se, portanto, da descrição biológica acerca dos efeitos exercidos pelos fatores ambientais no organismo, mesmo daqueles considerados relacionais, como os cuidados maternos.

A hipótese epigenética não vem sendo explorada apenas no campo da psiquiatria. Pelo contrário, seu surgimento e desenvolvimento iniciais se localizam em outras áreas, como a biologia do desenvolvimento, o estudo do câncer e de outras doenças crônicas. Desta forma, o modelo epigenético oferece uma explicação geral para a vulnerabilidade à doença. Neste

modelo, a lógica de formação da doença se inicia com os estudos epidemiológicos mostrando que a exposição a fatores ambientais em períodos precoces do desenvolvimento tem papel na vulnerabilidade à doença na vida adulta – há associações entre fatores pré e pós-natais e o risco adulto para doenças crônicas, e chega à suposição de que esses fatores atuam modificando a expressão da carga genética, ou seja, alterando a fisiologia celular e o funcionamento do organismo, o que pode conduzir à doença.

Este modelo de vulnerabilidade à doença vem sendo considerado fértil para o entendimento tanto de doenças crônicas, como diabetes e obesidade, quanto de doenças comportamentais, como os transtornos mentais. Quando aplicada ao caso das patologias mentais, a hipótese epigenética está atrelada à perspectiva neurodesenvolvimental dos transtornos. A tese geral no campo é de que a vulnerabilidade aos transtornos psiquiátricos pode surgir a partir da exposição a fatores ambientais durante períodos críticos de desenvolvimento do cérebro. Deste modo, na perspectiva neurodesenvolvimental, como essa abordagem vem sendo chamada, interessa compreender os processos cerebrais adaptativos que se desenvolvem lentamente e causam modificações duradouras nos circuitos cerebrais, culminando na formação de transtornos (DUDLEY et al, 2011; JIRTLE; SKINNER, 2007; MURGATROYD; SPENGLER, 2011; OS, KENIS; RUTTEN, 2010; ROTH; SWEATT, 2011; TSANKOVA et al, 2007).

O entendimento dos transtornos mentais como transtornos neurodesenvolvimentais vem sendo valorizado como forma de explicar o caráter crônico e progressivo da psicopatologia[43]. Uma vez que os transtornos psiquiátricos, em sua maioria, se desenvolvem lentamente e, uma vez instalados, frequentemente têm um curso duradouro e incapacitante, caracterizando-se como doenças crônicas, o conceito de desenvolvimento parece especialmente útil para compreendê-los (NESTLER, 2009). A perspectiva do neurodesenvolvimento parece ser fértil por considerar a continuidade da psicopatologia e buscar os meios de conexão entre os fenômenos experimentados na infância e adolescência e a patologia adulta, em consonância com os resultados de estudos epidemiológicos e muitas

[43] A perspectiva neurodesenvolvimental vem sendo adotada para explicar os transtornos mentais como um todo, mas se mostra especialmente útil quando aplicada à esquizofrenia. Reunindo evidências de pesquisas clínicas, epidemiológicas, genéticas e de neuroimagem, o modelo neurodesenvolvimental da esquizofrenia caracteriza o transtorno como o estado final de uma série de processos anormais de desenvolvimento do cérebro, que tem início anos antes do estabelecimento da patologia propriamente dita. Nesse caso, déficits cognitivos e comportamentais discretos são entendidos como sinais intermediários da doença e indícios de seu aparecimento futuro (RAPOPORT ET AL, 2005; ANDREASEN, 2010; RAPOPORT; GIEDD; GOGTAY, 2012). A bibliografia sobre o tema é vasta. Boas revisões podem ser encontradas em Andreasen (2010) e Rapoport, Giedd e Gogtay, (2012).

das intuições de clínicos e pesquisadores da área (JIRTLE; SKINNER, 2007; DUDLEY et al, 2011; MURGATROYD; SPENGLER, 2011; ROTH; SWEATT, 2011). Os desafios atuais seriam compreender os efeitos biológicos que as experiências adversas mais precoces causam no organismo e explicar de que forma tais efeitos acabam por conduzir às diferenças de vulnerabilidade à doença em períodos posteriores da vida.

A hipótese epigenética surge aqui como principal aposta dos pesquisadores para explicar como os efeitos ambientais alteram o desenvolvimento e imprimem marcas químicas no cérebro, influenciando tanto a saúde mental quanto a saúde física. Como afirmam Murgatroyd e Spengler: "as mudanças epigenéticas oferecem um mecanismo plausível por meio do qual as experiências precoces poderiam ser integradas ao genoma para programar as respostas hormonais e comportamentais do adulto" (2011, p.4). Como se trata de mecanismos cujos efeitos são relativamente estáveis, uma vez que as modificações no funcionamento molecular do cérebro são duradouras, a hipótese epigenética explicaria como a influência ambiental se mantém presente e exerce efeitos em períodos posteriores da vida, quando o fator ambiental propriamente dito não está mais atuando.

O entendimento da relevância dos mecanismos epigenéticos está atrelado à noção de plasticidade neuronal, uma vez que vem sendo suposto que os mecanismos epigenéticos participam do fechamento dos períodos de plasticidade cortical. O seu entendimento poderia contribuir para a identificação e o entendimento dos "períodos críticos de desenvolvimento", ou seja, do intervalo de tempo no qual o desenvolvimento do sistema nervoso central tem maior abertura para mudança, tanto anatômica como funcional. Supõe-se que esse fechamento epigenético significa, ao menos em parte, a redução da alta plasticidade cortical experimentada nos primeiros anos de vida (SWEATT, 2009; MURGATROYD; SPENGLER, 2011; ROTH; SWEATT, 2011).

Como podemos observar, o modelo que vem sendo proposto no campo psiquiátrico supõe que a programação do cérebro em desenvolvimento é caracterizada pela combinação de forças opostas de resiliência e vulnerabilidade, em uma interação complexa entre genética, experiência precoce e desenvolvimento tardio. Neste processo, os eventos ocorridos nos períodos pré e pós-natal e na infância precoce ganham relevo, devido ao impacto no desenvolvimento neuronal e à suposição de que os seus efeitos são duradouros, alcançando os períodos tardios da vida do indivíduo.

Diversos determinantes pré, pós-natais e precoces no desenvolvimento fundamentais para a psicopatologia vêm sendo investigados, compreendendo, entre outros, a experiência de estresse e a dieta materna durante a gravidez e variações nos cuidados maternos nas primeiras semanas de vida (BALE et al; 2010, DUDLEY et al, 2011; ROTH; SWEATT, 2011). Bale et al (2010) citam diversos exemplos de associações encontradas entre esses eventos, característicos das fases pré, pós-natal e precoce e a ocorrência de transtornos mentais na vida adulta: estresse materno no primeiro trimestre da gravidez foi associado ao risco para esquizofrenia nos descendentes masculinos; respostas imunes ao estresse identificadas na mãe foram associadas ao risco para depressão nos descendentes; exposição materna a tipos específicos do vírus influenza foi associada ao risco para transtornos unipolar e bipolar nos descendentes; exposição a fome durante a gravidez foi associada ao risco para depressão nos descendentes.

No caso do risco pós-natal, importa investigar as consequências de longo-prazo das experiências adversas da infância mais precoce. Neste contexto, observa-se um renovado interesse pela influência dos cuidados maternos na transmissão de comportamentos, o que também seria explicado por meio de mecanismos epigenéticos (SCOTT, 2010; ROTH; SWEATT, 2011; DUDLEY et al, 2011; MURGATROYD; SPENGLER, 2011). Curiosamente, Murgatroyd e Spengler (2011) citam Bowlby e a teoria do apego como a primeira evidência de que a investigação dos processos de vinculação a uma figura de cuidados é fundamental para o entendimento das respostas de ansiedade e estresse que estariam na base de diversos dos fenômenos psicopatológicos. Para os autores, os comportamentos de apego podem ser entendidos como um sistema biológico fundamental, com efeitos diretos sobre o desenvolvimento do cérebro:

> "a regulação externa dos sistemas emocionais imaturos em desenvolvimento da criança, exercida pela mãe durante períodos críticos específicos pode representar o fator essencial influenciando o crescimento dependente da experiência de áreas e estruturas do cérebro importantes para a regulação do humor e do comportamento" (MURGATROYD; SPENGLER, 2011, p.2).

Estudos com camundongos mostraram que hábitos como alimentar, lamber e ninar o filhote, exibidos pela mãe durante a primeira semana de vida após o nascimento, terão efeitos diretos sobre o comportamento futuro dos descendentes. Quando adultos, os filhotes que foram adequadamente alimentados, lambidos e ninados exibem medo reduzido e respostas metabólicas ao estresse mais baixas. Deste modo, haveria uma associação entre a quantidade e

a qualidade dos cuidados maternos ofertados nos momentos iniciais da vida e uma maior resiliência a eventos estressores na vida adulta. Inversamente, as mães que não exercem adequadamente esses cuidados, com baixo comportamento de "*nurturing*", criarão descendentes que entrarão na vida adulta em "desvantagem molecular" (TSANKOVA et al, 2007, p.362).

A interpretação vigente no campo é de que o efeito de programação materna envolve mecanismos epigenéticos. Nesta direção, Roth e Sweatt (2011) analisam em um artigo de revisão os efeitos das experiências adversas precoces como uma programação materna, que contribui para as variações de vulnerabilidade aos transtornos psiquiátricos verificadas na vida adulta. Por experiência adversa os autores entendem fenômenos como variações nos cuidados maternos ofertados nas primeiras semanas após o nascimento, a experiência de maus tratos na infância, a experiência de separação entre mãe e filhote, e a exposição ao estresse durante a gravidez. Esses eventos foram associados a modificações epigenéticas nos descendentes em pesquisas realizadas com roedores, o que contribui para a suposição de que variações nos cuidados maternos exercem efeitos psicopatológicos nos descendentes por meio de mecanismos moleculares cerebrais[44].

No entanto, apenas a identificação de fatores adversos não garante o entendimento de seu impacto e, principalmente, do tipo de consequência que os mesmos podem ter. No caso do estresse, estudos indicam que o tipo de consequência que esse fator ambiental específico pode ter no curso da vida do individuo (ou organismo, visto que boa parte das pesquisas é realizada com modelos animais) não necessariamente conduz à psicopatologia, mas gera respostas diversas. Assim, a exposição precoce a um estresse modesto pode gerar resiliência, enquanto a exposição a estresse severo ou crônico pode desencadear mecanismos que contribuem para as doenças neurodesenvolvimentais (FEDER, NESTLER; CHARNEY, 2009; BALE et al, 2010; DUDLEY et al, 2011).

Como lembram Feder, Nestler e Charney (2009) o interesse pela capacidade de determinados indivíduos para lidar com eventos adversos, especialmente os relacionados a altos níveis de estresse, e ainda assim prosseguir apresentando um desenvolvimento

[44] Neste contexto de revalorização dos cuidados maternos, uma série de pesquisas vem se dedicando a investigar as situações de trauma, abuso e abandono infantil como fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais. Mais uma vez, a suposição é de que tais eventos exerçam efeitos biológicos no nível molecular capazes de alterar o desenvolvimento do cérebro e, assim, aumentar a probabilidade de formação de transtornos mentais em períodos posteriores da vida (BALE et al, 2010; ROTH ; SWEATT, 2011). Como exemplo de tais pesquisas, ver os artigos: *The psychobiology of neglect* (DE BELLIS, 2005) e *The neurobiological toll of child abuse and neglect* (NEIGH, GILLESPIE; NEMEROFF, 2009).

considerado normal remonta aos estudos psicológicos sobre adaptação. Essas primeiras pesquisas buscavam identificar os determinantes psicossociais da resistência ao estresse, abordando temas como a capacidade de auto-regulação, as competências sociais entre pares e a vinculação afetiva a um indivíduo responsável pelos cuidados primários. Atualmente, o interesse se dirige aos mecanismos biológicos subjacentes aos comportamentos, de modo que a capacidade de resiliência ao estresse possa ser descrita a partir da interação gene-ambiente e dos processos de desenvolvimento do cérebro.

Portanto, a qualidade do fator ambiental pode modificar drasticamente o tipo de resposta surgida. Como vimos, além da intensidade, a temporalidade, ou seja, o período de vida durante o qual há contato com determinada influência ambiental, também é variável e determinante para o tipo de consequência surgida. Ainda que a neuroplasticidade se mantenha ao longo da vida, cada região do cérebro possui janelas críticas de desenvolvimento que ocorrem em momentos específicos (os citados momentos pré e pós-natais). Esta especificidade é considerada estratégica para os pesquisadores, uma vez que a compreensão mais detalhada dos fenômenos nela envolvidos poderia dar ensejo a intervenções precoces, preventivas ou estimular o desenvolvimento de instrumentos de diagnóstico e terapias mais eficazes.

Além da temporalidade e da intensidade acima citados, outra importante característica do funcionamento cerebral e epigenético diz respeito à flexibilidade dos processos que o caracterizam. Dudley (2011) cita estudos nos quais foi observado que o estresse pré-natal, que teria efeitos negativos sobre o desenvolvimento subsequente, pode ser efetivamente compensado por cuidados maternos adequados no período pós-natal. Esse chamado "enriquecimento ambiental" foi observado em diversas pesquisas, todas realizadas com roedores. Na mesma direção, foi observado que após um período de separação materna prolongado, a partir do qual foi gerada uma resposta patológica de estresse, a colocação dos animais em um ambiente enriquecido de cuidados é capaz de anular os efeitos patológicos anteriormente constituídos.

Murgatroyd e Spengler (2011) revisam diversas pesquisas nas quais o mesmo tipo de resultado pode ser inferido, concluindo que a temporalidade e a intensidade da oferta de um ambiente enriquecido de cuidados deve ser cuidadosamente investigada devido ao seu potencial para reverter respostas biológicas e comportamentais de estresse. Deste modo, o ambiente pode tanto apresentar influências nocivas, que contribuem para o aumento do risco

de desenvolvimento de transtornos mentais quanto, uma vez revertido, proporcionar experiências que diminuem o risco e protegem o organismo contra a psicopatologia. Mais uma vez, a aposta dos pesquisadores do campo é de que a resposta para a capacidade de reparação do ambiente reside no entendimento de seu efeito como fenômeno epigenético, que altera os processos de desenvolvimento cerebrais.

Um aspecto novo e bastante importante do controle epigenético está surgindo a partir de estudos recentes dos mecanismos moleculares no sistema nervoso central: a presença de fenômenos epigenéticos no cérebro adulto, maduro, e não apenas nos recém-nascidos (SWEATT, 2009; ROTH; SWEATT, 2011). Segundo estudos recentes, mecanismos epigenéticos desempenhariam um papel crítico na regulação das funções neurais também no cérebro adulto, de forma que as influências ambientais sobre a ação e expressão da carga genética permaneceriam em andamento ao longo da vida. Essa suposição representa a tentativa de entender, a partir de pesquisas moleculares, como a célula neuronal pode possuir dois mecanismos aparentemente opostos: a capacidade de manter modificações estáveis (a memória celular) e a capacidade de exibir modificações de curto-prazo (a plasticidade neuronal) (BORELLI ET AL, 2008). Tal suposição confere ainda maior abertura à determinação genética entendida como herança biológica do indivíduo, estendendo a períodos posteriores da vida a intensa interação entre genes e ambiente presumida como característica dos períodos pré, pós-natal e precoce do desenvolvimento.

3.1.3 Marcadores biológicos e risco: promessas e desafios do modelo atual

A hipótese epigenética atrelada à perspectiva neurodesenvolvimental dos transtornos mentais vem se constituindo como novo modelo para a explicação das patologias mentais, motivando diversas pesquisas e reunindo considerável interesse entre os pesquisadores do campo. Como vimos, os resultados de pesquisa e as interpretações que aparecem nos artigos da área apontam para a noção de risco como operador conceitual fundamental nesse modelo, organizando os diversos fatores supostamente capazes de influenciar uma cadeia de eventos cujo resultado final seria a formação psicopatológica. A simples presença de um dos fatores não pode ser entendida como causa de psicopatologia, mas a combinação a outros fatores de risco e a ocorrência em períodos específicos do desenvolvimento aumentam as chances de que tal desfecho venha a acontecer.

No entanto, ainda que tal modelo venha reunindo considerável interesse e motivando um alto investimento em pesquisas na área, diversas dificuldades são enfrentadas e poucos são os resultados conclusivos. É curioso notar que, na mesma medida em que faltam resultados claros e afirmações conclusivas, proliferam expectativas, esperanças e promessas. Veremos quais são as principais expectativas e promessas apresentadas pelos pesquisadores da área e, em seguida, quais são algumas das dificuldades apontadas pelos próprios investigadores que defendem essa nova forma de explicar a formação da psicopatologia.

Como dito no tópico anterior, a hipótese epigenética parece oferecer vantagens em relação às anteriores pesquisas epidemiológicas e genéticas. Nesta direção, alguns autores apostam que a epigênese poderá explicar certos resultados encontrados em estudos epidemiológicos, como a alta discordância entre gêmeos monozigóticos para alguns transtornos e as diferenças de prevalência entre homens e mulheres para muitos deles (OH; PETRONIS, 2008; NESTLER; 2009). Do mesmo modo, a hipótese epigenética mostra-se útil como alternativa explicativa frente à inconsistência de estudos de associação genética para os transtornos mentais, que resulta na falta de achados genéticos conclusivos. Uma vez que não foi possível identificar relações causais entre determinado gene e determinado transtorno mental, a hipótese epigenética é utilizada para deslocar a origem da formação da doença da herança genética propriamente dita para a interação gene-ambiente. Como afirmam Dick, Riley e Kendler (2010):

> "de forma geral é mais informativo elucidar os caminhos do risco e mostrar como as influências genéticas e ambientais se combinam nesse processo, do que tentar discriminar quais influências são genéticas e quais são ambientais" (p.8).

Segundo alguns dos artigos consultados (JIRTLE; SKINNER, 2007; TSANKOVA et al, 2007; BORELLI et al, 2008; RUTTEN; MILL, 2009; BALE, 2010; MURGATROYD; SPENGLER, 2011 DUDLEY et al, 2011), trata-se de um momento especialmente propício para avançar no conhecimento dos caminhos que conduzem à psicopatologia. Rutten e Mill acreditam que "as questões [atuais] criam uma atmosfera de pesquisa vibrante para o estudo do papel das disfunções epigenéticas nos fenótipos psiquiátricos" (2009, p.1052), e que "os próximos anos devem trazer descobertas importantes sobre os mecanismos que conectam agentes patogênicos ambientais à doença" (2009, p.1052). Podemos observar neste e em outros dos artigos consultados a expectativa de que essas áreas de pesquisa, englobando os estudos epigenéticos e neurodesenvolvimentais, irão se destacar nos próximos anos, receber

investimentos e concentrar parcela significativa das esperanças acerca do entendimento dos caminhos fisiopatológicos do risco.

A valorização da hipótese epigenética e da perspectiva neurodesenvolvimental também promete inaugurar uma nova fase no que se refere ao entendimento dos transtornos, avançando na compreensão dos mecanismos biológicos mais específicos que contribuem para a sua determinação. Como vimos, além de responder às dificuldades encontradas nas pesquisas que o precederam, o modelo atual dirige o nível de análise para os processos moleculares cerebrais, supondo que a interação entre a herança genética e o ambiente no qual se insere o indivíduo exerça seus efeitos nesse nível mais ínfimo e pormenorizado do funcionamento cerebral. Tal mudança pode gerar consequências importantes para as definições de doença, para os limites que discriminam qual característica psicopatológica é herdada ou foi adquirida ao longo da história de desenvolvimento do indivíduo e, como veremos a seguir, para a construção de formas inovadoras de diagnosticar, tratar e prevenir os transtornos mentais.

Com o desvendamento dos principais mecanismos etiopatológicos, os pesquisadores do campo esperam contribuir não apenas para o entendimento da doença, mas efetivamente derivar desse conhecimento inovações clínicas e preventivas. No campo clínico, imagina-se que as descobertas futuras em epigenética e neurodesenvolvimento possam contribuir para a criação de novos instrumentos de diagnóstico precoce, de forma que seja possível identificar com antecedência os indivíduos propensos a adoecer na idade adulta (JIRTLE; SKINNER, 2007). No campo terapêutico, espera-se que as investigações futuras conduzam à descoberta de novos alvos para as intervenções farmacêuticas e ao aprimoramento dos medicamentos atualmente disponíveis (NESTLER, 2009).

No entanto, são as esperanças e promessas no campo preventivo que nos interessam. Nesta área, as esperanças são nutridas pela perspectiva de compreender os caminhos neuropatológicos que conduzem à vulnerabilidade aos transtornos mentais, identificando processos e momentos do desenvolvimento mais impactantes no que se refere ao aumento do risco. Com isso, imagina-se que será possível discriminar novos e específicos alvos para a intervenção preventiva, seja ela, principalmente, medicamentosa ou cognitivo-comportamental. Assim, Jirtle; Skinner (2007), Rutten; Mill (2009), Bale et al (2010) e Murgatroyd; Spengler (2011) citam explicitamente nas conclusões ou discussões de seus artigos a expectativa de que novas possibilidades de intervenção preventiva sejam construídas

a partir do modelo epigenético e neurodesenvolvimental. De forma mais sutil, outros autores, como Tsankova et al (2007), Nestler (2009), Roth; Sweatt, (2011), Dudley et al (2011) fazem afirmações mais genéricas, apostando que inovações no que se refere às possibilidades de intervenção no campo psiquiátrico poderão surgir a partir do avanço conquistado nas pesquisas, sem citar explicitamente a possibilidade de que algumas dessas intervenções possuam o caráter de prevenção do transtorno mental.

No entanto, ainda que alguns autores adotem uma postura mais cautelosa no que se refere às possibilidades de prevenir a patologia mental, determinadas características do modelo proposto para a explicação da doença dão ensejo a certas expectativas. Uma característica importante, fonte de esperanças e especialmente destacada por Roth; Sweatt (2010) e Dudley et al (2011) diz respeito à abertura suposta pelo modelo constituído pela hipótese epigenética e pela perspectiva neurodesenvolvimental. Como vimos, neste modelo as experiências pré, pós-natais e precoces se destacam como os principais fatores capazes de alterar o epigenoma, modificando a expressão da herança genética e, consequentemente, alterando a vulnerabilidade à doença. Ao invés de serem determinantes da psicopatologia, os diferentes fatores se combinam de forma dinâmica e probabilística, de modo que uma modificação do ambiente pode compensar possíveis influências genéticas ou fatores patogênicos ambientais presentes em momentos anteriores.

Além desse período inicial, a suposição acerca da presença de mecanismos epigenéticos no cérebro adulto amplia a plasticidade inerente aos fenômenos analisados e sugere a possibilidade de modificações futuras, ao longo da vida adulta, gerando novas expectativas no que se refere às intervenções terapêuticas, clínicas e preventivas a serem desenvolvidas (JIRTLE; SKINNER, 2007; RUTTEN; MILL, 2009). Portanto, a natureza dinâmica e potencialmente reversível dos mecanismos epigenéticos seria especialmente promissora para a identificação de novas estratégias preventivas e alvos para intervenção. Com o conhecimento da temporalidade dos principais eventos, pode-se vislumbrar um importante espaço para intervenções preventivas, cujo foco primordial seria o período inicial da vida. Além desse período e das experiências que comumente o caracterizam, a continuidade da interação entre a herança genética e os fatores ambientais ao longo da vida estenderia a períodos posteriores as possibilidades de mudança e, consequentemente, de intervenção.

Ainda que o futuro desta área de pesquisa pareça promissor e que as esperanças e expectativas geradas neste contexto motivem e gerem otimismo nos pesquisadores do campo, a transposição dos resultados de pesquisa para instrumentos e intervenções concretas nos campos clínico e preventivo não é de fácil realização. De acordo com os artigos consultados, para que de fato se avance no conhecimento dos mecanismos epigenéticos e neurodesenvolvimentais que conduzem ao risco, é necessária a integração de diversas disciplinas, reunindo contribuições de pesquisas em genética, epidemiologia, clínica e neuroimagem. Para que os resultados encontrados possam ser desdobrados em inovações que de fato atinjam os pacientes a integração entre esses diferentes níveis de abordagem e análise do tema é essencial.

Neste contexto, os estudos translacionais seriam responsáveis pela transposição dos achados ainda muito hipotéticos para instrumentos clínicos, medicamentos e estratégias preventivas. Como exemplo, Bale (2010) acredita que os modelos e mecanismos desenvolvidos no laboratório irão informar os clínicos sobre marcadores e alvos potenciais para intervenção, e as observações clínicas resultantes serão então decodificadas de forma que possam ser novamente investigadas em modelos animais. No caso da esquizofrenia, Rutten e Mill (2009) apostam que a pesquisa translacional e multidisciplinar, utilizando novos paradigmas, pode ajudar a identificar mecanismos subjacentes aos transtornos e apontar caminhos para possíveis intervenções. Uma estratégia crucial nas pesquisas translacionais em psiquiatria é a identificação de marcadores biológicos intermediários, os endofenótipos[45], e a utilização de modelos animais, como veremos adiante.

Além do desafio representado pela transposição dos conhecimentos acumulados nas pesquisas experimentais para os contextos clínico e preventivo, a própria consolidação de resultados vem se mostrando desafiadora no campo, uma vez que evidências mais claras ou diretas acerca dos mecanismos epigenéticos em psiquiatria ainda são esparsas. Como afirmam os autores de um dos artigos consultados:

> "enquanto é fácil teorizar sobre o papel dos mecanismos epigenéticos na mediação da vulnerabilidade aos transtornos psiquiátricos, investigar, de fato, esses mecanismos no nível molecular não é tão simples" (RUTTEN; MILL, 2009, p.1051).

[45] Apresentaremos a definição corrente do termo endofenótipo mais adiante.

Alguns estudos críticos começam a aparecer, questionando a capacidade de replicação dos resultados positivos encontrados nas pesquisas da primeira década e, principalmente, a tendência de publicação apenas das pesquisas bem-sucedidas. Como afirmam Duncan e Keller (2011), trata-se de um período de "muitas informações e poucos efeitos" (p.1041)[46]. Boa parte dos artigos consultados cita dificuldades, limitações e desafios envolvidos na tarefa, muitos deles comuns à pesquisa em psiquiatria como um todo. Destacaremos alguns dos desafios enfrentados nessas pesquisas e uma das principais estratégias que vem sendo utilizada como alternativa aos problemas encontrados.

1) A dificuldade de acesso ao tecido cerebral impõe restrições a que os pesquisadores realizem experimentos utilizando a célula neuronal propriamente dita. Deste modo, as pesquisas em epigenética são realizadas principalmente por meio do estudo do comportamento animal e do tecido humano *post morten* (NESTLER, 2009; BALE, 2010). De fato, a maioria das pesquisas citadas nos artigos de revisão foi realizada com a utilização de modelos animais. Como exemplo, as pesquisas citadas que buscam investigar a associação entre cuidados maternos, estresse e modificações epigenéticas, atrelando-as a variações no risco para a formação de transtornos mentais, são realizadas utilizando-se modelos animais, especialmente o camundongo. Todos os achados de pesquisa citados, bem como o renovado interesse pela neurobiologia de eventos como trauma, abuso e abandono infantil vêm sendo investigados por meio de modelos animais.

2) Do mesmo modo, para estudar os mecanismos epigenéticos supostamente envolvidos na depressão, os pesquisadores provocam *chronic social defeat stress* no camundongo e o utilizam como modelo (TSANKOVA et al, 2007). Provocado em condições experimentais a partir da manipulação de variações ambientais que geram estresse no animal, o *chronic social defeat stress* é uma espécie de síndrome comportamental caracterizada principalmente por anedonia, ansiedade e retraimento social. Considerado uma resposta adaptativa surgida como resultado do estresse provocado em condições experimentais, esse comportamento mimetiza alguns dos principais sintomas da depressão em humanos e vem

[46] Em um interessante artigo de revisão, esses autores questionam a atual popularidade da hipótese epigenética em função dos resultados efetivamente encontrados e dos critérios de seleção dos artigos publicados nos periódicos de maior impacto na área. No que se refere aos resultados, Duncan; Keller mostram que resultados significativos foram encontrados em 97% das novas pesquisas sobre a interação gene-ambiente publicadas, enquanto apenas 27% dos estudos de replicação, que buscam confirmar resultados anteriores, exibiram os mesmos resultados significativos. Os autores sugerem que há uma tendência de privilegiar a publicação de pesquisas inéditas, e não dos estudos de confirmação, gerando distorções na divulgação dos achados científicos na área e contribuindo para o exagerado otimismo em torno da hipótese epigenética (DUNCAN; KELLER, 2011).

sendo amplamente utilizado em pesquisas sobre transtornos afetivos, especialmente sobre depressão (GOLDEN et al, 2011).

Jirtle e Skinner (2007) chamam atenção para um problema importante com a utilização do camundongo como modelo nessas pesquisas. Segundo os autores, apesar da grande popularidade, talvez este modelo não seja o mais adequado para a pesquisa epigenética, visto que determinadas respostas metabólicas desses animais tendem a ser mais estáveis e previsíveis, podendo ser significativamente diferentes daquelas encontradas em humanos. Krishnan e Nestler (2011) reconhecem as dificuldades envolvidas na transposição de patologias complexas como a depressão para comportamentos simples de roedores que possam ser efetivamente manipulados em condições experimentais. Segundo os autores, ainda que boa parte do conhecimento atual acerca da patogênese das alterações de humor seja derivada de estudos com modelo animal, as particularidades dos transtornos mentais tornam tais pesquisas mais difíceis do que as que são realizadas para ouras doenças complexas, como o câncer e as doenças autoimunes, por exemplo.

Os desafios presentes na utilização do modelo animal não são exclusivos dessa área específica da pesquisa em psiquiatria, mas caracterizam-se como um problema comum da pesquisa experimental dos transtornos mentais, presente, por exemplo, na investigação dos efeitos neurofisiológicos dos psicofármacos. Ainda que os pesquisadores do campo reconheçam os limites do modelo, espera-se que os avanços no conhecimento das bases fisiológicas dos transtornos e na produção de medicamentos mais eficazes surjam a partir dessas pesquisas (GOLDEN ET AL, 2011; JONES, WATSON ; FONE, 2011). Portanto, como afirmam Jones, Watson; Fone:

> "o desenvolvimento de modelos animais confiáveis e preditivos para transtornos psiquiátricos complexos, como a esquizofrenia, é essencial para aumentar o nosso conhecimento das bases neurobiológicas do transtorno..." (2011, p.1162).

3) Além dos desafios presentes na utilização de modelos animais em psiquiatria, os artigos de revisão consultados citam a subjetividade das classificações diagnósticas como mais um fator desafiador para as pesquisas do campo. Os diagnósticos clínicos em psiquiatria são baseados em sintomas que, em sua maioria, não possuem substratos biológicos claramente identificáveis. Desta forma, sob um mesmo diagnóstico usualmente encontramos uma heterogeneidade de fenômenos, tanto no que se refere às condições fisiológicas do organismo quanto a variações na experiência dos indivíduos que os portam. A transposição de categorias sabidamente heterogêneas para traços biológicos que possam ser efetivamente investigados

em pesquisas experimentais constitui-se como um dos principais problemas do campo, enfrentado tanto nas pesquisas genéticas quanto naquelas dedicadas ao neurodesenvolvimento. Como afirmam Gottesman e Hanson, um dos principais desafios do campo "é a ausência de sentido biológico dos traços submetidos à análise genética" (2005, p.268).

As dificuldades envolvidas no estabelecimento de traços biológicos válidos para as classificações diagnósticas e os fenótipos psiquiátricos estimularam o desenvolvimento de fenótipos intermediários dos transtornos, os chamados endofenótipos. No caso das pesquisas que buscam os marcadores biológicos dos transtornos psiquiátricos, como as pesquisas em epigenética e neurodesenvolvimento, os endofenótipos aparecem como solução, ainda que parcial, para o problema da heterogeneidade das categorias psiquiátricas e, principalmente, para a dificuldade de reduzi-las a traços biológicos que possam ser objetivamente investigados em pesquisas experimentais. O interesse por esses fenômenos cresceu consideravelmente depois que as pesquisas genéticas não apresentaram resultados conclusivos e que o desenvolvimento de modelos animais mais efetivos continua enfrentando dificuldades (GOTTESMAN; HANSON, 2005; FLINT; MUFANÒ, 2007; OS, RULTEN; POULTON, 2008; RUTTEN ; MILL, 2009; RASETTI; WEINBERG, 2011).

O conceito de endofenótipo faz referência a traços intermediários do transtorno mental, sendo definidos como componentes fisiológicos ou comportamentais que estão presentes na trajetória que caracteriza a patologia, mas não são equivalentes às características psicopatológicas tal como as mesmas são identificadas na descrição das categorias psiquiátricas. De acordo com Gottesman e Gould (2003), os endofenótipos podem ser traços neurofisiológicos, bioquímicos, endócrinos, neuroanatômicos, cognitivos ou neuropsicológicos presentes na formação da patologia, mas significativamente mais simples do que os comportamentos complexos que caracterizam um transtorno mental. O importante é que tais fenômenos possam ser mensurados, dando ensejo a desenhos de pesquisa e a análises mais objetivas e confiáveis do que as que se baseiam na utilização de categorias diagnósticas.

Em artigo de revisão, Gottesman e Gould (2003) apresentam um conjunto de critérios para selecionar possíveis marcadores biológicos dos transtornos, úteis para a investigação de endofenótipos. De acordo com os autores, os endofenótipos devem ser associados à doença na população, se caracterizar como traços hereditários, estar presentes mesmo na ausência da doença, ou seja, devem se manifestar em parentes de pacientes portadores de transtorno. Nas famílias investigadas, os endofenótipos e a doença devem ser transmitidos em conjunto.

Finalmente, um critério adicional que seria útil para complementar a análise sugere que a presença do traço nos familiares de portadores da doença deve ser mais frequente do que a encontrada na população em geral. Deste modo, muitas das pesquisas com endofenótipos têm como objetivo encontrar o marcador biológico nos familiares de indivíduos portadores de transtorno mental, que compartilham a mesma herança genética, mas por razões a serem investigadas, não desenvolveram a patologia.

Um dos principais marcadores biológicos que vem sendo investigado para a esquizofrenia se refere a disfunções no movimento ocular. Essas disfunções vêm sendo associadas à esquizofrenia em pesquisas que comparam a sua presença em portadores do transtorno e em indivíduos saudáveis. A hereditariedade deste traço também vem sendo investigada e alguns estudos sugerem que os familiares de indivíduos esquizofrênicos o apresentam em uma taxa superior à encontrada na população em geral. Outras pesquisas vêm tentando alcançar a próxima etapa na investigação dos endofenótipos, ou seja, estabelecer relações entre a disfunção no movimento ocular e determinadas alterações genéticas (GOTTESMAN; GOULD, 2003).

Neste contexto, tem sido proposto que os transtornos psicóticos severos surgem lentamente a partir de sintomas psicóticos clínicos, que se tornam anormalmente persistentes quando combinados a várias exposições ambientais durante o desenvolvimento (RUTTEN; MILL, 2009). Esses sintomas clínicos pré-patológicos fazem parte do que vem sendo chamado de endofenótipos, as marcas intermediárias da doença que, se não respondem diretamente pela sua caracterização, podem ser indícios razoavelmente objetivos de sua ocorrência (OS, RUTTEN; POULTON, 2008). Os endofenótipos aparecem aqui articulados à hipótese epigenética e, principalmente, à perspectiva neurodesenvolvimental para descrever de forma bastante particular a formação de transtornos como a esquizofrenia. Tal descrição terá efeitos importantes no que se refere às possibilidades de intervir preventivamente para impedir a formação da doença.

A principal suposição dos investigadores é que a simplicidade desses fenômenos é resultado de variações genéticas menos complexas do que aquelas que resultam na heterogeneidade que caracteriza a patologia mental. Assim, os endofenótipos seriam mais facilmente investigados em pesquisas experimentais e, especialmente, na pesquisa genética, uma vez que se supõe que a sua determinação genética seja simples, ou ao menos que sua análise seja mais simples do que a que se faz necessária para o transtorno propriamente dito

(GOTTESMAN; GOULD, 2003; FLINT; MUFANÒ, 2007). Imagina-se que os endofenótipos sejam altamente especializados, ou seja, sejam características específicas a determinadas condições e que sejam, simultaneamente, fenômenos mais simples e diretos do que os comportamentos patológicos complexos. Consequentemente, o número de genes necessários para produzir esse tipo de fenômeno deve ser menor do que o necessário para gerar comportamentos psicopatológicos complexos.

Alguns traços foram investigados com o objetivo de identificar endofenótipos para vários transtornos mentais, mas poucos atenderam aos critérios estabelecidos nas pesquisas do campo ou foram efetivamente associados a variações genéticas. As pesquisas continuam e endofenótipos vêm sendo investigados para esquizofrenia, transtornos de humor, Alzheimer, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, transtornos de personalidade, entre outros. De acordo com o artigo de revisão de Flint e Mufanò (2007), apesar da atual popularidade dessa estratégia, a hipótese de que os traços intermediários possuam uma determinação genética simples e, portanto, que os mesmos representariam um marcador biológico preciso e objetivo na base dos transtornos ainda não foi sistemática e rigorosamente testada nas pesquisas do campo. Mesmo esses e outros autores entusiastas dos endofenótipos como estratégia para identificar marcadores biológicos dos transtornos mentais admitem que, provavelmente, a arquitetura genética desses fenômenos não deve ser tão simples quanto seria desejável (GOTTESMAN; GOULD, 2003; FLINT; MUFANÒ, 2007).

Ainda assim, o interesse pelos endofenótipos alimenta a busca pelos marcadores biológicos da doença e contribui para a construção de um modelo de explicação dos transtornos no qual a noção de risco se destaca. Como vimos, neste modelo o caminho que conduz à psicopatologia tem início com a predisposição genética, que pode ser potencializada ou tornada inoperante a partir das influências ambientais, cujos efeitos terão impacto no desenvolvimento das estruturas e das funções do cérebro e serão preponderantes em determinados períodos da vida. Este processo não é capaz de determinar por si a formação da doença, mas quando combinado a demais variações ambientais ao longo do desenvolvimento aumenta as chances de que a patologia seja constituída. Portanto, os endofenótipos, ou "traços hereditários localizados no caminho patológico da predisposição genética à psicopatologia" (RASETTI; WEINBERGER, 2011, p.2), seriam marcadores biológicos do risco e indícios interessantes acerca do processo de formação da doença.

3.2 **As práticas emergentes de manejo do risco**

No que se refere à elaboração de propostas de intervenção preventiva, como vimos, as esperanças se voltam para a identificação de marcadores biológicos dos transtornos e dos períodos específicos do desenvolvimento cerebral no qual esses traços patológicos intermediários possam ser discriminados. Contudo, os resultados encontrados até momento ainda são muito esparsos, tendo efeitos extremamente modestos no que se refere à determinação da doença. Além disso, mesmo os resultados positivos encontrados em algumas pesquisas não foram facilmente replicados em pesquisas subsequentes, necessitando de posterior confirmação. Portanto, a despeito do intenso interesse dos pesquisadores e dos investimentos na área, trata-se de um campo de pesquisas, hipóteses, esperanças e, principalmente, de resultados ainda em construção.

Deste modo, ainda que algumas possibilidades preventivas tenham sido sinalizadas nos artigos consultados, é no campo das possibilidades e expectativas, e não de propostas efetivas de intervenção que tais afirmações foram feitas. Além do caráter ainda hipotético das possibilidades de prevenção surgidas no contexto das teorias neurocientíficas recentes, algumas das características do modelo de explicação da doença vigente estabelecem certos limites ou preferências no que se refere à possibilidade de prevenir os transtornos mentais. Uma das principais características do modelo diz respeito ao impacto muito modesto que um marcador biológico ou variação genética deve exercer sobre a formação psicopatológica final. Se cada um dos possíveis fatores que contribuem para a formação dos transtornos tem impacto relativo modesto, os efeitos só se tornam relevantes quando combinados a demais variações epigenéticas ou ambientais ocorridas em um espaço temporal específico.

Nesta direção, a noção de risco se destaca como uma explicação fundamental para descrever o processo de formação da doença. Uma vez que a determinação gerada por cada gene ou influência ambiental é discreta, os seus efeitos são interpretados como uma espécie de contribuição para o aumento do risco de desenvolvimento da doença. Nessa lógica probabilística, não parece possível ou provável estabelecer relações diretas de causalidade entre um fator etiológico e a formação do transtorno, mas inaugura-se a possibilidade de avaliar, acompanhar ou monitorar diferentes níveis de vulnerabilidade e de resiliência à doença mental. Se o objetivo de prevenir o transtorno não está totalmente ausente nos artigos

analisados, ele parece estar cedendo lugar às possibilidades de manejar e intervir sobre o risco de formação da patologia mental.

Com a intenção de compreender a emergência da possibilidade de avaliar, acompanhar, monitorar e intervir sobre o risco, buscamos investigar que tipo de formulação vem sendo feita no campo psiquiátrico contemporâneo no que se refere ao manejo do risco para os transtornos mentais. Deste modo, pretendemos elaborar um mapa aproximado, constituído por algumas das principais propostas, perspectivas e áreas de intervenção, do que vem se configurando como discurso alternativo à prevenção na psiquiatria contemporânea. Certamente, tal mapa será impreciso e provisório, visto que muitas das descrições feitas a seguir dizem respeito a propostas e debates atualmente em curso no campo da pesquisa e da intervenção clínica em psiquiatria.

Em uma primeira análise do campo, foi possível identificar duas tendências no que se refere à avaliação, ao monitoramento e a possíveis intervenções sobre o risco de formação dos transtornos mentais: a primeira diz respeito ao entendimento de determinados transtornos como risco para o desenvolvimento de outros transtornos mais graves, e a segunda se refere ao manejo do risco de formação do transtorno propriamente dito. No primeiro caso, trata-se da defesa de um novo entendimento de determinadas categorias diagnósticas, especialmente daquelas destinadas a classificar distúrbios em crianças e adolescentes. Nesse contexto, categorias como o transtorno da conduta e o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade vêm sendo entendidos como indicadores de risco para o desenvolvimento de transtornos mais graves e tornam-se alvos potenciais de intervenções de viés preventivo. No segundo caso, trata-se da efetiva possibilidade de intervir sobre o risco de formação da patologia mental, o que vem sendo investigado por meio dos marcadores biológicos, especialmente dos endofenótipos, e da elaboração de estratégias de intervenção precoce. Apresentaremos, resumidamente, as principais características dessas propostas, tal como elas vêm sendo elaboradas e descritas no campo emergente que atrela as categorias diagnósticas à noção de risco.

3.2.1 O transtorno como risco: os exemplos do transtorno da conduta e do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH)

O atual interesse pelas categorias do transtorno da conduta (TC) e do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) no que refere às possibilidades de avaliação e manejo do risco compreende o entendimento desses fenômenos como indicativos de risco para o agravamento da psicopatologia, com o desenvolvimento de outros transtornos mentais mais graves, e para a formação de uma variedade de doenças crônicas, prejuízos psicossociais e atos de violência (SIMONOFF et al, 2004; BLAIR et al, 2006; RUTTER, KIM-COHEN; MAUGHAN, 2006; HARLEY, MURTAGH; CANNON, 2008; HODGINS et al, 2008; MOFFIT et al, 2008; COPELAND et al, 2009; REEF et al, 2009; OLINO, SEELEY; LEWINSOHN, 2010; PARDINI; FITE, 2010; ROWE et al, 2010; MORDRE et al, 2011). Neste contexto, tais categorias poderiam constituir-se como alvo de intervenções de caráter preventivo, cujo objetivo seria reduzir a probabilidade futura de agravamento da patologia ou de formação de novos comportamentos indesejados, sintomas de transtorno mental ou atitudes antissociais.

Portanto, além de representarem distúrbios que apontam para a psicopatologia em curso, demandando atenção e busca de atendimento especializado pelos responsáveis e a elaboração de estratégias de tratamento por parte dos clínicos, tais categorias constituiriam um problema em potencial, apontando para o futuro e gerando expectativas negativas no que se refere ao prognóstico psiquiátrico, às possibilidades de inserção social, de desempenho escolar e, em alguns casos, de adequação às normas e leis socialmente compartilhadas. A intervenção no presente teria como objetivos não somente tratar a psicopatologia atual e os seus consequentes prejuízos à vida da criança ou adolescente, mas teria também um efeito antecipador, reduzindo os riscos futuros e a elevada vulnerabilidade que os mesmos representam.

Neste contexto, interessa diagnosticar tais transtornos em crianças e adolescentes, de modo que a formação psicopatológica possa ser identificada em momentos iniciais de formação e que possíveis estratégias destinadas a minimizar o risco de agravamento ou de novos transtornos possam ser implementadas com o máximo de eficácia. Como afirmam Copeland et al “devemos considerar a doença mental de crianças e adolescentes como um fator de risco central para problemas psiquiátricos tardios” (2009, p.764). O interesse pela psicopatologia infantil se apoia, em grande medida, nas suposições de continuidade entre a psicopatologia verificada nessa fase da vida e os transtornos mentais que aparecem na fase adulta. A partir dessa suposição, diversas pesquisas vêm sendo elaboradas com o intuito de verificar especificamente quais sintomas ou distúrbios presentes na infância e adolescência estão relacionados com a psicopatologia adulta, e exatamente que tipo de desfecho

psicopatológico pode ser entendido como resultado dos sintomas surgidos no início da vida (RUTTER, KIM-COHEN; MAUGHAN, 2006; COPELAND et al, 2009; REEF et al, 2009).

Diversos sintomas e transtornos surgidos na infância e adolescência vêm sendo investigados, mas poucos resultados podem ser considerados conclusivos e alguns temas e categorias específicas geram controvérsias, permanecendo em discussão a capacidade preditiva de diagnósticos realizados nas fases iniciais da vida. Segundo os pesquisadores do campo, nesse contexto de investigação e debate, uma categoria se destaca e vem gerando relativo consenso no que se refere à probabilidade de gerar consequências patológicas e prejuízos psicossociais severos na adolescência e na vida adulta: o transtorno da conduta (TC). O TC e demais comportamentos antissociais apresentados nas fases iniciais da vida são entendidos como precursores relativamente seguros acerca de desfechos desfavoráveis na adolescência e na vida adulta. Por outro lado, o TDAH também vem sendo abordado a partir desta mesma perspectiva, mas a sua capacidade preditiva da psicopatologia futura e sua relação direta com transtornos e prejuízos psicossociais específicos permanece em discussão.

Além da diferença no que se refere ao estado atual de debates, cabe destacar que tanto o TC quanto o TDAH podem ser consideradas categorias diagnósticas controversas em psiquiatria, visto o elevado aspecto moral envolvido nos diagnósticos e a intensidade da influência sociocultural, que parece ser preponderante na formação desses comportamentos. Usualmente utilizadas para diagnosticar crianças e adolescentes, as mesmas tem como alvo comportamentos que se distanciam em maior ou menor grau da norma social vigente, mas que ainda assim podem ser considerados significativamente corriqueiros, dando ensejo a questionamentos acerca de sua caracterização como transtornos psiquiátricos. Neste tópico, não iremos discutir em profundidade a validade, os limites ou excessos dessas categorias, mas iremos nos deter no entendimento das mesmas como fatores de risco, seja para o agravamento da psicopatologia, seja para outras possíveis consequências psicossociais indesejadas.

Deste modo, ambas servirão como ilustração para a investigação das emergentes formas de avaliar, acompanhar e, possivelmente, intervir sobre o risco, reduzindo a vulnerabilidade e promovendo a resiliência à patologia mental. Neste sentido, as categorias se aproximam e vêm sendo interpretadas a partir da mesma lógica probabilística e desenvolvimentista descrita anteriormente. No entanto, o modo como as mesmas são entendidas como risco e as possíveis consequências que a sua permanência ou agravamento podem acarretar diferem em alguns pontos. Dito isso, veremos como o TC vem sendo entendido como risco para a manutenção e o agravamento de comportamentos antissociais e

como o TDAH vem sendo investigado como fator de risco para o desenvolvimento de outros transtornos e de prejuízos psicossociais.

O entendimento do TC como indicador de risco para o desenvolvimento de transtornos mais graves vem motivando a elaboração de diversas pesquisas. De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR, 1994), o TC está agrupado junto a demais transtornos que comumente tem início na infância, como o TDAH e o Transtorno Desafiador de Oposição (TDO), e que se caracterizam por sintomas disruptivos e ou de desatenção. A principal característica do TC se refere à tendência permanente em apresentar comportamentos socialmente inadequados, que ferem as regras do convívio social e que, eventualmente, transgridem as leis do Estado. Esses comportamentos são organizados em quatro grupos: conduta agressiva causadora ou com perigo de lesões corporais a outras pessoas ou a animais; conduta não agressiva que causa perda ou danos ao patrimônio; defraudação ou furto; e sérias violações de regras. Dois subtipos são identificados: o transtorno com início na infância (primeiros sintomas antes dos 10 anos) e o transtorno com início na adolescência (primeiros sintomas após os 10 anos). Considerado um dos transtornos psiquiátricos mais frequentemente diagnosticados em crianças, o TC é mais comum no sexo masculino e em crianças acima dos 10 anos. Os primeiros sintomas importantes geralmente surgem no período intermediário entre a infância e o meio da adolescência e seu curso é variável, podendo permanecer restrito a esses períodos do desenvolvimento e apresentar remissão na fase adulta, ou persistir e evoluir para outros comportamentos.

A partir dessas características a severidade do quadro começa a ser delimitada. De acordo com o DSM-IV, uma parcela importante das crianças diagnosticadas com TC permanece apresentando problemas de conduta na idade adulta, evoluindo para o Transtorno de Personalidade Anti-Social (TPAS). Os casos que tem início na adolescência e contam com a presença de sintomas leves a moderados apresentam o melhor prognóstico, tendendo a se manter restritos a essa fase da vida. Os casos iniciados na infância apresentam o pior prognóstico e um "risco aumentado" de TPAS e de Transtornos Relacionados a Substâncias na vida adulta. Finalmente, o manual afirma que "os indivíduos com TC estão em risco de posteriormente desenvolver Transtornos do Humor ou Transtornos de Ansiedade, Transtornos Somatoformes e Transtornos Relacionados a Substâncias" (APA, DSM-IV-TR, 1994 [2002], p.123).

Podemos observar que o entendimento do TC como um precursor de transtornos mais graves na vida adulta não é exatamente novo, estando presente no manual diagnóstico

publicado originalmente em 1994. Desde então, algumas pesquisas vem confirmando o risco associado ao TC. Hodgins et al (2007) realizaram um estudo investigando a presença de comportamento agressivo, crime e vitimização entre pacientes portadores de transtorno mental severo internados em uma unidade de saúde. Os resultados encontrados indicam que aqueles que tinham apresentado problemas de conduta na infância estavam mais propensos a adotar comportamentos agressivos e a cometer atos criminosos na vida adulta. Reef et al (2009) investigaram a continuidade da psicopatologia de crianças ao longo de um período de vinte e quatro anos, encontrando a taxa de 22,2% de casos de continuidade psicopatológica. Três tipos de comportamento foram identificados como especialmente indicativos de continuidade na vida adulta: agressividade, delinquência e problemas de ansiedade/depressão, de forma que os autores concluem que esses são os "preditores centrais da psicopatologia adulta" (2009, p.230). Mordre et al (2011) examinaram os índices de criminalidade em adultos com história de transtornos mentais severos na infância. Realizado na Noruega, esse estudo longitudinal acompanhou centenas de indivíduos dos 19 aos 41 anos com história pregressa de internação em serviços de saúde mental infantil. O resultado encontrado apontou a ocorrência de atividade criminal em 24% dos casos e confirmou a associação entre transtornos de conduta na infância e delinquência na adolescência e início da vida adulta.

No entanto, se a associação entre TC e comportamentos antissociais na vida adulta vem sendo confirmada por essas pesquisas, o mesmo não pode ser afirmado para o TDAH. A investigação de Mordre et al (2011) tinha como um de seus objetivos testar a hipótese de que os sintomas de hiperatividade do TDAH poderiam ser preditivos do comportamento antissocial tardio, representando "risco para delinquência, independente da comorbidade com o transtorno da conduta" (p.2). No entanto, tal hipótese não foi confirmada e os autores concluem que não há associação específica entre TDAH na infância e delinquência na vida adulta. Conclusão similar pode ser encontrada na investigação realizada por Reef et al (2009), na qual os problemas de atenção foram descartados como indicativos de risco isolado ou como preditores confiáveis de transtornos psiquiátricos na vida adulta.

Além de confirmada por pesquisas atuais, a associação entre TC e psicopatologia tardia vem sendo investigada com mais ênfase por alguns pesquisadores, cujo principal intuito é delimitar de forma precisa o risco envolvido na categoria. O TC também vem sendo analisado e revisado em função da preparação da próxima edição do DSM, a ser publicada em

2013[47]. Em um artigo de revisão, Moffitt at al (2008) avaliam os avanços conquistados nos últimos anos e delineiam os principais temas do debate, em torno dos quais pairam controvérsias acerca do diagnóstico e do manejo do TC. Entre os diversos temas abordados no artigo de revisão, destacaremos dois que podem vir a representar importantes argumentos ou estímulos às intervenções de manejo do risco baseadas no diagnostico de TC: a idade de surgimento do transtorno e a suposição de continuidade entre o mesmo e outras categorias diagnósticas.

Segundo os pesquisadores do campo, a avaliação da idade de surgimento do TC é essencial para a compreensão dos mecanismos de persistência dos comportamentos antissociais. Deste modo, a diferenciação entre o surgimento na infância e o surgimento na adolescência seria capaz de prever as consequências mais severas e, assim, contribuir para a delimitação do grupo de crianças sob risco mais elevado. Moffitt et al (2008) afirmam que o transtorno surgido na infância se caracteriza pela persistência ao longo dos anos, adversidade psicossocial do quadro familiar, presença de comportamento antissocial parental, além de déficit cognitivo, baixo QI, hiperatividade, desatenção, impulsividade, baixo desempenho escolar e dificuldades de relacionamento com pares. No que se refere ao curso da doença, alguns estudos como o de Odgers et al (2007) sugerem que a diferenciação dos subtipos em função da idade de surgimento do transtorno é capaz de prever o engajamento parental no tratamento e o prognóstico da doença. Para os referidos pesquisadores, o transtorno iniciado na infância aumenta o risco para o surgimento de violência, condenações, encarceramento, transtorno de personalidade, outros transtornos mentais e uso abusivo de drogas, além de diversos comprometimentos à saúde física (RUTTER, KIM-COHEN; MAUGHAN, 2006; ODGERS et al; 2007; MOFFITT et al, 2008).

Por contraste, os sintomas surgidos na adolescência se aproximam mais de comportamentos normativos da faixa etária e parecem ser influenciados principalmente pela associação com outros jovens que exibem comportamento antissocial e pela busca de status

[47] Durante a preparação da quinta versão do manual foram disponibilizados na internet esboços das revisões de cada categoria diagnóstica. Para o TC, não foram propostas mudanças nos principais critérios que permitem o diagnóstico do transtorno, mas uma importante inclusão foi defendida por diversos pesquisadores: a identificação de *callous unemotional t raits.* Esse critério faria referência à presença de traços como falta de remorso ou culpa, falta de empatia, despreocupação com o próprio desempenho e afeto deficiente ou retraído. Essas características, que estão associadas à psicopatia em adultos, contribuiriam para identificar mais um subgrupo de crianças portadoras do TC, altamente sob risco de persistência do comportamento antissocial e especialmente refratárias às intervenções psicossociais usualmente propostas para o transtorno. Ainda que tal inclusão gere significativo debate, a proposta apresentada por Frick e Moffit (2010) foi defendida por diversos pesquisadores. Para uma revisão breve do debate ver Scheepers, Buitelaar e Matthys (2011).

social através do comportamento. O surgimento na adolescência prevê um curso posterior muito mais favorável, com pouco prejuízo na educação, no trabalho ou na vida familiar do adulto, ainda que o uso abusivo de substâncias e o envolvimento em crimes sejam mais prevalentes nesses sujeitos (RUTTER, KIM-COHEN; MAUGHAN, 2006; ODGERS et al; 2007; MOFFITT et al, 2008). Deste modo, começa a ser delineado o grupo de portadores do TC que representam (ou sofrem) o risco mais elevado: crianças, do sexo masculino, que apresentam comportamentos antissociais moderados a severos surgidos antes dos 10 anos.

A partir dessa suposição, Hodgins et al (2008) afirmam que "é essencial elaborar estudos longitudinais para identificar possíveis alvos para a prevenção" (p.984). Olinto et al (2011) sugerem que "a redução da progressão para o comportamento antissocial adulto pode melhorar o desfecho psicossocial entre aqueles com história de TC" (p.1139). Enquanto autores como Rutter, Kim-Cohen e Maughan (2006) e Moffit et al (2008) são mais cautelosos, defendendo a capacidade preditiva do TC e o seu entendimento como um importante fator de risco para a psicopatologia adulta, mas não sugerindo diretamente intervenções, Harley, Murtagh e Canon (2008) são mais ambiciosos e consideram o TC "a maior oportunidade da psiquiatria para a prevenção" (p.929).

Segundo estes autores, a identificação dos pacientes ainda na infância, no primeiro contato com o serviço de saúde mental, não é feita de forma consistente, apesar de representar o foco ideal de intervenções, oferecendo a melhor perspectiva de alteração do risco de manutenção e agravamento de condutas antissociais no decorrer da vida adulta. No momento em que o sujeito atinge a vida adulta com um longo histórico de condutas antissociais, uma intervenção bem sucedida torna-se extremamente difícil. Portanto, antes que o sujeito se torne um adulto para o qual a psiquiatria não tem tratamentos eficazes a oferecer, intervenções que almejam reduzir a vulnerabilidade podem ser direcionadas à população infantil (HARLEY, MURTAGH; CANON, 2008).

No entanto, a identificação segura das crianças alvo das intervenções e a formulação de ações preventivas eficazes não são de fácil construção. Segundo Moffit et al (2008) uma preocupação atual dos pesquisadores é a diferenciação entre os casos de transtorno surgidos na infância e a ela limitados e os casos que perduram ao longo da vida do sujeito, atravessando a adolescência e atingindo a vida adulta. Estudos sugerem que cerca de metade das crianças diagnosticadas como portadoras do TC não apresentarão comportamentos antissociais na vida adulta. Essas crianças comporiam um amplo grupo de sujeitos que exibem

algum tipo de comportamento disruptivo sem que isso se cristalize como uma patologia de longa duração.

Tal informação diz respeito ao debate acerca da continuidade ou descontinuidade da psicopatologia e do modo pelo qual as categorias diagnósticas podem ser utilizadas para descrever esses processos. O DSM-IV organiza os diagnósticos de transtorno desafiador de oposição (TDO), transtorno da conduta (TC) e transtorno da personalidade antissocial (TPAS) de forma hierárquica e desenvolvimentista, como se eles expressassem em idades específicas a mesma desordem de base. Seguindo essa suposição, a organização hierárquica dos diagnósticos não permite que haja comorbidade entre eles. O diagnóstico de TDO é precursor do desenvolvimento do TC que, por sua vez, é entendido como precursor do TPAS.

Estas relações lógicas e de exclusão indicam a suposição de um desenvolvimento dos comportamentos antissociais no qual a severidade dos sintomas aumenta e o caráter incapacitante se agrava, sugerindo um prognóstico bastante negativo. É exatamente a validade preditiva dessas relações lógicas que interessa aos pesquisadores, visto que não há consenso sobre a evolução e a interseção entre os casos de comportamento disruptivo e as suas diferentes fases ao longo da vida. Como nos mostra Moffitt (2008), estudos de revisão (*follow-back*) indicam que a maioria das crianças com TC teve sintomas que as diagnosticariam com TDO e grande parte, ainda que não a totalidade, dos adultos com TPAS passou pelo TC durante a infância. No entanto, estudos preditivos (*follow-foward*) indicam que a maioria das crianças com TDO não evolui para o TC, e a maioria das crianças com TC não desenvolve o TPAS. Essa informação é fundamental para a construção de hipóteses acerca da continuidade dos transtornos relacionados à conduta antissocial e para as eventuais estratégias preventivas que delas resultem.

Novamente, observamos o quanto a identificação precisa da criança alvo dos esforços preventivos é controversa no campo psiquiátrico, mesmo entre os pesquisadores que defendem a validade preditiva dos transtornos diagnosticados na infância. Pelas relações descritas acima poderíamos inferir que o TPAS indica uma longa história de comportamentos antissociais, cujo início estaria, em boa parte dos casos, no início da vida do indivíduo. Uma linha de argumentação vigente no campo entende que a psicopatologia dos comportamentos antissociais se inicia em idades precoces, atravessa a vida dos sujeitos e, se não houver intervenção, evolui para transtornos mais graves. Neste sentido, os pesquisadores consideram que o grau de continuidade entre os transtornos é elevado e, embora afirmem que a hipótese

ainda não foi suficientemente estudada, necessitando de mais pesquisas, consideram factível elaborar intervenções, sejam elas terapêuticas ou mais diretamente preventivas, em função do risco de continuidade e agravamento (HODGINS et al, 2008; MOFFIT et al, 2008; OLINO, SEELEY; LEWINSOHN, 2010; SCHEEPERS, BUITELAAR, e MATTHYS, 2011; VIDING; MCCRORY, 2012). Como afirmam Moffit et al (2008), "o tratamento de traços de psicopatia em crianças deve ser mais efetivo do que em adultos" (p.9).

Por outro lado, supor a continuidade entre sintomas cuja gravidade e impacto ao longo do desenvolvimento são tão variados exige atenção. Retornamos à informação de que a grande maioria das crianças que inicia a vida apresentando comportamentos antissociais não evoluirá para o TPAS, ou seja, não consolidará como transtorno os comportamentos inadequados apresentados em idades iniciais. Provavelmente, esses comportamentos considerados antissociais foram, em determinado momento, substituídos por comportamentos ou reações ao meio considerados socialmente adequados. Neste sentido, questiona-se tanto a efetiva possibilidade de identificar seguramente o grupo de crianças altamente vulneráveis, quanto a construção e a garantia da eficácia de estratégias que possam reduzir a suposta vulnerabilidade[48].

No que se refere ao TDAH, como vimos, a hipótese que o atrela ao desenvolvimento de problemas de conduta e à adoção de comportamentos antissociais na adolescência e vida adulta é controversa. Estudos como os de Reef et al (2009) e Mordre et al (2011) não puderam confirmar a associação entre o TDAH na infância e o aumento do risco de comportamento delinquente em fases posteriores do ciclo de vida. Deste modo, entende-se que os sintomas específicos do transtorno não podem ser considerados preditores isolados no que se refere à delinquência e ao comportamento antissocial. No entanto, tal resultado pode ser considerado controverso no campo, visto que diversas pesquisas estão em curso e continuam buscando investigar a possibilidade de continuidade entre os fenômenos. Neste contexto, o TDAH permanece sendo investigado como possível fator de risco para o comportamento antissocial,

[48] Uma discussão importante diz respeito às estratégias terapêuticas oferecidas a crianças diagnosticadas com TC e seus diferentes níveis de severidade. As principais intervenções recomendadas para casos de TC são a orientação parental e a terapia cognitivo comportamental. No entanto, são exatamente as crianças com o pior prognóstico, que vem sendo identificadas como representantes do risco mais elevado de evolução do comportamento antissocial, as mais refratárias a intervenções terapêuticas (HARLEY, MURTAGH; CANON, 2008; MOFFIT et al, 2008; SCHEEPERS, BUITELAAR; MATTHYS, 2011). Por apresentarem características como falta de empatia ou culpa e reduzida expressão das emoções, essas crianças são supostamente mais propensas a atos de violência severos e consideradas "difíceis ou impossíveis de tratar" (SCHEEPERS, BUITELAAR; MATTHYS, 2011, p.90). Deste modo, permanece em aberto a definição do tipo de intervenção que poderia ser efetivo na redução da vulnerabilidade de crianças diagnosticas com TC.

como se o mesmo contribuísse, de algum modo ainda pouco conhecido, para a trajetória de desenvolvimento da delinquência persistente.

Como exemplo, Rutter, Kim-Cohen e Maughan (2006) citam pesquisas nas quais a associação foi confirmada, sugerindo que o TDAH infantil pode ser considerado um precursor de transtornos antissociais posteriores, mesmo na ausência de comorbidade com sintomas de TDO e TC. Pardini e Fite (2010) encontraram resultados intermediários, demonstrando a associação entre TDAH e um risco elevado para o desenvolvimento de comportamento de oposição e problemas de conduta, além de relacioná-lo a dificuldades acadêmicas. Este tipo de resultado, ainda que não confirme uma relação direta e isolada entre o TDAH e o comportamento antissocial, contribui para a suposição de que o componente impulsivo do TDAH contribui de alguma forma para o risco de comportamento antissocial, provavelmente por conduzir à formação do TC, que por sua vez, aumenta o risco direto para a delinquência. Como afirmam Sibley et al "muitas crianças com TDAH seguem um percurso inadaptado para a delinquência severa, mas apenas aquelas que desenvolvem TC tornam-se infratores persistentes e severos" (2011, p.22).

Podemos observar que o entendimento do TDAH como um fator de risco especificamente para o comportamento antissocial é controverso no campo, e evidências divergentes, ora confirmando a associação, ora negando tal hipótese, vêm sendo encontradas em pesquisas recentes. Sibley et al (2011) examinaram a hipótese controversa em um estudo longitudinal, que acompanhou indivíduos diagnosticados com TDAH da infância até a adolescência e o início da idade adulta. Os resultados encontrados indicaram que as crianças com TDAH e TC em comorbidade apresentaram os piores desfechos no que se refere à delinquência, representando o grupo com mais alto risco de evolução para comportamentos antissociais severos e persistentes e confirmando pesquisas anteriores. No entanto, o estudo também encontrou associações entre TDAH isolado e TDAH combinado a TDO na infância e elevado risco para prevalência de infrações severas, início precoce de comportamento delinquente leve a moderado e tendência a cometer uma grande variedade de atos de infração quando comparados ao grupo controle. Para os autores do estudo, as crianças com TDAH, TC e os jovens infratores "compartilham uma trajetória grave" (2011, p.28).

Os debates acerca da contribuição do TDAH para a trajetória de desenvolvimento e formação do comportamento antissocial geram questionamentos acerca das possibilidades de intervenção destinadas a essas crianças. Para Sibley et al (2011), os resultados encontrados no seu estudo sugerem a necessidade de tratamento crônico e com início precoce, desde a infância e alcançando a adolescência, como forma de reduzir o risco das crianças

diagnosticadas com TDAH. Além disso, os autores defendem a continuidade de pesquisas com a mesma temática de investigação, de forma que possam ser identificados os principais mediadores do risco, desenvolvidas estratégias preventivas para crianças, e intervenções mais efetivas para adolescentes.

Se os resultados de pesquisas que atrelam o TDAH ao comportamento antissocial são divergentes e as consequentes suposições sobre intervenções terapêuticas ou preventivas baseadas nessa relação permanecem em suspensão, novas hipóteses vêm sendo valorizadas no campo. Neste contexto, o TDAH vem sendo investigado como possível indicador de risco para o desenvolvimento de outros transtornos mentais ou de prejuízos psicossociais futuros, especialmente de transtornos de personalidade, depressão, ideação suicida e uso abusivo de drogas (MILLER et al, 2008; CHRONIS-TUSCANO et al, 2010; PARDINI; FITE, 2010; WILENS et al, 2011; LEE et al, 2011).

A título de ilustração, podemos citar a pesquisa de Miller et al (2008), que examinou a presença de transtornos de personalidade em uma amostra de adolescentes diagnosticados com TDAH na infância. Com o objetivo de verificar a continuidade da psicopatologia associada ao TDAH, essa pesquisa longitudinal avaliou a presença de transtornos de personalidade nos indivíduos que passaram pela experiência do TDAH na infância e os comparou a um grupo controle. Os resultados indicaram que os indivíduos com TDAH na infância apresentaram incidência mais elevada de transtornos de personalidade na adolescência e início da idade adulta, especialmente dos transtornos de personalidade esquiva, narcisista, *boderline* e antissocial. Além do risco representado pela TDAH diagnosticado na infância, a persistência até a adolescência foi associada a índices mais elevados de transtorno de personalidade antissocial e paranóide, quando comparados aos indivíduos nos quais o TDAH ficou restrito à infância.

Resultados similares foram encontrados por Chronis-Tuscano et al (2010), associando o TDAH infantil ao aumento do risco para depressão e ideação suicida. Todos os subtipos de TDAH e ambos os sexos apresentaram índices mais elevados de depressão e ideação suicida quando comparados ao grupo controle, mas alguns preditores puderam ser identificados como fatores que contribuíram para aumentar as chances de que a trajetória psicopatológica se confirmasse: a depressão materna, o sexo feminino e a presença de problemas emocionais e comportamentais. Mas, como reconhecem os próprios autores do estudo, a evidência atual acerca da relação entre TDAH e depressão e ideação suicida é controversa na literatura especializada. Dito isso, os mesmos afirmam que “a identificação de características precoces

da criança e da família que possam prever quais crianças com TDAH estão em risco mais elevado para a depressão irá informar esforços preventivos precoces" (2010, p.1045).

Finalmente, as pesquisas de Wilens et al (2011) e Lee et al (2011) exemplificam uma nova hipótese que vem sendo investigada no campo: a identificação de características presentes nas crianças com TDAH que possam ser qualificadas como preditores de transtornos relacionados a substâncias. Entendido como um importante problema clínico e de saúde pública, o uso abusivo de sustâncias psicoativas teria no TDAH um dos seus principais fatores de risco. Na meta-análise de Lee et al (2011), a presença de TDAH na infância aumentou as possibilidades de uso de nicotina e drogas ilícitas, mas não de álcool, e de desenvolvimento de transtornos de uso de nicotina, álcool, maconha e cocaína na adolescência e na vida adulta. Essas crianças estariam ao menos uma vez e meia mais propensas a desenvolver transtornos relacionados a substâncias e cerca de três vezes mais propensas a desenvolver dependência de nicotina[49].

Baseada em uma revisão meta-analítica de dez pesquisas publicadas, cujos métodos e desenhos de pesquisa são reconhecidos pelos autores como significativamente heterogêneos, esse artigo conclui que se os resultados se confirmarem em estudos subsequentes, importantes consequências poderão ser derivadas de tais conhecimentos. Deste modo, sugerem que:

> "se o TDAH for relacionado ao estabelecimento precoce de problemas de uso de substâncias, sugerir-se-ia que intervenções preventivas deveriam ser implementadas em períodos precoces do desenvolvimento das crianças portadoras do transtorno" (LEE et al, 2011, p.12).

Podemos observar que tanto o TDAH quanto o TC na infância vêm sendo entendidos como categorias capazes de representar risco de agravamento e de desenvolvimento de outras psicopatologias ao longo da trajetória individual. Enquanto as pesquisas que associam o TC à manutenção e à evolução dos comportamentos antissociais vêm apresentando resultados convergentes, tornando tal hipótese razoavelmente estável no campo, a investigação do TDAH como fator de risco para a formação de problemas de conduta, transtornos de

[49] A hipótese que associa o TDAH na infância ao desenvolvimento de transtornos de uso de substâncias na adolescência e idade adulta torna-se ainda mais controversa quando se questiona a própria medicação das crianças diagnosticadas com o transtorno como um fator de risco para o uso e o abuso futuro de substâncias psicoativas. Segundo Lee et al (2011), questionamentos vêm sendo feitos sobre a relativa segurança da medicação estimulante e seu potencial para aumentar a sensibilidade neural às propriedades reforçadoras dos estimulantes. O referido artigo cita pesquisas nas quais o tratamento medicamentoso do TDAH reduziu o risco para uso de substâncias, pesquisas nas quais esse resultado não foi confirmado, e uma pesquisa na qual o uso de medicação aumentou o risco de uso futuro de substâncias. Trata-se, portanto, de um importante questionamento sobre as consequências do uso de medicação estimulante em crianças e, talvez, um possível obstáculo à difusão da defesa de tratamentos crônicos e precoces como estratégia para minimizar o risco a que, supostamente, as crianças estariam submetidas.

personalidade, depressão, ideação suicida e transtorno de uso de substâncias permanece gerando resultados divergentes e não foi capaz de produzir consenso. No entanto, o desenho de determinadas pesquisas indica que o entendimento de categorias diagnósticas aplicadas a crianças e adolescentes como fatores de risco para a continuidade da psicopatologia, e as consequentes possibilidades de intervenção decorrentes desse entendimento, vêm sendo valorizados no campo.

3.2.2 O risco do transtorno: o exemplo da intervenção precoce na psicose

Uma das principais apostas da pesquisa atual em psiquiatria consiste na investigação de marcadores biológicos dos transtornos mentais. Neste campo, a identificação de endofenótipos se destaca como uma estratégia possivelmente mais eficaz para determinar os traços biológicos das doenças, facilitando o desenho das pesquisas experimentais e contribuindo para tornar o caminho da experiência sintomática da doença ao seu específico correlato biológico supostamente mais curto. A esquizofrenia é uma das categorias mais pesquisadas no que se refere à identificação de marcadores biológicos e à definição de endofenótipos, e os principais fatores de risco investigados para a patologia variam desde os níveis de determinadas substâncias na fase pré-natal, passando por anomalias congênitas, mudanças no volume cerebral até as alterações no desempenho cognitivo. Ainda assim, como vimos, os resultados das pesquisas não são conclusivos e a definição precisa de marcadores biológicos permanece como objetivo a ser alcançado.

No entanto, se a identificação de marcadores biológicos específicos para a esquizofrenia permanece em aberto, inovações nas estratégias clínicas destinadas aos pacientes psicóticos acabaram por produzir consequências no que se refere às estratégias de manejo do risco destinadas à patologia. Conhecido como *early psychosis* e surgido no final da década de 80 e início dos anos 90, um movimento inovador foi formado a partir de programas de investigação clínica destinados a detectar e intervir precocemente na aparição e no desenvolvimento da psicose (LIEBERMAN; FENTON, 2000; SCHAFFNER; MCGORRY, 2001; CLARKE; O'CALLAGHAN, 2003; MCGLASHAN, 2005; MCGORRY, 1996, 2005, 2011; HÄFNER; MAUER, 2006; WHITE, ANJUN; SCHULTZ, 2006; HARKAVI-FRIEDMAN, 2006; BIRD ET AL, 2010; MARSHALL; RATHBONE, 2011; VYAS; GOGTAY, 2012). Orientado aos jovens em risco para o desenvolvimento da psicose[50], estes

[50] A categoria esquizofrenia não é utilizada como critério privilegiado para diagnosticar o risco desses jovens pacientes, uma vez que os mesmos não vivenciam um transtorno, mas apresentam sintomas ou sinais que

programas de intervenção vêm sendo desenvolvidos por meio de investigações clínicas em centros de pesquisa-seviço, grupos de trabalho reunidos na *International Early Psychosis Association* (IEPA) e estudos promovidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Os programas de detecção precoce da psicose têm duplo objetivo: atingir pacientes que vivem o primeiro surto psicótico e pacientes considerados em "estado mental de risco" ou pré-psicóticos. No primeiro caso, a intervenção se destina a evitar o longo período de psicose não tratada e a diminuir os prejuízos que tais períodos trazem à vida dos pacientes, caracterizando-se como uma especificação de serviços clínicos de saúde mental que busca refinar e aperfeiçoar os instrumentos de cuidado. No segundo caso, a intervenção toma como alvos adolescentes e jovens adultos que não apresentam sintomas expressivos da doença, mas, segundo protocolos clínicos da IEPA, estariam em risco de desenvolver a psicose. Nesse caso, que nos interessa especialmente, a intervenção teria o caráter antecipador típico das intervenções de cunho preventivo ou, no vocabulário atual, de avaliação e manejo do risco, e teria como objetivo fundamental evitar a própria formação da doença.

A proposta de intervenção precoce para a psicose surge no contexto de reorganização e ampliação das intervenções e possibilidades terapêuticas para a esquizofrenia, que culminou em uma espécie de redefinição do prognóstico da doença. Apesar da reconhecida heterogeneidade no que se refere ao curso de toda patologia mental, a esquizofrenia esteve atrelada a uma história de fracasso, incapacidade e deterioração na literatura psiquiátrica clássica. Dados indicavam que, se para 50% dos pacientes a doença conduzia a um alto grau de incapacidade e tornava-se crônica ao longo da vida, 10% acabavam cometendo suicídio (CLARKE; O'CALLAGHAN, 2003). O prognóstico gerado por essas informações era extremamente negativo: a recuperação seria possível em poucos casos, o tratamento ofereceria possibilidades extremamente restritas de melhora efetiva das condições de vida do paciente e, para os profissionais envolvidos, tratar desses casos equivaleria de fato a acompanhar a deterioração e a cronificação do paciente.

Segundo McGorry et al (1996), o maciço investimento financeiro nos anos 70 e 80 e o consequente crescimento do número de pesquisas sobre esquizofrenia impulsionaram uma

---

indicam a possibilidade de seu surgimento. Deste modo, o tratamento não é especificado em função de categorias diagnósticas, e o termo psicose é utilizado de forma abrangente, fazendo referência à instabilidade ou impossibilidade de realizar um diagnóstico, à alta frequência de comorbidades e à fluidez entre os sintomas e a funcionalidade dos pacientes. Neste contexto, "psicose" seria um termo clinicamente mais útil e adequado do que esquizofrenia. No entanto, dos pacientes identificados nestes programas que evoluem para um transtorno mental, a grande maioria vem a receber o diagnóstico de esquizofrenia (MCGORRY, 1996, 2005; MCGORRY, YUNG; PHILLIPS, 2003).

mudança de percepção em relação ao curso da doença. Este não se reduziria mais a uma inevitável cronificação, e novas possibilidades terapêuticas começaram a ser elaboradas. Junto ao aperfeiçoamento dos medicamentos, com o surgimento da segunda geração de anti-psicóticos, começa a se constituir um interesse especial pelos primeiros momentos da doença e pelas possibilidades de intervenção que alterariam o seu curso, dando ensejo a uma expectativa mais otimista em relação à redução da morbidade e ao aumento da qualidade de vida dos pacientes.

Neste contexto, surgem os estudos sobre o primeiro episódio psicótico e a formulação das estratégias de intervenção precoce, segundo os quais o cuidado clínico nos momentos iniciais seria efetivo e proporcionaria prognósticos mais positivos de recuperação da doença. A intenção dos primeiros serviços era oferecer assistência psiquiátrica aos casos iniciais e reduzir o prejuízo causado pela iatrogenia resultante do longo tempo de espera e sofrimento antes da primeira tentativa de buscar ajuda especializada. Além disso, a entrada dos jovens pacientes no tratamento era traumática e estigmatizante, visto que comumente baseada em práticas coercitivas e superdosagem de medicamentos antipsicóticos. Neste sentido, constituiria um objetivo importante, tanto clínico quanto no que se refere ao planejamento de saúde pública, elaborar serviços específicos para o atendimento da primeira experiência patológica (MCGORRY, 1996; EDWARDS, HARRIS; BAPAT, 2005; TIFFIN; GLOVER, 2007).

A discussão acerca do período de psicose não tratada se destaca no bojo das propostas de intervenção precoce. Estudos de revisão da literatura sugerem que a duração da psicose não tratada, ou seja, o tempo entre a eclosão do primeiro episódio psicótico e o início do tratamento é um fator potencialmente modificador do prognóstico da doença, e o seu entendimento pode dar ensejo a estratégias terapêuticas e iniciativas de saúde pública inovadoras (LIEBERMAN; FENTON, 2000; CLARKE; O'CALLAGHAN, 2003; PERKINS et al, 2005; HÄFNER; MAUER, 2006; JOA et al, 2008). Ainda que bastante variável, o tempo médio de psicose não tratada é de cerca de um ano, bastante longo se comparado a outras patologias. Neste período, o indivíduo estaria exposto a prejuízos psicossociais e ao início de uma trajetória de dificuldades que tenderiam a se agravar.

Uma hipótese controversa sugere ainda que a psicose não tratada resulta em neurotoxicidade, cuja consequência seria dano cerebral irreversível, visível na abordagem clínica como deterioração e resistência ao tratamento (LIEBERMAN; FENTON, 2000;

HÄFNER; MAUER, 2006). Lieberman e Fenton (2000) discutem brevemente a hipótese da neurotoxidade em editoral do *American Journal of Psychiatry*, comentando artigos publicados na revista que sustentam a hipótese (por exemplo, relacionando modificações cerebrais estruturais e déficits cognitivos ao período de psicose não tratada) e outros nos quais os resultados experimentais são contrários. Mas, como afirmam os autores:

> "independente da perspectiva assustadora de dano cerebral permanente, há outras razões convincentes para fazer da detecção precoce e do tratamento da psicose prioridades de saúde pública - antes de tudo, porque a psicose não tratada prejudica vidas" (LIEBERMAN; FENTON, 2000, p.1728).

A partir da necessidade de atender esses jovens pacientes e de reduzir o longo período de psicose não tratada, serviços de investigação e protocolos clínicos começaram a ser elaborados. A preocupação inicial motivando a formação dos serviços residia na qualidade e na acuidade temporal da oferta de tratamento e o objetivo primordial era oferecer formas de cuidado efetivas, ágeis e adequadas às características específicas do primeiro episódio psicótico. Esta é a motivação declarada pelo pesquisador e clínico pioneiro nos serviços e pesquisas da "psicose precoce", o psiquiatra australiano Patrick McGorry. Em artigo de 1996, McGorry et al relatam a formação do *Early Psychosis Prevention and Intervention Centre* (EPPIC), um serviço clínico pioneiro, desenvolvido em Melbourne, Austrália, prioritariamente destinado a realizar a prevenção secundária dos transtornos psicóticos. Reconhecendo a incapacidade da psiquiatria para a efetivação da prevenção primária, o autor defende que se concentrem esforços na detecção e intervenção precoces para adolescentes e jovens adultos vivenciando o primeiro surto psicótico ou na iminência do mesmo. Assim, a proposta implementada de forma pioneira na Austrália e apresentada no artigo sugere que:

> "uma abordagem realista de prevenção secundária envolveria estratégias que, primeiro, reduzem a duração da psicose não tratada e, segundo, otimizam o manejo do transtorno nos primeiros anos após a sua detecção" (MCGORRY et al, 1996, p.306).

O EPPIC começa a funcionar em 1992 com dois objetivos clínicos complementares: primeiro, identificar pacientes nos primeiros estágios de surgimento da psicose; segundo,

oferecer tratamento intensivo e especificamente formulado para atender as necessidades desse estágio durante os dois anos subsequentes ao primeiro surto. Tratava-se de um serviço clínico de base comunitária, no qual estavam incluídas atividades educativas com vistas a sensibilizar a comunidade para as características da psicose em estado inicial e uma significativa preocupação com a redução do estigma e do preconceito que cercam os serviços psiquiátricos e seus pacientes. As atividades clínicas eram desenvolvidas sob a supervisão de um responsável clínico e consistiam em atividades individuais e de grupo, terapia cognitivo comportamental adaptada para a psicose precoce e medicação com doses baixas de neurolépticos.

Assim como outros serviços posteriormente implantados no Reino Unido, nos EUA e na Ásia, o EPPIC atrelava a oferta de ações clínicas a um protocolo de pesquisa de modo a sistematizar as intervenções realizadas e avaliar os benefícios conquistados. A partir da reunião de informações de pesquisa e trocas de experiência entre os primeiros serviços, uma rede internacional de pesquisa foi criada e um consenso acerca das melhores práticas foi alcançado, culminando na publicação de diretrizes clínicas para a intervenção precoce (IEPA, 2005). Atualmente, a intervenção precoce para a psicose é uma abordagem terapêutica disponível em diversos países da América, Europa e Ásia[51], cuja principal estratégia de tratamento consiste na combinação de doses reduzidas de medicamentos e terapia cognitivo-comportamental adaptada para a intervenção precoce (TIFFIN; GLOVER, 2007; BIRD et al, 2010; ÁLVAREZ-JIMÉNEZ et al, 2011; MARSHALL; RATHBONE, 2011; VYAS; GOGTAY, 2012).

Diversos desafios no que se refere ao cuidado clínico oferecido nos serviços permanecem em discussão: desde a eficácia dos medicamentos nessa fase e o equilíbrio entre benefícios na redução dos sintomas e o impacto dos efeitos colaterais (VYAS; GOGTAY, 2012), passando por discussões acerca das melhores estratégias psicoterapêuticas, como a terapia cognitivo-comportamental e a terapia familiar (BIRD et al, 2010), até o questionamento da manutenção em longo prazo dos efeitos positivos obtidos nos serviços de intervenção precoce, com a diminuição das taxas de hospitalização e de novos episódios de agravamento dos sintomas (BIRD et al, 2010; ÁLVAREZ-JIMÉNEZ et al, 2011).

[51] O site da IEPA lista os países e serviços de intervenção precoce disponíveis no mundo, incluindo dois serviços brasileiros: o GIPSI, da Universidade de Brasília (www.gipsi.org.br) e o ASAS, do Hospital das Clínicas da USP (www.ipqhc.org.br). Ver: www.iepa.org.au

No entanto, se os primeiros serviços do tipo EPPIC tinham como principal objetivo a oferta imediata e efetiva de cuidado em saúde mental a pacientes experimentando os primeiros sintomas psicóticos, as diretrizes clínicas divulgadas pela IEPA propõem um passo além. Segundo as *International clinical practice guidelines for early psychosis* (IEPA, 2005), os objetivos gerais da intervenção precoce são minimizar a iatrogenia, proporcionar melhores saídas da crise e aumentar a qualidade de vida dos pacientes prioritariamente por meio de medicação antipsicótica, terapia cognitiva e apoio educacional. Trata-se de um programa desenvolvido no âmbito clínico, atrelado a protocolos de pesquisa, destinado a proporcionar tratamentos individuais mais eficazes, minimizar o impacto psicossocial da doença na vida do jovem paciente e, se possível, protelar ou mesmo evitar o surgimento do primeiro surto psicótico e a instalação do transtorno mental.

As intervenções se destinam a três alvos distintos: a) a fase de pré-psicose, longa e caracterizada por sintomas prodrômicos; b) o período de psicose não tratada que, se longo, torna-se fator de risco para a cronificação da doença; e c) o primeiro episódio e os anos seguintes ao diagnóstico, período crítico para a intervenção. As características e consequências da intervenção precoce se diferenciam entre a destinada ao primeiro grupo de indivíduos e as destinadas aos segundo e terceiro grupos. Nos casos dos indivíduos vivenciando um período de psicose não tratada e o primeiro surto psicótico, a intenção é oferecer tratamento a jovens que experimentam desorganização psíquica e perda de funcionalidade antes que a doença mental se instale definitivamente e provoque incapacidade. Como dito acima, diversos são os desafios clínicos enfrentados na elaboração e avaliação das melhores estratégias terapêuticas a serem oferecidas a esses jovens, mas as pesquisas atuais indicam que esse tipo de intervenção é capaz de produzir resultados superiores aos alcançados nos serviços de saúde mental inespecíficos. Além disso, a proposta parece capaz de produzir razoável consenso na comunidade científica, visto que se constitui mais como um aperfeiçoamento e um refinamento de serviços, estratégias e opções clínicas estabelecidas, em consonância com a proposta dos primeiros serviços de detecção precoce.

No caso em que os sujeitos são identificados como vivenciando um “estado mental de risco” ou, segundo as diretrizes clínicas, a fase de pré-psicose, a intervenção se dirige a jovens que de fato não apresentam a doença, mas estariam em risco para o desenvolvimento da mesma. Esses adolescentes e jovens adultos não seriam identificados como esquizofrênicos de acordo com os critérios diagnósticos atuais, mas estariam experimentando modificações comportamentais e cognitivas que poderiam ser atreladas a experiências que caracterizam o

surto psicótico, como alterações no pensamento, percepções anormais, desorganização do discurso, retraimento social e baixo desempenho escolar. Usualmente, as alterações comportamentais e cognitivas são contínuas, mas de baixa intensidade, ou agudas, mas por um breve período de tempo, razão pela qual os indivíduos não chegariam a receber o diagnóstico de esquizofrenia de acordo com o DSM-IV.

Portanto, o conceito de estado mental de risco faz referência a um conjunto de sintomas ou comportamentos que sinalizam a possibilidade de surgimento da doença, mas não o garantem. Neste contexto, a substituição do termo pródromo pelos termos *at-risk mental state* ou *ultra-high risk* teria como vantagem a indicação de que a transição para a psicose não é inevitável e facilitaria a atenção aos casos de falso positivo[52]. Para alguns pesquisadores, esse estágio, sintomático, mas pré-psicótico, seria o momento mais precoce para o qual uma intervenção preventiva poderia ser concebida (MCGORRY; KILLACKEY; YUNG, 2008).

Um desafio evidente é inerente às propostas de intervenção para indivíduos na fase de pré-psicose, ou vivenciando um estado mental de risco: a distinção entre aqueles que necessitam de intervenção e os que não se beneficiariam da mesma. Diversas pesquisas clínicas, com número pequeno de indivíduos participantes, começaram a ser elaboradas tendo como alvo o estado mental de risco e um dos principais objetivos consistia exatamente na delimitação do próprio estado mental de risco e na sua correta identificação. Afinal, o que caracteriza o estado mental de risco para a psicose? Quais seriam os critérios mais seguros para a sua identificação? Como estabelecer fatores de exclusão e de inclusão nos protocolos clínicos de modo a delimitar de forma mais precisa essa "categoria"?

O precursor McGorry e seu grupo de pesquisa australiano elaboraram uma definição bastante utilizada em pesquisas clínicas, que acabou constituindo-se como referência no campo, ainda que possa ser criticada por outros pesquisadores. O modelo define três grupos de critérios para a identificação do estado mental de risco, sendo necessária a ocorrência de ao menos um deles: a) Grupo de sintomas psicóticos atenuados: presença de ao menos um sintoma psicótico positivo atenuado durante o ano anterior; b) Grupo dos sintomas psicóticos intermitentes, breves ou limitados: presença de episódios psicóticos evidentes, mas

[52] A nomenclatura predominante nos artigos consultados varia entre *at-risk mental state*, *ultra high risk* e *clinical high risk*. No entanto, em alguns artigos, encontramos o termo *prodromal patients*, utilizado para fazer referência a esses mesmos jovens em risco para o desenvolvimento da psicose. Segundo McGorry, Yung e Phillips (2001) o estado prodrômico só poderia ser seguramente identificado após a eclosão do surto psicótico, sendo uma avaliação realizada retrospectivamente, enquanto o termo "estado mental de risco", considerado mais conservador pelos pesquisadores, poderia ser aplicado em contextos de avaliação clínica e intervenção preventiva.

momentâneos, que cessaram espontaneamente em até uma semana; c) Grupo dos traços ou fatores de risco: presença de risco genético – parente de primeiro grau com transtorno psicótico ou transtorno de personalidade esquizotípica, e ocorrência de deterioração funcional do indivíduo. Além de se enquadrarem em ao menos um dos critérios acima, os indivíduos devem ter entre 14 e 30 anos e não ter vivenciado qualquer episódio psicótico prévio (MCGORRY, YUNG; PHILLIPS, 2001; MCGORRY, KILLACKEY; YUNG, 2003; MCGORRY, KILLACKEY; YUNG, 2008).

Segundo os dados apresentados no artigo de 2003, a taxa de transição para a psicose no grupo identificado segundo os critérios acima era de cerca de 40% em doze meses de acompanhamento. Ou seja, entre os participantes dos primeiros estudos clínicos, identificados em estado mental de risco, cerca de 40% vieram a desenvolver um quadro de surto psicótico. Para McGorry, Yung e Phillips (2001), a alta taxa de conversão para a psicose indicava que os critérios para a identificação do estado mental de risco possuíam considerável acuidade na detecção de jovens com risco extremo para o desenvolvimento de um transtorno psicótico em um curto período de tempo. Desde a publicação dos primeiros estudos clínicos com pacientes em estado mental de risco, diversas novas pesquisas foram elaboradas, instrumentos de avaliação foram desenvolvidos e um intenso debate acerca dos desafios, benefícios e prejuízos da intervenção nesse período psicopatológico pouco definido mobilizou os pesquisadores dedicados ao estudo da intervenção precoce.

As pesquisas subsequentes permaneceram buscando investigar e refinar a definição de estado mental de risco, determinar de forma mais precisa as taxas de conversão para a psicose, o que poderia garantir a segurança dos critérios de identificação do estado mental de risco e evitar o surgimento de casos de falso-positivo, e testar as possibilidades de tratamento ou de intervenção a serem oferecidas a essa população. Enquanto as evidências científicas almejadas pelos pesquisadores acerca das características e das melhores intervenções a serem oferecidas aos jovens vivenciando o estado mental de risco são consideradas preliminares, as recomendações são, de acordo com McGorry, Killackey e Yung (2008), conservadoras: aos jovens vivenciando o estado mental de risco que procuram ajuda especializada, ou são encaminhados por pessoas de seu convívio, devem ser oferecidos acompanhamento contínuo e especializado baseado em intervenções psicossociais e, quando necessário, medicação para sintomas de ansiedade e depressão, evitando-se a utilização de medicação antipsicótica (IEPA, 2005; MCGORRY, KILLACKEY; YUNG, 2008).

Com o crescimento de pesquisas sobre o estado mental de risco e a aproximação da elaboração de uma nova edição do DSM, uma proposta polêmica foi apresentada pelo grupo de trabalho dedicado às psicoses na revisão do manual: a inclusão de uma nova categoria diagnóstica, a *Psychosis risk syndrome*, na versão a ser publicada em 2013. Em 2010, o grupo, liderado por William Carpenter, apresentou a proposta de inclusão da categoria no site destinado à divulgação e consulta pública da revisão do manual (www.dsm5.org). Diante das inúmeras críticas recebidas após a primeira apresentação, o grupo renomeou a categoria e a reapresentou como *Attenuated psychotic symptoms syndrome*, sendo a mesma submetida a nova rodada de comentários na consulta pública.

Baseada nos estudos realizados nos últimos quinze anos sobre o estado mental de risco, a proposta de formulação de uma nova categoria que identificasse o período de pré-psicose tinha como um de seus principais defensores Patrick McGorry, o pesquisador australiano precursor dos estudos de intervenção precoce. Ainda que reconheçam os perigos e desafios implicados na construção da nova categoria diagnóstica, McGorry e Carpenter defenderam a sua utilidade clínica, que seria não somente necessária, mas fundamental para apoiar as iniciativas de mudança da prática psiquiátrica em direção a uma intervenção antecipatória no que se refere aos transtornos psicóticos, estimulando a educação e a prática dos clínicos e favorecendo a organização de pesquisas científicas (CARPENTER, 2009; MCGORRY, 2010). Segundo Carpenter:

> "o campo [psiquiátrico] será desafiado a manejar essa nova categoria com prudência. Mas, sem a categoria, uma referência para a detecção e a intervenção precoce seria perdida e a oportunidade para desenvolver tratamentos baseados em evidências seria minimizada" (CARPENTER, 2009, p.842).

Woods et al (2010) reuniram em um artigo os argumentos a favor da inclusão da categoria, revisando as principais evidências publicadas que pudessem apoiar a inclusão. Segundo o artigo, os principais argumentos que sustentam e justificam a construção da categoria de *Attenuated psychotic symptoms syndrome* são: os pacientes apresentam alterações psicopatológicas no presente; os pacientes estão em risco elevado de piora; nenhuma categoria diagnóstica do DSM-IV é capaz de capturar com acuidade a doença atual ou o risco futuro desses pacientes; o diagnóstico foi estabelecido com confiabilidade e validade no contexto de pesquisa; e a sua inclusão no DSM-V ajudaria a promover o

tratamento necessário e pesquisas preventivas para permitir a oferta de um cuidado que beneficie os pacientes e suas famílias.

Para os partidários da inclusão da categoria, a demanda clínica de atendimento a esses pacientes, com a elaboração de intervenções anteriores à possibilidade de realizar um diagnóstico estável no contexto clínico de acordo com o DSM-IV, não possui critérios e parâmetros que a orientem. Para McGorry (2010), as definições diagnósticas atuais não favorecem a compreensão da psicopatologia como um complexo processo neurodesenvolvimental, caracterizado por uma evolução gradativa, contínua e marcado por diferentes estágios. Deste modo, faltariam parâmetros que permitissem a distinção dos diferentes estágios e orientassem a intervenção nos momentos iniciais da doença, nos quais os comportamentos se distanciam de forma mais sutil dos critérios de normalidade e o diagnóstico se torna mais difícil[53].

Se as pesquisas dedicadas à definição do estado mental de risco já geravam diversas controvérsias e importantes debates éticos (MCGLASHAN, 2001; MCGORRY, YUNG; PHILLIPS, 2001; SCHAFFNER; MCGORRY, 2001), a proposta de formalizar o suposto período de risco para a psicose como uma categoria diagnóstica produziu muita discussão e divergência. A dimensão da discussão provavelmente foi potencializada pela possibilidade de consulta pública e, principalmente, pelo envolvimento de figuras proeminentes da psiquiatria no intenso debate realizado na internet. Neste contexto, Allen Frances foi um dos principais críticos da inclusão da nova categoria, publicando diversos artigos contrários à proposta no seu blog *DSM-5 in Distress*, publicado no site www.psychologytoday.com.

Além do debate realizado na internet, diversos artigos foram publicados refletindo sobre os riscos e benefícios que a nova categoria diagnóstica poderia trazer para a atenção em saúde mental destinada a adolescentes e jovens adultos (CORCORAN et al, 2010; MCGORRY, 2010; YUNG et al, 2010; WOODS et al, 2010; SHRIVASTAVA et al, 2011). Entre os riscos discutidos, se destacam a possibilidade de falsos positivos e a falta de informações seguras acerca das melhores opções de tratamento ou intervenção a serem oferecidas a essa população. No que se refere à possibilidade de falsos positivos, os

[53] De fato, a proposta de McGorry é ainda mais abrangente do que a apresentada pelo grupo de trabalho dedicado às psicoses na revisão do DSM-V. No artigo de 2010 o autor defende a construção de uma categoria de "entrada" na psicopatologia, não restrita aos transtornos psicóticos, mas capaz de abarcar ampla variedade fenomênica. Tal categoria poderia ser nomeada "*Entry Syndrome*" ou "*General Distress Syndrome*", caracterizando o estágio mais inicial no qual o cuidado psiquiátrico é necessário. No entanto, como tal proposta se distanciava muito das discussões atuais, o autor apoiava a *Psychosis Risk Syndrome*.

pesquisadores do campo chamam atenção para a dificuldade de se estabelecer fronteiras e critérios claros entre a patologia e os comportamentos pouco usuais, mas que não necessariamente caracterizam um estado patológico, no caso da definição do estado mental de risco.

Os casos de falso positivo dizem respeito à possibilidade de diagnosticar indivíduos que nunca viriam a desenvolver um transtorno psicótico. Nesse sentido, importa questionar se os critérios de definição do estado mental de risco de fato discriminam um grupo de pacientes com alto risco, o que não é simples considerando-se que tais comportamentos devem ser identificados em adolescentes e jovens adultos, que usualmente passam por períodos de modificações e experimentações comportamentais. Além disso, alguns artigos citam pesquisas recentes sugerindo que a presença de sintomas psicóticos atenuados é mais frequente na população em geral do que se supunha (YUNG et al, 2010), e questionam a possibilidade de que um diagnóstico tão refinado possa ser fácil e seguramente difundido em contextos de atenção menos especializados como, por exemplo, entre os profissionais da atenção primária (CORCORAN et al, 2010).

Visto que a precisa definição dos indivíduos que seriam corretamente diagnosticados não é simples, surgem outros importantes questionamentos no que se refere às consequências da aplicação da categoria diagnóstica. O estigma a que adolescentes e jovens estariam submetidos se destaca como um fator a ser considerado na reflexão acerca dos prejuízos causados pela possibilidade de tratamento precoce, uma vez que os pacientes adentrariam no universo dos serviços psiquiátricos, mesmo que sem a utilização de medicação antipsicótica, antes que tais procedimentos sejam claramente necessários (CORCORAN et al, 2010, YUNG et al, 2010).

Além do estigma, as consequências indesejadas da própria intervenção a ser oferecida também se destacam como questões relevantes na discussão. No que se refere à segurança e à eficácia das estratégias disponíveis, mesmo os partidários da intervenção precoce reconhecem que o diagnóstico precoce torna-se criticável quando não há tratamento eficaz disponível ou quando o tratamento, se aplicado precocemente, pode resultar em mais prejuízo do que benefício para o paciente (MCGORRY, 2005; MCGORRY, 2010). Portanto, rapidamente surgem questionamentos acerca do estatuto e da utilidade da nova conceituação: diante do custo social e psicológico que pode resultar do estigma de ser diagnosticado como portador de um transtorno mental, seria legítimo diagnosticar e tratar os pacientes “potencialmente

psicóticos"? As possibilidades de intervenção atualmente disponíveis são eficazes para esse tipo de paciente, trazendo reais benefícios? As intervenções são efetivamente transformadoras e preventivas, ou seja, evitam o desenvolvimento e a instalação do transtorno mental, ou retardam o seu surgimento e atenuam o seu impacto?

Ao reconhecerem que os riscos e benefícios das estratégias de intervenção ainda não foram suficientemente esclarecidos, alguns autores do campo apontaram para a necessidade de experimentos controlados que possam comprovar a eficácia do tratamento e consideraram que a inclusão da categoria no DSM-V constituiria uma decisão prematura. Para Allen Frances, tal decisão seria não apenas prematura, mas "a pior proposta do DSM-V", como publicado em seu blog. Segundo o autor, em *post* publicado em 05 de janeiro de 2012, mesmo no interior do grupo de trabalho dedicado à revisão dos transtornos psicóticos, a inclusão da categoria gerava divergência, de tal forma que o próprio McGorry, um de seus principais defensores no início do processo, havia mudado de ideia e não apoiava mais a *Attenuated psychotic symptoms syndrome.*

Finalmente, após um extenso debate e uma enxurrada de críticas, em 27 de abril de 2012 é anunciado que a categoria será retirada da última versão do manual a ser divulgada para consulta pública, deixando de constituir-se como uma opção para a versão do DSM a ser publicada em 2013. Segundo Carpenter, líder do grupo de trabalho responsável por tal decisão, os resultados encontrados nos *field trials* não foram estatisticamente significativos, razão pela qual a categoria seria excluída do manual. Na cobertura da exclusão da categoria publicada no site da *Nature*, Carpenter lamenta a retirada, defende a validade da categoria e afirma que, apesar de respeitar a decisão coletiva, "se estivesse lá, teria feito um esforço para preencher a lacuna capturando mais dados" (Nature/News, 09/05/2012). Para Frances, "o mundo é um lugar mais seguro agora que a *Risk Psychosis* não vai estar no DSM-5" (DSM-5 in Distress, 02/05/2012).

4 DA PREVENÇÃO AO MANEJO DO RISCO

> "Em tantas de nossas práticas cotidianas e médicas, as capacidades humanas corporais e mentais não são tomadas como óbvias, a biologia não é mais destino, os julgamentos não são mais organizados em termos binários de normalidade e patologia, e a distinção familiar entre doença e saúde começa a se apagar" (ROSE, 2007, p.253).

4.1 Adaptação *versus* Risco

O cenário norte-americano dos anos 50 e 60 foi especialmente fértil para a noção de prevenção psiquiátrica. As propostas de intervenção preventiva apareceram no contexto de reformulação da ação psiquiátrica em direção à prática comunitária que marcou a disciplina naquele momento. De fato, a reorganização da psiquiatria a partir de ações de base comunitária não se limitava ao contexto norte-americano, mas caracterizou-se como um movimento amplo e profundo de reestruturação do conhecimento e da prática psiquiátrica (LEVINE, 1981; CASTEL, 1978[54]; CASTEL, CASTEL; LOVELL, 1982; GROB, 1983, 1994). Neste cenário de mudança e renovação, e de considerável expansão do papel social da psiquiatria, havia campo fértil para a formulação de propostas de prevenção, inclusive de prevenção primária do distúrbio mental. Ainda que tenham sido alvo de críticas contundentes no próprio momento de sua formulação, as propostas de prevenção se multiplicaram nesse contexto, tomando como alvos tanto a sociedade como um todo quanto a criança, a família e o indivíduo em crise.

Conforme visto, o discurso preventivo dos anos 50 e 60 tinha como fundamento as teorias psicológicas e psicanalíticas, cuja ênfase nos fatores relacionais e ambientais contribuía para a construção de uma hipótese etiológica eminentemente psicossocial. A influência das teorias psicogênicas não se restringiu ao campo da psiquiatria preventiva, mas caracterizou a psiquiatria norte-americana do período, determinando, além das explicações etiológicas vigentes, a orientação terapêutica e a fundamentação das classificações diagnósticas (GROB, 1983, 1994; GAINES, 1992; SHORTER, 1997; HEALY, 2002;

[54] Castel (1978) analisa as transformações do conhecimento e da prática psiquiátrica no contexto francês, identificando a mesma tendência de expansão da ação psiquiátrica atrelada ao objetivo de promover a adaptação dos indivíduos ao meio social no movimento que ficou conhecido como psiquiatria de setor.

HOROWITZ, 2002; MAYES; HOWITZ, 2005). A preponderância das teorias psicanalíticas fica evidente quando se examinam as duas primeiras versões do DSM, publicadas em 1952 e 1968. No DSM-I (1952), a presença de termos como "reação" sugere a influência da psiquiatria dinâmica de Karl Menninger e Adolf Meyer, e "neurose" e "mecanismos de defesa" fazem referência direta à psicanálise. O DSM-II (1968) manteve a concepção vigente de que a patologia mental era a expressão sintomática de conflitos psicológicos subjacentes ou reações individuais às dificuldades da vida pouco ajustadas ao meio social (GAINES, 1992; MAYES; HOWITZ, 2005).

Estas teorias foram especialmente fecundas para as propostas de prevenção, servindo de suporte para a elaboração de estratégias intervencionistas cujos principais objetivos eram promover a saúde mental e garantir a adaptação dos indivíduos. No entanto, a formulação dos princípios de psiquiatria preventiva nos anos 60 enfrentou dificuldades. Diversos autores contemporâneos de Caplan explicitavam preocupações com as dificuldades envolvidas na fundamentação conceitual da psiquiatria preventiva, denunciando a insuficiência de conhecimentos precisos sobre a etiologia da doença mental e, principalmente, sobre as possibilidades efetivas de preveni-la, defendendo a sistematização dos conhecimentos acumulados e a explicitação de conceitos e pressupostos fundamentais para a construção da lógica preventiva (BOWER, 1961; BOLMAN, 1967; BOLMAN; WESTMAN, 1967).

Ainda que endossassem o que se pode chamar de "valor humano" das práticas preventivas e reconhecessem, principalmente, a enorme demanda de cuidados em saúde mental do período, mesmo esses partidários da psiquiatria preventiva não deixavam de reconhecer a incapacidade de elaborar uma estrutura conceitual que pudesse não só fundamentar, mas orientar de forma consistente as ações preventivas. Caplan, principal referência da psiquiatria preventiva, tinha como objetivo oferecer conhecimentos e ferramentas clínicas que fundamentassem o trabalho preventivo a ser realizado nos centros de saúde mental. Portanto, ainda que afirme nos "Princípios de Psiquiatria Preventiva" a disposição em avançar, mesmo dispondo de conhecimentos iniciais e reconhecidamente insuficientes, Caplan não poderia dispensar alguma explicação sobre a etiologia das doenças mentais que oferecesse coerência às suas propostas de ação.

No entanto, a formulação da etiologia psicossocial e dos principais conceitos que vieram a servir como alicerce para as ações preventivas não surgem no texto de Caplan ou nos artigos dos demais autores partidários do mesmo movimento. De fato, trata-se de um

verdadeiro sincretismo teórico, que remonta à influência do precursor Meyer, à ascensão das teorias psicanalíticas, que estimularam iniciativas inovadoras no campo da ação psiquiátrica na primeira metade do século XX, à ampla valorização dos cuidados maternos e aos desenvolvimentos teóricos da psicologia do ego. A justaposição de tantas influências teóricas viria a culminar nos "Princípios de Psiquiatria Preventiva" de Caplan e no modelo conceitual por ele apresentado, que engloba os fatores que atuam no longo e no curto prazo, ambos determinando o desenvolvimento da personalidade do indivíduo.

Entre tantas influências teóricas e um modelo conceitual que se assemelha a uma composição organizada, mas significativamente heterogênea, uma noção se destaca. A adaptação aparece como conceito importante nas formulações da psicobiologia de Meyer (1908b; 1921; 1934; 1957), na medida em que a integração do indivíduo com o meio constitui o objetivo primordial da existência e garantia de satisfação. Compreendendo a dinâmica psicológica em termos de ação e reação, Meyer enfatiza a construção de recursos adaptativos, por meio de ações e reações socialmente adequadas, que favorecem a formação de uma "personalidade adaptada", em oposição à "personalidade neurótica". Os recursos adaptativos seriam, portanto, uma das principais ferramentas para a construção da saúde mental. Ainda que os fatores constitucionais contribuíssem para a sua construção, de forma não esclarecida no modelo, os fatores psicológicos e ambientais se destacavam na formação do padrão comportamental adaptado, e seriam esses os fatores a serem analisados em primazia pela psiquiatria.

Se, no início do século XX, Meyer já destacava a adaptação como importante fenômeno mental e critério central para a avaliação da normalidade psicológica, foram os desenvolvimentos teóricos da psicologia do ego que avançaram na descrição psicológica deste fenômeno. Como vimos, partindo do estudo dos processos conscientes e do funcionamento do ego, tal como preconizado por Anna Freud, a psicologia do ego desenvolvida nos EUA oferece uma perspectiva psicanalítica sobre a adaptação e corrobora a identificação entre padrões adaptados e normalidade psicológica apresentada por Meyer. Hartmann (1958) dedica um livro à investigação psicanalítica do conceito de adaptação, defendendo que uma das funções primordiais do ego pode se realizar sem a marca característica do conflito psíquico, e conduzir a um acordo com o meio, favorecendo os processos adaptativos. A descrição do desenvolvimento do ego como transformação dos impulsos instintivos em direção a um maior domínio da realidade externa equivale a sua orientação rumo à adaptação, regulando as perturbações do meio e aperfeiçoando a integração com o mundo exterior.

Tal descrição será especialmente útil para o modelo conceitual e os propósitos preventivos de Caplan (1964). Neste modelo, tanto os fatores que operam gradualmente, como os cuidados maternos, quanto os que operam subitamente, como as crises do desenvolvimento, são selecionados como fundamentais e avaliados de acordo com o seu potencial para favorecer ou prejudicar os processos adaptativos. Deste modo, no que se refere à determinação da personalidade do indivíduo, são destacados os fatores que podem atuar como suprimentos psicossociais e socioculturais, contribuindo de forma regular e permanente para a formação de uma personalidade adaptada, e os fatores que podem atuar como crises do desenvolvimento, dando ensejo a novos padrões comportamentais, mais ou menos adaptados ao meio. A partir dessa seleção, Caplan fundamentará boa parte das propostas de prevenção apresentadas no manual na relação mãe-criança, considerando os cuidados maternos como o primeiro e mais essencial suprimento psicossocial, e diversas outras na possibilidade de fortalecimento do ego que as crises do desenvolvimento podem oferecer.

No entanto, se a noção de adaptação adquiriu relevância teórica na psiquiatria dos anos 50 e 60, esse destaque não pode ser explicado pela sua precisão ou inovação conceitual. Mais do que uma formulação conceitual sofisticada ou original, a adaptação da psiquiatria preventiva se destacou devido à estreita afinidade que mantinha com o contexto cultural. Como vimos, desde a primeira metade do século XX, a psiquiatria norte-americana buscava alternativas à prática asilar, que sofria críticas tanto internas, como disciplina médica, quanto externas, como saber socialmente valorizado. O movimento da psiquiatria de saída do hospital em direção à comunidade vinha sendo ensaiado, explorado e debatido algumas décadas antes da formulação da própria psiquiatria comunitária e preventiva. Neste movimento de reorientação da ação psiquiátrica e de redefinição da própria disciplina, os psiquiatras começam a se interessar cada vez mais pelos sofrimentos cotidianos, pelas crianças desajustadas, pelos jovens delinquentes, pelos casamentos fracassados, pelo indivíduo desadaptado.

A transformação em curso foi intensificada pelas experiências que marcaram as décadas de 40, 50 e 60 nos EUA. Como vimos, a II Guerra Mundial é apontada por diversos comentadores como o catalisador das transformações, alterando a percepção social do distúrbio mental, trazendo desafios para a prática psiquiátrica no contexto militar, chamando atenção para as dificuldades corriqueiras de adaptação e interação social, e contribuindo para a predominância das explicações psicogênicas da doença (LEVINE, 1981; CASTEL; CASTEL; LOVELL, 1982; GROB, 1983, 1994). Neste contexto, a formulação de explicações

especializadas sobre as dificuldades de adaptação e a redefinição do espectro de ações da psiquiatria em direção às anormalidades cotidianas caminharam juntas e respondiam às demandas mais relevantes daquele período.

No entanto, a estreita sintonia entre o contexto do pós-guerra, as necessidades sociais mais prementes no período e as formulações sobre adaptação da psiquiatria preventiva teria curta duração, uma vez que profundas transformações na vida social e nas teorias que fundamentavam o conhecimento psiquiátrico teriam lugar poucos anos depois. No que se refere ao contexto cultural, o enfraquecimento dos discursos coletivos que predominaram durante o século XX, motivando a preocupação social com a adequação dos indivíduos à dinâmica social e a tomada de responsabilidade da psiquiatria na tarefa de construção de uma sociedade mentalmente saudável, promoveria alterações importantes nos modos de gerir a vida social e de regular os processos de saúde e doença.

Se a prevenção da doença e a promoção da saúde mental em direção à adaptação caracterizaram as propostas da psiquiatria preventiva norte-americana nos anos 60, logo em seguida o cuidado à saúde e, consequentemente, a tarefa preventiva seriam gradativamente transferidos para o âmbito da responsabilidade individual. Com a ascensão da ideologia individualista, adaptar-se às demandas sociais e prevenir o adoecimento deixam de ser projetos coletivos, capitaneados pelo discurso especializado da psiquiatria, e exigem de cada sujeito uma resposta individualizada. Além da acentuada individualização, a participação de novos atores sociais, como os movimentos organizados de pacientes e familiares, e determinados interesses econômicos, como os da indústria farmacêutica e de produtos de saúde em geral, viriam a contribuir para a reorganização das ações de cuidado à saúde, tornando mais fragmentados e complexos os processos de promoção da saúde. Voltaremos a essas questões no próximo item.

Além das transformações amplas no contexto cultural, no que diz respeito às teorias que fundamentavam as propostas de prevenção, e valorizavam a noção de adaptação, o período também foi marcado por declínio e modificação. Para Abi-Rached e Rose (2010), a década de 60 marca o surgimento de uma nova fase na história das ciências do cérebro, com a reunião de diversas disciplinas sob o que se convencionou chamar de neurociências, que viriam a alterar completamente as formas vigentes de explicação da doença mental. Outros autores identificam a década de 70 como um período especialmente turbulento para a psiquiatria e para as concepções teóricas que pretendiam explicar a patologia mental

(SHORTER, 1997; MAYES; HOWITZ, 2005). Independente da precisão no que diz respeito ao momento de início das transformações, o impacto que tais mudanças trariam para a história da psiquiatria é inegável, e uma das principais características da transformação foi precisamente o declínio das teorias psicogênicas e a ascensão das neurociências como fonte de explicação etiológica no campo psiquiátrico.

O período turbulento a que se referem os comentadores da psiquiatria foi marcado por intensas críticas à expansão da ação psiquiátrica e à falta de coerência, objetividade e cientificidade do conhecimento psiquiátrico vigente na época. A crise de legitimidade pela qual passava a psiquiatria foi impulsionada por uma série de fatores, entre os quais Mayes e Horwitz (2005) destacam: a crítica antipsiquiátrica à própria validade da noção de doença mental, que se difundiu nos meios de comunicação, inspirou filmes como "Um estranho no ninho" (1975)[55], e teve significativa influência cultural e acadêmica; o questionamento das companhias de seguro saúde norte-americanas acerca do custo, da extensão e, principalmente, da falta de demonstrações efetivas dos resultados alcançados pelas psicoterapias, resultando em discussões sobre a cobertura financeira dessa modalidade terapêutica; as críticas à limitação ou incapacidade da terapia psicanalítica para o tratamento dos casos de transtorno mental mais severo que, fruto do processo de desinstitucionalização, foram liberados dos hospitais psiquiátricos e retornavam à comunidade, demandando tratamento (GROB, 1994); o impacto que o surgimento dos psicotrópicos teve no tratamento dos casos mais graves, que não respondiam à psicanálise freudiana, e começavam a ser tratados com medicamentos pelos psiquiatras (GROB, 1994; SHORTER, 1997; HEALY, 2002); a insatisfação de um número significativo de psiquiatras com os rumos tomados pela profissão, dominada pelo paradigma psicossocial e distante dos cânones científicos, que começaram a reivindicar uma organização mais sistemática, experimental e objetiva do conhecimento psiquiátrico (SHORTER, 1997; HORWITZ, 2002); a competição pelo mercado das psicoterapias oriunda de psicólogos, assistentes sociais e afins, que compartilhavam praticamente os mesmos métodos e, assim, reduziam a especificidade terapêutica do psiquiatra.

Mais uma vez, a psiquiatria enfrentava desafios e era alvo de questionamentos no que diz respeito às características de sua prática, à extensão do espectro de suas ações, ao seu

[55] No original em inglês "*One Flew Over the Cuckoo´s Nest*". Baseado no romance de mesmo título, o filme do diretor Milos Forman foi um enorme sucesso nos EUA, ganhando cinco Oscars, e divulgou a interpretação antipsiquiátrica de que as instituições e os profissionais da psiquiatria atuavam como agentes de controle "policial", coagindo e reprimindo todos aqueles que se posicionavam de forma transgressora em relação à norma social dominante.

conhecimento e às suas concepções etiológicas. Neste amplo movimento de reestruturação, a busca pelos determinantes físicos e por uma classificação diagnóstica objetiva das patologias mentais viriam a ser fundamentais para caracterizar o que Shorter (1997) chama de "segunda psiquiatria biológica". Para o autor, a segunda psiquiatria biológica, inaugurada nos anos 70, seria resultado, principalmente, das evidências científicas conquistadas no campo das pesquisas genéticas, da eficácia dos psicofármacos e das possibilidades de investigação do cérebro inauguradas com as neurociências e as tecnologias de pesquisa médica que surgiram no mesmo contexto[56].

Nesta direção, as neurociências ocupariam um papel central, como fonte de conhecimento válido, científico e objetivo sobre os mais diversos fenômenos humanos, entre os quais as doenças mentais. Abi-Rached e Rose (2010) investigam o surgimento das neurociências nos anos 60 e, a despeito de certas linhas de continuidade que podem ser estabelecidas entre esse discurso e conhecimentos dos séculos XVIII e XIX, identificam a emergência de uma forma inédita de abordagem nas ciências da vida. O que nomeamos neurociências faz referência a um projeto multidisciplinar que reúne diversas disciplinas, técnicas e temas de pesquisa e cujo local e período de origem remontam aos EUA do pós-guerra[57]. Denominado de "*neuromolecular gaze*" por Abi-Rached e Rose (2010), o novo estilo de pensamento que surge com a reunião de disciplinas como a biofísica, a cibernética, a psicologia cognitiva, a neuroquímica, a neuroanatomia, a neurologia, as tecnologias de imagem, entre outras, tem como principal característica a abordagem reducionista e molecular do objeto de investigação.

Como mostram Abi-Rached e Rose (2010), naquele momento as neurociências não tinham como principal objeto os transtornos mentais, mas se constituíam como um projeto de investigação dos fenômenos biológicos complexos que entendemos como mentais, por meio de avanços na biofísica, genética molecular, química, etc. Neste contexto, os temas de interesse se dirigiam a fenômenos biológicos mais simples, como o movimento, a visão, a

[56] Para Shorter (1997), a "segunda psiquiatria biológica" guarda estreita relação com discursos precedentes sobre a determinação biológica das doenças mentais, especialmente com as suposições sobre genética e desenvolvimento cerebral surgidas no final do século XIX, de forma que o autor identifica um retorno a temas não solucionados na "primeira psiquiatria biológica". Abi-Rached e Rose (2010) identificam algo de inédito nas neurociências que emergem na segunda metade do século XX e que viriam, mais adiante, a fundamentar as explicações etiológicas da chamada psiquiatria biológica.

[57] Outros autores localizam a inauguração do projeto neurocientífico no 1º Congresso Internacional de Psiquiatria, realizado em Paris, em 1950. De todo modo, foi nos EUA das décadas de 60 e 70 que tal projeto tomou corpo, recebeu incentivo financeiro e institucional e, portanto, encontrou condições para se desenvolver. Paralelamente, trajetórias similares podem ser identificadas no Reino Unido e na França. Ver Abi-Rached e Rose (2010).

audição, a aprendizagem, e a doenças neurológicas, como o Alzheimer e o Parkinson (EHRENBERG, 2004). Portanto, os primeiros modelos e abordagens construídos no contexto de fundação das neurociências não foram derivados dos problemas concretos ou dos desafios clínicos representados pelos transtornos mentais, mas tinham como alvo fenômenos mais simples e utilizavam como principal estratégia para investigá-los a abordagem reducionista, molecular e multidisciplinar (EHRENBERG, 2004; ABI-RACHED; ROSE, 2010).

No entanto, esse primeiro campo de interesses começa a ser ampliado e, a partir dos anos 80, as neurociências expandem o foco de investigação dos fenômenos mentais simples para as patologias mentais e os mais variados fenômenos emocionais, sociais e culturais. Como afirma Ehrenberg (2004), os transtornos mentais passam a ser entendidos e investigados como transtornos neurológicos, e as emoções, os comportamentos sociais e os sentimentos morais passam a ser entendidos como resultado do funcionamento neurobiológico. A redefinição dos objetivos e ambições do projeto de conhecimento das neurociências é analisada por diversos autores no que diz respeito às importantes consequências socioculturais e subjetivas dela decorrente. Enquanto Ehrenberg (2004), Ortega e Vidal (2007) e Vidal (2009) atrelam o prestígio das neurociências e sua capacidade de explicar os mais variados fenômenos humanos à figura antropológica do "sujeito cerebral", Rose (2003) sugere que o termo "*neurochemical selves*" pode explicar a tendência crescente de utilização do vocabulário e das técnicas neurocientíficas para descrever e atuar sobre a experiência humana e a identificação direta proposta pelas neurociências entre emoções, sentimentos e pensamentos e processos moleculares cerebrais.

A publicação da terceira versão do DSM em 1980 pode ser entendida como um marco do processo de transformação da psiquiatria e, principalmente, da mudança na fundamentação conceitual que serve de alicerce para o conhecimento e a prática psiquiátrica. Ainda que tenha sido elaborado e apresentado como uma versão ateórica das classificações psiquiátricas, exatamente em contraponto ao que foi considerado excesso de teoria (psicodinâmica) nas versões anteriores, o DSM-III e a nosologia categorial nele presente ilustram a intenção de redefinir o que são as patologias mentais e como as mesmas devem ser diagnosticadas, tratadas e, incluímos aqui, prevenidas, como fenômenos essencialmente biológicos. Como afirmam Mayes e Horwitz (2005), a orientação sintomatológica do DSM-III contribuiu para consolidar a visão biológica das doenças mentais e, assim, enfatizar os discursos neurocientíficos e as estratégias psicofarmacológicas como formas científicas e válidas de explicação e tratamento das doenças.

Mas, retornando à primeira transformação identificada por Ehrenberg (2004), a equivalência entre transtornos mentais e transtornos neurológicos, era de se imaginar que, a partir da publicação do DSM-III e, principalmente, da ampliação do alcance das investigações neurocientíficas a partir dos anos 80, uma verdadeira revolução no que se refere ao entendimento dos transtornos mentais estaria em curso. Ao menos do ponto de vista defendido pelos pesquisadores do campo neurocientífico, descobertas impactantes no que se refere à neurobiologia das patologias mentais seriam apresentadas como resultado de tantos investimentos. Neste contexto, imaginava-se que a compreensão da etiologia das doenças seria, ao menos em parte, esclarecida, o que traria avanços diretos e inovações sem precedentes para o campo da clínica psiquiátrica, alterando as formas de diagnosticar, tratar e, quem sabe, prevenir os transtornos mentais.

Tal expectativa se apoiava, em grande medida, nos componentes da nova psiquiatria biológica e na forma pela qual seriam alcançadas as evidências desejadas. Rose (2007a) identifica os principais elementos que permitiriam a revelação tanto das patologias, quanto dos mais diversos fenômenos mentais: o cérebro investigado como um órgão; as substâncias químicas cerebrais, como elementos objetivos e mensuráveis; as funções cerebrais, que atrelam estruturas celulares e eventos moleculares; as drogas, que supostamente atuam de forma específica nas regiões e funções acima citadas; os modelos experimentais de pesquisa, que incluem a investigação de culturas de células, do cérebro humano, de amostras de sangue e a utilização de modelos animais; as técnicas de pesquisa, especialmente as baseadas em imagens, como a tomografia computadorizada, o PET *scan* e a ressonância magnética que, consideradas ferramentas poderosas, seriam capazes de tornar acessível e visível o funcionamento cerebral; os diagnósticos que, como vimos, tornaram-se categorias discretas e objetivas; os sujeitos, e seu sofrimento, como participantes das pesquisas ou como possíveis beneficiários das investigações; e as tecnologias de verdade, que definem os critérios utilizados para confirmar ou negar determinada hipótese - no caso, os ensaios clínicos randomizados.

Neste ponto, interessa refletir sobre as consequências que esse aparato tecno-científico traria para as possibilidades de prevenção dos transtornos mentais. Uma vez que as teorias psicogênicas caíram em desuso, ao menos no que dizem respeito à psiquiatria considerada científica no mundo anglo-saxão, as correlatas propostas de intervenção preventiva baseadas em pressupostos psicossociais perderam o sentido. Haveria campo fértil para a formulação de intervenções preventivas em sintonia com o modelo neurocientífico vigente? A partir desse

modelo, passamos a conhecer mais e melhor a etiologia dos transtornos, de modo a antecipar a formação da doença com a elaboração de intervenções precisas, eficazes e específicas? Que tipo de prevenção poderia ser resultado do projeto de conhecimento das teorias neurocientíficas contemporâneas?

Neste campo, as esperanças se voltam para a identificação dos marcadores biológicos das doenças, a partir dos quais seria possível determinar a trajetória de formação da psicopatologia e, consequentemente, intervenções biológicas antecipatórias. Mas, como vimos no material empírico analisado no terceiro capítulo, elevadas são as expectativas e discretos são os resultados. Na busca pelos marcadores biológicos das doenças, dois elementos são considerados chave na investigação neurocientífica: a genética e o cérebro. A partir da análise da carga genética e do funcionamento cerebral seria possível, finalmente, desvendar os processos de formação da doença. Como salientado por Abi-Rached e Rose (2010), tais investigações tem como principais características a utilização de uma abordagem reducionista e o exame dos processos moleculares, direcionando para o nível biológico mais ínfimo a análise da determinação da doença.

No entanto, uma das mais fundamentais apostas dos pesquisadores, a identificação de genes como os primeiros marcadores biológicos dos transtornos, não trouxe os resultados esperados. Reunindo os estudos realizados no âmbito do projeto genoma humano sobre a genética dos transtornos psiquiátricos, o artigo de revisão do GWAS (2009) oferece um interessante panorama das pesquisas do campo. As principais conclusões do artigo apontam para a incapacidade de verificação de uma causalidade genética simples e para o aumento da complexidade das próprias hipóteses investigadas. Além disso, as poucas associações reveladas nas primeiras pesquisas não foram facilmente confirmadas em pesquisas subsequentes. Apesar da limitação dos primeiros resultados, os pesquisadores do campo continuam examinando as variações genéticas que possam ser atreladas aos transtornos, supondo que esse conhecimento será, posteriormente, associado a informações fisiológicas e contribuirá para a compreensão da neurobiologia das doenças.

A limitação dos resultados das pesquisas é reinterpretada a partir da noção de epigenética. Como vimos, o conceito surgido nos anos 40 é retomado e, a partir da década de 90, passa a ser utilizado para compor um novo modelo etiológico das doenças, no qual a interação entre a herança genética e as influências ambientais é responsável pela formação da vulnerabilidade à doença. As pesquisas epidemiológicas em psiquiatria também começam a

adotar essa hipótese, de forma que o objetivo inicial de discriminar a influência hereditária e as influências ambientais, que caracterizavam a pesquisa epidemiológica, começa a ceder lugar à investigação da interação gene-ambiente. Portanto, a hipótese epigenética vem se destacando como operador conceitual importante e, mais fundamental, capaz de dar novo sentido aos resultados inconclusivos tanto das pesquisas genéticas como das pesquisas epidemiológicas. A partir dessa hipótese, a genética e a variação ambiental são entendidas não como fatores que determinam diretamente a doença, mas como contribuições discretas e probabilísticas à formação patológica.

No conjunto dos artigos analisados, a noção de epigenética está atrelada ao modelo neurodesenvolvimental dos transtornos mentais. Nesse modelo, a doença é resultado de processos cerebrais anormais que se desenvolvem lentamente, desde os períodos mais precoces da vida, produzindo alterações duradouras nos circuitos cerebrais que, quando combinadas a demais alterações e condições, podem conduzir à patologia. A epigenética desempenharia o papel de explicar como as influências ambientais alteram a expressão da herança genética em períodos específicos do desenvolvimento cerebral, produzindo modificações moleculares que agem aumentando ou reduzindo o risco de que o desfecho psicopatológico ocorra. Articulados, os conceitos de epigenética e neurodesenvolvimento compõem um modelo emergente de explicação da doença, cuja característica fundamental reside na concepção probabilística que conecta ampla variedade de fatores de risco e graus variados de vulnerabilidade e resiliência à doença.

Neste ponto, podemos observar o quanto a noção de risco é fundamental no modelo, sendo capaz de justificar os resultados esparsos encontrados nas pesquisas experimentais e atrelar a ampla variedade de fatores a que fizemos referência em um mesmo esquema lógico e dotado de coerência. A herança genética não determina se iremos adoecer, mas confere risco aumentado; os prejuízos físicos à saúde da gestante ou do feto não determinam o transtorno mental, mas conferem risco de que o mesmo se desenvolva; a exposição a um ambiente de elevado estresse pode aumentar o risco de formação da patologia mental ou, inversamente, produzir resiliência; a qualidade dos cuidados maternos pode reduzir o risco de que um desfecho patológico ocorra, ou mesmo compensar o aumento do risco ocasionado pela exposição anterior a um fator ambiental prejudicial, e assim por diante.

No entanto, importa destacar que a noção de risco comparece nesse modelo mais como um artefato conceitual capaz de solucionar problemas não resolvidos, articular hipóteses

emergentes e justificar a decepção com a limitação das evidências, do que como um resultado necessário do modelo neurocientífico ou das pesquisas experimentais. Nessa direção, podemos sugerir que a noção de risco não agrega conhecimentos novos ou especialmente relevantes para a compreensão etiopatológica, permanecendo em aberto o entendimento mais preciso dos processos de formação da doença. Com isso, a possibilidade de formulação da noção de prevenção não encontra terreno fértil e, ainda que apareça nas produções do campo, ora de forma explícita, ora de maneira mais sutil, como esperança, promessa ou expectativa, parece ser substituída pelo manejo do risco.

A escolha da noção de risco não é acidental ou arbitrária. Assim como a noção de adaptação se destacou na psiquiatria preventiva dos anos 60 devido à sua afinidade com o contexto cultural e à capacidade de responder às demandas de conhecimento e de ação psiquiátrica da época, sugerimos que a noção de risco vem se destacando no discurso neurocientífico também em função de sua estreita sintonia com as características do contexto vigente. Portanto, além de artefato conceitual interessante e útil no interior do modelo neurocientífico, a noção de risco deve ao menos parte de seu prestígio à sua capacidade de integração às práticas de saúde contemporâneas e à sua reciprocidade com o contexto cultural.

4.2 **Promoção da saúde mental da população *versus* Manejo individual dos riscos**

A psiquiatria preventiva norte-americana, tal como formulada por seus proponentes e defendida por seus partidários, pode ser entendida como uma proposta abrangente de reformulação das ações psiquiátricas. Como vimos, a reorganização da assistência à saúde mental em direção à comunidade nos anos 60 tinha como um de seus principais objetivos promover a reorientação da psiquiatria a partir de princípios preventivos. Ainda que as ações ditas preventivas englobassem diversos níveis de intervenção, desde a educação da população até as ações de reabilitação e inserção dos pacientes recém-liberados dos hospitais à comunidade, vimos florescer as propostas de prevenção primária da doença mental. Neste contexto, as ações de promoção da saúde mental se destacavam no conjunto de propostas e ambições da psiquiatria preventiva e foram apresentadas como a principal estratégia para garantir o desenvolvimento de indivíduos adaptados e, consequentemente, permitir a formação de sociedades saudáveis.

Deste modo, autores como Caplan (1961, 1964), Gruenberg (1958), Bower (1961), Eisenberg (1962), Lemkau (1957a, 1961, 1965), Bolman e Westman (1967) e Bolman (1967, 1968), entre outros, enfatizavam a prevenção primária como tarefa primordial da psiquiatria e sugeriam que o interesse e os esforços do psiquiatra não poderiam se resumir aos pacientes atualmente doentes, mas deveriam tomar como alvos fundamentais os indivíduos saudáveis, a fim de estimular ativamente a saúde e, simultaneamente, evitar o surgimento da doença mental. Como vimos, desde as primeiras décadas do século XX a psiquiatria e demais disciplinas do campo da saúde mental vinham destinando significativo interesse para o crescimento e o desenvolvimento das crianças, buscando conhecimentos e elaborando estratégias terapêuticas que pudessem corrigir possíveis desvios e, principalmente, estimular os processos saudáveis de formação do ego e de adaptação à realidade. A intenção era, sobretudo, garantir a formação posterior de adultos mentalmente saudáveis.

A experiência das duas grandes guerras, em especial a da II Guerra Mundial, viria a ampliar ainda mais o foco de interesses da psiquiatria. As dificuldades de adaptação dos soldados, de cooperação para o trabalho em equipes e de resistência aos altos níveis de estresse experimentados na guerra trouxeram desafios para o conhecimento e a prática psiquiátrica, que até então não estava habilitada para responder a esse tipo de experiência. Os conflitos surgidos no contexto da guerra chamaram atenção para o sofrimento mental mais ordinário, que atinge boa parte dos indivíduos e que, se não equivale à gravidade da doença mental severa, pode ser incapacitante, conduzindo à formação de padrões comportamentais inadequados, prejudicando o desempenho individual e dificultando a inserção na comunidade. Para que tal desfecho não ocorresse, era necessário que a psiquiatria investisse na promoção de comportamentos saudáveis, apoiando, orientando e conduzindo crianças, famílias e indivíduos em crise na sua tarefa de se adaptar à dinâmica social.

No entanto, se a estratégia de execução da promoção da saúde mental passava pelo incremento da saúde individual, o objetivo primordial estava na promoção da saúde mental da comunidade. Caplan expunha claramente a finalidade das ações de prevenção: o estímulo à formação de uma sociedade mentalmente sadia. De acordo com o autor, os casos de psicopatologia individual deveriam ser compreendidos como um conjunto de respostas comportamentais inadequadas surgidas na comunidade e, portanto, intervenções deveriam ser elaboradas para evitar o surgimento deste tipo de resposta e incentivar a construção de padrões socialmente adequados. Interessava promover de forma ampla e irrestrita a adaptação, alterando a dinâmica entre os fatores protetores e os fatores prejudiciais em voga em

determinado contexto, de modo que a comunidade não apresentasse taxas elevadas de doença mental e, como um conjunto coeso e integrado, pudesse manter o equilíbrio entre indivíduo e meio em níveis ideais.

Para tanto, foram elaboradas intervenções em dois níveis: o da ação social e o da ação interpessoal. No plano da ação social, a psiquiatria preventiva pretendia instaurar uma verdadeira manipulação do ambiente, reduzindo a presença dos fatores considerados nocivos à saúde psicológica e promovendo os fatores capazes de proteger os indivíduos contra a doença mental. Para assegurar a adequada oferta de suprimentos aos indivíduos, o psiquiatra preventivo deveria se dedicar à regulação da vida coletiva, intervindo nas mais variadas esferas da dinâmica social como um conselheiro especializado, atuando em prol da promoção da saúde mental. Assim, temas como a segurança alimentar, as condições de vida de recém-nascidos, o acesso à escola, as relações familiares, a qualidade da educação parental e do ensino nas escolas estavam na mira do psiquiatra, que atuaria junto a legisladores, administradores, governantes e demais líderes da comunidade influenciando e aconselhando os profissionais responsáveis pelo funcionamento das instituições e pela criação das regras sociais.

No plano da ação interpessoal, interessava identificar alvos mais pontuais para a intervenção primária, como momentos de vida e relações interpessoais especialmente propícias à formação de comportamentos inadaptados. Como vimos, a criança, a família e o indivíduo em crise foram tomados como os indivíduos ou grupos específicos da população que necessitariam de intervenções diretas, por vivenciarem momentos especialmente propícios para a construção de padrões comportamentais. Ainda que o plano da ação interpessoal fosse caracterizado por intervenções cujas características remetiam ao encontro clínico e às estratégias terapêuticas vigentes no período, a perspectiva comunitária estava presente e o objetivo de promover a saúde mental da população continuava sendo privilegiado. Mesmo com a elaboração de ações de prevenção primária direcionadas à alteração da psicopatologia individual, a intenção final era o incentivo generalizado de práticas que culminassem na garantia da saúde mental da população.

Portanto, com o destaque da prevenção primária, os psiquiatras estavam deliberadamente ampliando o rol de responsabilidades e o campo de intervenção da psiquiatria, conquistando novos espaços de atuação e novos alvos para as ações especializadas. Ainda que tal expansão tenha sido criticada no momento de sua formulação

pelos próprios adeptos da psiquiatria preventiva, o movimento costuma ser interpretado como um dos principais exemplos dos processos de medicalização característicos do século XX. No entanto, veremos que esse projeto ambicioso em intenções e frágil em fundamentação, seria seguido por transformações profundas do conhecimento psiquiátrico, das práticas de saúde e do contexto cultural no qual foi formulado. Como vimos no item anterior, diversos são os fatores do próprio campo da saúde mental responsáveis por impulsionar as alterações que culminaram no que conhecemos por psiquiatria biológica no final do século XX. Mas, além dos fatores internos, reconhecemos a articulação entre alterações na prática psiquiátrica e transformações amplas do campo da saúde, que marcaram as últimas décadas do século passado e contribuíram para o declínio das propostas de promoção da saúde mental da população e para a ascensão das práticas de manejo dos riscos individuais.

De fato, a partir da década de 80 verifica-se o enfraquecimento dos discursos e das instituições coletivas, a redução da responsabilidade governamental na saúde e o predomínio do individualismo nas práticas de saúde. Neste contexto, diversos autores vêm analisando a ascensão de uma cultura do risco na saúde, que estaria provocando transformações importantes nos modos pelos quais as doenças são conhecidas, decodificadas, manejadas e vivenciadas, com especial destaque para as patologias crônicas e para as que envolvem distúrbios de comportamento (CRAWFORD, 2004, 2006; CASTEL, 1987, 1991; ARMSTRONG, 1995, 2012; CASTIEL, 1999; CASTIEL; DIAZ, 2007; CASTIEL; SANZ-VALERO; VASCONCELLOS-SILVA, 2011; ARONOWITZ, 2009, ROSE, 1998, 2010). De um lado, as práticas de manejo do risco mantém certa continuidade em relação a processos e ações médicas que marcaram o século XX. Por outro, inauguram formas de explicar a patologia e possibilidades de intervenção antes impensadas e, consequentemente, geram experiências desafiadoras, dúvidas e incertezas, tanto quanto esperanças e promessas.

Armstrong (1995) localiza no século XX a emergência de uma medicina da vigilância, dedicada a monitorar a população normal, em paralelo ao modelo dominante da medicina moderna, centrado na clínica, na estrutura hospitalar e no saber anatomopatológico, tal como analisado por Foucault. O início do século XX marca a emergência de práticas e técnicas modernas de avaliação e vigilância da população normal (ARMSTRONG, 1995; CRAWFORD, 2004). Em um primeiro momento, essas práticas tinham como alvo principal a criança, uma vez que a mesma estaria submetida aos processos de crescimento e desenvolvimento, que poderiam ser bem sucedidos ou conduzir a estados patológicos, necessitando de inspeção constante. Além das ações de saúde propriamente ditas, como o

acompanhamento pré-natal e do recém-nascido, a saúde mental da criança também despertava atenção e era alvo de cuidados específicos. Como vimos no primeiro capítulo, as *child guidance clinics* exemplificam, no contexto norte-americano, a crescente preocupação com a normalidade psicológica da criança e o surgimento de instituições a ações psiquiátricas inovadoras, dedicadas ao acompanhamento do desenvolvimento psicológico infantil e à divulgação de boas práticas de saúde mental para as famílias.

Durante a II Guerra Mundial, as práticas de exame médico-psicológico proliferaram. Armstrong (2012) mostra a expansão das práticas sistemáticas de *screening* da população que, iniciadas no período entre-guerras para avaliar a saúde de crianças no contexto escolar, ganham fôlego com a necessidade de investigar a condição mental de soldados em recrutamento. Novos instrumentos de avaliação foram elaborados no período do pós-guerra e a prática de avaliação da saúde se estendeu para escolas e, posteriormente, para a população em geral, buscando pesquisar as condições de saúde do indivíduo saudável para encontrar indícios de doença. Como vimos no caso da psiquiatria preventiva norte-americana, a promoção da saúde, a expansão e a diversificação das ações em direção à comunidade e o interesse pelos sofrimentos cotidianos retratam a intenção de observar de forma sistemática e constante a saúde da população de forma a não somente evitar a doença, mas efetivamente estimular o crescimento, o desenvolvimento e a adaptação em direção à normalidade.

No entanto, o monitoramento constante e a promoção da saúde sofreram importantes modificações no final do século XX. Crawford (1980, 2006), Castel (1987) e Armstrong (2012) identificam o final dos anos 70 e início os anos 80 como o momento de transformação fundamental nas práticas de saúde, que inaugura uma fase de acentuada responsabilidade pessoal, de expansão das técnicas médicas de vigilância e de proliferação dos fatores de risco nas definições de doença. A partir desse momento, a competência na avaliação, no acompanhamento e no cuidado à saúde começa a ser assumida como tarefa individual, e entendida como acessível à tomada de responsabilidade por grupos e indivíduos.

Para Crawford (1980), os determinantes sociais, políticos e culturais dos processos de saúde e doença começam a dar lugar a uma ideologia individualista, na qual o auto-monitoramento e mudanças no estilo de vida passam a ser responsáveis pelo sucesso ou fracasso na manutenção da saúde. Com isso, perderiam força o entendimento das questões de saúde como problemas coletivos e, consequentemente, os movimentos e esforços sociais para melhorar as condições de vida e evitar o adoecimento, ao mesmo tempo em que o cuidado

pessoal é alçado à estratégia privilegiada para o alcance da felicidade individual. O autor identifica a transferência das práticas de promoção da saúde anteriormente sob responsabilidade das ciências médicas e psicológicas para o campo das iniciativas individuais de bem-estar, como as práticas holísticas, os recursos de auto-ajuda, os grupos de suporte, etc, que surgem e rapidamente se multiplicam no mesmo momento de declínio das redes de proteção social governamentais.

Castel (1987) realiza análise semelhante, constatando a reorganização das práticas médico-psicológicas, não em função do surgimento das atividades centradas no estilo de vida[58], mas a partir da pulverização de técnicas de gestão administrativa das populações. Para o autor, "assistimos ao advento de estratégias inéditas de tratamento dos problemas sociais, a partir da gestão das particularidades do indivíduo" (CASTEL, 1987, p.17), entre as quais se destacam o retorno do objetivismo médico, a gestão dos riscos individuais e o trabalho psicológico sobre si mesmo. Com isso, o antigo objetivo de promover a adaptação coletiva dos indivíduos à ordem social cede lugar à administração dispersa e burocrática dos fatores de risco, e deixa de passar pelo incremento da saúde mental da sociedade como um todo para ser atingido por meio da mobilização de um indivíduo autônomo, flexível e resiliente, que recorre aos especialistas para auxiliá-lo a enfrentar os problemas da vida e a se tornar ou manter adequadamente funcional.

Se a adaptação deixa de ser um objetivo explícito das ações de promoção da saúde e responsabilidade da psiquiatria, a adequada inserção na vida coletiva permanece no horizonte contemporâneo, mas como responsabilidade de indivíduos e grupos. Neste contexto, não haveria mais lugar para a tomada de responsabilidade da psiquiatria e para a apresentação do psiquiatra como regulador especializado da vida social, de modo que o ideal adaptativo da disciplina torna-se obsoleto. Para Crawford (1980), a ideologia individualista, que promove a atenção individual às questões de saúde e exige disposição para exercer o autocontrole e flexibilidade para mudança, pode gerar benefícios concretos para a saúde e o bem-estar de alguns, mas "também estaria a serviço da ilusão de que podemos, como indivíduos, controlar nossa própria existência" (p.368).

[58] Castiel e Diaz (2007) analisam o conceito de "estilo vida", mostrando o destaque da noção em documentos de saúde pública da OMS, o aspecto predominante de responsabilização individual que o acompanha, a culpabilização dos sujeitos que, frequentemente, aparece como uma das mais importantes consequências da sua adoção no campo da saúde, e a insuficiência no que se refere à sua utilização como estratégia fundamental de promoção da saúde.

A partir deste momento, as experiências de adoecimento e de cuidado à saúde começam a se configurar como práticas de manejo do risco, focadas na atenção às próprias condições médico-psicológicas, no controle pessoal, na mudança de hábitos e na busca constante por informações de saúde. Para Armstrong (2012), as antigas práticas de exame populacional foram substituídas por estratégias clínicas individualizadas, compatíveis com o cenário de múltiplos fatores de risco. Assim, além do deslocamento da promoção da saúde para as práticas de estilo de vida, estaríamos observando também o deslocamento da investigação coletiva dos estados de adoecimento, proposta como ação médica fundamental para a prevenção de diversas patologias, para a internalização da responsabilidade de monitorar as ameaças à saúde.

A passagem da promoção da saúde para o manejo individual dos riscos alterou as formas de vivenciar as experiências de saúde e doença. Como afirmam Crawford (2004) e Aronowitz (2009), o indivíduo que maneja o próprio risco de adoecer é alguém em permanente estado de atenção, observando o próprio corpo em busca de sinais ocultos de doença, submetendo-se a diversas técnicas de *screening* médico, avaliando as informações e opções de intervenção atualmente disponíveis, promovendo mudanças de hábitos, compartilhando com os especialistas a análise de possibilidades e, finalmente, realizando escolhas que supostamente aumentam ou diminuem a vulnerabilidade à doença. Trata-se de um projeto individual, em estreita sintonia com as características do contexto cultural e as formas de governo predominantes na contemporaneidade.

A ascensão da cultura do risco que observamos não é exclusiva das práticas de saúde, mas pode ser entendida como uma característica importante do contexto contemporâneo, desempenhando papel de destaque na vida social e na experiência subjetiva. Autores como Beck (1992; 2009), Beck, Giddens e Lasch (1997), Giddens (2002) e Lupton (1999), entre outros, analisam a predominância do risco como aspecto cultural relevante na modernidade tardia, na qual encontraríamos um processo crescente de produção de riscos das mais variadas naturezas, muitos deles atuando em uma dimensão globalizada e, frequentemente, como ameaças invisíveis. Ao mesmo tempo em que proliferam a incerteza e a insegurança sobre a vida coletiva e individual, a ênfase no individualismo transfere para o âmbito da responsabilidade pessoal o monitoramento contínuo e as tentativas de controle das supostas

ameaças[59]. Assim, caberia ao indivíduo avaliar e intervir sobre os riscos que o ameaçam, nas mais diversas esferas da vida.

As análises que privilegiam as formas de governo predominantes na contemporaneidade também destacam o risco como aspecto cultural importante, mas o interpretam como uma tecnologia de governo especificamente atrelada ao projeto liberal das chamadas sociedades democráticas avançadas, ou pós-industriais. Marcada por novas formas de regulação, essas sociedades teriam como característica fundamental a mesma ênfase na responsabilidade pessoal identificada pelos analistas da "cultura do risco", a partir da qual o indivíduo autônomo assume as tarefas antes atribuídas às instituições coletivas e conduz a si mesmo. Neste processo de auto-gestão, no qual novas relações são estabelecidas com os especialistas, importa combinar as escolhas individuais e o objetivo de auto-aperfeiçoamento com os discursos e as práticas especializadas, disponíveis para assessorar o manejo de si (Miller e Rose, 2008)[60].

No entanto, nos interessa compreender de que modo tais transformações amplas do contexto cultural alteram as formas como regulamos especificamente as questões de saúde e doença. Neste caso, parece consenso entre os diversos autores citados a responsabilidade individual no manejo dos riscos à saúde. Entretanto, ao mesmo tempo em que aumentam o cuidado e o monitoramento individuais na saúde, crescem as dúvidas sobre a etiologia e o controle das doenças. A mesma incerteza sobre a determinação da doença atrelada à noção de risco que identificamos no caso das teorias neurocientíficas contemporâneas é observada no campo médico geral por Crawford (2004, 2006), Aronowitz (2009), Rosenberg (2009) e Armstrong (2012). Como uma espécie de resultado inesperado e indesejado da produção científica atual, o avanço no conhecimento médico não estaria resultando no aumento direto da segurança e do controle sobre a totalidade dos processos de adoecimento. Com o privilégio da noção de risco, a própria definição das categorias médicas começa a se alterar e a trajetória de formação da doença passa a ser povoada por uma multiplicidade de fatores que contribuem, mas não necessariamente determinam a formação patológica.

Além da alteração na própria história natural da doença, a velocidade do surgimento de novas informações sobre saúde e a frequência e o modo como as mesmas são divulgadas nos meios de comunicação, muitas vezes desqualificando informações anteriores e apelando

[59] Sobre a análise da cultura do risco, conferir os autores citados. Para um panorama das diferentes abordagens críticas sobre o risco, conferir a introdução de Lupton (1999).
[60] Sobre as formas de "governamentalidade" contemporâneas, conferir Miller e Rose (2008).

para o medo de adoecer dos indivíduos, também contribuem para o crescimento do sentimento de incerteza. Com a ampla oferta de informações médicas, somos expostos às novas definições de doença, às novas tecnologias de investigação e diagnóstico e às novas possibilidades de tratamento, mas a abundância de dados não equivale ao aumento de confiança do indivíduo sobre a possibilidade de controlar o processo de adoecimento ou de aumentar as garantias sobre o futuro. Como afirma Rosenberg, "buscamos novas garantias preditivas, mas frequentemente criamos novas incertezas" (2009, p.803). Cabe ao indivíduo autônomo acompanhar as prescrições divulgadas nos meios de comunicação, mantendo-se constantemente atualizado, identificando possíveis riscos, buscando ajuda especializada e submetendo-se às mais variadas tecnologias de investigação.

Com isso, a relação entre o indivíduo que gerencia o próprio risco e os especialistas se altera. Apesar da consensual interpretação de aumento do individualismo nas práticas de saúde, os especialistas preservam um papel importante nas práticas de manejo do risco, atuando como agentes externos capazes de realizar a análise objetiva de probabilidades que caracteriza a avaliação do risco. Ainda que a mensuração objetiva do risco seja problemática, uma vez que o resultado final não envolve qualquer tipo de garantia, mas uma chance e, em muitos casos, a necessidade de uma escolha entre determinadas opções, a promessa de alcançar algum grau de objetividade pode ter a importante função de reduzir o sentimento de incerteza e, consequentemente, a ansiedade que acompanha o processo de manejo individual do risco (CRAWFORD, 2004, 2006; ARONOWITZ, 2009; ROSENBERG, 2009). Ao oferecer um enquadre para as incertezas do indivíduo, e tornar o futuro acessível por meio da intervenção preventiva, o especialista estaria contribuindo para a retomada de controle almejada com o monitoramento constante da saúde.

Por fim, cabe destacar a importância de dois novos atores no intenso processo de transformação que marcou o campo da saúde nas últimas décadas. A indústria farmacêutica e a enorme variedade de produtos de saúde oferecidos no mercado desempenham um papel fundamental nos modos pelos quais lidamos com a doença na atualidade. No campo psiquiátrico, as chamadas drogas psicotrópicas, que nos 60 permitiram o intenso processo de desinstitucionalização ao reduzirem os sintomas dos pacientes mais graves, contribuindo para a sua inserção na comunidade, vêm sendo cada vez mais consumidas como estratégias individuais para regular sofrimentos cotidianos. Como afirma Rose (2007a), o uso dos psicotrópicos não pode mais ser entendido simplesmente como controle dos comportamentos desviantes, mas se insere nas práticas de intervenção do indivíduo sobre si mesmo,

participando de uma ética de auto-regulação, aperfeiçoamento individual e promoção da saúde.

No entanto, os interesses da indústria farmacêutica não só corroboram os modos individuais de lidar com a saúde, mas efetivamente produzem o entendimento do risco como um estado para o qual podem ser elaboradas intervenções. Greene (2007) mostra que a indústria farmacêutica desempenhou um papel ativo e fundamental na redefinição dos critérios de inclusão para determinadas patologias, justamente aquelas para as quais novos medicamentos estavam sendo elaborados. Assim, a "descoberta" de novas doenças e de fatores de risco específicos muitas vezes resulta do próprio investimento das indústrias na investigação de estados intermediários e, principalmente, na redefinição de condições assintomáticas em estados de risco. Com isso, estabelece-se a "prevenção farmacêutica", que atualmente conhecemos como uma das principais práticas de manejo do risco, retirando os indivíduos e suas doenças do campo dos sintomas e tratamentos, para direcioná-los ao universo da detecção precoce de estados assintomáticos e das intervenções medicamentosas preventivas.

Dumit (2012), ao analisar a atuação das maiores empresas da indústria farmacêutica norte-americana, sugere que a forma como as mesmas produzem, divulgam e vendem seus produtos vem produzindo uma nova gramática da doença, atrelando risco, experiência individual e tratamento de forma a atingir os objetivos de aumento do consumo de medicamentos e, consequentemente, de maximização do lucro[61]. A partir da retórica produzida por essas empresas, determinados aspectos da experiência individual tendem a ser redescritos e reclassificados, passando de variação cotidiana a sintomas antes desconhecidos, ou a indícios de risco de doença. Com isso, contribuem para a difusão de "uma imagem de saúde como redução de risco e de informação como abundância de fatos parciais" (DUMIT, 2012, p.55). Logo, as medidas e experiências de ser ou estar saudável começam a ceder lugar a investigações de sintomas ou riscos invisíveis e a avaliações dos graus de vulnerabilidade, inaugurando também o caminho para a difusão das medicações preventivas[62].

[61] Cabe fazer uma ressalva sobre o mercado norte-americano que, diferente de demais países, permite a propaganda direta ao consumidor de medicamentos. Deste modo, a influência da indústria farmacêutica nas definições de doença e na vivência das experiências de adoecimento pode ser mais intensa e direta nesse contexto do que aquela verificada em outros países.

[62] Ambos os autores apontam a importância dos ensaios clínicos randomizados na construção dos fatores de risco passíveis de intervenção (GREENE, 2007; DUMIT, 2012). Tais pesquisas, muitas vezes realizadas com recursos das próprias indústrias, atreladas ao investimento da saúde pública no conhecimento epidemiológico do risco e

Além da indústria farmacêutica, nas últimas três décadas, o campo da saúde testemunhou o surgimento de um novo ator social. Formados por pacientes, familiares, cuidadores e por entidades que os representam, os movimentos de pacientes vêm participando de forma ativa e influente da dinâmica de construção e contestação das experiências de saúde e doença (DUMIT, 2006; LANDZELIUS, 2006; NOVAS, 2006). Boa parte do ativismo contemporâneo atua em prol da cura ou de avanços nas formas de diagnóstico e tratamento das doenças, alterando, redescrevendo e, principalmente, lutando por determinados interesses no campo da saúde. Com isso, exercem um papel importante no governo e na promoção da saúde dos indivíduos, participando ativamente da nova dinâmica social que conjuga conhecimento biomédico, interesses econômicos e responsabilidade individual.

De um lado, o ativismo dos movimentos de pacientes cria identidades coletivas e mobilização política, alterando, ao menos em parte, a experiência estritamente individual contemporânea. Por outro lado, não somente facilitam como demandam a produção de conhecimentos e produtos biomédicos, seja convergindo com os interesses da indústria, seja exigindo novos investimentos ou contestando práticas por ela divulgadas. Como mostra Novas (2006), a esperança é um fator crucial na motivação do ativismo desses grupos, implicados na busca por alternativas que permitam a intervenção nas condições médico-psicológicas no presente com vistas a alterar as possibilidades futuras de doença. Contribuem, portanto, para a centralidade do manejo individual dos riscos como característica fundamental das experiências contemporâneas de saúde e doença que descrevemos até aqui.

4.3 **Risco psiquiátrico e práticas de saúde contemporâneas**

Em nossa investigação das concepções teóricas e práticas preventivas contemporâneas, identificamos o risco como operador conceitual fundamental, presente tanto na descrição das hipóteses etiológicas neurocientíficas quanto nas propostas emergentes de intervenção antecipatória atreladas às categorias diagnósticas. Portanto, a noção de risco aparece não somente como conceito capaz de explicar o encadeamento de fatores biológicos e ambientais na formação da doença, mas também como justificativa e fundamento de propostas de intervenção psiquiátrica que almejam evitar a formação da doença. Em ambos os casos, a despeito das dificuldades e limitações dos resultados das pesquisas experimentais, a noção de

---

ao crescimento do poder da indústria farmacêutica, atuariam como um dos mais importantes promotores das novas formas de intervenção médica, a "prevenção medicamentosa".

risco vem gerando esperanças, promovendo expectativas e motivando a suposição de que inovações clínicas, terapêuticas ou mais diretamente preventivas possam ser derivadas do seu conhecimento.

A emergência da lógica do risco é apontada por autores como Lock (2007), Rose (2007b) e Lemke (2007), entre outros, que examinam em diferentes contextos a mesma transformação no conhecimento biomédico. A partir da ausência das esperadas evidências científicas das pesquisas biomédicas mais deterministas, novas hipóteses e formas de investigação começaram a ser elaboradas, considerando a complexidade dos fenômenos patológicos e, especialmente, a combinação entre a herança biológica e a interação entre organismo e meio como um modelo mais genuíno e factível para o saber biomédico. Lock (2007) sugere que as transformações recentes na biologia molecular são da ordem de uma mudança de paradigma, na medida em que as "trajetórias biológicas não são mais pensadas como necessariamente lineares ou unidirecionais" (LOCK, 2007, p.63). Para a autora, ainda que boa parte das pesquisas biomédicas mantenha como estratégia o reducionismo e acabe por resvalar em simplificações, a complexidade biológica não pode mais ser negada e a caracterização da biologia molecular como essencialmente reducionista e determinista não faria jus às novas formas de abordagem da doença.

Rose (2007b) identifica a mesma transformação epistemológica no campo das pesquisas genéticas, de forma que o determinismo genético mais simples, exemplificado pelo paradigma do "gene para" determinada doença, que dominou as pesquisas moleculares dos anos 60 até o final do século XX, começa a ser reformulado. A partir da virada do século, a hipótese da vulnerabilidade genética começa a se destacar no conjunto das pesquisas genômicas, dando ensejo a novas formas de compreender e manejar a doença. Se os genes não são mais "destino, mas oportunidade" (ROSE, 2007b, p.147), novas práticas e intervenções médicas podem ser derivadas do emergente conhecimento sobre a vulnerabilidade biológica, especialmente aquelas que pretendem antecipar e prever desfechos patológicos, como o *screening* genético, o diagnóstico precoce, a investigação da especificidade genética na resposta aos medicamentos, etc.

No campo psiquiátrico, a partir da compreensão dos caminhos etiopatológicos do risco, espera-se que novos instrumentos de diagnóstico precoce possam ser desenvolvidos (JIRTLE; SKINNER, 2007), que novos alvos para a intervenção medicamentosa sejam identificados (NESTLER, 2009) e que novas estratégias de intervenção preventiva sejam

delimitadas (JIRTLE; SKINNER, 2007; RUTTEN; MILL, 2009; BALE et al, 2010; MURGATROYD; SPENGLER, 2011). Para esses e tantos outros autores do campo neurocientífico, as dificuldades encontradas nas pesquisas experimentais serão ultrapassadas por meio da reelaboração das hipóteses de investigação, com a noção de epigenética, da redefinição dos objetos investigados, com o conceito de endofenótipos, do refinamento dos instrumentos e modelos de pesquisa, especialmente do modelo animal, e da manutenção dos investimentos na área.

Contudo, independentemente dos sempre aguardados avanços das evidências científicas, algumas características do modelo de explicação da doença fundamentado no risco geram resultados e impactos imediatos. Uma das principais características desse modelo, cujas consequências começam a ser observadas nas propostas e práticas psiquiátricas, é a suposta abertura, flexibilidade, incerteza dos caminhos de formação da doença. Como vimos, no modelo epigenético e neurodesenvolvimental, os fatores de risco importantes para a formação da doença não desempenham um papel determinante na patologia, mas podem aumentar ou reduzir o risco de que a mesma ocorra. A temporalidade e a intensidade da exposição ao fator ambiental também são capazes de alterar o risco, exercendo impacto sobre a herança genética, por meio da epigênese, e mesmo compensando a exposição anterior a fatores ambientais nocivos. A extensão dos mecanismos epigenéticos aos períodos posteriores da vida, além dos períodos pré, pós-natal e precoce do desenvolvimento, amplia ainda mais as esperanças de intervenção psiquiátrica.

A natureza dinâmica e potencialmente reversível da neurobiologia do risco traria a possibilidade promissora de transformação, reversão e manipulação dos desfechos patológicos por meio de intervenções prioritariamente biológicas, capazes de atuar no presente para alterar o futuro. A ênfase no risco teria, portanto, duplo significado. Por um lado, interessa investigar os fatores de risco prejudiciais ao desenvolvimento neural, principalmente na medida em que os mesmos podem dar ensejo a transtornos mentais. Por outro lado, uma vez que a avaliação do risco implica em um cálculo probabilístico, que apresentará como resultado variações de vulnerabilidade e resiliência, inauguram-se atalhos para intervenções modificadoras da psicopatologia. Como vimos, se a prevenção propriamente dita dependeria da identificação mais precisa dos marcadores biológicos, a avaliação, o acompanhamento e a alteração dos níveis de vulnerabilidade ao transtorno mental podem ser implementados a partir dos conhecimentos neurocientíficos atuais, configurando o manejo do risco. Veremos quais são algumas das consequências que tal transformação vem promovendo nas experiências de

adoecimento e, especificamente, como a nova experiência do risco se configura no campo psiquiátrico.

A primeira consequência se refere ao aumento do número de indivíduos submetidos ao acompanhamento, à avaliação e à intervenção médica com o surgimento da categoria de "*at risk*". Se, interessa identificar não apenas os doentes, mas também os indivíduos experimentando os estados patológicos intermediários, os "sob risco" para determinada patologia, veremos a ampliação daqueles sob escrutínio médico. Na lógica do risco, os sinais e sintomas mais óbvios não são mais os únicos ou principais indicativos de que o processo patológico está em curso, e surgem estados intermediários, pré-sintomáticos, que sugerem a possibilidade de que uma doença se desenvolva. Aronowitz (2009) cita as lesões pré-cancerosas, a pré-hipertensão e a pré-diabetes como exemplos de estados clínicos que, se não são considerados patológicos, sinalizam uma condição fronteiriça, a partir da qual a possibilidade de ocorrência da doença torna-se mais provável e, portanto, inspira atenção, vigilância e cuidados.

Como consequência, autores como Aronowitz (2009) e Rosenberg (2009), entre outros, sugerem que o processo de diagnóstico médico vem se alterando de forma que a detecção precoce começa a ser privilegiada como experiência diagnóstica e atividade clínica no contexto de saúde contemporâneo. Podemos supor que essa seja uma das mais importantes consequências da proliferação de novas tecnologias médicas e do estimulo constante à vigilância e escrutínio do próprio corpo que caracterizam as práticas de saúde contemporâneas. De fato, para Rosenberg, estamos experimentando "um mundo de *screening* crescente e de doenças frequentemente sem sintomas" (ROSENBERG, 2009, p.802), no qual as fronteiras entre os fatores de risco e as doenças manifestas tornam-se cada vez mais populosas, contestadas e indefinidas. Voltaremos a esse ponto mais adiante.

Castel (1987, 1991) foi um dos primeiros autores a analisar o impacto da ascensão do risco no campo psiquiátrico. Investigando o que chamou de mutações contemporâneas das técnicas médico-psicológicas, Castel sugere que, a partir da década de 70, a estrutura da psiquiatria como instituição social governamental responsável pelo cuidado à doença mental começa a sofrer transformações e a ser substituída por uma série de atividades especializadas e dispersas de gestão social das populações. Entre os tipos de ação médico-psicológica surgidos nesse contexto, identificado como uma nova fase de "gestão das fragilidades individuais" (CASTEL, 1987, p.18), aparece a gestão dos riscos, na qual a ambição da

psiquiatria de prevenir a doença mental se aproxima cada vez mais de um rastreamento dos riscos. No entanto, o foco da análise de Castel está na dimensão de prevenção da ameaça que o doente mental pode trazer à população em função de sua suposta periculosidade. Nesse caso, o autor identifica um deslocamento dos discursos preventivos sobre o louco, tratado como indivíduo perigoso, para a consideração dos fatores de risco dispersos que podem, de forma probabilística, representar perigo de violência (1991)[63].

Rose (1998) analisa a lógica do risco no campo psiquiátrico, especialmente no que se refere ao surgimento de novas formas de controle e exercício do poder, também relacionando a avaliação do risco às medidas do perigo atribuído a alguns portadores de transtorno mental. No entanto, se a categoria de "perigo" era exclusiva dos doentes mais graves e, com isso, usualmente aplicada a um número significativamente restrito de indivíduos, a categoria de "risco" começa, a partir da década de 90, a ser utilizada para avaliar os diferentes e contínuos níveis de ameaça atrelados aos pacientes psiquiátricos, seja a ameaça de violência contra a população, de suicídio ou de auto-negligência. Assim como Castel, Rose identifica nas práticas de avaliação do risco de violência a origem da difusão do manejo do risco como ação psiquiátrica central nas políticas de saúde mental contemporâneas. De ato exclusivo do psiquiatra forense, a avaliação do risco teria se estendido como responsabilidade para os psiquiatras em geral e para todos os profissionais de saúde mental[64].

Entretanto, ainda que tal expansão das práticas de manejo do risco possa estar redefinindo profundamente a ação psiquiátrica, ao menos no contexto anglo-saxão, nos interessa discutir especificamente a ascensão das práticas de avaliação, monitoramento e intervenção dirigidas ao risco de adoecer como alternativa aos discursos preventivos precedentes. Como vimos, as propostas de intervenção psiquiátrica baseadas na consideração do risco de desenvolver transtornos mentais estão atreladas às categorias diagnósticas e se organizam em duas vertentes: a primeira, toma como ponto de partida o diagnóstico de transtorno mental na infância e adolescência e pretende avaliar o risco que tais fenômenos podem sinalizar em direção ao desenvolvimento de transtornos mais graves na fase adulta, à manutenção e ao agravamento de condutas antissociais, ao surgimento de transtornos de uso

[63] Uma das principais consequências da passagem da "periculosidade ao risco", criticada por Castel, seria o declínio do sujeito como alvo das práticas preventivas, em favor de uma coleção de traços de risco e, em função disso, a substituição do encontro clínico pela gestão administrativa e especializada do risco.

[64] Cabe destacar que o Reino Unido é uma das regiões nas quais se verifica com mais clareza o predomínio das práticas de avaliação do risco no campo psiquiátrico. Rose (1998) cita diversos exemplos extraídos de documentos da política de saúde mental local como ilustração da expansão desse tipo de ação, além de citar exemplos similares nos EUA.

de substâncias e à formação de variados prejuízos psicossociais, elaborando intervenções capazes de alterar o prognóstico negativo de crianças e adolescentes; a segunda, tem como objetivo intervir exatamente nos estados patológicos intermediários anteriormente descritos para alterar, retardar ou mesmo impedir a formação da doença.

Em ambos os casos, verificamos a lógica vigente de intervir no presente para alterar o futuro. Seja buscando identificar estados patológicos que não são abrangidos pelos instrumentos diagnósticos atualmente disponíveis, como o "estado mental de risco", ou determinar características que especifiquem quais crianças ou adolescentes são mais vulneráveis à manutenção de condutas antissociais e à permanência de transtornos que gradativamente se agravam, importa descobrir para quais conjuntos de indivíduos a psiquiatria pode elaborar intervenções e alterar desfechos psicopatológicos. À parte os diferentes níveis de sofrimento e de severidade dos casos atuais, se os mesmos sinalizam um futuro indesejado, mais custoso, com altos índices de violência ou difícil de manejar a partir do conhecimento e da terapêutica psiquiátrica vigente, a identificação e a intervenção precoces se mostram opções atraentes e almeja-se a antecipação que caracteriza a lógica do risco.

No entanto, como vimos, determinar de forma razoavelmente consensual o risco de um indivíduo ou de grupos de pacientes não é tarefa fácil. No primeiro caso analisado, pudemos constatar as dificuldades envolvidas na delimitação precisa das crianças diagnosticadas com transtorno da conduta (TC) que apresentariam o risco mais elevado de manutenção e agravamento do comportamento antissocial. Ainda que diversas pesquisas tenham confirmado a hipótese que associa a categoria a um risco elevado de condutas antissociais, violência e crime na idade adulta, permanecem em debate quais características do transtorno poderiam servir como índices seguros de vulnerabilidade.

Diante da ausência de marcadores biológicos que permitam o monitoramento do risco, a idade de surgimento do TC é uma das características mais pesquisadas como indicador de vulnerabilidade. Mas, como afirmam os próprios pesquisadores do campo, seria necessário estabelecer parâmetros que diferenciassem os casos limitados à infância e aqueles que, de fato, tornam-se crônicos e se estendem até a vida adulta, evoluindo, por exemplo, para o transtorno de personalidade antissocial. Como vimos, o surgimento na infância é um dos mais importantes indicadores de cronicidade do comportamento antissocial. Ainda assim, as diferenças encontradas entre estudos preditivos (*follow-foward*) e estudos de revisão (*follow-*

up) sobre a continuidade da psicopatologia dos comportamentos antissociais não é facilmente explicada. A proposta de inclusão do *callous unemotional traits* como um especificador dos subgrupos de TC no DSM-V aponta para a intenção de discriminar as crianças "mais graves", ou seja, as que representam risco elevado de persistência da conduta antissocial, mas também gera questionamentos, uma vez que esse traço está associado à psicopatia em adultos. Mesmo os pesquisadores que defendem a validade preditiva do TC concordam que é imprescindível construir parâmetros mais precisos para avaliar o risco de crianças e adolescentes.

Do mesmo modo, a delimitação do "estado mental de risco" gera controvérsia e mobiliza os pesquisadores do campo da detecção precoce da psicose. Ainda que a investigação dos marcadores biológicos para a esquizofrenia receba muito investimento e essa seja uma das categorias mais pesquisadas pelas neurociências, não foi possível, até o momento, elaborar intervenções preditivas baseadas em evidências biológicas. A pesquisa dos endofenótipos da esquizofrenia surge como uma área promissora, prometendo tornar mais acessível ao conhecimento a trajetória psicopatológica e servir como fundamento para instrumentos de detecção precoce objetivos. No entanto, apesar da esperança de avançar no conhecimento neurobiológico da esquizofrenia a partir das pesquisas neurocientíficas, foi no contexto clínico que a noção de estado mental de risco foi construída. A partir de experiências inovadoras no atendimento de pacientes psicóticos, surgiu a possibilidade de identificar indivíduos "pré-psicóticos" e oferecer intervenções que alterem o curso da doença, retardando o surgimento do primeiro surto ou mesmo impedindo que esse desfecho se concretize.

Fazendo referência a um conjunto de sintomas ou comportamentos que sinalizam a possibilidade de surgimento da psicose, mas não a garantem, o conceito de estado mental de risco vem sendo utilizado para detectar precocemente o risco para psicose. Boa parte da produção do campo se destina ao aperfeiçoamento da própria delimitação do estado mental de risco, buscando determinar com mais precisão as taxas de conversão para a psicose, evitar os casos de falso-positivo, e testar as opções de intervenção a serem oferecidas aos pacientes. Podemos afirmar que a noção de estado mental de risco adquiriu certa estabilidade no campo, ao ponto de motivar a elaboração de uma categoria diagnóstica exclusiva no DSM-V. Entretanto, a proposta de inclusão de uma categoria destinada a identificar sistematicamente o estado de pré-psicose foi muito contestada, gerando polêmica e discordância tanto no meio psiquiátrico como de críticos da disciplina, e aparecerá na nova versão do manual apenas no apêndice, indicando a necessidade de pesquisas posteriores.

Como sinalizam Castel (1987, 1991) e Rose (1998, 2010), a efetiva avaliação técnica do risco em psiquiatria é extremamente difícil. Ambos os autores afirmam a dificuldade de se estabelecer parâmetros objetivos e bem fundamentados de avaliação do risco. A partir de uma análise de aspecto mais administrativo do que médico, como sugeria Castel (1991), os profissionais de saúde mental devem avaliar, monitorar e elaborar estratégias para minimizar o risco de determinado paciente, em uma ação que individualiza o doente e, ao mesmo tempo, exige a localização objetiva do seu nível de vulnerabilidade a partir de um conjunto de critérios previamente selecionados. No entanto, como vimos nos dois casos analisados, trata-se da tarefa um tanto quanto arriscada de previsão probabilística de resultados futuros a partir de uma combinação única e incerta de fatores de risco. Portanto, de tentar tornar acessível, previsível e, quem sabe, contornável, o que é ocasional e incerto.

Se os dois exemplos de práticas de manejo do risco analisados se aproximam no que se refere ao objetivo de intervir no presente para alterar o futuro e às dificuldades de delimitação do público alvo das intervenções, algumas diferenças se destacam. Podemos observar que, no caso do estado mental de risco e da detecção precoce da esquizofrenia, interessa identificar precocemente os indivíduos em risco de adoecer, enquanto no caso do TC e do TDAH, o segundo de forma menos nítida, importa identificar precocemente os indivíduos que representam risco para os outros, tanto quanto para si mesmos. Rose (2010) sugere essa distinção ao propor que dois sentidos de risco estão em voga na psiquiatria contemporânea: os indivíduos "*at risk*" e os indivíduos "*risky*".

No primeiro caso, utilizamos o estado mental de risco e a detecção precoce da psicose como ilustração, mas podemos supor que a identificação dos indivíduos sob risco de adoecer desenvolvendo transtornos psiquiátricos motiva a busca por marcadores biológicos para as mais variadas patologias, como o autismo, a depressão, o próprio TDAH, entre outros. As principais estratégias utilizadas para avançar o projeto de identificação de indivíduos em risco, como vimos, são a pesquisa de endofenótipos e o aperfeiçoamento dos modelos animais. Para todas as categorias diagnósticas, seria desejável encontrar marcadores biológicos que permitissem a identificação precoce e, a partir desse conhecimento, elaborar intervenções capazes de antecipar prejuízos futuros. Esta ênfase no diagnóstico precoce não seria exclusividade da psiquiatria, mas, como vimos, vem marcando as práticas de saúde contemporâneas como uma tendência verificada em diversas áreas, e produz alterações importantes tanto nas categorias médicas quanto nas experiências de adoecimento (ARMSTRONG, 1995; ARONOWITZ, 2009; ROSENBERG, 2009; ROSE, 2007, 2010).

No segundo caso, importa identificar os indivíduos que representam risco elevado para os outros, tanto quanto para si mesmos. Não à toa, temas como violência, crime, agressividade e impulsividade aparecem não somente com frequência nas discussões sobre o manejo do risco de crianças e adolescentes diagnosticados com TC e TDAH, mas de fato, motivam o interesse por essas categorias. Centramos a análise especialmente no TC, visto que o suposto risco envolvido na categoria é mais explícito, mas hipóteses semelhantes aparecem atreladas ao TDAH, ao transtorno desafiador de oposição e ao *callous unemotional traits*. Em todos os casos, a possibilidade de encontrar marcadores que sirvam como referência para os indivíduos que apresentam risco elevado de comportamento antissocial e, consequentemente, identificar antecipadamente aqueles que, no futuro, virão a desviar das normas sociais e representar ameaças à ordem instituída, impulsiona as pesquisas. Partindo das interpretações de Castel e Rose sobre a passagem do perigo ao risco, podemos supor que tais intenções indiquem tentativas de atualizar a investigação sobre indivíduos perigosos e redescrever, partindo do vocabulário neurobiológico vigente, antigos temores e anseios de regulação da psiquiatria. Voltaremos a essa questão mais adiante.

Podemos considerar o que descrevemos e analisamos até aqui como as características gerais da ascensão do manejo do risco na psiquiatria contemporânea. Se diversos são os elementos que sugerem o contraste com períodos anteriores do conhecimento e da prática psiquiátrica, especialmente no que se refere ao predomínio das teorias psicossociais e da prevenção, alguns aspectos indicando continuidade ou similaridade chamam a atenção. Exploraremos, de forma preliminar, algumas destas questões a seguir.

4.3.1 A “redescoberta” do ambiente

A produção contemporânea do conhecimento biomédico vem promovendo o redirecionamento das hipóteses investigadas, a alteração dos modelos etiológicos adotados na explicação das doenças e, como vimos, redefinições das próprias categorias médicas. Lock (2007) e Rose (2007a, 2007b), entre outros, mostram essa transformação nos campos da genética e da biologia molecular, nos quais as primeiras hipóteses investigadas, baseadas no determinismo biológico direto passam, gradativamente, a ser substituídas por hipóteses mais complexas sobre a formação das doenças. Com exceção da investigação das patologias genéticas simples, que são determinadas por alterações exclusivas em um único gene, as

pesquisas baseadas no modelo científico do mecanicismo biológico não trouxeram os resultados empíricos esperados. Como afirma Lock (2007), as metáforas associadas ao Projeto Genoma Humano, como a decifração do Código da Vida, a leitura do Livro da Vida, que exemplificavam a ambição do projeto e a esperança de encontrar no código genético o fundamento dos mais variados fenômenos humanos, caíram em desuso.

Para as patologias ditas complexas, como a grande maioria das doenças crônicas, e para as que envolvem distúrbios comportamentais, como os transtornos mentais, as hipóteses deterministas mais simples vêm se mostrando insuficientes e, junto à continuidade das pesquisas reducionistas, observa-se o surgimento de modelos de investigação nos quais a biologia não é tomada como linear ou unidirecional. No campo da saúde coletiva, autores como Armstrong (2012), Aronowitz (2009), Rosenberg (2009) e Dumit (2012), entre outros, identificam a mesma tendência de aumento da complexidade das definições de doença, com a proliferação dos fatores de risco que contribuem para a sua determinação e, consequentemente, de dificuldades e incertezas que passam a caracterizar os processos de promoção e regulação da saúde e de diagnóstico, tratamento e prevenção das doenças.

A partir do conjunto de artigos analisados no terceiro capítulo, sugerimos que a ascensão do risco no conhecimento biomédico pode ser entendida como uma consequência inesperada e, mesmo, indesejada das pesquisas experimentais recentes. Como vimos, o principal objetivo do projeto neurocientífico era encontrar a determinação biológica dos transtornos, cuja origem poderia ser explicada pelo funcionamento biológico molecular, o que resultaria no deslocamento dos discursos psicossociais como explicações apropriadas sobre os fenômenos mentais patológicos. No entanto, ao menos no escopo de investigações neurocientíficas recentes, tal objetivo não vem sendo alcançado com facilidade, de modo que a noção de risco aparece como artefato conceitual utilizado para justificar a decepção com as evidências científicas e reunir, em um conjunto lógico, hipóteses emergentes sobre a patologia mental. Assim, as noções de epigenética e neurodesenvolvimento são combinadas e empregadas em uma descrição neurocientífica dos transtornos mentais que, ainda que localize o cerne da experiência psicopatológica no funcionamento biológico, é menos determinista e mais probabilística do que esperavam seus idealizadores.

Na investigação da determinação biológica dos transtornos, as pesquisas do que conhecemos como psiquiatria biológica localizam como núcleos da explicação da doença dois elementos fundamentais: a herança genética e o funcionamento cerebral. No novo modelo, a

despeito da manutenção da centralidade da herança genética e do funcionamento cerebral, um terceiro elemento é retomado e volta a compor a trajetória psicopatológica, desempenhando um papel importante nos caminhos que conduzem à formação da doença. O ambiente, que em outros momentos do conhecimento psiquiátrico foi alçado à origem da causalidade da doença, e que no projeto neurocientífico original seria considerado menos relevante, volta a despertar interesse e a aparecer com relativo destaque nos artigos científicos de epigenética e neurodesenvolvimento.

A partir da noção de epigenética, o ambiente passa a ser entendido como fator crucial para a expressão da herança genética, permitindo, alterando e modulando a produção de substâncias celulares a partir da ativação ou inativação de determinado gene ou região do DNA. Apresentados pelos pesquisadores como a interface entre o genoma e o ambiente, os mecanismos epigenéticos seriam responsáveis pela expressão ou modificação do determinismo biológico da carga genética, contribuindo para variações na vulnerabilidade ao transtorno mental exibidas por alguns indivíduos, bem como pela resiliência apresentada por tantos outros. Como vimos, o ambiente atuaria como um filtro, exercendo impacto no nível molecular e influenciando a formação das características expressas pelo indivíduo.

A interação entre o genoma e o ambiente seria especialmente relevante em períodos específicos do desenvolvimento do indivíduo. Na perspectiva neurodesenvolvimental, a psicopatologia é considerada o resultado final de um processo lento e gradativo de desenvolvimento anormal do cérebro, cujo início deve remontar aos períodos mais precoces da vida. Nesse ponto, a noção de epigenética é atrelada ao modelo neurodesenvolvimental, para explicar como o ambiente contribui para a modelação dos circuitos cerebrais que geram vulnerabilidade ou promovem resiliência ao transtorno mental. A atuação e a intensidade dos fatores ambientais nocivos à saúde mental seriam preponderantes durante os chamados períodos críticos do desenvolvimento, nos quais as principais estruturas e funções cerebrais são estabelecidas e, consequentemente, podem se constituir os mais importantes desvios e especificidades que, futuramente, estarão associados à doença.

Mas, a que ambiente se referem os artigos neurocientíficos analisados? Quais são os componentes ambientais relevantes no modelo emergente? Como os mesmos são apresentados e de que forma seus efeitos são descritos? Inicialmente, os fatores nutricionais foram apresentados como a primeira evidência científica das modificações epigenéticas produzidas pelo ambiente. No estudo considerado referência no campo, a dieta materna

enriquecida durante a gravidez produziu alterações permanentes na expressão genética dos descentes, respondendo por diferenças na coloração dos pelos dos camundongos do experimento (WATERLAND; JIRTLE, 2003). Na sequência, diversos fatores ambientais tradicionalmente considerados importantes para a psicopatologia passaram a ser estudados a partir da metodologia que investiga a interação gene-ambiente. Assim, além da dieta materna, a exposição a determinadas substâncias químicas, a contaminação por vírus e agentes tóxicos, o nível de cuidados maternos e a exposição ao estresse, entre outros, são os fatores ambientais atualmente investigados como capazes de influenciar a formação da vulnerabilidade à doença mental (BALE, 2010; DUDLEY et al, 2011).

Entre os fatores ambientais considerados relevantes para a psicopatologia, identificamos a renovação do interesse pelos cuidados maternos, que vem sendo pesquisado como um importante fator influenciando as variações de vulnerabilidade e resiliência ao transtorno mental. Para os pesquisadores do campo, a programação materna nos períodos iniciais da vida se daria, principalmente, por meio de mecanismos epigenéticos, exercendo efeitos sobre os padrões de resposta comportamental exibidos pelos descendentes em períodos posteriores da vida (SCOTT, 2010; ROTH; SWEATT, 2011; DUDLEY et al, 2011; MURGATROYD; SPENGLER, 2011). Portanto, as variações nos cuidados maternos e a exposição a experiências adversas na relação mãe-filho voltam a ser consideradas fundamentais para a formação psicopatológica, contribuindo para a constituição do risco.

As variações nos cuidados maternos e as experiências adversas a que se referem os pesquisadores compreendem eventos como a exposição ao estresse durante a gravidez, o baixo comportamento de cuidado materno nas primeiras semanas de vida, a separação entre mãe e filho, os maus tratos na infância, etc. Artigos como o de Murgatroyd e Spengler (2011), por exemplo, entendem que esses eventos podem ser fundamentais para a regulação dos sistemas emocionais imaturos da criança, que dependeria da influência ambiental materna para que áreas e estruturas do cérebro se desenvolvessem de forma desejada. Tsankova et al (2007) investigam o impacto que hábitos como alimentar, lamber e ninar o filhote durante as primeiras semanas de vida exercem sobre o comportamento adulto dos descendentes, que expressam pouco medo e baixa resposta metabólica ao estresse. Portanto, a programação das respostas comportamentais do descendente seria a principal consequência da variação nos cuidados maternos, seja aumentando a vulnerabilidade ou promovendo a resiliência à doença.

Cabe destacar que, como pode ser observado nas descrições dos efeitos da programação materna e na escolha dos termos utilizados, a intenção dos pesquisadores é descrever a atuação dos cuidados maternos como alteração do desenvolvimento cerebral, que se realiza na dimensão biológica por meio de modificações epigenéticas. Trata-se, portanto, da tentativa de descrever os efeitos biológicos, na proporção molecular, daquilo que nas teorias psicológicas é descrito como experiência emocional. Ao mesmo tempo, as alterações no desenvolvimento do cérebro e as modificações epigenéticas interessam na medida em que modelam as respostas comportamentais ao contexto e que, combinadas a demais fatores e variáveis, podem influenciar os riscos do indivíduo adoecer. Participam, portanto, da trajetória probabilística, individualizada e cercada de incerteza que caracteriza a forma como a psicopatologia vem sendo considerada nas pesquisas neurocientíficas recentes.

Deste modo, busca-se a construção de um modelo de explicação da doença que articule ambiente, desenvolvimento cerebral e herança genética. Como vimos, diversas e importantes dificuldades estão envolvidas neste projeto, desde as que são tributárias da adoção do modelo animal como estratégia metodológica privilegiada na investigação, quanto as relacionadas à variedade fenomenológica a que as categorias diagnósticas psiquiátricas fazem referência. Certamente, não é tarefa simples investigar fenômenos epigenéticos e atrelá-los a modificações comportamentais, como também não são óbvias as consequências clínicas que porventura poderão ser derivadas deste tipo de conhecimento. Ainda assim, como sugere Singh (2012), a epigenética e as teorias emergentes de desenvolvimento humano podem estar começando a alterar as fronteiras do que conhecemos como herdado e adquirido, buscando novas formas de compreender os processos de desenvolvimento e, principalmente, de investigar as contribuições da biologia e do ambiente não como variáveis independentes, mas complementares e integradas na construção da vulnerabilidade.

4. 3.2 O interesse pelas crianças “desajustadas”

Na psiquiatria preventiva dos anos 60, a criança se destacava como alvo privilegiado das intervenções de prevenção primária, seja como foco para ações específicas, seja de modo indireto, por meio das ações sociais destinadas a manipular o ambiente e promover a saúde mental da população. Como vimos no segundo capítulo, boa parte das intervenções específicas formuladas pelos partidários da psiquiatria preventiva norte-americana, que

almejavam evitar o surgimento da psicopatologia individual, adotava como estratégias a estimulação da preservação das famílias, a garantia da adequada educação parental, a priorização da relação mãe-criança, etc. No campo das ações sociais, direcionadas à manipulação do ambiente, a criança e a família seriam novamente privilegiados. Compreendendo desde a segurança alimentar durante a gravidez, passando pela garantia das condições de vida de fetos e recém-nascidos, do acesso à escola, da orientação de pais para a adequada criação dos filhos e da supervisão a professores para tornar a escola um ambiente promotor da saúde mental, as ações de manipulação do ambiente social eram, em sua maioria, destinadas a alterar as condições ambientais incidindo sobre o desenvolvimento e a formação da personalidade infantil.

No entanto, se a psiquiatria preventiva tomava a criança como um dos principais, se não o mais fundamental, foco de atenção e intervenção, tal fato não constituía novidade. Ao menos desde o início do século XX, a saúde mental das crianças vinha sendo valorizada no contexto de criação das práticas e técnicas modernas de avaliação e vigilância da população normal (ARMSTRONG, 1995; CRAWFORD, 2004). Partindo do acompanhamento da saúde física, mas entendendo-se gradativamente à investigação e à regulação da saúde mental, interessava averiguar se os processos de crescimento, desenvolvimento e formação da personalidade da criança estariam conduzindo à construção do indivíduo normal. Com o surgimento das *child guidance clinics,* a psiquiatria passa a dispor de espaços institucionais e a elaborar ações inovadoras, destinadas ao cuidado específico da população infanto-juvenil, acompanhando o desenvolvimento psicológico, oferecendo tratamento para os desvios de comportamento e promovendo boas práticas de saúde mental para as famílias.

Na base de tais intervenções está a suposição de que eventos precoces na vida infantil estão relacionados com os desvios comportamentais e os prejuízos à saúde mental que aparecem na vida adulta. Com isso, as ameaças à integridade psicológica da criança passam a ser consideradas prioridades para a prevenção da psicopatologia individual e, consequentemente, identificadas e avaliadas em seu potencial nocivo. Para os psiquiatras preventivos dos anos 60, determinadas experiências seriam especialmente desafiadoras para o crescimento e o desenvolvimento saudável da criança, como a dor física, a privação materna, a falta de vínculos afetivos, a agressão, os maus tratos, etc. Observa-se que uma parcela significativa das experiências potencialmente danosas à saúde mental compreendem o âmbito da relação materna e a vivência familiar, os alvos preferenciais das ações preventivas, e que os efeitos prejudiciais de tais experiências dizem respeito à construção de padrões

inadequados de resposta comportamental ao ambiente, que provavelmente conduzirão o futuro adulto a uma trajetória de distúrbios mentais.

De modo análogo, destacamos no item anterior a renovação da consideração do ambiente como variável fundamental para a formação da psicopatologia e, neste contexto, o surgimento de estudos neurocientíficos que tem como objetivo investigar o impacto dos cuidados maternos na construção dos caminhos que levam ao risco. Nas pesquisas que buscam compreender os modos pelos quais o ambiente e a carga genética se combinam na constituição do risco, as experiências mais preponderantes ocorrem justamente nos primeiros anos de vida. Os eventos pré e pós-natal e precoces no desenvolvimento infantil são considerados fundamentais para o amadurecimento das estruturas e funções cerebrais que, por sua vez, estão envolvidos na formação dos padrões de resposta ao estresse. Tais padrões moldarão os comportamentos do indivíduo diante de eventos adversos ao longo da vida. Como sugerem alguns dos artigos analisados, o neurodesenvolvimento dos primeiros anos de vida implica na construção de formas de responder ao estresse que podem conduzir à vulnerabilidade ou provocar resiliência ao transtorno mental (FEDER, NESTLER; CHARNEY, 2009; BALE ET AL, 2010; DUDLEY ET AL, 2011; MURGATROYD; SPENGLER, 2011; ROTH; SWEATT, 2011).

Se as experiências infantis são fundamentais para o desenvolvimento cerebral e, consequentemente, para a construção da variação das respostas comportamentais ao ambiente, o que fazer quando os padrões desviantes mostram os primeiros sinais de ocorrência? As crianças "desajustadas", cujos comportamentos podem ser descritos como inadequados, indesejados, desadaptados ou, no vocabulário atual, antissociais, despertam a atenção e geram preocupação no campo psiquiátrico. Como vimos, as crianças diagnosticadas com determinados transtornos tornam-se alvo de cuidado e, no campo hipotético, de intervenções, não somente em função do que é considerado psicopatologia atual mas, principalmente, pelo risco que representam e pelo prognóstico negativo que as cerca. Na cultura de manejo do risco que vem caracterizando as práticas de saúde contemporâneas, e que verificamos como tendência emergente na psiquiatria, tais crianças podem vir a despertar mais interesse e preocupação, exatamente por seu potencial de ameaça ao futuro.

Nas análises de Castel (1987, 1991) e Rose (1998), a preocupação com a ameaça atribuída aos portadores de transtorno mental que, em função da suposição de características como agressividade, instabilidade e ausência de controle pessoal representariam perigo à

ordem social instituída, é um traço característico dos discursos psiquiátricos. Se Castel sugere a manutenção do interesse pela periculosidade, organizada a partir do conjunto de fatores de risco, no que chama de passagem da "periculosidade ao risco", Rose destaca a extensão da avaliação do risco a todos os indivíduos e, consequentemente, a ampliação do espectro daqueles considerados portadores de algum grau de ameaça, seja a si mesmos ou aos que os cercam. No entanto, ainda que as práticas de investigação do risco atribuído aos pacientes tenham deixado de ser exclusivas dos casos de transtorno mais severo, alguns indivíduos são identificados como mais ameaçadores ou, no vocabulário atual, representando um risco mais elevado de agravamento da psicopatologia.

Rose (2008) sugere que a identificação dos indivíduos mais "perigosos" e a atribuição pública de ameaça que os mesmos representariam não coincidem com os índices de criminalidade e, portanto, resultam de outros fatores. Utilizando os dados do Reino Unido como ilustração, Rose mostra que o percentual efetivo de homicídios cometidos por portadores de transtorno mental se mantém estável há mais de vinte anos e, como os demais índices de morte, vem caindo nos últimos anos. Portanto, os dados não são compatíveis com a dimensão que o tema adquire na mídia e nas iniciativas de saúde e segurança pública da região. Assim, o que parece estar em jogo nesses casos é a antiga oposição entre aqueles capazes de agir de forma responsável e relativamente previsível, cumprindo as regras da dinâmica social, e os que a ameaçam. Junto à suposta segurança das sociedades avançadas, surge a proliferação de ameaças a que faz referência a "cultura do risco", e a violência e o perigo atribuído aos portadores de transtorno mental representariam um dos focos contemporâneos de insegurança.

Nos discursos e práticas de manejo do risco psiquiátrico, as crianças com transtorno da conduta encarnam um dos mais visíveis e pesquisados campos de intervenção no presente com vistas a alterar desfechos indesejáveis no futuro. A justificativa dos pesquisadores para o interesse nessas crianças está justamente no seu potencial para se tornarem adultos com comportamentos predominantemente antissociais. Diversas pesquisas vêm sendo conduzidas com o intuito de encontrar evidências científicas que comprovem a associação entre o diagnóstico de transtorno da conduta na infância e comportamentos violentos, agressão e elevados índices de criminalidade na idade adulta. Utilizando especificamente as classificações diagnósticas, outras pesquisas adotam como fundamento a suposição de continuidade da psicopatologia, a partir da qual transtornos diagnosticados na infância são entendidos como indicativos de transtornos que irão se manifestar na idade adulta. Neste caso,

o transtorno da conduta é associado à aparição do transtorno de personalidade antissocial, uma categoria controversa, caracterizada por um padrão de comportamentos agressivos e pela violação dos direitos alheios, para a qual a psiquiatria tem pouco a oferecer.

Entretanto, se o fenômeno do transtorno de personalidade antissocial e os comportamentos antissociais de modo geral geram preocupação pública e desafios no que se refere a possíveis intervenções, as ações preventivas que poderiam reduzir a ocorrência destes fenômenos tampouco são de fácil elaboração. O primeiro passo necessário para a elaboração de intervenções que almejam alterar este tipo de desfecho psicopatológico ou inadequado seria a identificação precisa do grupo representando risco mais elevado de continuidade e agravamento. No caso do transtorno da conduta, importaria discriminar os casos de comportamento antissocial restritos à infância e adolescência e aqueles que perduram ao longo dessas fases e tendem a se agravar. Diversas pesquisas se dedicam exatamente à tentativa de elaborar os marcadores discriminativos do risco, ou seja, quais características presentes na infância, entre crianças com transtorno da conduta, podem ser indicativas de severidade. Alguns elementos vêm sendo investigados, como a idade de surgimento dos primeiros sintomas e a presença do que é chamado na literatura de *callous unemotional traits*, mas, como vimos, a identificação efetiva do grupo de crianças em risco mais elevado permanece em debate.

Além disso, uma vez delimitado o grupo de crianças submetidas ao risco mais elevado, torna-se necessário construir diretrizes clínicas que orientem a intervenção, determinando o tipo de estratégia suposta como eficaz na diminuição da vulnerabilidade. Nesse ponto, surge uma nova controvérsia, uma vez que estas crianças são consideradas refratárias ao tipo de intervenção usualmente utilizado para os casos de comportamento antissocial. Na ausência de marcadores e tratamentos biologicamente fundamentados, a principal estratégia clínica compreende a combinação de terapia cognitivo-comportamental e orientação parental. Contudo, as crianças com o pior prognóstico nos estudos da área, ou seja, aquelas que apresentaram os primeiros comportamentos antissociais antes dos 10 anos e que demonstram sinais como falta de empatia, remorso ou culpa, são exatamente as que se mostram mais inacessíveis às estratégias terapêuticas.

O relatório "*Maternal Care and Mental Health*" (BOWLBY, 1951) fazia referência às dificuldades no tratamento de crianças cuja capacidade para construir relações emocionalmente significativas era muito reduzida. Se o tratamento mostra-se pouco

promissor, sugeria o relatório, as iniciativas preventivas deveriam ser privilegiadas. O mesmo tipo de argumento aparece nos artigos contemporâneos de psiquiatria sobre o transtorno da conduta. Uma vez que o indivíduo atinge a idade adulta exibindo um longo histórico de comportamentos antissociais, ou traços significativos de psicopatia, a probabilidade de que intervenções terapêuticas sejam eficazes é muito pequena. Com isso, parece justificável investir nas estratégias que tem como objetivo intervir no risco representado por crianças "desajustadas", ainda que se saiba muito pouco sobre a vulnerabilidade das crianças e sobre as intervenções que lhes seriam dirigidas.

Deste modo, mesmo depois das profundas transformações que marcaram o campo psiquiátrico desde a publicação do relatório da OMS em 1951, as crianças altamente "desajustadas" continuam despertando interesse, gerando dúvida e motivando tentativas precárias de responder às demandas sociais de controle, regulação e manejo dos indivíduos "antissociais". Se as estratégias para efetivamente reduzir a vulnerabilidade das crianças e alterar os desfechos inadequados e indesejados são limitadas e não mostraram, até o momento, a capacidade de gerar consenso ou resultados significativos, sua elaboração tem um papel simbólico importante no contexto de avaliação e manejo do risco. Por um lado, com a identificação das crianças "desajustadas", voltamos a localizar em alguns indivíduos específicos os perigos mais ameaçadores, que vem sendo distribuídos e compartilhados por todos, reduzindo assim a percepção generalizada de que o risco é irrestrito e, portanto, indefinido. Por outro, a construção de propostas de manejo do risco de comportamentos antissociais oferece a perspectiva, mesmo que improvável, de análise e intervenção objetiva, instrumental e especializada, que seria capaz de, finalmente, reduzir a vulnerabilidade dos indivíduos mais *risky* e, com isso, garantir a segurança de todos.

4.3.3 Expansão e indefinição das categorias psiquiátricas

O movimento da psiquiatria comunitária e preventiva norte-americana pode ser entendido como um período de acentuada expansão do conhecimento e da prática psiquiátrica, marcado pela ampliação dos fenômenos e comportamentos descritos como perturbação mental, por reformulações institucionais e inovações nas formas de ação psiquiátrica e pelo aumento do número de indivíduos submetidos ao cuidado médico-psicológico. No contexto dos anos 50 e 60, diversos comportamentos até então indiferentes ao conhecimento e à prática

psiquiátrica passam a interessar a disciplina, a motivar a construção de novos modelos conceituais e a elaboração de intervenções terapêuticas fundamentalmente psicossociais. Assim, além do doente mais grave, tradicionalmente reconhecido como portador de patologias mentais, a criança desajustada, o indivíduo desadaptado e as famílias incompetentes, entre outros, tornam-se alvo de tratamento especializado.

No entanto, como vimos, o movimento de expansão e reformulação que caracterizou a psiquiatria durante a década de 60 representou, ao menos em parte, o ápice de transformações que vinham sendo ensaiadas, preparadas e imaginadas desde o início do século XX. A ascensão das teorias psicossociais como forma de explicar a formação da doença mental e as iniciativas de ação psiquiátrica alternativas à estrutura hospitalar podem ser identificadas como tendência em movimentos como a higiene mental, a criação das *child guidance clinics* e a participação da psiquiatria nas duas grandes guerras. Como sugere Grob (1983), o processo de transformação do saber psiquiátrico que vinha se desenvolvendo de forma dispersa até os anos 40, ganha fôlego e extensão com a experiência da II Guerra, que retira definitivamente os psiquiatras dos asilos e os dirige a demanda de responder como disciplina especializada aos mais variados e corriqueiros sintomas de sofrimento mental.

Com a formulação da prevenção como prioridade no campo psiquiátrico, não somente crianças, indivíduos e famílias desajustados ou desadaptados seriam alvos de intervenções, mas também aqueles identificados como normais, uma vez que, junto ao tratamento dos diversos padrões comportamentais desviantes, interessava promover a saúde mental da população. Deste modo, as variações cotidianas, o mal-estar subjetivo e os comportamentos inadequados são entendidos como oportunidades para a ação psiquiátrica, que almeja alterar as condições psicossociais de forma a promover novos e mais ajustados padrões de resposta ao ambiente. Além disso, a intenção de acompanhar de forma sistemática e especializada as condições de saúde física e psíquica da população estenderia virtualmente a todos os indivíduos a possibilidade de receber acompanhamento psiquiátrico especializado, seja de forma direta, seja por meio das orientações e prescrições sobre a vida social que caracterizavam as ações de manipulação do ambiente.

Se as ações de prevenção nos anos 60 podem ter sido um veículo privilegiado para o processo de expansão da ação psiquiátrica, contribuindo para a redefinição da disciplina e para a ampliação dos fenômenos sob sua competência, a chamada remedicalização da psiquiatria aprofundaria tal processo. Horwitz (2002) argumenta que, ainda que a psiquiatria

diagnóstica e biologicamente fundamentada que começa a vigorar a partir da publicação do DMS-III (1980) repudie a amplitude da psiquiatria dinâmica que a precedeu, os comportamentos e fenômenos classificados se aproximam muito daqueles tratados pela teoria psicossocial. Assim, o mesmo espectro estendido de condições que eram identificadas como conflitos psíquicos, neuroses, trauma, reação ao estresse e dificuldades de adaptação, serão redescritos e classificados como doenças supostamente objetivas e discretas.

A partir deste momento, tais categorias serão utilizadas para fazer referência aos variados e heterogêneos processos de sofrimento que usualmente identificamos como transtorno mental. Neste contexto, as categorias psiquiátricas objetivas e discretas continuam servindo de veículo para a expansão da ação psiquiátrica, agora conjugada a determinados interesses econômicos e profissionais, especialmente os da indústria farmacêutica. Como afirma Horwitz, "a psiquiatria diagnóstica reclassificou como doenças específicas o amplo domínio do comportamento humano que a psiquiatria dinâmica havia definido de forma bem-sucedida como patológico" (2002, p.2).

Para muitos, a psiquiatria biológica e o correlato projeto de conhecimento neurocientífico que a fundamentava seriam capazes de, finalmente, oferecer a ancoragem somática que esteve ausente nas descrições psicossociais das doenças mentais e, com isso, garantir mais legitimidade às categorias. No entanto, como destaca Rosenberg (2006), se a ancoragem somática é fundamental para conferir estabilidade e aceitação social às categorias médicas, no caso da psiquiatria tal legitimidade foi sempre contestada. Para o autor, desde o último terço do século XIX as fronteiras das categorias diagnósticas na psiquiatria vêm se ampliando e, simultaneamente, sofrendo críticas, sendo submetidas a debates e tendo seu estatuto como entidades médicas contestado.

Nas últimas décadas, a preponderância do modelo reducionista e mecanicista do projeto neurocientífico trouxe a esperança de redução da ilegitimidade das categorias diagnósticas. Mas, observa Rosenberg (2006), ao mesmo tempo em que as explicações genéticas, moleculares e neuroquímicas sobre a doença mental passam a dominar o campo da psiquiatria contemporânea, as críticas acerca da contingência e da arbitrariedade das classificações se acentuam. Se o processo de construção da doença mental como entidade médica nunca foi ausente de debate ou incerteza, a intensidade e o teor das críticas teriam se acentuado nas últimas décadas. Desde o movimento da antipsiquiatria, passando pelos estudos feministas e pelas críticas sociológicas e antropológicas recentes, diversas são as origens da

contestação da legitimidade da classificação psiquiatria e intenso é o processo de denúncia das suas ambiguidades.

Além da constante negociação social da legitimidade das categorias psiquiátricas, a própria construção das hipóteses, das investigações e da interpretação dos resultados encontrados pelo conhecimento psiquiátrico passa por processos semelhantes de contestação e indefinição. A promessa de comprovação da determinação biológica e, consequentemente, de legitimidade como doença, depositada nas estratégias reducionistas adotadas na investigação neurocientífica não se confirmou. Ao menos até o momento, os resultados claros e definitivos que eram esperados não apareceram como evidências científicas nas pesquisas do campo. Como vimos, tal decepção foi ressignificada com o recurso à noção de risco, que começa a se destacar como forma estratégica de explicar a origem dos transtornos mentais. No entanto, se a noção de risco é interessante e útil no interior do modelo etiológico emergente na psiquiatria, ela acaba por contribuir, de forma inesperada, para uma tendência de indefinição das categorias diagnósticas.

Recorrendo ao "estado mental de risco" como ilustração, sugerimos que, junto à acentuada expansão do número de indivíduos e dos fenômenos que podem vir a ser considerados patológicos, com a ascensão da lógica do risco na psiquiatria verificamos a tendência de indefinição das fronteiras entre normalidade e patologia. Tradicionalmente definidas pelas categorias diagnósticas, essas fronteiras vão se tornando cada vez mais imprecisas e, como sugere Rosenberg (2006), sujeitas à contestação, quando o risco passa a ser utilizado como critério para a construção de categorias diagnósticas ou como fundamento para a elaboração de intervenções dirigidas aos chamados estados intermediários, ou pré-patológicos.

No que se refere à expansão, pode-se observar que o surgimento da noção de "estado mental de risco" implica no aumento do número de indivíduos submetidos à investigação e à intervenção psiquiátrica. Como vimos, a categoria vem sendo elaborada para identificar adolescentes e jovens adultos que estejam vivenciando alterações comportamentais que representam risco para a aparição futura da psicose. Uma das definições mais utilizadas nas pesquisas e nos serviços clínicos que investigam a noção de "estado mental de risco" pressupõe como critério a presença de ao menos uma das seguintes experiências: sintomas psicóticos atenuados, sintomas psicóticos intermitentes ou risco genético associado a deterioração funcional do indivíduo (MCGORRY, YUNG; PHILLIPS, 2003; MCGORRY,

KILLACKEY ; YUNG, 2008). Se tal definição passa a ser utilizada de forma sistemática, certamente o número de adolescentes e jovens adultos identificados como vivenciando o "estado mental de risco" será significativamente superior ao dos que efetivamente recebem o diagnóstico de esquizofrenia ou que venham a recebê-lo ao longo da vida.

Mas, além da expansão, destacamos a indefinição como característica central da nova categoria - ainda que não diagnóstica - que vem sendo elaborada para identificar jovens em risco para o desenvolvimento de transtornos mentais. A indefinição e a incerteza cercam a experiência do estado mental de risco, compreendendo desde a própria construção da noção, passando pela elaboração de intervenções que seriam efetivas, até à experiência dos indivíduos por ela identificados. A elaboração da noção de estado mental de risco teve origem no contexto de construção de serviços clínicos especializados no atendimento do primeiro surto psicótico. A partir da investigação desta experiência e do chamado período de psicose não tratada, os pesquisadores do campo começaram a tentar identificar os marcadores do risco para a eclosão da psicose e considerar a possibilidade de formular intervenções que tivessem como objetivo evitar o desfecho psicopatológico. A sistematização da investigação culminou na apresentação da noção de estado mental de risco, com a construção de critérios que o discriminassem. No entanto, como vimos, debates sobre a validade dos critérios e os diferentes instrumentos de avaliação continuam em andamento entre os pesquisadores da detecção precoce.

A tentativa de incluir no DSM-V uma categoria diagnóstica destinada a identificar o estado mental de risco mostra que o tema adquiriu certa estabilidade no campo, mas também gerou intensas críticas e contestação. As discussões realizadas em sites, blogs e demais espaços virtuais exemplifica o processo de negociação pública das categorias médicas a que Rosenberg (2006) se refere. O desafio de elaboração de um critério diagnóstico que, por definição, encontra-se no espaço intermediário e fluido entre a normalidade e a patologia mental motivou boa parte das discussões, chamando atenção para a alta probabilidade de casos de falso-positivo que poderiam resultar da adoção sistemática da categoria. Diante da polêmica surgida em torno da inclusão, o grupo de trabalho responsável pelos transtornos psicóticos recuou, retirando a categoria da versão do DMS a ser publicada em maio de 2013.

Ainda que a *Attenuated psychotic symptoms syndrome* tenha sido retirada do rol de categorias diagnósticas do DSM-V, a noção de estado mental de risco continua sendo investigada e utilizada de forma preliminar - atrelada a protocolos de pesquisa - em serviços

clínicos de saúde mental para adolescentes e jovens adultos. No entanto, junto à definição dos critérios de inclusão na "categoria", o tipo de intervenção a ser oferecida aos pacientes também permanece em discussão. Afinal, os pacientes devem ser medicados com os mesmos antipsicóticos recomendados para os pacientes diagnosticados com esquizofrenia? Que tipo de intervenção psicossocial seria especialmente recomendada? As intervenções nessa fase pré-patológica seriam efetivamente preventivas, ou seja, evitariam a formação da doença, impedindo que a psicose se instale? Ou teriam como principal efeito retardar a aparição do primeiro surto?

As possibilidades de tratamento e a avaliação das consequências da intervenção precoce continuam sendo investigadas e, uma vez que não há definição precisa sobre as formas mais seguras e eficazes de ação psiquiátrica antecipatória, as recomendações clínicas são, de acordo com McGorry, conservadoras. Se as intervenções construídas no contexto dos serviços de detecção precoce podem representar o refinamento de instrumentos clínicos, especialmente para os pacientes vivenciando o primeiro surto, para os casos de risco, não se sabe exatamente o que oferecer, permanecendo indefinida a intervenção que possa alterar a vulnerabilidade de adolescentes e jovens adultos em risco para a formação de transtornos psicóticos.

Portanto, os pacientes experimentando o estado mental de risco devem ser acompanhados, monitorados e submetidos a intervenções consideradas seguras: terapia cognitivo-comportamental e medicação para sintomas como ansiedade e depressão. No entanto, que tipo de consequência poderia resultar da experiência de ser identificado como um jovem em risco para a psicose? Como afirmam os pesquisadores partidários da intervenção precoce, o estado mental de risco representa um estágio intermediário, que passa a ser acompanhado por especialistas e, portanto, não se resume mais ao estado de saúde, mas não implica necessariamente no desenvolvimento do transtorno, não sendo equivalente ao diagnóstico de doença. De que modo tal noção seria interpretada por jovens e por suas famílias, e que tipo de relação com os processos de saúde e doença a intervenção precoce promoveria?

Retomando as análises sobre a ascensão da cultura do risco nas práticas de saúde, podemos supor que a abordagem e as intervenções médicas indicadas para pacientes em risco de desenvolver o transtorno mental podem vir a estimular o que Aronowitz (2009) destaca como duas características marcantes da experiência contemporânea do risco na saúde: a

vigilância constante e a incerteza quanto ao futuro. Neste contexto, os indivíduos e famílias são estimulados a manterem constante atenção à saúde, a se submeterem a avaliações e revisões médicas regulares, a buscarem informação em variadas fontes, a tomarem decisões ponderando benefícios e possíveis prejuízos das intervenções recomendadas, e a se reunirem em grupos e associações para compreender sua condição, reivindicar avanços e intervenções médicas mais eficazes e compartilhar dúvidas e incertezas quanto ao futuro. Na cultura de análise de probabilidades e de proliferação de incertezas que caracterizam o manejo do risco, são esses os meios para aplacar a tendência de indefinição que vem compondo a experiência de adoecimento e transformando as categorias médicas.

5 **CONCLUSÃO**

As últimas décadas do século XX caracterizam um momento de profundas transformações no conhecimento e na prática psiquiátrica. Como vimos, em um período de tempo relativamente curto, diversas alterações culminaram na reformulação das teorias que fundamentam o conhecimento e das principais estratégias de intervenção psiquiátrica (SHORTER, 1997; HEALY, 2002; HOROWITZ, 2002; EHRENBERG, 2004; MAYES ; HOWITZ, 2005; ABI-RACHED; ROSE, 2010). Estas transformações, articuladas a mudanças importantes no contexto cultural e nos modos de gerir a vida coletiva, trariam consequências significativas para as ambições e propostas preventivas da psiquiatria, de modo que podemos contrastar um período específico no qual o tema foi não somente privilegiado, mas alçado a principal objetivo da disciplina, com o seu seguido declínio. Na psiquiatria contemporânea, o ideal explícito de prevenir as patologias mentais deixa de ocupar um lugar privilegiado nas ambições e propostas da disciplina e vem sendo substituído pelas práticas emergentes de manejo do risco.

Na psiquiatria preventiva norte-americana, a saúde mental da população foi privilegiada como objeto da prática psiquiátrica, e a prevenção primária da doença foi tomada como uma das principais prioridades sociais daquele contexto, motivando a elaboração de intervenções amplas na dinâmica social e promovendo o psiquiatra ao papel de conselheiro especializado da vida coletiva. As formulações sobre prevenção dos anos 60 estavam fundamentadas nos pressupostos psicossociais sobre a formação da doença, que predominaram no cenário norte-americano durante a primeira metade do século XX e foram especialmente valorizados no período do pós-guerra. Como vimos, as teorias psicossociais sobre a formação psicopatológica foram especialmente úteis para a redefinição da psiquiatria, contribuindo para a expansão dos fenômenos por ela abordados, para a ampliação das ações e intervenções de saúde mental e para a valorização da disciplina como meio especializado de responder às demandas sociais daquele contexto (CASTEL, CASTEL; LOVELL, 1982; GROB, 1983, 1994; HEALY, 2002; HOROWITZ, 2002; MAYES; HOWITZ, 2005).

Entre as elaborações conceituais úteis para os princípios de psiquiatria preventiva, destacamos o privilégio da noção de adaptação, entendida como processo de desenvolvimento do ego em direção a padrões comportamentais adequados à realidade externa. Nas descrições da psiquiatria preventiva, a adaptação à vida social é identificada como critério de normalidade psicológica, e tomada como objetivo a ser alcançado a partir das ações de

manipulação do ambiente e de intervenção dirigida às relações interpessoais, especialmente aos momentos do desenvolvimento propícios ao surgimento de desvios comportamentais. Se a adaptação de cada individuo era importante para os propósitos preventivistas dos anos 60, tal relevância residia na consideração da saúde mental individual como meio para a construção de sociedades mentalmente sadias. Deste modo, o que estava em jogo na elaboração do projeto preventivo da psiquiatria de Caplan e de seus contemporâneos era a promoção da saúde mental da comunidade, entendida como construção de padrões comportamentais adaptados, de modo a garantir o bom funcionamento social.

Com as intensas transformações que tiveram início na década de 70 e marcaram o final do século XX, o ideal preventivo da disciplina entraria em declínio e viria a se tornar um discurso obsoleto, sendo gradativamente substituído pela construção de novas formas de antecipar, alterar e intervir na formação das patologias mentais. Como vimos, diversos fatores contribuíram para o declínio da prevenção e para a ascensão do manejo dos riscos na psiquiatria, desde a alteração dos fundamentos teóricos da disciplina, passando pelo alto investimento nas pesquisas e na construção de técnicas de investigação biomédicas, pelas intensas críticas à expansão do domínio de experiências e comportamentos identificados como patológicos, até a reorganização do campo das práticas em saúde.

No que se refere às teorias que fundamentam o conhecimento psiquiátrico, determinando as pesquisas, as classificações, os processos de diagnóstico e as estratégias de tratamento, conforme vimos, o surgimento das neurociências e a reorientação da psiquiatria em direção à busca pelos determinantes físicos e objetivos das doenças inauguraram um período de predominância das hipóteses biológicas sobre a formação patológica. Com a chamada remedicalização da psiquiatria, os transtornos mentais passaram a ser entendidos como resultado de fenômenos biológicos determinados e acessíveis por meio das estratégias reducionistas de investigação científica. Neste contexto, genes e cérebro seriam responsáveis por determinar o surgimento dos transtornos, que passaram a ser descritos como fenômenos neurobiológicos, e as intervenções medicamentosas seriam consideradas as ações psiquiátricas propriamente ditas (SHORTER, 1997; HEALY, 2002; HOROWITZ, 2002; EHRENBERG, 2004; MAYES; HOWITZ, 2005; ABI-RACHED; ROSE, 2010). No entanto, ainda que os avanços no conhecimento sobre a estrutura e o funcionamento cerebral decorrentes do intenso investimento nas pesquisas neurocientíficas sejam inegáveis, o esperado esclarecimento dos processos de formação das patologias mentais não foi alcançado.

Ao menos no escopo de artigos analisados neste trabalho, os resultados das pesquisas neurocientíficas sobre a etiologia das patologias mentais foram decepcionantes. Se as informações reunidas até o momento podem contribuir, mas não são capazes de efetivamente elucidar os processos de formação patológica, o recurso à noção de risco é capaz de ressignificar a limitação das evidências científicas encontradas. A partir da apropriação desta noção, é possível articular em um modelo razoavelmente coerente as hipóteses sobre a determinação biológica atualmente valorizadas no campo, como a epigenética e o neurodesenvolvimento, e tornar relativos os resultados esparsos encontrados nas pesquisas neurocientíficas. Com isso, os caminhos de formação da doença passam a ser descritos como o resultado da combinação probabilística entre influências genéticas e ambientais, que atuam alterando o desenvolvimento do cérebro, e contribuem para a formação dos padrões individualizados de vulnerabilidade à doença.

Ainda que boa parte das pesquisas em psiquiatria e biologia molecular, de modo geral, permaneça adotando metodologias reducionistas de investigação, como vimos, a hipótese etiológica emergente no campo psiquiátrico é menos determinista e mais probabilística do que imaginavam os próprios pesquisadores ou do que prometiam as primeiras pesquisas neurocientíficas. Deste modo, a formulação de intervenções preventivas que tenham como alvo o funcionamento biológico não parece possível no futuro próximo, ainda que se mantenha no horizonte de possibilidades com a esperança de identificação de marcadores biológicos, como os endofenótipos, e demais avanços no conhecimento dos fatores fundamentais para o aumento e a redução da vulnerabilidade aos transtornos.

Simultaneamente às mudanças específicas no conhecimento e na prática psiquiátrica resultantes da ascensão das teorias neurocientíficas e da busca por objetividade e fundamentação biológica, observamos profundas alterações no campo das práticas em saúde. Com o declínio dos discursos e das instituições coletivas, a redução da responsabilidade governamental na saúde e o surgimento da ideologia individualista, as ações de promoção da saúde seriam gradativamente transferidas para o âmbito da responsabilidade individual, entendidas como tarefa pessoal de investimento em si mesmo e acessíveis por meio de práticas individualizadas relacionadas ao estilo de vida. Além do declínio dos discursos coletivos, a partir do surgimento de novos atores sociais e de fortes interesses econômicos, o campo das práticas de saúde se reorganiza e o cuidado pessoal, o auto-monitoramento, a busca por informações e a negociação com os especialistas na tomada de decisões aparecem como tendências importantes na delimitação das experiências contemporâneas de saúde e

doença (CRAWFORD, 2004, 2006; CASTEL, 1981, 1991; ARMSTRONG, 1995, 2012; CASTIEL, 1999, 2007, 2011; ARONOWITZ, 2009, ROSE, 1998, 2007, 2010).

Tais tendências e características se combinam no que alguns autores vêm identificando como a emergência de uma cultura do risco no campo da saúde. Com o aumento da responsabilidade individual no cuidado à saúde, o surgimento de diversas técnicas inovadoras de exame médico e detecção precoce, a divulgação constante de informações de saúde e a velocidade das mudanças e, muitas vezes, de contradições no conhecimento médico, as experiências de saúde e doença estariam se aproximando cada vez mais de práticas individualizadas de manejo do risco (CRAWFORD, 2004, 2006; CASTEL, 1981, 1991; ARMSTRONG, 1995, 2012; CATIEL, 1999; CASTIEL; DIAZ, 2007; CASTIEL; SANZ-VALERO; VASCONCELLOS-SILVA, 2011; ARONOWITZ, 2009; DUMIT, 2012). A ascensão destas práticas estaria contribuindo para transformar os modos de explicar, intervir e vivenciar as experiências de saúde e doença, especialmente das patologias crônicas e das que envolvem distúrbios comportamentais.

Portanto, além do deslocamento da promoção da saúde dos discursos médico-psicológicos especializados para as práticas individuais relacionadas ao estilo de vida, a investigação médica dos estados de doença, fundamental para as ações de prevenção de diversas patologias, também tende a deixar o campo da ação coletiva para se caracterizar como intervenção individualizada na vulnerabilidade à doença. No campo psiquiátrico, a proliferação de propostas amplas de promoção da saúde mental da comunidade e a responsabilidade coletiva de prevenir a doença, que vimos florescer nos anos 60, não encontram equivalência no cenário contemporâneo. O que aparece como ação antecipatória no discurso psiquiátrico atual são as propostas específicas de manejo do risco, que identificamos como práticas emergentes destinadas a intervir no presente com o objetivo de alterar desfechos patológicos no futuro (CASTEL, 1987, 1991; ROSE, 1998, 2010).

A partir da consideração da neurobiologia dos transtornos mentais como trajetórias individualizadas e probabilísticas, seria possível a elaboração de intervenções prioritariamente biológicas que pudessem alterar, reverter ou manipular os graus de vulnerabilidade e de resiliência dos indivíduos, modificando desfechos psicopatológicos futuros e, quem sabe, impedindo a formação da doença. Neste contexto, interessa identificar os indivíduos em risco de desenvolver transtornos mentais e os que apresentam traços patológicos na infância e adolescência que podem ser considerados indícios de agravamento futuro. Como sugere Rose

(2010), a consideração dos indivíduos vulneráveis ao adoecimento e dos indivíduos que representam ameaça para si mesmos ou para a manutenção das regras sociais compõem os sentidos do risco na psiquiatria contemporânea. Estas duas vertentes de manejo do risco vêm sendo investigadas e debatidas no campo psiquiátrico contemporâneo, despertando tanto esperanças preventivas quanto importantes debates e críticas.

Se as especificidades destas duas vertentes de manejo do risco foram examinadas por meio da análise das propostas dirigidas à psicose e ao estado mental de risco, de um lado, e às categorias do transtorno da conduta e do TDAH, de outro, algumas características aproximam tais propostas. Como vimos, a antecipação do futuro e a indefinição da população alvo da intervenção estão presentes como característica em ambas as propostas, seja motivando e justificando as intervenções, seja tornando-as controversas e sujeitas a debate. A intenção de intervir no presente para alterar desfechos psicopatológicos no futuro motiva as pesquisas destinadas à detecção precoce da psicose e à identificação de traços preditivos de agravamento em crianças e adolescentes, reeditando antigas ambições antecipatórias e preventivistas na psiquiatria.

No entanto, a efetivação de tal ideal está longe de gerar consenso, uma vez que, em ambos os casos, a dificuldade na avaliação técnica do risco leva a diversas críticas e indefinições. Tanto no que se refere à adequada delimitação do estado mental de risco, quanto à determinação dos critérios que discriminam a elevada vulnerabilidade de crianças e adolescentes, multiplicam-se as discussões e permanece em curso a busca por precisão. Do mesmo modo, ainda que tais estados e critérios venham a ser delimitados com mais exatidão, a formulação de intervenções que sejam de fato capazes de alterar os graus de vulnerabilidade e resiliência à doença representaria mais uma dificuldade, visto que se sabe muito pouco sobre quais ações, sejam medicamentosas ou psicossociais, poderiam modificar o risco.

Entre o privilégio da noção de prevenção nos anos 60 e a ascensão do que chamamos de manejo contemporâneo do risco, diversos são os contrastes que pudemos identificar. Se a amplitude das propostas, a ambição das intenções e a responsabilidade auto-assumida da psiquiatria, verificadas no momento de ápice do ideal preventivo, entraram em declínio e não podem ser reconhecidas na atualidade, determinados temas e interesses permanecem despertando atenção e motivando discussão. Como vimos, a “redescoberta” do ambiente, o interesse pelas crianças “desajustadas” e a expansão das categorias e dos fenômenos considerados patológicos são elementos atuais que guardam alguma similaridade com os

processos característicos da prevenção. Seja retomando a importância de fatores relativamente desprestigiados no discurso neurocientífico, seja mantendo, ainda que de forma modificada, antigas considerações sobre os indivíduos desviantes e a expansão da ação psiquiátrica, as práticas de manejo do risco herdam, promovem a continuidade ou geram consequências semelhantes às de determinadas formas de ação preventiva.

No entanto, mais do que similaridade ou continuidade, destacamos a indefinição que cerca a experiência de manejo do risco na psiquiatria. Desde o conhecimento da trajetória probabilística do risco, passando pela correta avaliação da vulnerabilidade dos indivíduos, pela elaboração de intervenções eficazes e, talvez, pelo surgimento de novas formas de lidar com os processos de saúde e doença, a ascensão da lógica do risco promove mais insegurança do que certeza. Ao buscar antecipar o futuro e intervir no presente para evitar a formação de transtornos mentais, o surgimento de comportamentos antissociais ou de prejuízos psicossociais, as ações de manejo do risco acabam por gerar incerteza ao invés de alcançar as garantias pretendidas. Em última instância, trata-se da difícil tarefa de acessar, tornar previsível e tentar contornar aquilo que, por definição, conhecemos como incerto e imprevisível.

REFERÊNCIAS

ABI- RACHED, J.; ROSE, N. The birth of the neuromolecular gaze. *History of The Human Sciences*, v.23, n.1, p. 11–36, 2010.

ACKERMAN, N. Preventive implications of Family Research. In: *Prevention of mental disorders in children*: initial explorations. New York: Basic Books Inc., 1961.

ALLEN, F. Developments in Child Psychiatry in the United States. *American Journal of Public Health*, v.38, n.9, p.1201-1209, 1948.

ALLEN, G. Eugenics and Modern Biology: Critiques of Eugenics, 1910–1945. *Annals of Human Genetics*, n.75, p.314-325, 2011.

ÁLVAREZ-JIMÉNEZ, M. et al. Preventing the Second Episode: a Systematic review and Meta-analysis of Psychosocial and Pharmacological Trials in First-Episode psychosis. Schizophrenia Bulletin, v.37, n.3, p.619-630, 2011.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. Washington DC, 4thed: 1994.

ARMSTRONG, D. The rise of surveillance medicine. *Sociology of Health & Illness*, v.17, n.3, p.393-404, 1995.

_____ . Screening; mapping medicine´s temporal spaces. *Sociology of Health & Illness*, v.34, n.2, p.177-193, 2012.

ANDREASEN, N. The lifetime trajectory of schizophrenia and the concept of neurodevelopment. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, v.12, n.3, p.409-415, 2010.

ARONOWITZ, R. The Converged Experience of Risk and Disease. *The Milbank Quaterly*, v.87, n.2, p.417-442, 2009.

ARTHUR, C. J. Social Psychiatry: an overview. *American Journal of Psychiatry*, v.130, n.8, p.841-849, 1973.

BALE, T. et al. Early life programming and neurodevelopmental disorders. *Biological Psychiatry*, n.68, p.314-19, 2010.

BASSET, A.; SCHERER; BRZUSTOWICK. Copy Number Variations in Schizophrenia: Critical Review and New Perspectives on Concepts of Genetics and Disease. *American Journal of Psychiatry*, v.167, p.899–914, 2010.

BECK, U. *Risk Society*: Towards a New Modernity. London: Sage, 1992.

_____ . *World at Risk*. UK/USA: Polity Press, 2009.

BECK; GIDDENS; LASCH. *Modernização Reflexiva. Política, Tradição e Estética na Ordem Social Moderna*. São Paulo: UNESP, 1997.

BEERS, C. *A mind that found itself*. 5 ed, NewYork: Longmans, Green & Go, 1921.

BIBER, B. Integration of Mental Health Principles in the School Setting. In: *Prevention of mental disorders in children*: initial explorations. New York: Basic Books Inc., 1961.

BIRD, V. et al. Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *British Journal of Psychiatry*, v.197, p.350-356, 2010

BLAIR, R.J.R. et al. The development of psycopathy. *J Child Psychol Psychiatry*, v. 3/4, n. 47, p. 262-275, 2006.

BOLMAN, W. M. An Outline of Preventive Psychiatric Programs for children. *Archives of General Psychiatry*, v. 17, p.5-8, 1967.

BOLMAN, W. M.; WESTMAN, J. C. Prevention of Mental disorder: An Overview of Current Programs. *American Journal of Psychiatry*, v.123, n.9, p.1058-1068, 1967.

BORELLI, E. et al. Decoding the epigenetic language of neuronal plasticity. *Neuron*, n.60, p.961-974, 2008.

BOWER, E. M. Primary Prevention in a Scholl Setting. In: *Prevention of mental disorders in children*: initial explorations. New York: Basic Books Inc., 1961

_____. Primary Prevention of Mental Disorders: a conceptual framework and action possibilities. *American Journal of Orthopsychiatry*, v.33, n.5, p. 832–848, 1963.

BOWLBY, J. The Study of Human Relations in the Child Guidance Clinic. *Journal of Social Issues*, v.3, n.2, p.35-41, 1947.

_____. Research into the Origins of Delinquent Behaviour. *British Medical Journal*, v.1, n.4653, p.570-573, 1950.

BOWLBY, J. Maternal Care and Mental Health. *Bulletin of the World Health Organization*, v.3, n.3, 1951.

_____ . The Nature of the Child's Tie to His Mother. *International Journal of Psychoanalysis*, v.39, n.5, p.350-373, 1958.

_____ . Separation Anxiety. *International Journal of Psychoanalysis*, v.41, p.89-113, 1959.

_____ . Grief and Mourning in Infancy and Early Childhood. *Psychoanalytical Study of the Child*, v.15, p.9-52, 1960.

BOWLBY, J, ROBERTSON, J. A Two-Year Old Goes to Hospital. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, v.46, n.6, p.425-427, 1952.

BRANDON, S. Crisis Theory and Possibilities of Therapeutic Intervention. *British journal of Psychiatry*, v.117, n.541, p.627-633, 1970.

BRENNEMANN, J. Pediatric Psychology and the Child Guidance Movement. *The Journal of Pediatrics*, v.2, n.1, p.1-26, 1933.

BRIM, Jr., O. Methods of educating Parents and their Evaluation. In: *Prevention of mental disorders in children*: initial explorations. New York: Basic Books Inc., 1961.

BRODY, S. Preventive intervention in current problems of early childhood. In: *Prevention of mental disorders in children*: initial explorations. New York: Basic Books Inc., 1961.

BURNHAM, J. *After Freud Left*: A Century of Psychoanalysis in America. Chicago and London: The University of Chicago Press, 2012.

CAPLAN, G. *Prevention of mental disorders in children*: initial explorations. New York: Basic Books Inc., 1961.

_____. *Principles of Preventive Psychiatry*. USA: Basic books, Inc., 1964.

CARPENTER, W. Anticipating *DSM-V*: Should Psychosis Risk Become a Diagnostic Class? *Schizophrenia Bulletin*, v.35, n.5, p.841-843, 2009.

CASTEL, R. A Instituição Psiquiátrica em Questão. In: FIGUEIRA, S. (Org.) *Sociedade e Doença Mental*. Rio de Janeiro: Editora Campus Ltda, 1978.

_____. *A Gestão dos Riscos*. Da antipsiquiatria à Pós-Psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

CASTEL, R. From dangerousness to risk. In: BURCHELL, G.; MILLER (Org.) *The Foucault Effect*. Studies in Governamentality. USA: The University of Chicago Press, 1991.

CASTEL, R.; CASTEL, F.; LOVELL, A. *The Psychiatric Society*. New York: Columbia University Press, 1982.

CASTIEL, L. D. A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências [online]. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

CASTIEL, L. D. e DIAZ. A Saúde Persecutória: os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

CASTIEL, L.D., SANZ-VALERO, J e VASCONCELLOS-SILVA, PR. Das loucuras da razão ao sexo dos anjos: biopolítica, hiperprevenção, produtividade científica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

CHRONIS-TUSCANO, A. et al. Very Early Predictors of Adolescent Depression and Suicide. Attempts in Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Archives of General Psychiatry, v.67, n.10, p.1044–1051, 2010.

CLARK, D. H. The Therapeutic Community – Concept, Practice and Future. *British Journal of Psychiatry*. v. 111, p.947-954. 1965.

CLARKE, M.; O'CALLAGHAN, E. Is earlier better? At the beginning of schizophrenia: timing and opportunities for early intervention. *Psychiatric Clinics of North America*, v.26, p.65-83, 2003.

COBB, S.; LINDEMANN, E. Neuropsychiatric Observations. *Annals of Surgery*, v.117, n.6, p.814-824, 1943.

COPELAND, W. et al. Childhood and Adolescent Psychiatric Disorders as Predictors of young Adult Disorders. *Archives of General Psychiatry*, v.66, n.7, p.764-772, 2009.

CORCORAN, C. et al. The Psychosis Risk Syndrome and its Proposed Inclusion in the DSM-V: A Risk-Benefit Analysis. *Schizophrenia Research*, v.120, n.1-3, p.16-22, 2010.

COSTA, J.F. Psiquiatria preventiva e representação da doença mental (1973). In: *História da Psiquiatria no Brasil*, 4ªed, 1989.

CRAWFORD, R. Healthism and the medicalization of everyday life. *International Journal of Health Services*, v.10, n.3, p.365-388, 1980.

_____. Risk ritual and the management of control and anxiety in medical culture. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, v.8, n.4, p.505-528, 2004.

CRAWFORD, R. Health as a meaningful social practice. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, v.10, n.4, p.401-420, 2006.

CUTLER, D.; RUFFINE, C. Heroes in Community Psychiatry: Professor Gerald Caplan. *Community Mental Health Journal*, v.40, n.3, p.193-197, 2004.

DARBONNE, A. Crisis: a Review of Theory, Practice and Research. *Psychoterapy*: Theory, Research and Practice, v.4, n.2, p.49-56, 1967.

DE BELLIS, M. The psychobiology of neglect. *Child Maltreatment*, v.10, p.150-172, 2005.

DEVEREUX, G. Normal and Abnormal (1956). In: Basic problems of Ethnopychiatry. London: The University of Chicago Press, 1980.

DICK, D.; RILEY; KENDLER. Nature and nurture in neuropsychiatric genetics: where do we stand? *Dialogues in Clinical Neuroscience*, v.12, n.1, p.7-23, 2010.

DOUBLE, D. B. Adolf Meyer´s Psychobiology and the Challenge for Biomedicine. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, v.14, n.4, p.331-339, 2007.

DOWBIGGIN, I. "An exodus of enthusiasm": G. Alder Blumer, Eugenics, and US Psychiatry", 1890-1920. *Medical History*, v. 36, p. 379-402, 1992.

_____ . *Keeping America Sane*. Psychiatry and Eugenics in the United States and Canada 1880-1940. New York: Cornell University Press; 2003.

DREYER, B. Adolf Meyer and Mental Hygiene: an ideal for public health. *American Journal of Public Health*, v.66, n.10, p.998-1003, 1976a.

_____ . The Mental Hygiene Movement: Institutional Response to Individual Concern. The Early Years of the Philadelphia Child Guidance Clinic. *American Journal of Public Health*, v.66, n.1, p.85-91, 1976b.

DUDLEY, K. et al. Epigenetics mechanisms mediating vulnerability and resilience to psychiatric disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, n.35, p.1544-1551, 2011.

DUMIT, J. Illness you have to fight to get: facts as forces in uncertain, emergent illness. *Social Science & Medicine*, v.62, p.577-590, 2006.

_____ . *Drugs for Life.* How Pharmaceutical Companies Define Our Health. Durham e Londres: Duke University Press, 2012.

DUNCAN, L.; KELLER, M. A critical review of the first 10 years of candidate gene-by-environment interaction research in psychiatry. *American journal of Psychiatry*, v.168, n.10, p.1041-1049, 2011.

EDWARDS, J.; HARRIS; BAPAT. Developing services for first-episode psychosis and the critical period. *The British Journal of Psychiatry*, v.187, supl.48, p.91-97, 2005.

EISENBERG, L. Preventive Psychiatry. *Annual Review of Medicine*, v.13, n.1, p.343-360, 1962.

EHRENBERG, A. "Le sujet cérébral". *Esprit*, n.309, p.130-155, 2004.

ERIKSON, E. *Childhood and Society*. New York: W.W. Norton & Company, Inc., 1950.

EWALT, J.; EWALT, P. History of Community Psychiatry Movement. *American Journal of Psychiatry*, v.126, n.1, p.81-90, 1969.

FEDER, A.; NESTLER; CHARNEY. Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nature Review Neuroscience*, v.10, n.6, p.446-457, 2009.

FLINT, J.; MUFANÒ, M. The endophenotype concept in psychiatric genetics. *Psychological Medicine*, v.37, p.163-180, 2007.

FOLEY, D. et al. Prospects for Epigenetic Epidemiology. *American Journal of Epidemiology*, v.169, n.4, p.389-400, 2009.

FOUCAULT, M. Segurança, Território, População: curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. Os Anormais: curso dado no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. A política de saúde no século XVIII. In: *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 5 ed. rev, 1985.

FRANKLIN, T.; MANSUY, I. Epigenetic inheritance in mammals: evidence for the impact of adverse environment effects. *Neurobiology of Disease*, v.39, p.61-65, 2010.

FREUD, A. Observations on child development. In: The Psychoanalytic Study of the Child, v.6, p.18-30, 1951.

_____ . Psychoanalysis and education. In: The Psychoanalytic Study of the Child, v.9, p.9-15, 1954.

FREUD, A. *O Ego e os Mecanismos de Defesa*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FRICK, P.; MOFFIT, T. *A proposal to the DSM-V Childhood Disorders and the ADHD and Disruptive Behavior Disorders Work Groups to include a specifier to the Diagnosis of Conduct Disorder based on the presence of Callous-unemotional traits*. APA, USA, p.1-36, 2010.

GAINES, A. From DSM-I to DSM-III; Voices of Self, Mastery and the Other: a cultural Constructivist Reading of U.S. Psychiatric Classification. *Social Science & Medicine*, v.35, n.1, p.3-24, 1992.

GARVER, K.; GARVER, B. Eugenics: past, present and future. *American Journal of Human Genetics*, n.49, p.1109-1118, 1991.

GERSHON, E.; ALLIEZ-RODRIGUEZ; LIU. After GWAS: Searching for genetic risk for schizophrenia and bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, v.168, n.3, p.253-256, 2011.

GHAEMI, N. Adolf Meyer: Psychiatric Anarchist. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, v.14, n.4, p.341-345, 2007.

GOFFMAN, E. *Asylums*: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates. New York: Doubleday, 1961.

GOLDEN, S. et al. A standardized protocol for repeated social defeat stress in mice. *Nature Protocol*, v.6, n.8, p.1183-1191, 2011.

GOODRICH, D. Possibilities for Preventive Intervention During initial Personality Formation. In: *Prevention of mental disorders in children*: initial explorations. New York: Basic Books Inc., 1961.

GOTTESMAN, I.; GOULD, T. The endophenotype Concept in Psychiatry? Etymology and Strategic Intentions. *American Journal of Psychiatry*, v.160, n.4, p.636-645, 2003.

GOTTESMAN, I.; HANSON, D. Human Development: Biological and Genetic Processes. *Annual Review Psychology*, n.56, p.263-286, 2005.

GREENE, J. Prescribing by Numbers. Drugs and the Definition of Disease. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

GRIFFITH, J.; MAHLER, H. DNA ticketing theory of memory. *Nature*, n.223, p.580-582, 1969.

GROB, G. *Mental Illness and American Society*: 1875-1940. New Jersey: Princeton University Press, 1983.

_____ . *The Mad Among Us*: a history of the care of american´s mentally ill. USA: The Free Press, 1994.

GRUENBERG, E. The Prevention of Mental Disorders. *Journal of Chronic Disesases*, v.9, n.3, p.187-198, 1958.

GWAS Psychiatric Consortium Coordinating Committe. Genomewide Association Studies: history, rationale, and prospects for psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry*, v.166, n.5, p.540-556, 2009.

HÄFNER, H.; MAUER, K. Early detection of schizophrenia: current evidence and future perspectives. *World Psychiatry*, v.5, n.3, p.130-138, 2006.

HAIG, D. The (Dual) Origin of Epigenetics. *Cold Spring Harbor Symposia on Quantitative Biology*, v. LXIX, 2004.

HALE JR., N. *The rise and crisis of psychoanalysis in the United States*: Freud and the Americans, 1917-1985. New York: Oxford University Press, 1995.

HARLEY, M.; MURGATH; CANNON. Conduct disorder: psychiatry's greatest opportunity for prevention. *Psychological Medicine*, v.38, p.929- 931, 2008.

HARKAVI-FRIEDMAN, J. Can early detection of psychosis prevent suicidal Behaviour? *American Journal of Psychiatry*, v.163, supl. 5, p.768-770, 2006.

HARTMANN, H. The mutual influences in the development of ego and id. In: *The Psychoanalytic Study of the Child*, v.7, p.9-30, 1952.

_____ . Notes on the reality principle. In: *The Psychoanalytic Study of the Child*, v.11, p.31-53, 1956.

_____ . Ego Psychology and the Problem of Adaptation. New York: International Universities Press, Inc., 1958.

HARTMANN, H.; KRIS, E. The Genetic Approach in Psychoanalysis. In: *The Psychoanalytic Study of the Child*, v.1, p.11-30, 1945.

HARTMANN, H.; KRIS, E.; LOEWENSTEIN, R. Comments on the formation of psychic structure. In: *The Psychoanalytic Study of the Child*, v.2, p.11-38, 1946.

HAWKS, D. Community Care: an analysis of assumptions. *British Journal of Psychiatry*, v. 127, p.276-285, 1975.
HEALY, D. The creation of psychopharmacology. USA: Harvard University Press, 2002.

HODGINS, S. et al. From conduct disorder to severe mental illness: associations with agressive behaviour, crime and vitimization. *Psychological Medicine*, v.38, p.975-987, 2008.

HOLLIDAY, R. Epigenetics. A historical overview. *Epigenetics*, v.1, n.2, p.76-80, 2006.

HOLLIDAY, R.; PUGH, J. DNA modification mechanisms and gene activity during development. *Science*, n.187, p.226-232, 1975.

HORWITZ, A. *Creating Mental Illness*. USA: The University of Chicago Press, 2002.

HORWITZ, A.; GROB, G. The Checkered History of American Psychiatric Epidemiology. *The Milbank Quarterly*, v.89, n.4, p.628–657, 2011.

HUXLEY, J. Epigenetics. *Nature*, n.177, p.806-808, 1956.

INTERNATIONAL EARLY PSYCHOSIS ASSOCIATION WRITING GROUP (IEPA). International clinical practice guidelines for early psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, v.187, supl.48, p.120-124, 2005.

JABLONKA, E. Epigenetic Epidemiology. *International Journal of Epidemiology*, v.33, n.5, p.929-935, 2004.

JACOBSON, B. A. A critical look at Community Psychiatric Clinic. *American Journal of Psychiatry*, v.124, n.4, p.14-20, 1967.

JIRTLE, R.; SKINNER, M. Environmental epigenomics and disease susceptibility. *Nature Reviews*: Genetics, v.8, p.253-262, 2007.

JOA, I. et al. *Schizophrenia Bulletin*, v.34, n.3, p.466-472, 2008.

JONES, C.; WATSON; FONE. Animal models of schizophrenia. *British Journal of Pharmacology*, v.164, p.1162-1194, 2011.

JONES, M. Psychiatry, Systems Theory, Education, and Change. *British Journal of Psychiatry*, v.124, n.582, p.75-80, 1974.

JORDAN, P.; ARBOR, A. The Role of the Pediatrician in Medical Hygiene. *The Journal of Pediatrics*, v.15, n.1, p.121-129, 1939.

KANNER, L. The Development and Present Status of Psychiatry in Pediatrics. *The Journal of Pediatrics*, v.11, n.3, p.418-435, 1937.

_____. Some Pediatric Problems of Behavior in Infancy and Early Childhood. *The Journal of Pediatrics*, v.13, n.3, p.417-433, 1938.

_____ . Play Investigation and Play Treatment. *The Journal of Pediatrics*, v.17, n.4, p.533-546, 1940.

KIM, Y. et al. Schizophrenia Genetics: Where next? *Schizophrenia Bulletin*, v.37, n.3, p.456-463, 2011.

KLEIN, D.; LINDEMANN, E. Preventive Intervention in Individual and Family Crisis Situations. In: *Prevention of mental disorders in children*: initial explorations. New York: Basic Books Inc., 1961.

KRIMBAS, C. Eugenics in Europe. *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*, p.4905-4912, 2001.

KRIS, E. Opening remarks on psychoanalytic child psychology. In: *The Psychoanalytic Study of the Child*, v.6, p.9-17, 1951.

KRISHNAN, V.; NESTLER, E. Animal Models of Depresssion: Molecular Perspectives. *Current Topics in Behavioral Neuroscience*, v.7, p.121-147, 2011.

KUBIE, L. S. Pitfalls of Community Psychiatry. *Archives of General Psychiatry*, v.18, p.257-266, 1968.

LANDZELIUS, K. Introduction: Patient organization movements and new metamorphoses in patienhood. *Social Science & Medicine*, v.62, p.529-537, 2006.

LEAVELL, H.R.; CLARK, E.G. *Preventive Medicine for the doctor in his community*. New York: Mc Graw-Hill, 1958.

LEE, S. et al. Prospective Association of Childhood Attention-deficit/hyperactivity Disorder (ADHD) and Substance Use and Abuse/Dependence: A Meta-Analytic Review. *Clinical Psychology Review*, v.31, n.1, p.328-341, 2011.

LEMKE, T. Susceptible individuals and risky rights: Dimensions of genetic responsibility. In: *Biomedicine as Culture*. Instrumental Practices, Technoscientific Knowledge, and New Modes of Life. Routledge, 2007.

LEMKAU, P. Mental health tasks in general health programs. In: American Journal of Public Health, v.47, n.7, p.797-801, 1957a.

LEMKAU, P. Training professional personnel for mental health programs. In: Mental Health, v.72, n.7, p.609-614, 1957b.

_____ . Community planning for mental health. In: Public Health Reports, v.76, n.6, p.489-498, 1961.

_____ . Prevention in Psychiatry. *American Journal of Public Health*, v.55, n.4, p.554-560, 1965.

LEVINE, M. *The history and politics of community mental health*. New York: Oxford University Press, 1981.

LOCK, M. The future is now: locating biomarkers for dementia. In: *Biomedicine as Culture*. Instrumental Practices, Technoscientific Knowledge, and New Modes of Life. Routledge, 2007.

LUPTON, D. *Risk and Sociocultural Theory*: new directions and perspectives. UK: Cambridge University Press, 1999.

LIEBERMAN, J.; FENTON, W. Delayed detection of psychosis: causes, consequences, and effect on public health. *American Journal of Psychiatry*, v.157, n.11, p.1727-1730, 2000.

LINDEMANN, E. Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, v.101, n.2, p.141-148, 1944.

_____ . *Annual Review of Medicine*, n.2, p.219-224, 1951.

MAHLER, M. On Child psychosis and Schizophrenia: autistic and symbiotic infantile psychosis. In: *The Psychoanalytic Study of the Child*, v.7, p.53-74, 1952.

_____ . On symbiotic child psychosis; genetic, dynamic and restitutive aspects. In: *The Psychoanalytic Study of the Child*, v.10, p.53-74, 1955.

MARSHALL, M.; RATHBONE, J. Early Intervention for Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, v.37, n.6, p.1111-1114, 2011.

MASLAND, R. Researches into the Prenatal Factors that Lead to Neuropsychiatric Sequelae in Childhood. In: *Prevention of mental disorders in children*: initial explorations. New York: Basic Books Inc., 1961.

MAYES, R.; HORWITZ, A. DSM-III and The Revolution in the Classification of Mental Illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, v.41, n.3, p.249-267, 2005.

MAZUMDAR, P. "Reform" eugenics and the decline of Mendelism. *Trends in Genetics*, v.18, n.1, p.48-52, 2002.

McGLASHAN, T. Psychosis treatment prior to psychosis onset: ethical issues. *Schizophrenia Research*, v.51, p.47-54, 2001.

McGLASHAN, T. Early detection and intervention in psychosis: an ethical paradigm shift. *The British Journal of Psychiatry*, v.187, supl.48, p.113-118, 2005.

McGORRY, P. EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia Bulletin*, v.22, n.2, p.305-326, 1996.

_____. Early intervention in psychotic disorders: beyond debate to solving problems. *The British Journal of Psychiaty*, v.187, supl.48, p.108-110, 2005.

_____ . Risk syndromes, clinical staging and DSM V: New diagnostic infrastructure for early intervention in psychiatry. *Schizophrenia Research*, v.120, p.49-53, 2010.

_____ . Transition to Aldulthood; the Critical Period for Pre-emptive, Disease-modifying Care for Schizophrenia and Related Disorders. *Schizophrenia Bulletin*, v.37, n.3, p.542-530, 2011.

McGORRY, P; YOUNG; PHILLIPS. Ethics and early intervention in psychosis: keeping up the pace and staying in step. *Schizophrenia Research*, v.51, p.17-29, 2001.

McGORRY, P; KILLAKEY; YOUNG. The "Close in" or Ultra High-Risk Model: A Safe and Effective Strategy for Research and Clinical Intervention in Prepsychotic Mental Disorder. *Schizophrenia Bulletin*, v.29, n.4, p.771-790, 2003.

_____ . Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry*, v.7, n.3, p.148-156, 2008.

MEYER, A. Arrest of development in adolescence (1903a). In: LIEF, A. A. *The Commonsense Psychiatry of Dr. Adolf Meyer*: Fifty-two Selected Papers, New York: McGraw-Hill, 1948.

_____ . An attempt at analysis of the neurotic constitution (1903b). In: LIEF, A. A. *The Commonsense Psychiatry of Dr. Adolf Meyer*: Fifty-two Selected Papers, New York: McGraw-Hill, 1948.

_____. Mental factors in psychiatry (1908a). In: LIEF, A. A. *The Commonsense Psychiatry of Dr. Adolf Meyer*: Fifty-two Selected Papers, New York: McGraw-Hill, 1948.

MEYER, A. The problems of mental reaction-types, mental causes and diseases. *Psychological Bulletin*, v.5, n. 8, p.245-261, 1908b.

_____ . The contributions of Psychiatry to understanding of life problems (1921). In: LIEF, A. A. *The Commonsense Psychiatry of Dr. Adolf Meyer*: Fifty-two Selected Papers, New York: McGraw-Hill, 1948.

_____ . The psychobiological point of view (1934). In: LIEF, A. A. *The Commonsense Psychiatry of Dr. Adolf Meyer*: Fifty-two Selected Papers, New York: McGraw-Hill, 1948.

_____ . *The Collected Papers of Adolf Meyer*. Ed. Eunice E. Winters, Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1950–1952, 4 volumes, 1952.

_____ . *Psychobiology*: a Science of Man. Editado por E. E. Winters e A. M. Bowers. Springfield, IL: Charles C Thomas, 1957.

MICKLOS, D.; CARLSON, E. Engineering American society: the lesson of eugenics. *Nature Reviews: Genetics*, v.1, p.153-158, 2000.

MILLER, C. et al. Childhood ADHD and the Emergence of Personality Disorders in Adolescence: A Prospective Follow-up Study. *Journal of Clinical Psychiatry*, v.69, n.9, p.1477-1484, 2008.

MILLER, P.; ROSE, N. *Governing the Present*. Administering Economic, Social and Personal Life. UK/USA: Polity Press, 2008.

MOFFITT, T. E.et al. Research Review: DSM-V conduct disorder: research needs for an evidence base. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v.1, n.49, p.3-33, 2008.

MORDRE, M. et al. The impact of ADHD and conduct disorder in childhood on adult delinquency: A 30 years follow-up study using official crime records. *BioMed Central Psychiatry*, v.11, n.1, p.11-57, 2011.

MUNAFÓ, M. Candidate gene studies in the 21st century: meta-analysis, mediation, moderation. *Genes*, Brain and Behaviour, n.5, supl.1, p.3-8, 2006.

MURGATROYD, C.; SPENGLER, D. Epigenetics of early child development. *Frontiers in Psychiatry*: Child and Neurodevelopmental Psychiatry, v.2, p.1-15, 2011.

MURPHY, L. Preventive Implications of Development in the Pre-school Years. In: *Prevention of mental disorders in children*: initial explorations. New York: Basic Books Inc., 1961.

NANNEY, D. Epigenetic control systems. *Proc Nat Acad Sci USA*, n.44, p.712-717, 1958.

NEIGH, G.; GILLESPIE; NEMEROFF. The neurobiological toll of child abuse and neglect. *Trauma violence Abuse*, v.10, p.389-410, 2009.

NESTLER, E. Epigenetic mechanisms in psychiatry. *Biological Psychiatry*, n.65, p.189-190, 2009.

NOVAS, C. The political economy of hope: patient´s organizations, science and biovalue. *Biosocieties*, v.1, n.3, p.289-305, 2006.

ODGERS, C. et al. Prediction of differential adult health burden by conduct problem subtypes in males. *Archives of general psychiatry*, v.64, n.4, p.476-479, 2007.

OH, G.; PETRONIS, A. Environmental studies of schizophrenia through the prism of epigenetics. *Schizophrenia Bulletin*, v.34, n.6, p.1122-1129, 2008.

OJEMANN, R. Investigations on the Effects of teaching an Understanding and Appreciation of Behaviour Dynamics. Em: Prevention of mental disorders in children: initial explorations. New York: Basic Books Inc., 1961.

OLINO, T.; SEELEY; LEWINSOHN. Conduct Disorder and Psychosocial Outcomes at Age 30: Early Adult Psychopathology as a Potential Mediator. *Journal of Abnormal Child Psychology*, v.38, n.8, p.1139-1149, 2010.

ORTEGA, F.; VIDAL, F. Mapping the cerebral subject in contemporary culture. *RECIIS*, v.1, n.2, p.255-259, 2007.

OS, J.; RUTTEN; POULTON. Gene-environment interactions in schizophrenia: review of epidemiological findings and future directions. *Schizophrenia Bulletin*, v.34, n.6, p.1066-1082, 2008.

OS, J.; KENIS; RUTTEN. The environment and schizophrenia. *Nature*, v.468, p.203-212, 2010.

PARDINI, D.; FITE, P. Symtoms of Conduct disorder, Oppositional Defiant Disorder, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, and Callous-Unemotional Traits as Unique Predictors of Psychosocial Maladjustment in Boys: Advancing an Evidence Base for DSM-V. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v.49, n.11, p.1134-1144, 2010.

PASAMANICK, B.; KNOBLOCH, H. Epidemiologic Studies on the Complications of Pregnacy and the Birth Process. In: *Prevention of mental disorders in children*: initial explorations. New York: Basic Books Inc. 1961

PAVENSTEDT, E. A Study of Immature Mothers and their Children. In: *Prevention of mental disorders in children*: initial explorations. New York: Basic Books Inc., 1961.

PEARSON, G. The Child´s History as an Aid in the Psychiatric Treatment of Children. *The Journal of Pediatrics*, v.17, n.2, p.241-248, 1940.

PERKINS, D. et al. Relationship Between Duration of Untreated Psychosis and Outcome in First-Episode Schizophrenia: A Critical Review and Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, v.162, n.10, p.1785-1804, 2005.

PERNICK, M. Eugenics and Public Health in American History. *American Journal of Public Health*, v.87, n.11, p.1767-1772, 1997.

RAPOPORT, J.; GIEDD; GOGTAY. Neurodevelopmental model of schizophrenia: uptade 2012. *Molecular Psychiatry*, v.17, n.12, p.1228-1238, 2012.

RAPOPORT, J. et al. The neurodevelopmental model of schizophrenia: uptade 2005. *Molecular Psychiatry*, v.10, p.434-449, 2005.

RASETTI, R.; WEINBERG, D. Intermediate phenotypes in psychiatric disorders. *Current Opinion in Genetics Development*, v.21, n.3, p.340-349, 2011.

REEF, J. et al. Child to adult continuities of psychopathology: a 24-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, n.120, p.230-238, 2009.

REDLICH, F.; PEPPER, M. Are Social Psychiatry and Community Psychiatry Subspecialties of Psychiatry? *The American Journal of Psychiatry*, v.124, n.10, p.1343-1350, 1968.

RENNIE, T. Adolf Meyer - 1866-1950. *Psychosomatic Medicine*, v.12, n.2, p.71-72, 1950.

_____ . Psychiatry. *Annual Review of Medicine*, n.4, p.253-260, 1953.

RICHMOND, J.; LIPTON, E. Studies on Mental Health of Children with Specific Implications for Pediatricians. In: *Prevention of mental disorders in children*: initial explorations. New York: Basic Books Inc., 1961.

RIGGS, A. X inactivation, differentiation and DNA methylation. *Cytogenetics Cell Genet*, n.14, p.9-25, 1975.

ROMANO, J. Psychiatry. *Annual Review of Medicine*, n.3, p.151-156, 1952.

ROSE, J. The Prevention of Mothering Breakdown Associated with Fisical Abnormalities of the Infant. In: *Prevention of mental disorders in children*: initial explorations. New York: Basic Books Inc., 1961.

ROSE, N. Governing risky individuals: The role of psychiatry in new regimes of control. *Psychiatry, Psychology and Law*, v.5, n.2, p.177-195, 1998.

_____ . Neurochemical selves. *Society*, November/December, v.41, n.1, p.46-59, 2003.

ROSE, N. *The Politics of Life Itself*. Biomedice, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century. United Kingdom: Princeton University Press, 2007a.

_____ . Genomic susceptibility as an emergent form of life? Genetic testing, identity, and the remit of medicine. In: *Biomedicine as Culture*. Instrumental Practices, Technoscientific Knowledge, and New Modes of Life. Routledge, 2007b.

_____ . ‘Screen and Intervene’: governing risky brains. *History of The Human Sciences*, v.23, n.1, pp. 79–105, 2010.

ROSENBERG, C. Contested Boundaries; psychiatry, disease and diagnosis. *Perspectives in Biology and Medicine*, v.49, n.3, p.407-424, 2006.

_____ . Managed fear. *The Lancet*, v.373, 2009.

ROTH, T.; SWEATT, D. Annual Research Review: epigenetic mechanisms and environmental shaping of the brain during sensitive periods of development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v.52, n.4, p.398-408, 2011.

ROWE, R. et al. Developmental pathways in Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, v.119, n.4, p.726-738, 2010.

RUTTER, M.; MOFFIT; CASPI. Gene-environment interplay and psychopathology: multiple varieties but real effects. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v.43, n.3/4, p.226-261, 2006.

RUTTER, M.; KIM-COHEN; MAUGHAN. Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v.47, n.3/3, p.276-295, 2006.

RUTTEN, B.; MILL, J. Epigenetic mediation of environmental influences in major psychotic disorders. *Schizophrenia Bulletin*, v.35, n.6, p.1045-1056, 2009.

SCHAFFNER, K.; MCGORRY, P. Preventing severe mental illnesses - new prospects and ethical challenges. *Schizophrenia Research*, v.51, p.3-15, 2001.

SCHEEPERS, F.; BUITELAAR; MATTHYS. Conduct Disorder and the specifier callous unemotional traits in the DSM-5. *European Child and Adolescent Psychiatry*, v.20, p.89-93, 2011.

SCHOELN, W.; PECK, D. Advertising eugenics: Charles M. Goethe’s campaign to improve the race. *Endeavour*, v.34, n.2, p.75-80, 2010.

SCHOWALTER, J. A History of Child and Adolescent Psychiatry in the United States. *Psychiatric Times*, 1 set., n.43, 2003.

SCOTT, S. Parenting quality and children´s mental health: biological mechanisms and psychological interventions. *Current Opinion Psychiatry*, v.25, p.301-306, 2010.

SERPA JÚNIOR, O.D. *Mal-estar na natureza*. Belo Horizonte: Te Cora Editora; 1998.

SHORTER, E. *A History of Psychiatry*. From the Era of the Asylum to the Age of Prozac. Jonh Wiley & Sons, Inc. 1997.

SHRIVASTAVA, A. et al. "Attenuated psychotic symptoms syndrome" as a risk syndrome of psychosis, diagnosis in DSM-V: The debate. *Indian Journal of Psychiatry*, v.53, n.1, p.57-65, 2011.

SIBLEY, M. et al. The Delinquency Outcomes of Boys with ADHD with and without Comorbidity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, v.39, n.1, p.21-32, 2011.

SIMONOFF, E.et al. Predictors of antisocial personality. Continuities from childhood to adult life. *British Journal of Psychiatry*, v.184, p.118-127, 2004.

SINGH, I. Human Development, nature and nurture: Working beyond the divide. *BioSocieties*, v.7, p.308–321, 2012.

SPAULDING, J.; BALCH, P. A Brief History of Primary Prevention in the Twentieth Century: 1908 to 1980. *American Journal of Community Psychology*, v.11, n.1, p.59-80, 1983.

SPITZ, R.A. Hospitalism—An Inquiry Into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood. In: The Psychoanalytic Study of the Child, v.1, p.53-74, 1945.

_____ . Anaclitic depression. In: The Psychoanalytic Study of the Child, v.2, p.313-342, 1946.

_____ . The Psychogenic Diseases in Infancy—An Attempt at their Etiologic Classification. In: The Psychoanalytic Study of the Child, v.6, p.255-275, 1951.

SPITZ, R.A. The first year of life: a psychoanalytic study of normal and deviant development of object relations. International University Press, 1965.

STEIN, M. The establishment of the department of psychiatry in the Mount Sinai Hospital: a conflict between neurology and psychiatry. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, v.40, n.3, p.285–309, 2004.

STERN, A. Sterilized in the name of public health: race, immigration and reproductive control in California. *American Journal of Public Health*, v.95, n.7, p.1128-1138, 2005.

SULLIVAN, P. The Psychiatric GWAS Consortium: big science comes to psychiatry. *Neuron*, v.68, n.2, p.182-186, 2010.

SWEATT, J. Experience-dependent epigenetic modifications in the central nervous system. *Biological Psychiatry*, n.65, p.191-197, 2009.

SZASZ, T. *The mith of mental illness*. Foundations of a theory of personal conduct. USA: Harper & Row., 1960.

TARJAN, G. Studies of Organic Etiologic Factors. In: *Prevention of mental disorders in children:* initial explorations. New York: Basic Books Inc, 1961.

TIFFIN, P.; GLOVER, G. From commitment to reality: early intervention in psychosis services in England. *Early Intervention in Psychiatry*, v.1, p.104-107, 2007.

TSANKOVA, N. et al. Epigenetic regulation in psychiatric disorders. *Nature Reviews*: Neuroscience, v.8, p.355-367, 2007.

VIDAL, F. Brainhood, anthropological figure of modernity. *History of The Human Sciences*, v.22, n.1, pp. 5–36, 2009.

VIDING, E.; MCCRORY, E. Why should we care about measuring callous-unemotional traits in children? *The British Journal of Psychiatry*, v.200, n.3, p.177-178, 2012.

VISSCHER, P. et al. Five Years of GWAS Discovery. *The American Journal of Human Genetics*, n.90, p.7-24, 2012.

VYAS, N.; GOGTAY, N. Treatment of early onset schizophrenia: recent trends, challenges and future considerations. *Frontiers in Psychiatry*: Child and Neurodevelopmental Psychiatry, v.3, p.1-3, 2012.

WADDINGTON, C. *The Epigenotype. International Journal of Epidemiology*, n.41, p.10-13, 2012 [1942]. Reimpressão da publicação original em Endeavour, p.18-20, 1942.

WALDFOGEL, S.; GARDNER, G. Intervention in Crisis as a Method of Primary Prevention. In: *Prevention of mental disorders in children*: initial explorations. New York: Basic Books Inc., 1961.

WALLACE, E. Adolf Meyer´s Psychobiology in historical Context, and its Relationship to George Engel´s Biopsychosocial Model. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, v.14, n.4, p.347-353.

WHITE, T.; ANJUN; SCHULTZ. The schizophrenia prodrome. *American Journal of Psychiatry*, v.163, p.376-380, 2006.

WILENS, T. et al. Does ADHD Predict Substance Use Disorders? A 10-year Follow-up Study of Young Adults with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v.50, n.6, p.543-553, 2011.

WONG, A.; GOTTESMAN; PETRONIS. Phenotypic differences in genetically identical organisms; the epigenetic perspective. *Human molecular Genetics*, v.14, n.1, p.11-18, 2005.

WOODS, S. et al. The case for including Attenuated Psychotic Symptons Syndrome in DSM-5 as a psychosis risk symdrome. *Schizophrenia Research*, v.123, n.2-3, p.199-207, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The Community Mental Hospital. Third Report of the Expert Committee on Mental Health*. Geneva: WHO, 1953.

YOLLES, S. Community Mental Health: issues and policies. *American Journal of Psychiatry*, v.122, p.979-985, 1966.

_____. Community Mental Health Services: The View from 1967. *American Journal of Psychiatry*, v.124, p.1-7, supl., 1967.

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