



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA E CIÊNCIA POLÍTICA

LETÍCIA HUMMEL DO AMARAL

**DISCURSIVIDADES EM TORNO DA PREVENÇÃO E CONTROLE DE RISCO EM
SAÚDE MENTAL: A PSIQUIATRIA DO DESENVOLVIMENTO**

Florianópolis, SC

2020

LETÍCIA HUMMEL DO AMARAL

**DISCURSIVIDADES EM TORNO DA PREVENÇÃO E CONTROLE DE RISCO EM
SAÚDE MENTAL: A PSIQUIATRIA DO DESENVOLVIMENTO**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Ciência Política da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do título de Mestre em Sociologia Política.

Orientadora: Profa. Dra. Sandra Noemi Cucurullo de Caponi.

Florianópolis
2020

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Amaral, Leticia Hummel do
Discursividades em torno da prevenção e controle de
risco em saúde mental : a psiquiatria do desenvolvimento /
Leticia Hummel do Amaral ; orientadora, Sandra Noemi
Cucurullo de Caponi, 2020.
124 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa
de Pós-Graduação em Sociologia Política, Florianópolis, 2020.

Inclui referências.

1. Sociologia Política. 2. Psiquiatria do
desenvolvimento. 3. Prevenção e controle de risco em saúde
mental. 4. Medicalização da infância e adolescência. 5.
Sofrimento psíquico no contexto neoliberal. I. Caponi,
Sandra Noemi Cucurullo de . II. Universidade Federal de
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Sociologia
Política. III. Título.

LETÍCIA HUMMEL DO AMARAL

DISCURSIVIDADES EM TORNO DA PREVENÇÃO E CONTROLE DE RISCO EM SAÚDE MENTAL: A PSIQUIATRIA DO DESENVOLVIMENTO

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Dra. Ana Cristina Costa Lima
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Dra. Fabíola Stolf Brzozowski
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Dra. Márcia da Silva Mazon
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestre em Sociologia Política.

Prof. Ernesto Seidl, Dr.
Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Profª. Sandra Noemi Cucurullo de Caponi, Dra.
Orientadora

Florianópolis, 2020

Este trabalho é dedicado a todas as crianças, mas sobretudo ao meu filho Nicolas, que me mostra diariamente que a infância é lugar de movimento, de questionamento e subversão, de luta pela autonomia na construção da subjetividade.

AGRADECIMENTOS

Este estudo só pode ser realizado com a valiosa contribuição de várias pessoas. Agradeço, primeiramente, à professora orientadora Sandra Caponi, que me acolheu, me incentivou e me guiou lindamente no percurso de pesquisa.

Assim também, agradeço aos professores e professoras do Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Ciência Política da Universidade Federal de Santa Catarina pelos ensinamentos e contribuições durante o curso de mestrado.

Às queridas integrantes da banca: Márcia Mazon, Fabíola Brzozowski, Ana Lima, Fernanda Martinhago e Myriam Mitjavila, pela pronta disponibilidade em avaliar e contribuir com o meu trabalho.

Aos colegas do NESFHIS – Núcleo de Estudos Sociológicos, Filosóficos e Históricos das Ciências da Saúde, pelas leituras e discussões que resultaram muito úteis e enriquecedoras na escrita da minha dissertação.

A toda minha família, em especial minha companheira Rafaela Mendes e minha mãe Vania Regina Gomes Rodrigues, por todo suporte emocional, dentre outros, oferecidos nos vários momentos difíceis desta trajetória.

Agradeço especialmente ao meu filho Nicolás Hummel Reis que demonstrou compreensão e empatia pelos momentos em que estive ausente. Hoje, com quatro anos, ele foi a estrela-guia da minha pesquisa.

À CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior que possibilitou que eu dedicasse meus esforços de trabalho exclusivamente à minha formação acadêmica e à produção desta dissertação.

Por fim, a todos os meus colegas e amigos(as) que me incentivaram e torceram por mim, de perto ou de longe. Muito obrigada!

RESUMO

No Brasil, a psiquiatria do desenvolvimento encontra um marco importante com a criação do Instituto Nacional da Psiquiatria do Desenvolvimento para a Infância e Adolescência (INPD) em 2009. Afirmando-se como o mais novo paradigma em psiquiatria e sob a justificativa de que a maior parte dos transtornos mentais tem origem na infância, especificamente no desenvolvimento cerebral, estabelece-se como objetivo principal de seus estudos a criação de tecnologias para a prevenção e controle de risco em saúde mental. Este estudo objetivou oferecer uma análise crítica, no âmbito da sociologia política, das relações de saber-poder que permeiam a constituição da psiquiatria do desenvolvimento no Brasil. Para tanto, realizou-se uma caracterização do INPD que permitiu observar sua organização dentro e fora do campo acadêmico, e identificar seus principais agentes do discurso e da prática. A partir de investigação bibliográfica e documental, analisaram-se os projetos e programas desenvolvidos por sua equipe de especialistas, e as estratégias mobilizadas na relação com outros universos sociais, como a escola e a família. Assim, foi possível evidenciar a mobilização de novas estratégias biopolíticas pela psiquiatria, tais como: a criação de novos diagnósticos, o desenvolvimento de novas tecnologias diagnósticas e terapêuticas, além do investimento na formação de recursos humanos para atuar nacionalmente a partir dessa perspectiva. Os resultados dessa pesquisa apontam para um superdimensionamento do poder psiquiátrico sobre a vida, que agora cria e mobiliza diagnósticos de doenças não manifestadas, baseados em comportamentos que devem ser contidos por psicofármacos e pela orientação de condutas. Contando com amplo financiamento, público e privado, e credibilidade institucional, a psiquiatria do desenvolvimento vem conquistando cada vez mais espaço no campo acadêmico e fora dele. É possível afirmar, nesse sentido, que a legitimação deste "novo paradigma" em psiquiatria, que inclusive já serve como referência na formulação de políticas públicas, concorre para a ampliação do processo de medicalização da infância e do espaço escolar no Brasil.

Palavras-chave: Psiquiatria do Desenvolvimento. Prevenção. Risco. Saúde Mental. Medicalização da Infância.

ABSTRACT

In Brazil, developmental psychiatry finds an important milestone with the creation of the National Institute of Developmental Psychiatry for Children and Adolescents (INPD) in 2009. Affirming itself as the newest paradigm in psychiatry and under the justification that the majority of mental disorders originates in childhood, specifically in brain development, the creation of technologies for the prevention and control of risk in mental health is established as the main objective of these studies. This research aims to offer a critical analysis, within the scope of political sociology, of the relations of knowledge-power that permeate the constitution of developmental psychiatry in Brazil. To do so, a characterization of the INPD was carried out, allowing us to observe its organization inside and outside the academic field, as well as to identify its main agents of discourse and practice. Based on bibliographic and documentary research, the projects and programs developed by its team of specialists were analyzed, as well as the strategies mobilized in the relationship with other social universes, such as school and family. Thus, it was possible to evidence the mobilization of new biopolitical strategies by psychiatry, such as: the creation of new diagnoses; the development of new diagnostic and therapeutic technologies; in addition, to investing in training human resources to act nationally from this new perspective. The results of this research point to an overdimensioning of the psychiatric power over life, which now creates and mobilizes diagnoses of unmanifested diseases, based on behaviors that must be contained by psychotropic drugs and the guidance of conduct. With broad public and private funding, and institutional credibility, developmental psychiatry has been gaining more and more space in the academic field and beyond. It is possible to affirm, in this sense, that the legitimation of this "new paradigm" in psychiatry, which already serves as a reference in the formulation of public policies, contributes to the expansion of the process of medicalization of childhood and of the school space in Brazil.

Keywords: Developmental Psychiatry. Prevention. Risk. Mental Health. Medicalization of Childhood.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria
APA – Associação Americana de Psiquiatria
BNCC – Base Nacional Comum Curricular
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CESMIA – Curso de Especialização em Saúde Mental da Infância e Adolescência
CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Público de Saúde
CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CNPQ – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ENEM – Exame Nacional do Ensino Médio
FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FDA – Food and Drug Administration
IACAPAP – International Association for a Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions
INCT – Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia
INPD – Instituto Nacional de Psiquiatria do Desenvolvimento para a Infância e Adolescência
IPDA – Instituto Paulista de Déficit de Atenção
LINC – Laboratório de Neurociências Clínicas da UNIFESP
MEC – Ministério da Educação
NHIMH – National Institute of Mental Health
OMS – Organização Mundial da Saúde
PDCT – Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PISA – Programa Internacional de Avaliação de Estudantes
PNL – Programação Neurolinguística
PROTOC - Investigação de Circuitos Neurais e Marcadores Biológicos Envolvidos no Transtorno Obsessivo-Compulsivo
RDoC – Research Domain Criteria
SUS – Sistema Único de Saúde
TAs – Transtornos Alimentares

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

TEA – Transtorno do Espectro Autista

TOC – Transtorno Obsessivo-Compulsivo

TOD – Transtorno Opositivo-Desafiador

TPTD – Programa Especial de Cooperação Tripartite em Psiquiatria Translacional do Desenvolvimento

UPIA – Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência

USP – Universidade de São Paulo

UNIFESP – Universidade Federal do Estado de São Paulo

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
1. O DEBATE SOBRE A MEDICALIZAÇÃO EM PERSPECTIVA HISTÓRICA	17
1. 1 MEDICALIZAÇÃO DA VIDA E PSIQUIATRIA	17
1.2 PRIMEIRAS ABORDAGENS EM PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	21
1.3 OS DIAGNÓSTICOS NO SÉCULO XX: A RETOMADA DA PSIQUIATRIA BIOLÓGICA A PARTIR DO DSM-III.....	25
1.4 A TERAPÊUTICA: GENERALIZAÇÃO DO USO DE PSICOFÁRMACOS E A RELAÇÃO COM A INDÚSTRIA FARMACÊUTICA.....	30
2. EMERGÊNCIA E CONSOLIDAÇÃO DO CAMPO DA PSIQUIATRIA DO DESENVOLVIMENTO	36
2.1 AS NEUROCIÊNCIAS E SUA INFLUÊNCIA NA PSIQUIATRIA.....	46
2.2 O DSM-V, O RDOC E OS TRANSTORNOS DO NEURODESENVOLVIMENTO	51
2.3 O INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA DO DESENVOLVIMENTO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES – INPD.....	56
2.4 A PESQUISA E A PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM PSIQUIATRIA DO DESENVOLVIMENTO.....	62
2.5 A INTERNACIONALIZAÇÃO DAS PESQUISAS E O FORTALECIMENTO DA PSIQUIATRIA BRASILEIRA NO CENÁRIO MUNDIAL	74
3. DIFUSÃO E LEGITIMAÇÃO DOS SABERES ESPECIALIZADOS EM PSIQUIATRIA DO DESENVOLVIMENTO	76
3.1 A FORMAÇÃO DE ESPECIALISTAS E A DISSEMINAÇÃO DO NOVO PARADIGMA ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	76
3.2 A MOBILIZAÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS E A DIFUSÃO DO “NOVO PARADIGMA” NA SOCIEDADE.....	81
3.3 A BUSCA PELA INSERÇÃO DO NOVO REFERENCIAL NA FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	94
3.4 O DISCURSO SOBRE RISCO E PREVENÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE LEGITIMAÇÃO DO SABER-PODER DA PSIQUIATRIA CONTEMPORÂNEA	96

CONCLUSÃO – PARA UMA ANÁLISE CRÍTICA DOS CONDICIONANTES POLÍTICOS, ECONÔMICOS E CULTURAIS DOS SOFRIMENTO PSÍQUICO NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA.....	101
REFERENCIAS.....	115

INTRODUÇÃO

A preocupação com a prevenção e o controle de risco em saúde mental no discurso psiquiátrico não é algo novo, mas tem adquirido enorme força nas últimas décadas, sobretudo a partir da aproximação da psiquiatria às chamadas neurociências. Desde o início deste século, com o aprimoramento de técnicas de neuroimageamento, tem-se afirmado haver evidências de que a maior parte dos transtornos mentais tem origem na infância, especificamente no desenvolvimento cerebral, e nesse sentido, defende-se ser possível não apenas identificar precocemente indivíduos em risco de desenvolver as diferentes patologias, mas também produzir tecnologias que possam atuar na prevenção, inclusive durante o período uterino, interrompendo o desenvolvimento e a evolução de processos ditos patológicos.

A partir da hipótese sobre a existência de um conjunto de marcadores subclínicos individuais de diferentes naturezas – genéticos, neurobiológicos, comportamentais, ambientais – que indicam uma predisposição para transtornos mentais, um novo ramo da psiquiatria biológica, chamada psiquiatria do desenvolvimento, começou a investir ao longo da última década em novos métodos diagnósticos e tecnologias terapêuticas, incluindo tipos de psicofármacos – chamados neuroprotetores – que conseguiriam agir antes da doença se manifestar. Cabe salientar, assim, que é inegável o interesse de mercado da indústria farmacêutica nessas pesquisas. Bristol, Novartis, Eli-Lilly, Janssen-Cilag, Abbott, Shire, Artes Médicas e Roche figuram como seus principais financiadores privados, e além das pesquisas, fornecem subsídios para programas de formação médico-continuada, honorários de palestrantes e serviços de consultoria. Contando com credibilidade institucional e amplo financiamento para realização de seus projetos e programas, a emergência, a consolidação e a disseminação desse novo paradigma em psiquiatria concorrem para uma vertiginosa ampliação do processo de medicalização da vida, dos sentimentos e comportamentos humanos, sobretudo no domínio da infância.

Estabeleceu-se, então, como objeto de estudo deste trabalho a psiquiatria do desenvolvimento para a infância e adolescência, que se anuncia como um “novo paradigma”, e que encontra um marco importante no Brasil com a criação do Instituto Nacional da Psiquiatria do Desenvolvimento para a Infância e Adolescência (INPD) em 2009. Ressalta-se que a questão da prevenção e controle de risco em saúde mental, de acordo com tal abordagem, faz saltar aos olhos três conceitos-chave que precisam ser problematizados como verdades dentro de uma

formação discursiva específica (FOUCAULT, 1997). Aponto, assim, para algumas questões pertinentes a esta problemática:

1) *Novo paradigma*: quais as condições sócio-históricas que permitem a produção de um discurso sobre a emergência de um novo paradigma em psiquiatria? Existem rupturas e continuidades em termos de práticas-discursivas? Quais são as forças políticas, econômicas e epistemológicas envolvidas nesse processo?;

2) *Indivíduos em risco*: sob a justificativa de que a maior parte dos transtornos mentais nos adultos tem origem na infância – especificamente no desenvolvimento cerebral, cria-se a noção de indivíduos em risco. Questionam-se, assim, quais as estratégias mobilizadas na obtenção de crianças e jovens (cobaias) que se sujeitam aos experimentos para diagnósticos e intervenções, e de forma mais ampla, quais as táticas de convencimento da população sobre a necessidade de um trabalho preventivo em saúde mental?

3) *Intervenções precoces*: deve-se lembrar que as experimentações com seres humanos são uma das questões mais caras à bioética, e que nesse sentido, “existe uma necessidade de estabelecer limites claros entre o que pode e o que não pode ser admitido” (CAPONI, 2004, p.446). Questionam-se, portanto, quais as propostas de intervenção que estão colocadas pela psiquiatria de desenvolvimento em termos de exames diagnósticos e também quanto à terapêutica?

Ressalta-se que essas três questões se referem aos enunciados fundamentais desse “novo” discurso psiquiátrico e, assim, nortearam as investigações e análises do presente trabalho.

Objetivou-se, portanto, analisar a relação entre a episteme que emerge com a psiquiatria do desenvolvimento, os programas de prevenção e controle de risco em saúde mental que ela propõe, e as implicações para o processo de medicalização da infância e adolescência na sociedade contemporânea. Para tanto, buscou-se identificar, a partir de um olhar genealógico¹ (FOUCAULT, 2011) as condições históricas e sociais que permitiram a emergência e legitimação dos enunciados que fundamentam as iniciativas deste ramo da psiquiatria no Brasil. Problematizaram-se, no âmbito da sociologia, as relações de poder que permeiam sua criação, seus fundamentos, objetivos, visão, valores e iniciativas. Ademais,

¹ “A genealogia é cinza; ela é meticulosa e pacientemente documentária. Ela trabalha com pergaminhos embaralhados, riscados, várias vezes reescritos [...] Daí, para a genealogia, um indispensável demorar-se: marcar a singularidade dos acontecimentos, longe de toda finalidade monótona; espreita-los lá onde menos se os esperava e naquilo que é tido como não possuindo história – os sentimentos, o amor, a consciência, os instintos; apreender seu retorno não para traçar a curva lenta de uma evolução, mas para reencontrar as diferentes cenas onde eles desempenharam papéis distintos; e até definir o ponto de sua lacuna.” (FOUCAULT, 2011, p. 15)

realizou-se uma caracterização do aparato institucional e das redes de saberes mobilizadas para o alcance dos objetivos propostos pelo INPD. Intentou-se, também, identificar e analisar as estratégias e tecnologias, entendidas como práticas-discursivas, mobilizadas pela psiquiatria do desenvolvimento, e as rupturas e continuidades que se apresentam com sua consolidação através de uma perspectiva histórica.

Para o alcance desses objetivos, trabalhou-se com a proposta metodológica da *análise de discurso*, segundo uma concepção específica foucaultiana:

[...] a visão de discurso como constitutiva - contribuindo para a produção, a transformação e a reprodução dos objetos (e, como veremos logo, dos sujeitos) da vida social. Isso implica que o discurso tem uma relação ativa com a realidade, que a linguagem significa a realidade no sentido da construção de significados para ela, em vez de o discurso ter uma relação passiva com a realidade, com a linguagem meramente se referindo aos objetos, os quais são lidos como dados na realidade. (FAIRCLOUGH, N. 2001, p. 66).

As técnicas e procedimentos de pesquisa consistiram em investigação bibliográfica, hemerográfica e documental referente à psiquiatria do desenvolvimento e, dentre os materiais analisados, ressaltam-se dois relatórios produzidos pelo INPD: *FAPESP ano I* em 2018, e *FAPESP ano II* em 2019, e enviados à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), um dos órgãos de fomento que financiou suas pesquisas. Esses relatórios estão atualmente em domínio público, contêm dados detalhados sobre projetos, programas, gestão e financiamento do instituto e foram extensamente analisados neste trabalho. No que diz respeito ao marco teórico, destaca-se a contribuição dos estudos de Foucault (2006, 2010) – e alguns autores foucaultianos – para pensar a persistência do poder psiquiátrico, a sua colonização na vida cotidiana, a patologização cada vez mais precoce dos sentimentos e condutas, bem como as novas estratégias biopolíticas e de governo mobilizadas por essa nova psiquiatria. Foi pertinente valer-se também das contribuições de Robert Castel (2008), Alvarez-Dardet e Castiel (2010) no que diz respeito aos usos políticos da noção de segurança e controle de risco em saúde mental. Quantos às análises sobre as fragilidades epistemológicas da psiquiatria, destacam-se os autores: Aguiar (2003), Serpa Jr. (2004), Ortega (2019), Caponi e Lima (2011), Frances (2015), Rose e Abi-Rached (2013), Whitaker (2010), Uttal (2001). Ademais, recorreu-se aos autores Bourdieu (1998), Dardot e Laval (2016), dentre outros, no que tange às análises sobre os condicionantes sociais mais amplos do sofrimento psíquico no contexto neoliberal.

Quanto à trajetória analítica percorrida neste trabalho, inicio introduzindo o debate sobre medicalização da vida e psiquiatria em perspectiva histórica, as primeiras abordagens em psiquiatria da infância e adolescência, as problemáticas referentes aos manuais diagnósticos e

à relação entre os psicofármacos e a indústria farmacêutica. Em seguida, discuto a emergência e as estratégias de consolidação da psiquiatria do desenvolvimento no Brasil, a partir de uma caracterização do INPD – sua organização institucional, os eixos de trabalho, projetos e programas desenvolvidos, seus principais agentes do discurso e da prática. Analiso também a incorporação dos pressupostos neurocientíficos e faço uma incursão por sua agenda de pesquisa, procurando desvelar seus principais fundamentos e objetivos. Por fim, analiso as estratégias de disseminação dos saberes especializados em psiquiatria do desenvolvimento no campo acadêmico e na sociedade em geral, abordando também a problemática do risco neste contexto. À guisa de conclusão, estabeleço uma análise dos condicionantes políticos, econômicos e culturais do sofrimento psíquico na contemporaneidade – usualmente negligenciados pelo campo psiquiátrico dominado pelo viés biológico-organicista – e seus impactos na formação de subjetividades.

1. O DEBATE SOBRE A MEDICALIZAÇÃO EM PERSPECTIVA HISTÓRICA

1.1 MEDICALIZAÇÃO DA VIDA E PSIQUIATRIA

O processo de medicalização da vida chama atenção de estudiosos desde a década de 1960, quando o termo apareceu pela primeira vez dentro do campo da sociologia da saúde (REGO, 2017). Em linhas gerais, o termo medicalização busca expressar o processo de redefinição de problemas das mais diversas instâncias da vida em termos médicos, os quais passam a ser descritos pela linguagem médica, entendidos por meio da racionalidade médica e tratados por intervenções médicas (CONRAD, 2007). A medicalização ocorre conforme uma concepção de ciência médica que discute o processo saúde-doença como centrado no indivíduo, privilegiando a abordagem biológica organicista em detrimento de suas determinações sociais, políticas e culturais.

Talcott Parsons (1951) e Howard Becker (1963) são considerados referências nessa temática. Ambos trabalharam com a problemática do desvio ainda que sob perspectivas distintas. Para Parsons, o desvio é entendido como um fato objetivo de não conformação às normas, e assim, o controle social exercido pela medicina se dá, sobretudo, por meio da administração e reintegração dos doentes na sociedade. Já para Becker, o desvio é tido como uma transgressão às normas sociais, e o desviante é assim caracterizado por consequência de um rótulo construído socialmente e atribuído a ele por aqueles que o constroem e o tratam de forma diferente. Ambos autores contribuíram, pois, para a reflexão sobre como a definição de normas médicas é, em si mesma, uma forma cultural de controle social que cria expectativas sobre o corpo, os comportamentos e a saúde. (GAUDENZI; ORTEGA, 2012).

Um pouco mais tarde, Ivan Illich (1975) e Michel Foucault (2010, 2006) teceram importantes críticas à medicina moderna ocidental, e também chamaram a atenção para os processos de medicalização. Illich defendeu, grosso modo, que a medicalização é resultado da industrialização, a qual trouxe consigo a profissionalização e burocratização da instituição médica. A medicina institucionalizada representava, para o autor, uma ameaça à saúde da população. Ele lançou mão da noção de iatrogênese – iatros (médico) e genesis (origem) – clínica, social e cultural para falar dos malefícios provocados pela medicina. A iatrogênese clínica diz respeito às doenças causadas pelos próprios cuidados de saúde, tais como os efeitos colaterais dos medicamentos, as intervenções cirúrgicas desnecessárias, a produção de traumas psicológicos etc. A iatrogênese social se refere aos efeitos sociais não desejados do impacto

social da medicina, sobretudo, à crescente dependência da população em relação às prescrições médicas, e ao controle social pelo diagnóstico, resultante da medicalização das categorias sociais. E, por último, a iatrogênese estrutural ou cultural por meio da qual a medicina subsumiu do sofrimento seu significado íntimo e pessoal e o transforma em um problema técnico. Neste caso, o problema resulta da destruição do potencial cultural das pessoas para lidarem de forma autônoma com a doença, com a dor ou com a morte. (ILLICH, 1975).

Enquanto Illich priorizou a análise do significado cultural e social mais macrossocial das transformações operadas pela medicalização na cultura, Foucault, por sua vez, trouxe uma nova concepção de poder e defendeu seu aspecto difuso, capilar e produtivo. Ele põe em discussão, assim, o processo de medicalização da sociedade e sua relação com os processos de subjetivação e a constituição dos sujeitos. Embora não tenha empregado o termo medicalização sistematicamente, Foucault aponta para a constituição de uma sociedade na qual o indivíduo e a população são entendidos e manejados por meio da medicina. Lançou mão do conceito de biopoder, uma perspectiva relacional de poder que se dirige, por meio da tecnologia disciplinar, para a dominação e adestramento dos corpos humanos. Em seguida, empregou o termo biopolítica para mostrar como o biopoder é usado para governar não apenas corpos individuais, mas também o corpo social, as populações (FOUCAULT, 1995, 2006). Assim, sem se contrapor intencionalmente a Illich, Foucault abordou o processo de medicalização da vida em uma perspectiva distinta e o analisou como característica central da sociedade moderna ocidental. (GAUDENZI; ORTEGA, 2012).

No que toca à medicalização em psiquiatria, Foucault (2010) defendeu que o que possibilitou a estruturação e expansão do saber psiquiátrico foi a apropriação da experiência da loucura e sua transformação em patologia. Compreende-se o surgimento da psiquiatria no contexto da medicina social do início do século XIX, quando a medicina toma a sociedade como novo objeto e se impõe como instância de controle social dos indivíduos. Foi a partir do processo de medicalização da sociedade, portanto, que surgiu o projeto da psiquiatria: quando o louco é considerado doente, torna-se também medicalizável. (BARONI *et al.*, 2010; FOUCAULT, 2006).

Conforme Caponi (2007), a tendência de construir explicações biológicas para comportamentos e sentimentos considerados socialmente indesejados – tais como o consumo frequente de álcool ou outras substâncias psicoativas (alcoolismo e dependência química), o sentimento de tristeza e melancolia (depressão), a infância problemática (diagnósticos de TDAH - transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e TOD - transtorno opositivo-

desafiador) e, assim também a violência (o transtorno de personalidade antissocial) – não é algo recente. Ela caracterizou, como veremos, grande parte do discurso da Higiene e da Medicina Legal no final do século XIX e início do XX.

Foucault (2010) nos mostra que a condição de possibilidade para o surgimento da Psiquiatria se deu na associação entre loucura e crime. Ela se interessou primeiramente pela loucura que mata para justificar e legitimar a necessidade de seu saber perante a sociedade, isto é, para trabalhar em favor da proteção social. Desde cedo, a Psiquiatria se ancorou na ideia de indivíduo socialmente perigoso e no higienismo como princípio norteador de seus discursos e práticas em saúde e segurança pública:

[...] a psiquiatria, a partir do momento em que começou a funcionar como saber e poder no interior do domínio geral da higiene pública da proteção do corpo social, sempre procurou encontrar o segredo dos crimes que podem habitar toda loucura, ou então o núcleo de loucura que deve habitar todos os indivíduos que podem ser perigosos para a sociedade. [...] e mesmo fora do manicômio a psiquiatria sempre procurou - em todo caso no século XIX de maneira mais particularmente intensa e crispada, já que: no fundo, era da Sua própria constituição que se tratava - detectar o perigo que a loucura traz consigo, mesmo quando é uma loucura suave, mesma quando é inofensiva, mesma quando mal é perceptível. Para se justificar como intervenção científica e autoritária na sociedade, para se justificar como poder e ciência da higiene pública e da proteção social, a medicina mental tem de mostrar que é capaz de perceber, mesmo onde nenhum outro ainda pode ver, um certo perigo; e ela deve mostrar que, se pode percebê-lo, é por ser um conhecimento médico. (FOUCAULT, 2010, p. 150)

Cabe ressaltar, nesse sentido, que embora a Psiquiatria tenha sempre buscado se legitimar como um saber médico-científico e que tendamos, assim, a pensar que ela tenha surgido como uma especialidade no interior da medicina, Foucault (2006) defende que:

[...] entre os fundadores da psiquiatria, a operação médica que realizam quando tratam de um paciente não tem em sua morfologia ou em sua disposição geral virtualmente nada a ver com aquilo que está se transformando na experiência, na atividade diagnóstica e no processo terapêutico da medicina. Seus procedimentos são absolutamente irredutíveis aos da medicina (FOUCAULT, 2006, p. 221).

É essa heterogeneidade em relação à medicina, portanto, que marca a história da psiquiatria no momento mesmo de sua fundação entre instituições médicas (FOUCAULT, 2006). Como medicina mental, a Psiquiatria teve que trabalhar com a ausência do corpo. E isso constituiu historicamente sua fraqueza teórico-epistemológica: não possuir, tais como as outras especialidades da medicina, critérios diagnósticos claros e diferenciais, com fundamento na materialidade do corpo. Sem um substrato orgânico para suas patologias, a Psiquiatria teve que buscar outras estratégias diagnósticas e encontrou nos interrogatórios (anamnese) sobre os

comportamentos e sentimentos, a história de vida dos pacientes e antecedentes familiares, as bases para suas explicações.

Já nas décadas de 1820-40, quando ainda não existiam estudos sobre a herança de patologias, a preocupação com as diferentes doenças que afetavam ou tinham afetado os ascendentes familiares era um dos itens essenciais dos interrogatórios psiquiátricos. A funcionalidade dessas atribuições não estava vinculada com as doenças que hoje chamamos hereditárias, mas sim com os estudos de comportamentos e condutas indesejadas. A herança se configura como o modo de doar um corpo (um substrato orgânico) às patologias e condutas que não têm uma localização precisa. (CAPONI, 2007, p. 348).

A partir da metade do século XIX, portanto, com a teoria da degeneração de Morel (1857), inicia-se uma nova forma de entender e lidar com as doenças mentais. Foucault (2010) fala em desalienação da psiquiatria, o processo por meio do qual os delírios, alucinações e atos violentos deixam de ser o foco da sua atenção, e busca-se elaborar classificações de comportamentos e sentimentos que ocorrem na vida cotidiana dos sujeitos (MARTINHAGO; CAPONI, 2019). Quando a psiquiatria sai do espaço asilar, do hospital – lócus de sua fundação e trabalho – comportamentos que eram antes tratados apenas no âmbito jurídico ou moral, passam a ser considerados como sintomas de doença mental.

A psiquiatria não terá mais de definir o estado de consciência, de vontade livre do doente, como era o caso na interdição. A psiquiatria terá de tornar psiquiátrica toda uma série de condutas, de perturbações, de desordens, de ameaças, de perigos, que são da ordem do comportamento, não mais da ordem do delírio, da demência ou da alienação mental. Doravante, as relações pais-filhos, as relações irmão-irmã, as relações marido-mulher vão se tornar, em suas perturbações internas, o domínio de investigação, o ponto de decisão, o lugar de intervenção da psiquiatria. O psiquiatra se torna então agente dos perigos intrafamiliares no que eles podem ter de mais cotidiano. (FOUCAULT, 2010, p. 185).

Nesse sentido, desde o século XIX e durante grande parte do século XX, o discurso hegemônico da psiquiatria invade o ambiente familiar e vai se referir ao caráter hereditário dos comportamentos, e seu objetivo sai do restabelecimento da saúde perdida, para a antecipação e prevenção de anomalias, inclusive a partir do controle da sexualidade. Esse processo vai culminar com as políticas racistas e eugênicas por meio do controle da natalidade daqueles considerados degenerados, anormais. (CAPONI, 2007).

Foucault (2010) sustenta que essa nova organização nuclear da psiquiatria, em que psiquiatras assumem o lugar dos alienistas, expressou um grande afrouxamento epistemológico. Ele refere-se à expansão e fortalecimento do saber-poder psiquiátrico e de suas novas classificações, isto é, à medicalização das condutas indesejadas conforme sua discrepância em

relação “às regras de ordem de conformidade, definidas seja sobre um fundo de regularidade administrativa, seja sobre um fundo de obrigações familiares, seja sobre um fundo de normatividade política e social”. (FOUCAULT, 2010, p. 200).

Conforme o autor, o processo de medicalização do não patológico e de psiquiatrização das condutas e formas de existir, que teve início ainda no século XIX, só teve condições de se expandir na sociedade a partir da invasão da psiquiatria no domínio da infância. Como veremos, a relação da psiquiatria com a infância é bastante antiga e foi fundamental para sua constituição e legitimação como ciência médica ao longo da história.

1.2 PRIMEIRAS ABORDAGENS EM PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Muitos dos comportamentos na infância que são hoje considerados desviantes já foram definidos como normais e convencionais em outros períodos históricos. Isto não significa que comportamentos desviantes, segundo uma dada norma, não fossem condenados ou punidos. As crianças sempre, em alguma medida, apresentaram “mau comportamento” e grupos sociais sempre buscaram controlá-los. Porém, até o século XIX este controle era majoritariamente informal: as famílias, a comunidade local e a igreja é que se incumbiam de dar conta dos problemas típicos da infância. Apenas em casos muito graves é que se chamava por outro tipo de autoridade civil ou estatal. (CONRAD; SCHNEIDER, 1992).

Ao longo do século XIX começam a ocorrer modificações na forma de criar e disciplinar os filhos. A expansão da educação escolar provocou o enfraquecimento da igreja e da família na responsabilidade pela formação dos hábitos e da moral. No lugar da autoridade dos pais surgiram novos agentes que davam suporte à família, como professores, pediatras e orientadores. (MARTINHAGO, 2017).

A preocupação com a saúde e com a higiene se tornou, a partir de meados do século XIX, uma das incumbências da escola. Cabe citar, por exemplo, a participação da escola em campanhas de combate a epidemias por meio da vacinação de crianças, e na difusão de meios de prevenção e preservação da saúde. Nesse sentido, foi a partir do movimento higienista que a escola abriu caminho para que profissionais da saúde entrassem na instituição escolar e ali ficassem, possibilitando, um pouco mais tarde, a identificação e o encaminhamento de crianças com problemas de comportamento e aprendizagem ao médico. (BRZOZOWSKI; CAPONI, 2013).

Segundo Foucault (2010, 2006), a psiquiatria infantil não nasce como uma subespecialidade dentro da psiquiatria, como poderíamos pensar. Pelo contrário, é a partir de sua invasão no terreno da infância ainda no século XIX, que a psiquiatria conseguirá ampliar e sustentar seu saber-poder no governo da sociedade. Nesse sentido:

Para que uma conduta entre no domínio da psiquiatria, para que ela seja psiquiatrizável, bastará que seja portadora de um vestígio qualquer de infantilidade. Com isso, serão submetidas de pleno direito a inspeção psiquiátrica todas as condutas da criança, pelo menos na medida em que são capazes de fixar, de bloquear, de deter a conduta do adulto, e se reproduzir nela. E, inversamente, sendo psiquiatrizáveis todas as condutas do adulto, na medida em que podem, de uma maneira ou de outra, na forma da semelhança, da analogia ou da relação causal, ser rebatidas sobre e transportadas para as condutas da criança. [...] a infância e a infantilidade da conduta oferecem como objeto à psiquiatria não mais propriamente - e até não mais de maneira nenhuma - uma doença ou um processo patológico, mas certo estado que vai ser caracterizado como *estado de desequilíbrio*, isto é, um estado no qual os elementos vem funcionar num modo que, sem ser patológico, sem ser portador de morbidez, nem por isso é modo normal. [...] O estado é uma espécie de fundo causal permanente, a partir do qual podem se desenvolver certo número de processos, certo número de episódios que, estes sim, serão precisamente a doença. Em outras palavras, o estado é a base anormal a partir da qual as doenças se tornam possíveis. (FOUCAULT, 2010, p. 388-397, grifo meu).

Assim, há dois caminhos diferentes que Foucault considera importantes a serem analisados em relação ao processo de psiquiatrização da infância: a descoberta da criança louca por um lado (que vai acontecer apenas ao fim do século XIX), e por outro, a infância como lugar de origem da doença mental (FOUCAULT, 2006). Ele nos mostra que este último discurso que defende a detecção precoce de estados passíveis de se transformarem em doenças no futuro é bem antiga, tendo se apoiado justamente na ideia de que as anomalias tem origem na infância, mais especificamente no sangue transmitido pelas gerações. A este respeito, Foucault (2010) questiona:

Que corpo pode produzir um estado, um estado que, justamente, marque o corpo de um indivíduo inteiro e de maneira definitiva? Donde a necessidade (e aí desembocamos em outro imenso edifício teórico da psiquiatria do fim do século XIX) de descobrir, de certo modo, o corpo de fundo que vai justificar, explicar por sua causalidade própria. O aparecimento de um indivíduo que é vítima, sujeito, portador desse estado de disfuncionamento. Esse corpo de fundo, esse corpo que está atrás do corpo anormal, o que será? É o corpo dos pais, é o corpo dos ancestrais, é o corpo da família, é o corpo da hereditariedade. (FOUCAULT, 2010, p.399).

No que toca às classificações psiquiátricas na infância, cabe ressaltar que as crianças nos três primeiros quartos do século XIX não eram consideradas loucas, mas antes: anormais, idiotas, imbecis e retardadas. A discussão que se consagrou nessa época foi sobre a noção de retardamento mental e a questão da irreversibilidade (MARFINATI; ABRÃO, 2014). Essas

classificações ocorriam na educação primária, e os professores indicavam os alunos que não acompanhavam adequadamente o conteúdo, os que eram mais agitados, e aqueles que não tinham sequer condições de frequentar a escola. A idiotia foi vinculada ao não desenvolvimento e tinha, assim, uma classificação estável e definitiva, adquirida pela constituição orgânica. Ela representa uma interrupção do desenvolvimento fisiológico e psicológico infantil. A criança retardada, por sua vez, era aquela em que o desenvolvimento ocorria lentamente, que não acompanhava o progresso das crianças da mesma idade. (MARTINHAGO, 2017).

Nesse sentido, o desenvolvimento que culmina no adulto saudável é considerado por Foucault (2006) um tipo de norma a partir do momento em que se estabelece uma sucessão cronológica com um objetivo ideal a ser alcançado. O que torna a criança idiota ou retardada diferente das demais são as variedades temporais do desenvolvimento, que a coloca em estágios anteriores aos estabelecidos como normais (MARTINHAGO, 2017). “[...] a idiotia será medida em relação a uma certa normatividade, que será a do adulto. O adulto vai aparecer como o ponto ao mesmo tempo real e ideal do término do desenvolvimento; o adulto vai funcionar, portanto, como norma.” (FOUCAULT, 2006, p. 264).

Por não serem consideradas doentes, as crianças idiotas e retardadas são encaminhadas para a educação especial, cuja terapêutica consiste em um tipo de ortopedia moral, que preconizava a mudança de hábitos. Assiste-se, então, na segunda metade do século XIX, uma colonização da psiquiatria na infância, marcada por considerável aumento na criação de centros especializados (asilos) para essas crianças anormais, apoiados em um tratamento médico-pedagógico. Criam-se também escalas de medição da inteligência, como os testes de QI. Nessa época, portanto, há central importância da escola na função de filtrar as crianças anormais, e em favorecer a constituição da psiquiatria infantil. De acordo com Kamers (2013):

Enquanto a conjugalidade tornou-se cada vez mais privada e discreta, a parentalidade passou ao domínio público, transformando a criança em objeto de disputa de diversos saberes e poderes, instituindo a infância em uma zona limítrofe entre o público e o privado, tornando a criança e sua família objetos privilegiados de vigilância e controle por parte do Estado. (KAMERS, 2013, p.159).

Já ao final do século XIX, as principais discussões referentes às doenças psiquiátricas na infância limitavam-se à irreversibilidade da hereditariedade, à degeneração (Morel, 1857) e à masturbação excessiva. (MARFINATI; ABRÃO, 2014) (MARTINHAGO, 2017).

Conforme Foucault (2006), portanto, é por meio dessa dupla função – de controle da loucura (do adulto), e também da anomalia (da criança) – que a Psiquiatria vai conseguir ampliar vertiginosamente o seu poder. Com esse recorte da criança anormal, ela consegue se

vincular a uma série de regimes disciplinares já existentes, como a escola, o exército, a família etc. Ela pôde, assim, se universalizar e disseminar o saber-poder psiquiátrico na sociedade. De acordo com a teoria da degeneração, é a anomalia da criança que vai desencadear a loucura do adulto:

A degenerescência é, portanto, de certo modo, o efeito de anomalia produzido na criança pelos pais. E, ao mesmo tempo, a criança degenerada é uma criança anormal, cuja anomalia é tal que pode produzir, em certo número de circunstâncias determinadas e após certo número de acidentes, a loucura. A degenerescência é, portanto, a predisposição para a anomalia que, na criança, vai tornar possível a loucura do adulto, e é na criança a marca em forma de anomalia da loucura dos seus ascendentes. (FOUCAULT, 2006, p. 282).

Segundo Caponi (2012), o final do século XIX é marcado pela busca de uma classificação única de patologias mentais que fosse universalmente aceita pela psiquiatria. O agrupamento das doenças era feito em razão de suas causas e não de seus sintomas. O discurso médico nesta época atrelava-se à ideia de que os desvios de conduta tinham origem no interior do corpo, especificamente no cérebro. Magnan, que era discípulo de Morel, descrevia os comportamentos considerados bizarros, relatava os sintomas clínicos, em seguida descrevia os estudos de anatomopatologia cerebral realizados em cadáveres daqueles afetados por tais males. Assim, foi Magnan que introduziu a ideia de equilíbrio/desequilíbrio mental: “[...] para ele, todo degenerado é um desequilibrado, isto é, um sujeito cujas funções cerebrais encontram-se desvinculadas entre si ou estão desvinculadas das funções do sistema nervoso central.” (CAPONI, 2012, p. 107). Existem várias formas de desequilíbrio as quais configuram diversos quadros sintomáticos que são classificados por Magnan como síndromes. As síndromes seriam evolutivas e irreversíveis. (GIUSTI, 2016).

Cabe ressaltar, portanto, e para fins desta pesquisa, que embora os sistemas de classificação tenham mudado ao longo do século XX² as ideias de desequilíbrio cerebral e herança genética acabarão se tornando hegemônicas em psiquiatria e constituirão o fundamento para a nova invasão da psiquiatria biológica no terreno da infância.

Sabemos que o determinismo biológico de início do século XX insistia no caráter orgânico e hereditário dos comportamentos considerados indesejados. Mas essas explicações, longe de desaparecerem, parecem ter adquirido poder ainda maior no final do século XX e início do XXI. Assim, a partir dos anos 1980, podemos ver reaparecer, com força inesperada, estudos que, a partir das Neurociências, da Genética

² Como veremos, boa parte do século XX é marcado pela apropriação da psicanálise pela psiquiatria. Uma das características desse período é a influência que as ideias psicanalíticas, como a neurose e a psicose, exercem na clínica infantil e o desenvolvimento do modelo psicossomático na psiquiatria infantil, contando com a colaboração de pediatras. Apenas no início do século XX portanto começa a se organizar um campo médico próprio: pedopsiquiatria. (MARFINATI & ABRÃO, 2014)

ou da Sociobiologia, retomaram as antigas preocupações referidas às “condutas indesejadas”, criando novas estratégias explicativas que reiteram muitas das teses do determinismo biológico clássico. (CAPONI, 2007, p. 344).

A chamada psiquiatria do desenvolvimento, objeto de estudo deste trabalho, vem consolidando seu saber-poder no campo da saúde mental no Brasil, sobretudo a partir de 2009 com a fundação do Instituto Nacional de Psiquiatria do Desenvolvimento para a Infância e Adolescência (INPD). Com uma abordagem essencialmente biológica, ela se apresenta como um novo paradigma em psiquiatria, mas cujos fundamentos se assentam em última instância em explicações cerebrais, genéticas e associadas à parâmetros evolutivos do desenvolvimento humano. Todas essas ideias, como vimos, são bastante antigas. Vemos, então, que a psiquiatria apresenta de tempos em tempos novas roupagens. Ela aproxima-se, em diferentes momentos, deste ou daquele campo de saber (a Neurologia, a Psicanálise, agora as Neurociências) criando novos diagnósticos, mas seus fundamentos e discursos apresentam muito mais continuidades do que rupturas.

1.3 OS DIAGNÓSTICOS NO SÉCULO XX: A RETOMADA DA PSIQUIATRIA BIOLÓGICA A PARTIR DO DSM-III

Como já mencionado, o final do século XIX e início do século XX foi marcado pela tentativa de se organizar uma classificação universal das doenças psiquiátricas que servisse como referência para a prática diagnóstica. Os primeiros tratados de psiquiatria que organizavam os diagnósticos foram escritos ao final do século XIX e início do século XX, e uma das figuras principais neste contexto foi Kraepelin (1890), apontado como o grande sistematizador da psicopatologia descritiva. Em um período de 30 anos, foram feitas oito revisões do manual de Kraepelin. Essas modificações trouxeram a cada edição: “[...] novos grupos de patologias, diagnósticos mais precisos, fundamentados nas descobertas científicas no campo da neurologia, das doenças cerebrais, da estatística médica, bem como estudos sobre herança.” (MARTINHAGO; CAPONI, 2019).

Tanto Morel e Magnan como, mais tarde, Kraepelin compartilharam de uma mesma abordagem médica evolutiva e preventiva que permite que pequenos gestos e desvios de conduta ingressem no campo da psiquiatria como sinais, marcadores de risco que anunciam um processo irreversível de alienação mental. Nesse sentido, os mesmos problemas que preocuparam Morel, e Magnan reaparecem mais tarde no discurso de Kraepelin:

[...] a degeneração hereditária, a herança mórbida, os estigmas da degeneração, as lesões cerebrais consideradas ao mesmo tempo como efeito e causa de comportamentos desviantes, a transmissão hereditária de desvios como o alcoolismo e o crime; o alcoolismo como causa da degeneração e enfermidades mentais, e os desvios morais ou físicos como indicadores de patologias psiquiátricas. (CAPONI, 2011, p.116).

Entre 1900 e 1950, a partir dos estudos de Freud (1856-1939), assistimos a uma apropriação da teoria psicanalítica pela psiquiatria. Meyer (1866-1950), que foi presidente da Associação Americana de Psiquiatria (APA), foi também o grande idealizador do sistema diagnóstico do DSM I (1952) em que predominavam categorias provenientes da psicodinâmica, tais como estrutura, personalidade, psicose e neurose. Assim, neste primeiro manual, as patologias mentais eram entendidas pela categoria “reação”: reação esquizofrênica, reação afetiva, reação psicótica. Isto é, as diversas formas de sofrimento psíquico eram abordadas como uma reação aos problemas da vida e as dificuldades situacionais impingidas aos indivíduos. Havia nessa primeira edição 106 classificações para doenças mentais. Conforme Martinhago e Caponi (2019), a associação psicanálise-psiquiatria “promoveu o progresso da psicopatologia, abarcou importações conceituais, criou campos de confluência metodológica, mutualismos diagnósticos, derivações semiológicas e hipóteses etiológicas”. Assim também, no DSM II (1968) – que aumentou o número de classificações: de 106 para 182 – observa-se o predomínio de categorias da psiquiatria psicodinâmica.

Mas já ao final da década de 1970, a partir de grandes críticas desenvolvidas ao modelo psicanalítico e ao DSM-II – amplamente rejeitado pela comunidade científica –, os estudos de Kraepelin acabam sendo retomados pela iniciativa de um grupo de cientistas que se identificaram como neokraepelianos. Veremos, desde então, o expurgo da psicanálise do discurso e prática psiquiátrica, e o retorno à hegemonia da psiquiatria biológica. Caracterizado por uma abordagem empiricista, este grupo teve grande influência na elaboração da escrita do DSM III (APA, 1980). Ressalta-se, portanto, que a produção do DSM-III é realizada no fervor de um verdadeiro embate epistemológico pela hegemonia do campo psiquiátrico. Ainda assim, veremos que as mesmas dificuldades apontadas em relação à teoria da degeneração, e depois em Kraepelin, reaparecerão na psiquiatria posterior a 1980, momento de sua publicação. Conforme Caponi (2007):

Nesse marco explicativo deveremos inserir, também, os estudos da Sociobiologia iniciados por Wilson, em 1976. A partir dos anos 1980, esses estudos se expandiram e consolidaram, dando um novo impulso à tese que supõe que é possível falar de universais sociais humanos geneticamente determinados, estabelecidos a partir de um processo de seleção natural. Entre esses universais, tem-se falado de supostos genes

determinantes do conformismo, do altruísmo, da violência, etc. Todos esses fatos pareceriam contribuir, finalmente, para fechar o *puzzle* que começara a se montar com o discurso dos higienistas do início do século e que se consolidou, pouco a pouco, no decorrer do século XX, até se transformar em hegemônico: a determinação biológica dos comportamentos. (CAPONI, 2007, p. 346).

Observa-se, portanto, a uma nova forma de determinismo biológico que emerge junto com a publicação do DSM-III (1980), e que objetiva precisamente a localização de lesões no cérebro. A busca por disfunções cerebrais, que um século antes havia fracassado, adquire nova força a partir de explicações que versam sobre a (neuro)química, a complexidade das diversas funções do cérebro, sobre supostas sinapses inadequadas, ou ainda, sobre uma falta de dopamina ou serotonina (neurotransmissores) no cérebro do sujeito doente. A psiquiatria debruça-se, ademais, nos estudos em genética, objetivando localizar os genes responsáveis pelas diversas patologias (CAPONI, 2007). Cabe ressaltar aqui que o DSM III adotou também os critérios da medicina baseada em evidências, apontada como uma mudança revolucionária no domínio das ciências. “A medicina baseada em evidências é a interface entre as pesquisas científicas e a prática clínica. As evidências científicas são utilizadas para orientar os diagnósticos e tratamentos na clínica.” (MARTINHAGO; CAPONI, 2019).

A terceira edição do manual trouxe mais um aumento de classificações de patologias mentais: somando agora 265 possíveis diagnósticos. Elaborado em um contexto de retorno da psiquiatria ao modelo biomédico, suas classificações são obrigatoriamente distintas das teorias preconizadas pelas abordagens psicossociais e psicanalíticas dos manuais antecessores (DSM I e DSM II). Destaca-se, ademais, que ela é publicada no mesmo momento em que ocorre a desinstitucionalização dos pacientes crônicos movida pela luta antimanicomial, travada pelo movimento da antipsiquiatria. Conforme Russo e Venâncio (2006):

As “comunidades terapêuticas”, a “psicoterapia institucional”, a “psiquiatria de setor” francesa e outros movimentos do mesmo teor tinham como objetivo devolver a palavra ao internado, ouvir suas reivindicações, implicá-lo no funcionamento da instituição, erradicar as práticas repressivas e violentas que marcavam o funcionamento asilar e, no limite, reinserir o louco na sociedade que o havia excluído. (RUSSO; VENÂNCIO, 2006, p. 462).

Embora o uso de psicofármacos – tema que será melhor abordado na próxima seção – seja anterior à publicação do DSM III (1980), ressalta-se que a reformulação das políticas de saúde mental foi baseada na ampliação dos tratamentos farmacológicos, em detrimento de outras abordagens terapêuticas as quais, a partir de então, vão aparecer apenas como coadjuvantes do tratamento. A hipótese diagnóstica do desequilíbrio neuroquímico implicou

imediatamente na escolha pela terapêutica com psicofármacos que prometiam reequilibrar a bioquímica cerebral, origem das patologias (MARTINHAGO; CAPONI, 2019).

Declarado como “ateórico”, o DSM III constituiu a “virada” para a hegemonia da psiquiatria biológica nos Estados Unidos e para a globalização do modelo americano. Ele se tornou a língua mundial da psiquiatria (AGUIAR, 2003). A partir de então, as doenças psiquiátricas passam a ser definidas por agrupamentos de sintomas, e não mais por suas causas subjetivas ou sociais subjacentes. Essa mudança acaba ocasionando a supressão das histórias de vida, das narrativas dos pacientes e, portanto, das causas psicológicas e sociais que poderiam ter causado um sofrimento psíquico e/ou a manifestação de um certo comportamento (CAPONI, 2014; MARTINHAGO; CAPONI, 2019). Por meio de uma abordagem reducionista e descritiva de sintomas: “[...] os transtornos mentais passam a ser tomados como ‘entidades mórbidas’, podendo ser classificados e analisados independentemente das particularidades dos sujeitos que os sofrem.” (AGUIAR, 2003, não paginado).

Ou seja, o DSM-III produz na psiquiatria uma mudança de perspectiva. Ela faz uma pequena operação de abstração, por meio da qual o foco passa dos sujeitos singulares para os transtornos universais. O processo diagnóstico passa a se efetuar na superfície (sintomas) subsumindo toda interioridade e profundidade. Concentra-se nas bordas do fenômeno, dos efeitos que emergem de suas conexões. Desta operação, portanto, resulta um aumento substancial de seu poder de intervenção (AGUIAR, 2003).

No que se refere aos transtornos mentais da infância, o DSM III (1980) traz uma classificação específica no primeiro capítulo:

Os transtornos descritos neste capítulo são aqueles que usualmente aparecem e se evidenciam inicialmente na infância ou adolescência. [...] Quando se trata de diagnosticar uma criança ou adolescente, o médico deve considerar primeiro os diagnósticos incluídos nesta seção. Caso não se ache um diagnóstico apropriado, transtornos descritos em outras seções deste manual devem ser considerados. (APA, 1980, p. 28).

Dentre os transtornos infantis que esta edição traz, destacam-se o retardo mental, o distúrbio de déficit de atenção e o distúrbio de oposição. Embora existam algumas diferenças entre o DSM-III (1980) e o DSM-IV (1995) – que traz novas classificações como os transtornos de aprendizagem e os transtornos de comunicação, ambos apresentam uma mesma categoria classificatória separadamente para a infância e adolescência. Entretanto, o DSM-IV (1995) em vez de falar em “transtornos que aparecem e se evidenciam pela primeira vez na infância”,

apresenta-os como “transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na primeira infância, infância e adolescência.” (CAPONI, 2019).

Cabe observar aqui a inclusão da categoria “primeira infância” (crianças de 1 a 5 anos) entre a população que já pode ser diagnosticada com um ou mais transtornos mentais. Além disso, entre essas duas edições, percebe-se que a especificidade da seção destinada às doenças mentais na infância começa a apagar-se por meio da postulação insistente de que as patologias da infância podem também ser diagnosticadas em adultos, e contrariamente, as classificações para adultos podem ser usadas agora entre a população infantil (CAPONI, 2019). Ressalta-se, nesse sentido que o DSM-IV (1995) expande ainda mais o número de categorias diagnósticas, que agora já somam trezentos e cinquenta.

Outra mudança, é que na versão brasileira do manual, o termo “distúrbio” é substituído pelo termo “transtorno”, embora sua significação tenha permanecido a mesma (AGUIAR, 2015). Nesse sentido, inclusive as crianças de até 5 anos, a partir de 1995, ficam autorizadas a ser enquadradas nos mais diversos diagnósticos psiquiátricos. Percebe-se também que, no DSM-IV, já está presente a antiga ideia de que a maioria dos casos de transtorno mental tem origem na infância. Mais uma modificação ocorrida do DSM-III para o IV é que foi retirada de seu escopo classificatório a divisão clássica da psiquiatria entre transtornos mentais orgânicos e não orgânicos.

Uma das maiores críticas apontada após a publicação do DSM-IV é que o sistema acabou produzindo uma excessiva fragmentação dos quadros clínicos dos transtornos mentais, cuja consequência imediata foi a rápida ampliação, do ponto de vista histórico, do número de diagnósticos possíveis quando comparado às outras especialidades médicas, fato bastante questionável. Segundo Burkle (2009):

[...] a nomeação do grupo de trabalho responsável pela elaboração do DSM-IV representou uma tentativa de reinserir a psiquiatria norte-americana no cenário internacional, baseando o texto do Manual em resultados de pesquisa clínica. Essa tentativa de reinserção se deu em três aspectos: enfatizando no modelo de diagnóstico operativo, buscando a redução dos eixos usados no Manual e ampliando sua utilização para diversos profissionais e não profissionais. (BURKLE, 2009, p. 25-26).

Observa-se, portanto, que as principais problemáticas que emergem ao longo da história do DSM referem-se à ampliação progressiva do número de diagnósticos a cada edição, à crescente indiferenciação entre diagnósticos para a população infantil e adulta, à supressão de possíveis causas não orgânicas do sofrimento psíquico, e conseqüentemente, de histórias de

vida e subjetividades, e à rotulação e estigmatização das individualidades, dos comportamentos e sentimentos, que é a consequência necessária de todos estes processos.

1.4 A TERAPÊUTICA: GENERALIZAÇÃO DO USO DE PSICOFÁRMACOS E A RELAÇÃO COM A INDÚSTRIA FARMACÊUTICA

Ainda que os psicofármacos já fizessem parte dos recursos terapêuticos da psiquiatria desde a década de 1950 e a adoção dos paradigmas da genética e das neurociências pela psiquiatria seja anterior à década de 1980, esta última data, como vimos, é considerada por vários autores o marco a partir do qual a psiquiatria biológica tornou-se dominante. Cabe ressaltar, nesse sentido, que os psicofármacos conviveram bem com o discurso teórico da psicanálise, hegemônico na psiquiatria até 1980, sendo utilizados na prática clínica como “potencializadores” da psicoterapia, considerada o tratamento principal (AGUIAR, 2003).

Entre as décadas de 1950 e 1980, observa-se, portanto, a uma transformação silenciosa, mas revolucionária, no campo da psicofarmacologia que irá mudar a face da psiquiatria, colocando de uma vez por todas a psicanálise em segundo plano, e trazendo o protagonismo dos psicofármacos para a prática terapêutica. Conforme Russo e Venâncio (2006):

Podemos citar como marco inicial dessa revolução o ano de 1952, quando foi testado o primeiro medicamento antipsicótico – a clorpromazina. Ainda que os antidepressivos só tenham sido aceitos e receitados nos EUA no início dos anos 1960, já em 1957 foi lançado o primeiro antidepressivo tricíclico: a Imipramina. Logo depois surge outro composto também considerado antidepressivo, o Iproniazid (IMAO – Inibidor de Monoamino-oxidase). No campo dos tranqüilizantes mais leves, surgiu em 1955 o Meprobomato, que seria comercializado como Miltown ou Equanil, conhecendo enorme sucesso. Em 1960 foi lançado o primeiro benzodiazepínico (também tranqüilizante e ansiolítico), o famoso Librium. Três anos depois outro benzodiazepínico, o Diazepan (comercializado como Valium) entrou no mercado, ultrapassando o Librium em 1969 como droga mais vendida nos EUA; em 1970 uma mulher em cada cinco e um homem em cada treze tomavam benzodiazepínicos. (RUSSO; VENÂNCIO, 2006, p. 463).

De acordo com Caponi (2019), o efeito da clorpromazina no tratamento de pacientes psiquiátricos foi estudado primeiramente por Pierre Deniker e Heinz Lehmann na década de 1950, quando se postulou que essa droga poderia ser um substituto farmacológico da lobotomia e dos eletrochoques, práticas psiquiátricas correntes na época. É importante destacar que, nesse tipo de pesquisa, que envolvia uma metodologia empírica e rudimentar, a observação era realizada sobre pacientes com diferentes estados clínicos, incluindo mania, depressão e esquizofrenia, e seu objetivo era descobrir em quais deles a droga apresentava melhores efeitos

de controle de sintomas. Como resultado desses estudos, observou-se que a clorpromazina tinha melhores efeitos de remissão de sintomas no caso da esquizofrenia.

Mas Lehmann queria dar um passo a mais. Pretendia entender quais eram os mecanismos de ação da droga para, então, poder descobrir as bases biológicas da doença. Independentemente do fato de que tais causas biológicas permaneçam misteriosas até hoje, Lehmann deu início a esse procedimento de validação de psicofármacos que Philippe Piganarre definiu como “inversão causal explicativa”. É porque a droga atua favoravelmente sobre os sintomas de uma doença, nesse caso a esquizofrenia, que sua ação permitirá explicar as bases biológicas dessa doença. (CAPONI, 2019, p. 62).

Sem conseguir encontrar as causas orgânicas das patologias mentais por meio dos exames convencionais usados nas outras especialidades médicas, a psiquiatria adotará, então, um modelo explicativo baseado na doença, especificamente, na ação dos psicofármacos sobre os doentes. Conforme tal lógica, a remissão de possíveis sintomas de uma doença constituirá a prova de que sua origem é biológica, está no cérebro, e de que os psicofármacos poderão tratá-la. Assim funcionará com os antipsicóticos, os antidepressivos e também os calmantes.

Segundo a autora, a psiquiatria biológica argumenta que a revolução psicofarmacológica instaurada pela clorpromazina foi muito importante por duas razões: possibilitou a aproximação da psiquiatria aos outros ramos da medicina, visto que passa a ter também medicamentos para tratar e/ou curar suas doenças, e por outro lado, na medida em que a clorpromazina permite que os doentes saiam do hospital e voltem às suas casas, inicia-se o atendimento ambulatorial no campo da psiquiatria (CAPONI, 2019).

Assistimos, portanto, com a introdução e disseminação dos psicofármacos na prática clínica psiquiátrica: a uma nova possibilidade de legitimação da psiquiatria como saber médico por sua similaridade em termos de recursos terapêuticos disponíveis, e conseqüentemente, a um substancial aumento do seu poder que cada vez mais transcenderá os muros do asilo. Com a emergência do movimento da antipsiquiatria e luta antimanicomial, e a oferta de serviços ambulatoriais, os psicofármacos se apresentam como a solução ótima para manter os doentes mentais sob a vigilância psiquiátrica, agora a partir de uma relação de dependência com as prescrições dos medicamentos que devem ser usados de maneira contínua.

Para fins desta pesquisa, cabe destacar que a assimilação imediata do DSM-III (1980) na prática clínica psiquiátrica teve como um de seus principais propulsores justamente a afinidade entre o formato diagnóstico do novo manual e as demandas da indústria farmacêutica por parâmetros classificatórios de doenças psiquiátricas que pudessem ser reproduzidos em experimentos com medicamentos, os chamados ensaios clínicos randomizados. Tais ensaios

são exigidos pela Food and Drug Administration (FDA) desde 1962 para a aprovação e autorização da entrada de novos medicamentos psiquiátricos no mercado norte-americano. (AGUIAR, 2003).

A este respeito, conforme Bittencourt (2010), a farmacologia, desde os primórdios influenciada pela indústria farmacêutica, tem contribuído muito mais no aspecto técnico-científico, em manipular as substâncias e transformá-las em medicamentos que podem ser úteis em determinadas situações de vida, do que trazendo explicações para as causas dessas situações. Isto é:

[...] os direcionamentos da pesquisa na produção de fármacos visam um produto da técnica, que gera lucro para as empresas. Por essa razão, esse aspecto do conhecimento científico é privilegiado já no início do processo em que são escolhidas as linhas de pesquisa farmacológica. (BITTENCOURT, 2010, p. 282).

É digno de nota, portanto, que os laboratórios farmacêuticos não apenas aderiram ao DSM-III, como contribuíram fortemente para sua rápida difusão no mundo, já que dependiam da consolidação de novos diagnósticos psiquiátricos para a validação de seus medicamentos junto a FDA (AGUIAR, 2003). Este fato é de extrema importância porque nos mostra que fatores econômicos – a busca da indústria farmacêutica pelo lucro – estão imediatamente implicados na produção científica, na sua disseminação e, assim também, na prática clínica da psiquiatria. É aquilo que chamamos de conflitos de interesse, que apenas muito recentemente passaram a ser exigidos constar, a serem declarados ao final das publicações acadêmicas e científicas em psiquiatria.

O que podemos experimentar acompanhando o DSM em suas conexões é justamente a indissociabilidade entre a clínica e os processos sociopolíticos que a constituem. Mais precisamente, o que a análise dessas relações nos mostra é que a hegemonia mundial da Psiquiatria Biológica emerge como um efeito das transformações nos modos pelos quais o capitalismo mundial passa a produzir a realidade social na chamada “era da globalização”. (AGUIAR, 2003, p. 6).

Cabe observar, nesse sentido, que a consolidação do DSM no cenário internacional coincide com o momento histórico em que as grandes corporações transnacionais ganham maior relevância. A potência da indústria da comunicação impulsiona a força produtiva das grandes corporações multinacionais – incluindo a indústria farmacêutica – e à medida que ela comunica, vende mercadorias. (AGUIAR, 2003).

A este respeito, Whitaker (2016) sustenta que as companhias farmacêuticas mostraram grande encantamento, a partir do DSM-III (1980) ao canalizar quantidades crescentes de dinheiro para a APA, o que foi feito da seguinte forma: patrocinando simpósios na reunião

anual da APA; ajudando a pagar pelas suas campanhas de relações públicas que repetiam regularmente a mensagem de que transtornos psiquiátricos são doenças do cérebro, que são “sub-reconhecidas e sub-tratadas” e que os medicamentos para essas doenças são altamente efetivos; ajudando a financiar programas de treinamento de mídia da APA, que ensinavam os psiquiatras em todo o país como falar sobre este novo modelo médico para o público; e fornecendo ajuda financeira a psiquiatras da Europa, Ásia e América do Sul para que comparecessem às reuniões anuais da APA, e assim aprendessem sobre este novo paradigma de cuidado em saúde mental.

Graças a esse influxo de dinheiro da indústria farmacêutica, o rendimento anual da APA só cresceu a cada década: saiu de U\$10,5 milhões em 1980, para U\$65,3 milhões em 2008. Outra questão relevante refere-se ao pagamento de psiquiatras pelos laboratórios farmacêuticos para que eles trabalhassem como seus líderes de opinião, seus experts. Segundo Whitaker, conforme foi revelado posteriormente, aqueles que ajudaram as companhias farmacêuticas a criar mercados para os novos medicamentos, ganharam nas últimas décadas centenas de milhares de dólares para serem seus porta-vozes, assessores e consultores. (WHITAKER, 2016).

No que toca à adoção de psicofármacos na prática clínica com crianças e adolescentes, a prescrição de metilfenidato a crianças consideradas “hipercinéticas” (hiperativas) data da década de 1970. Esta prática, segundo o autor, forneceu a razão para a criação de um diagnóstico no DSM-III para o público infantil, o chamado “déficit de atenção” cujos principais sintomas eram a desatenção, a impulsividade e a hiperatividade, muito embora um diagnóstico pudesse ser feito mesmo sob ausência da hiperatividade. Aqui, a desatenção e a impulsividade eram sintomas necessários para o diagnóstico de TDA. Três por cento das crianças americanas naquele momento, conforme dados da APA (1980), eram acometidas por este transtorno.

No entanto, a partir de um novo processo de reconfiguração dos limites diagnósticos, facilmente observado com a publicação do DSM-IV (1995), este transtorno passa a consistir de três subtipos: somente desatento, somente hiperativo/impulsivo, e aqueles que apresentam igualmente os dois sintomas (WHITAKER, 2016). Aparentemente uma mudança singela, vemos um apagamento da fronteira entre o normal e o patológico com a extensão das possibilidades diagnósticas, por meio da qual uma criança hiperativa, mas não desatenta, considerada normal no DSM-III, agora pode se enquadrar no transtorno que contempla um subtipo para ela também. A consequência lógica e imediata desta operação é a ampliação do número de crianças que se enquadram no transtorno, agora chamado Transtorno de Déficit de

Atenção e Hiperatividade – o TDAH, e que segundo dados mais recentes, acometem 5% (e não mais 3%) da população infantil. Mas o aumento substancial nos diagnósticos de TDAH é reportado à população como algo positivo, ou seja, como um avanço na capacidade diagnóstica em psiquiatria. Argumenta-se que esses casos sempre existiram, mas eram – e continuam a ser – subdiagnosticados, sobretudo em populações mais vulneráveis com sistemas de saúde precários. O discurso se sustenta, segundo dados epidemiológicos e pela afirmação da hipótese do desequilíbrio cerebral, e não com referência a essas mudanças classificatórias.

Ademais, Whitaker (2016) nos mostra que, ainda que o TDAH seja apresentado como uma doença que tem origem no cérebro, os pesquisadores normalmente fracassam em encontrar as causas orgânicas nas crianças diagnosticadas. Após quase 30 anos de prescrição do metilfenidato (Ritalina) entre o público infantil, afirmou-se por exemplo, que “Após anos de pesquisa e experiência clínica com o TDAH, nosso conhecimento sobre sua causa ou suas causas continua amplamente especulativo” (NIH Consensus Development Conference, 1998 apud Whitaker, 2016). Já em 2012, pouco antes da publicação do DSM-V (2014) – o qual abordarei em seguida – quando os estudos de ressonância magnética cerebral já estavam sendo amplamente utilizados nas pesquisas em psiquiatria, um relatório da APA afirma que:

A vasta maioria dos estudos de neuroimagem, até o momento, demonstra diferenças relativas, quantitativas, entre o TDAH e os grupos controles com desenvolvimento típico, que não são nem suficientes grandes nem específicos para serem úteis caso a caso como biomarcadores diagnósticos ou de tratamento – Relatório do Consenso do Grupo de Trabalho em Marcadores de Neuroimagem dos Transtornos Psiquiátricos da APA. (APA, 2012 apud WHITAKER, 2016, p. 17)

Outra questão pertinente relaciona-se ao efeito dos psicofármacos no cérebro. Não se pretende, no escopo deste estudo, realizar um estudo exaustivo sobre este tema, tampouco duvidar sobre a sua eficácia terapêutica caso a caso. Entretanto, cabe mencionar que o uso de psicotrópicos, sobretudo com crianças, tem sido questionado por pesquisadores e profissionais das mais diversas áreas, o que merece atenção. A diversidade dos efeitos colaterais observados e a (im)possibilidade de uma descontinuação segura têm trazido grande preocupação à comunidade acadêmica. Questiona-se, portanto, sobre seu potencial iatrogênico (ILLICH, 1975) inclusive dentro do campo da psiquiatria, isto é, se os psicofármacos em última instância podem estar fazendo mais mal do que bem para a saúde da população, sobretudo a infantil. (MOCRIEFF, 2013b) (BREGGIN, 1991) (WHITAKER, 2010). Para psiquiatras como Moncrieff e Breggin (apud CAPONI, 2019, p. 88), “as drogas psiquiátricas, longe de corrigir um estado anormal ou restabelecer um equilíbrio neuroquímico perdido, têm a função de induzir

alterações cerebrais, produzindo um estado alterado”. Assim, tal como os demais psicoativos de uso recreativo, o que elas fazem é intoxicar o cérebro. Portanto, nessa perspectiva, não existe referência a uma doença específica, nem a um conjunto de sintomas, pois elas terão uma ação semelhante para qualquer um, independente de se ter ou não um diagnóstico psiquiátrico. Nesse sentido, cabe observar o aumento no uso de algumas dessas substâncias – tal como a Ritalina que promete uma maior capacidade de concentração –, encontradas também no mercado ilegal³, como melhoradores cognitivos, isto é, da performance de estudantes.

Na mesma linha argumentativa, em *Anatomy of an Epidemic* (2010), Whitaker trata do aumento desenfreado da população norte-americana diagnosticada com transtorno mental, referenciada como uma “praga moderna”. Contrapondo-se aos enunciados da psiquiatria e invertendo sua lógica, ele sustenta que é o uso dos psicofármacos que induzem à patologia. Isto é, em contraposição à tese de que haveria um desequilíbrio químico cerebral nos portadores de psicopatologias, ele defende que é justamente o uso prolongado dessas drogas que acaba por promover o desequilíbrio da química cerebral “normal”, cronificando o transtorno em questão ou, pior, criando outras patologias e sintomas mais severos de sofrimento psíquico. Seu principal argumento e que parece bastante razoável é que, do ponto de vista sócio-histórico, se os psicofármacos estivessem agindo na direção do tratamento ou cura, não teríamos um aumento da população diagnosticada com transtorno mental, e sim um declínio.

Ressalta-se, portanto, que tal como Freud havia, em seu tempo, descoberto que a cocaína poderia ter efeitos positivos sobre sujeitos cansados e depressivos (GURFINKEL, 2008), assim também a Ritalina se demonstrou eficaz no sentido de reduzir aquilo que a psiquiatria vem chamando de sintomas do TDAH. Ou seja, agindo na atividade dopaminérgica, no sistema de recompensa, sua ação no cérebro é similar ao de drogas ilegais, algumas consideradas extremamente perigosas, com a diferença de que a forma de administração, em cápsulas ou comprimidos, permite uma liberação de forma controlada no sangue, e portanto, uma duração maior de seus efeitos, inibindo uma possível compulsão. E assim também é a ação de outros psicoestimulantes, como os antidepressivos e as anfetaminas, comumente prescritos pelos psiquiatras. Cabe mencionar, ademais, que o modelo de doença da APA permitiu também a administração entre a população infantil de antipsicóticos, como a Risperidona que tem sérios efeitos colaterais, e de antidepressivos para outros quadros patológicos.

Os estimulantes, de fato, produzem uma mudança característica nas crianças. Crianças assim tratadas se movem menos e socializam menos e sua atenção pode se tornar mais

³ <https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/a-droga-da-produtividade-9958230>

focada em uma tarefa específica (como aritmética). Essa mudança é vista como uma redução nos sintomas do TDAH. (WHITAKER, 2016, p.19).

Retomando os estudos de Foucault, fica claro que a ação dos psicofármacos se torna, então, uma nova tecnologia disciplinar que age para a normalização social, uma contenção química para problemas de comportamento infantil que, como vimos, apenas mais recentemente na história tem sido visto como sintomas de patologias mentais. Ela age, portanto, no controle dos comportamentos considerados socialmente indesejáveis. A função da escola, da mídia e da família no fortalecimento desse “novo” discurso biologizante dos sentimentos e comportamentos infantis se fará presente como reflexo da autoridade cultural que o saber biomédico psiquiátrico vem conquistando na luta pela hegemonia dos cuidados em saúde mental. Encaminhando cada vez mais crianças e adolescentes aos consultórios, e solicitando uma resposta que tenha caráter orgânico para os problemas de comportamento e aprendizagem observados, a família e a escola têm contribuído fortemente para a naturalização das práticas psiquiátricas no terreno da infância na contemporaneidade.

Cabe questionar, por fim, a quem mais servem os efeitos positivos que a chamada revolução psicofarmacológica, iniciada na segunda metade do século XX, afirma ter alcançado? O modelo de instituição escolar, tais como de outras instituições modernas, baseou-se no biopoder, na disciplinarização dos corpos, em sua docilização de modo a torná-los produtivos para o sistema capitalista. Vimos, com a breve história da psiquiatria, apresentada nas subseções anteriores, que desde cedo ela invade o espaço escolar e familiar, buscando ampliar sua legitimidade e poder na sociedade. Veremos que, com a emergência da psiquiatria do desenvolvimento no início deste século, haverá uma continuidade nessa estratégia a qual se somará a muitas outras que vem sendo desenvolvidas por seus pesquisadores.

2 EMERGÊNCIA E CONSOLIDAÇÃO DO CAMPO DA PSIQUIATRIA DO DESENVOLVIMENTO

Antes mesmo de a psiquiatria do desenvolvimento anunciar sua força-tarefa no Brasil, em 2009, a preocupação com o fortalecimento do campo da psiquiatria da infância e adolescência já estava presente em periódicos especializados.

Em publicação da *Revista Brasileira de Psiquiatria* do ano 2000, alguns professores universitários dedicados à psiquiatria da infância e adolescência escreveram juntos na seção “Comentários – Crianças e adolescentes com transtornos mentais” que, conforme novos estudos epidemiológicos internacionais, de 10 a 15% das crianças seriam portadoras de algum

transtorno mental. Entretanto, sustenta-se que mesmo com a existência de tal demanda, haveria naquele momento enorme escassez de profissionais habilitados para tratar de crianças e adolescentes com problemas psiquiátricos até mesmo em países desenvolvidos. Diz-se que no Brasil essa realidade (demanda com grandes prejuízos X escassez de serviços) seria certamente ainda mais precária, embora não haja estudos que a confirmem. (ROHDE *et al.*, 2000).

Contra os argumentos de que a psiquiatria deva ser unitária, isto é, contra o modelo referencial que se baseia no atendimento de indivíduos com doenças que supostamente são similares ao longo do ciclo da vida, esses autores defendem convictamente a especificidade das ocorrências e das formas de manifestação dos transtornos mentais na infância e adolescência e elencam algumas justificativas que apontam para a necessidade de se consolidar uma subespecialidade dentro da psiquiatria que possa atender especificamente a este público:

Em primeiro lugar, a avaliação psiquiátrica de crianças e adolescentes apresenta características peculiares que a diferenciam claramente da avaliação de adultos. As forças do desenvolvimento ainda atuam intensamente nessas etapas do ciclo vital. Muitas vezes é complicado diferenciar as características normais de determinadas fases, em que sintomas de transtornos psiquiátricos bem estabelecidos na infância se desenvolvem. (ROHDE *et al.* 2000, p. 2).

Em segundo lugar, afirma-se que o processo diagnóstico nessas fases da vida é mais complexo, que o grau de comorbidade é maior do que nos adultos, e ainda que transtornos mais comuns na vida adulta costumam se manifestar diferentemente em crianças e adolescentes, tais como os transtornos depressivos, o transtorno obsessivo-compulsivo, ou o transtorno de humor bipolar. Em terceiro lugar, as abordagens terapêuticas, sejam elas psicofarmacológicas ou psicoterápicas, com crianças e adolescentes diferencia-se drasticamente daquelas dos adultos. No que se refere aos psicofármacos, por exemplo, existem diferenças importantes em termos farmacocinéticos, farmacodinâmicos e de toxicidade que precisam ser consideradas. (ROHDE *et al.*, 2000).

Ou seja, defende-se existir toda uma ampla gama de conhecimentos específicos necessários para que o psiquiatra possa oferecer um atendimento adequado às crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais. Percebe-se, portanto, que já no início dos anos 2000 reforça-se o debate acadêmico em torno da legitimação e necessidade de consolidação da subespecialidade da psiquiatria da infância e adolescência no Brasil, e algumas medidas são sugeridas em tal direção:

Ao se falar em subespecialidade ou em área de concentração, fica claro que se entende a psiquiatria da infância e adolescência como uma continuidade da psiquiatria e, portanto, torna-se indispensável a formação psiquiátrica prévia. Algumas sugestões para essa consolidação são: a) criação de um número mínimo de residências de psiquiatria da infância e adolescência no país, com programas previamente determinados e respeitando distribuição que atenda às necessidades regionais; b) criação de programas de terceiro ano em psiquiatria da infância e adolescência nas residências de psiquiatria geral em locais onde essa disciplina não exista; c) exigência do título de residência em psiquiatria da infância e adolescência ou o título de especialista em psiquiatria na área de concentração de psiquiatria da infância e adolescência, conferido pela Associação Brasileira de Psiquiatria, para credenciamento em empresas de convênios médicos ou para participação em concursos de serviços públicos para fins de atendimento de crianças e adolescentes com transtorno mental. (ROHDE *et al.*, 2000, p. 3).

Um pouco mais tarde, no ano de 2008, em carta aos editores da mesma revista, intitulada: *Força-tarefa brasileira de psiquiatras da infância e adolescência* (MORAES *et al.*, 2008), afirma-se que a *International Association for a Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions* (IACAPAP) sugeria que cada país implementasse um currículo de especialização e pós-graduação de alto nível em psiquiatria da infância e adolescência, com o objetivo de garantir um número suficiente de profissionais treinados para prevenção, intervenção e tratamento desse público específico.

Enfatiza-se também o alerta enviado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que, a partir de novos dados epidemiológicos, declarou a necessidade de se haver um psiquiatra infantil trabalhando em período integral para cada 30.000 crianças e adolescentes. Conforme os autores, entretanto, “os psiquiatras infantis brasileiros atendem a uma população 20 vezes maior do que esse número (um para 621.504 indivíduos).” (MORAES *et al.*, 2008, p. 295). Conclama-se, então, uma força-tarefa para a psiquiatria infantil no Brasil: a elaboração de estratégias para a rápida e ampla disseminação dos saberes especializados em psiquiatria da infância e adolescência.

Mas por que a psiquiatria da infância e adolescência passou em um dado momento a ser designada Psiquiatria do Desenvolvimento para a Infância e Adolescência? Ou ainda por que a chamada psiquiatria do desenvolvimento passou a concorrer para se transformar na referência hegemônica atual em psiquiatria não apenas no domínio da infância no contexto brasileiro? Vejamos o que falam os especialistas em artigos e entrevistas.

Em artigo intitulado *Em busca das origens desenvolvimentais dos transtornos psiquiátricos* (POLANCZYK, 2009), o autor explica que “A psicopatologia desenvolvimental” é uma disciplina em psiquiatria que integra perspectivas epidemiológicas, sociais, genéticas,

desenvolvimentais e de psicopatologia para entender as origens e o curso dos transtornos mentais. Segundo a hipótese desenvolvimental:

[...] os transtornos mentais surgem a partir de inter-relações dimensionais, complexas, em múltiplos níveis, entre características específicas do indivíduo (fatores biológicos, genéticos e psicológicos), características ambientais (cuidado parental, relacionamentos interpessoais, exposição a eventos estressores) e sociais (rede de apoio social, vizinhança, nível socioeconômico). (POLANCZYCK, 2009, p.7).

Polanczyck (2009) sustenta que tais ideias tomaram forma primeiramente no livro de Thomas Achenbach⁴: *Developmental Psychopathology* (1974), e posteriormente foram desenvolvidas nos trabalhos de Sroufe⁵, Cicchetti⁶ e Rutter⁷, dentre outros. Ele explica que, inicialmente, a ênfase no processo de desenvolvimento era utilizada especialmente para entender os transtornos mentais da infância, mas que, com a progressão do campo, estudos passaram a mostrar que existe uma importante continuidade dos transtornos entre a infância, adolescência e idade adulta. Assim, muitos psiquiatras de adultos também começaram a adotar a abordagem desenvolvimental para entender as origens dos transtornos mentais de seus pacientes.

O autor defende ainda que os resultados de pesquisas com abordagem desenvolvimental, que incluem epidemiologia, genética, neuropsicologia e estudos de neuroimagem, sobretudo as pesquisas longitudinais que acompanham indivíduos ao longo do tempo, têm demonstrado grande potencial para o entendimento das origens dos transtornos mentais. E, nesse sentido, defende que:

Como desfechos possíveis do processo de desenvolvimento, os transtornos mentais não seriam necessariamente categorias distintas, mas sim trajetórias desenvolvimentais dimensionais. Como uma complexa malha rodoviária, em que diferentes rodovias podem levar ao mesmo local, diferentes trajetórias desenvolvimentais podem levar ao mesmo processo psicopatológico. Por outro lado, da mesma forma que as mesmas rodovias podem, ao seu final, levar a diferentes locais, as mesmas trajetórias psicopatológicas podem resultar em diferentes desfechos. Indivíduos que seguem uma determinada trajetória desenvolvimental podem passar para outra, e quanto mais cedo o *desvio* é feito, maior será a dificuldade para retornar ao caminho original. (POLANCZYCK, 2009, p.7, grifos meus).

⁴ Achenbach TM. *Developmental psychopathology*. New York: Wiley; 1974.

⁵ Sroufe LA, Rutter M. The domain of developmental psychopathology. *Child Dev.* 1984;55(1):17-29.

⁶ Cicchetti D, Sroufe LA. The past as prologue to the future: the times, they've been a-changin'. *Dev Psychopathol.* 2000;12(3):255-64.

⁷ Rutter M, Sroufe LA. *Developmental psychopathology: concepts and challenges*. *Dev Psychopathol.* 2000;12(3):265-96.

A partir desta primeira pesquisa bibliográfica, entende-se que a filiação de pesquisadores psiquiatras brasileiros ao referencial da psicopatologia desenvolvimental, notadamente os da Universidade Federal do Estado de São Paulo (UNIFESP), Universidade de São Paulo (USP) e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), começa a acontecer a partir dos avanços dos estudos em neurociências no Brasil e da possibilidade, através de técnicas de imageamento, de se visualizar o cérebro, órgão entendido como responsável por orquestrar os processos de desenvolvimento humano: cognitivo, intelectual, emocional e social. Conforme Moraes *et al.* (2011):

Embora esse campo de pesquisa, originalmente conhecido como psicopatologia desenvolvimental, exista desde o início do século XX, seu arcabouço teórico fundamental evoluiu sob a influência de avanços na psicanálise e em outras áreas da psicologia do desenvolvimento. Nos últimos anos, a PD começou a incorporar diferentes disciplinas da neurociência e se tornou uma prioridade para o Instituto Nacional de Saúde Mental, que demandou investimentos em pesquisas para identificar indivíduos em risco para transtornos psiquiátricos e desenvolver intervenções preventivas eficazes. (MORAES *et al.*, 2011, p. 287).

Considerado por esses profissionais como uma virada paradigmática necessária a um melhor entendimento sobre os transtornos mentais, o projeto da psiquiatria do desenvolvimento não é apenas o de ampliar rapidamente o número de psiquiatras da infância e adolescência no Brasil, tal como se queria em 2000. Com a criação do INPD em 2009 e os recursos aprovados para suas iniciativas (em torno de 7 milhões para os três primeiros anos de pesquisa), o objetivo passa a ser, dentre outras coisas, o de qualificar todos os profissionais do campo da psiquiatria – clínica e acadêmica, da infância e adolescência e do adulto – sob o viés da hipótese neurodesenvolvimental. “Estas novas bases da psiquiatria favorecerão uma aproximação entre psiquiatras da infância e da adolescência com os de adultos, que compreenderão seus pacientes no desenvolvimento ao longo da vida”. (MIGUEL *et al.*, 2009, p.87).

Cabe notar aqui o uso da expressão “desenvolvimento ao longo da vida” e sua aproximação com o discurso neoliberal que encontra na teoria do capital humano um de seus mais importantes fundamentos. No campo educacional e de trabalho, fala-se sobre o imperativo de uma “educação ao longo da vida”, em que os indivíduos são responsáveis por estar continuamente investindo em sua formação em um mundo em constante transformação (DARÉ, 2019). Segundo esta nova psiquiatria, entende-se que o desenvolvimento é um processo que ocorre ao longo da vida e que, portanto, merece continuamente a atenção médica.

Assim, é a partir do desenvolvimento de tecnologias de detecção de imagens do cérebro, tal como os exames de ressonância magnética funcional, que a psiquiatria dá seu novo

“salto paradigmático” na incessante busca pelos marcadores biológicos dos transtornos mentais. Como já se sabe, o desenvolvimento cerebral começa poucas semanas após a concepção, então o grande desafio que se coloca é o de descobrir onde se inicia uma trajetória (neuro)desenvolvimental atípica que, futuramente, pode desencadear a manifestação de sintomas psiquiátricos.

Rohde (2009), um dos psiquiatras mais renomados no Brasil e influente mundialmente, defende em entrevista – matéria de capa da revista *Debate* – o potencial inovador desse novo paradigma e o pioneirismo do INPD:

Vamos trabalhar com a identificação de condições subclínicas de transtorno de déficit de atenção, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de ansiedade, transtorno global do desenvolvimento e de quadros de psicose na infância e adolescência. O que queremos com isto? Aproximar o modelo da psiquiatria do modelo das outras áreas médicas, ou seja, nós vamos estudar aqueles indivíduos em risco de desenvolver o transtorno, que ainda não o desenvolveram, para poder ver quais são os fatores, do ponto de vista genético, de determinantes genéticos, de determinantes ambientais. E, através de neuroimagem, e acompanhá-los na tentativa de poder detectar quais são as trajetórias que levam aqueles indivíduos em risco a desenvolverem os quadros clínicos. Isso também é uma perspectiva inovadora. (ROHDE, 2009, p.21).

Parece claro que, após anos de insucessos na localização dos marcadores biológicos dos transtornos mentais que poderiam aproximar a psiquiatria efetivamente da medicina e dar-lhe mais credibilidade, encontra-se no cérebro uma nova possibilidade de achá-los: os agora chamados marcadores neurobiológicos. Entretanto, não se trata mais de encontrar necessariamente a doença. Indícios apenas, marcadores de risco são suficientes. E a psiquiatria encontra, assim, a oportunidade de renovar sua força e legitimidade perante a população. Ressalto que o problema da psiquiatria permanece o mesmo, tal como explicitamente nos coloca Rohde: fazer-se valer como ciência médica e aumentar sua credibilidade no meio acadêmico e fora dele.

Nesse sentido, após trazer à luz os discursos dos especialistas no mesmo período em que se criava o INPD, cabe também mencionar que, a partir desse momento, autores de diversos âmbitos, tais como saúde coletiva, ciências sociais, ética e psicanálise passam a demonstrar grande preocupação com as possíveis implicações e impactos do projeto da psiquiatria do desenvolvimento para os processos de medicalização da vida, das condutas e sentimentos humanos que se aceleram na sociedade contemporânea. Evidencia-se, portanto, um embate epistemológico entre a psiquiatria biológica e outros campos de saber preocupados com o tema da atenção e cuidado em saúde mental.

As críticas assinaladas vão em diversas direções: aos conflitos de interesses implicados nas pesquisas que obtém boa parte de seu financiamento da indústria farmacêutica; à ampliação dos diagnósticos em psiquiatria da infância e adolescência, sobretudo com a publicação do DSM-V (2014) inaugurando os transtornos do neurodesenvolvimento; à adoção cada vez maior de psicofármacos na prática clínica com crianças e adolescentes; às questões éticas sobre a condução de estudos com este público; à invasão e legitimação do saber psiquiátrico no espaço escolar e também familiar. Trago, então, algumas de suas contribuições para o debate.

Caponi e Lima (2011), por exemplo, fizeram uma análise do vídeo institucional do INPD (hoje não mais disponível no site). O aspecto persuasivo e propagandístico do vídeo é questionado:

[...] a primeira imagem do vídeo é o globo terrestre, um zoom aproxima uma cidade, para, e volta a abrir no globo, com a América do Sul em primeiro plano. O áudio, com uma voz de homem, afirma que: “o Brasil possui hoje cerca de 90 milhões de crianças e jovens com menos de 18 anos de idade. Dessa população, nada menos que 10% apresentam algum tipo de doença mental”. Uma pequena pausa e o alento “Calma! O mundo não está ficando louco.” Nesse ponto, o globo gira em sentido anti-horário e passa para uma foto de Einstein, com a legenda “espectro autista”. A voz nos diz: “ao contrário do que se pensa, as doenças mentais não estão associadas à loucura ou a algum estereótipo parecido. Qualquer distúrbio ou transtorno de comportamento, personalidade e humor, por exemplo, pode ser um problema mental, e isso não impede as pessoas de levarem vidas normais e até passarem despercebidas no nosso dia a dia. (CAPONI; LIMA, 2011, p.1319).

As autoras defendem que a técnica persuasiva é recurso típico em publicidade e propaganda em que a intenção é o convencimento do público de que ele tem uma necessidade que até então não existia. O que é bastante problemático é a utilização desse tipo de recurso, que advém de um tipo de psicologia questionável pois manipuladora, ser utilizado por uma instituição médica para captar a atenção da população, convencê-la sobre a existência de uma nova verdade, e que a coloca diante da necessidade de contratar seus serviços.

Essa verdade é, a propósito, arrebatadora: a psiquiatria descobriu que os transtornos mentais dos adultos têm origem na infância, mais especificamente no desenvolvimento cerebral, que eles começam com sinais subclínicos e imperceptíveis aos olhos do leigo, e que eles tendem a se cronificar ou ainda a desembocar em transtornos mentais ainda piores na vida adulta. A outra verdade revelada é que a psiquiatria está atualmente em condições de desenvolver tecnologias que permitem não apenas identificar aqueles que estão em risco (o diagnóstico), como também de oferecer intervenções precoces adequadas individualmente (a terapêutica), que inibirão o progresso da doença, trazendo o indivíduo de volta para uma trajetória normal de desenvolvimento. Essas verdades, considerando a legitimidade e

credibilidade cultural que a sociedade contemporânea atribui ao saber médico-científico, aparecem como inquestionáveis.

A partir da integração de cenas e imagens impactantes que provocam medo e ameaça – como a de um menino de 14 ou 15 anos envolvendo-se em um assalto e um triste desfecho – e simultaneamente de áudios em que ressoa a voz da autoridade médica, somadas a pizzas de dados estatístico-epidemiológicos demonstrando alta prevalência de transtornos mentais entre o público infantil, cria-se para o público leigo um cenário aterrorizante: qualquer um, desde o nascimento, está sob o risco, a ameaça de desenvolver um transtorno mental em vias de piorar na vida adulta.

Há ainda, no vídeo, claras associações entre transtornos mentais e delinquência, violência e marginalidade. Não à toa, há a conclamação para uma “força-tarefa”, termo militar que nos remete imediatamente à polícia médica dos séculos XVIII e XIX (FOUCAULT, 2011). Então, em função dessa verdade sobre a existência de um risco generalizado para o desenvolvimento de transtornos mentais é que se fortalece e ganha mais espaço o discurso sobre o imperativo da detecção precoce, das intervenções preventivas: o mais “novo” serviço em psiquiatria. E, as autoras, então, concluem:

[...] podemos dizer que estamos diante de um superdimensionamento do poder de solução dos fatos da vida, por uma medicina psiquiátrica e sua verdade científica, que lança mão de diagnósticos de doenças não manifestadas, baseados em comportamentos a serem contidos por psicofármacos e pela orientação de condutas. É um projeto em fase de implantação, que conta com amplo financiamento, público e privado, e credibilidade institucional para sua implantação. É uma medicalização do social e do psíquico, que serve mais à indústria da doença do que à saúde da população. (CAPONI; LIMA, 2011, p. 1328).

Oliveira (2012) também demonstra preocupação com esses novos arranjos em psiquiatria, e problematiza os seus aspectos históricos e políticos no artigo: *Política, Psiquiatria do Desenvolvimento, Resiliência: novos arranjos epidemiológicos, primeiras anotações*. Sob um viés foucaultiano, a autora traz um trecho de *Tecnologias de governos das ruas*⁸, que nos ajuda hoje a pensar a epidemiologia por um viés crítico, ou seja, entendendo seus usos políticos nos diversos momentos históricos:

A epidemiologia aqui não é só técnica. Já não era. Se seu conjunto de termos e instrumentos e práticas foram trazidos para a política pela governamentalização do Estado, como tecnologia de poder, foi pela via da *prevenção geral* que isto se tornou possível, e isto já em um de seus inúmeros começos pela polícia médica, marcando

⁸ Hypomnemata 135 — publicação periódica online do Nu-Sol (Núcleo de Sociabilidade libertária do PEPG em Ciências Sociais da PUCSP), núcleo que Oliveira integra.

um vínculo indissociável entre saúde pública e segurança e a própria “saúde do Estado”, já no século XIX, e seus alvos eram, preferencialmente, crianças, jovens e anarquistas, mulheres, loucos e subversivos. [...]. No início do XXI, foi pelo viés da *prevenção geral* que os investimentos em políticas de segurança passaram a combinar a partir de práticas epidemiológicas buscando obter “*algoritmos do risco*” e a produção de *mapas estatísticos georreferenciados*, deslocando os investimentos para programações colaborativas em torno de governos das chamadas vulnerabilidades por meio da denominada “melhoria da qualidade de vida”. Hoje, é possível sinalizar que nestes novos arranjos epidemiológicos o que está em jogo é, também, a “restauração da saúde do Estado” pela via de uma prevenção geral colaborativa e compartilhada, que deixa intocado o regime da propriedade indissociado do regime do castigo, consolidando nestes novos arranjos epidemiológicos seus itinerários fluídos e difusos, onde o que está em jogo são os empreendedores voluntários na melhoria de si e dos outros. (NU-SOL, 2011, não paginado).

Na mesma direção, cabe enfatizar que, dada sua incapacidade de localizar no corpo o critério de seus diagnósticos, a despeito de séculos de pesquisa, a psiquiatria permanece trabalhando em função de dados estatístico-epidemiológicos não necessariamente representativos, segundo doenças que ela mesma criou e multiplicou, e a partir de critérios que não se aproximam ainda aos da medicina. Ainda não existe, em psiquiatria, exame laboratorial ou de imagem capaz de comprovar um diagnóstico a partir de causas orgânicas/ biológicas, nem mesmo com os novos exames de neuroimagem. Veremos isso em mais detalhe adiante.

Em outro artigo, referindo-se ao estudo longitudinal de alto-risco para transtornos mentais, a maior e mais onerosa pesquisa conduzida pelo INPD (veremos em detalhes adiante), Salete (2011) sustenta que:

Os mínimos sinais em uma criança do que pode vir a ser detectado como “transtornos” e afins, no presente e no futuro, são agora gerenciados como minimizações do risco e mecanismos de proteção, por novos monitoramentos nos governos de vulnerabilidades sob as mais variadas chancelas e protocolos como “identificação precoce”, não mais de degenerações, mas daquilo que tem de ser combatido em nome da defesa da não degradação da vida. É possível que não estejamos mais diante da tradicional quadra disciplinar degeneração-prevenção-desenvolvimento-progresso, e sim frente a uma disposição de reativas combinações par a par — de *prevenções para não degradar e desenvolvimento psiquiatrizado* — como forma de sustentação do vivo em programas de melhorias. (OLIVEIRA, 2011, p. 86-87, grifos meus).

A ideia de um modelo de desenvolvimento psiquiatrizado parece bastante pertinente aos diversos estudos que focam o governo da infância na sociedade contemporânea neoliberal.

Em artigo intitulado *Anotações iniciais sobre a psiquiatria do desenvolvimento: “é de pequeno que se torce o pepino”*, Nascimento *et al.* (2012) criticam, dentre outras questões, a falácia em torno de um “novo paradigma” correntemente afirmado pelos teóricos da psiquiatria do desenvolvimento.

A partir de 1970 a psiquiatria biológica ganhou força como resposta ao movimento de desmedicalização – denominado antipsiquiatria – firmando-se como paradigma científico para os chamados transtornos mentais. Alguns princípios da psiquiatria biológica que, a partir de 1980, passam a dominar hegemonicamente a área da medicina mental mostram que a psiquiatria do desenvolvimento, como aparece nos projetos do INPD, não introduz um novo paradigma, como afirma em seus documentos. (NASCIMENTO; COIMBRA; LOBO, 2012, p. 96).

Ou seja, embora fatores ambientais sejam considerados nas pesquisas em psiquiatria do desenvolvimento, esses se restringem a aspectos contextuais individuais em um sentido micro, isto é, que envolvem as inter-relações das crianças e adolescentes com seus familiares, com a comunidade escolar e vizinhança, e os dados socioeconômicos são analisados apenas como fatores de risco ou proteção e de forma despolitizada. Não há, portanto, nenhuma problematização em sentido sociológico a respeito dos condicionantes estruturais, sociais e culturais relacionados ao sofrimento psíquico nessas abordagens. Suas bases epistemológicas continuam sendo reducionistas e estão presas a conceitos fisicalistas e biológicos.

Em dissertação sobre o processo de psiquiatrização da infância e sua influência no espaço escolar, Giusti (2016) dedica alguns parágrafos à psiquiatria do desenvolvimento. Na mesma linha que a autora anterior, critica o trato despolitizado em saúde mental pela psiquiatria, e a hegemonia do modelo biológico individualizante desde a década de 1970, quando:

Os neokraepelinianos adotaram as bases epistemológicas de Kraepelin e introduziram um novo modo de pensar as patologias psiquiátricas que se distinguiam de como elas eram abordadas nos manuais até então. Os neokraepelinianos privilegiavam as pesquisas psiquiátricas empíricas, focadas na biologia onde não havia espaço para as perguntas etiológicas. Esse novo modo de abordar as patologias tornou-se referência no campo da psiquiatria mundial. Paralelamente, o interesse pelos estudos da genética só aumentou na década de 1970, aliados à introdução dos psicofármacos (CAPONI, 2011). Dessa forma, podemos observar que a psiquiatria atual manteve as velhas preocupações dos degeneracionistas em criar uma classificação confiável, objetiva e universal a respeito das doenças mentais, baseadas nos axiomas das ciências biológicas. As pesquisas buscam evidências biológicas e excluem os estudos sociológicos. A procura pela origem das doenças mentais continua seguindo o mesmo caminho de investigação das lesões cerebrais ou dos desequilíbrios dos neurotransmissores, excluindo tudo aquilo que não pode ser considerado biológico para a construção diagnóstica (CAPONI, 2011). Nessa lógica, os comportamentos que não são aceitos socialmente, os objetivos escolares que não têm o êxito esperado, a adequação à instituição escolar que não acontece do modo planejado e outros eventos sociais, são vistos sob a ótica médica e suas causas sociais e políticas são retiradas de questão. (GIUSTI, 2016, p. 78).

Portanto, o único deslocamento que se percebe mais claramente, a partir dos discursos e práticas da psiquiatria do desenvolvimento, é em relação aos marcadores. Com o modelo explicativo que resulta da adoção da psicopatologia desenvolvimental e os mais recentes estudos em neurociências, entende-se que não é apenas a localização de um único marcador

biológico (bioquímico ou genético) que poderá prever o risco do desenvolvimento de transtornos psiquiátricos. O rastreio deste mais novo ramo da psiquiatria biológica é pela detecção de uma combinação de marcadores de risco de diferentes naturezas, que, quando inter-relacionados, podem favorecer uma trajetória de neurodesenvolvimento atípica.

Diante das tecnologias em neuroimageamento desenvolvidas nos últimos anos e disponíveis aos pesquisadores do INPD nas universidades vinculadas, as pesquisas têm focalizado mais fortemente a busca por marcadores neurobiológicos, e esse é o grande desafio do momento para a psiquiatria do desenvolvimento: a expectativa de poder, no futuro breve, trazer essas novas tecnologias do âmbito acadêmico para a prática clínica, para processos diagnósticos individuais. Entretanto, como veremos, os insucessos nas pesquisas de neuroimagem já começaram a ser reportados pelos próprios pesquisadores do campo da psiquiatria.

2.1 AS NEUROCIÊNCIAS E SUA INFLUÊNCIA NA PSIQUIATRIA

Mente é aquilo que o cérebro faz. Esta pequena frase parece resumir a premissa da neurobiologia contemporânea. (ROSE; ABI-RACHED, 2013)

O problema da localização orgânica das patologias mentais desde sempre ocupou a psiquiatria. Como vimos, a hipótese sobre a localização cerebral é também bastante antiga, data do século XIX quando a psiquiatria se aproximou da neurologia. Magnan, por exemplo, já estudava os cérebros post-mortem de pessoas diagnosticadas, a fim de localizar possíveis áreas relacionadas às patologias mentais. De acordo com Dutra (2004):

É nesta época que surge a Frenologia, divisão e estudo das áreas cerebrais com suas respectivas funções, numa tentativa de associar as funções mentais com a morfologia do cérebro. Criada por Franz J. Gall (1758-1828), esta teoria sustentava que as diferenças intelectuais e morais entre os homens se deviam a diferenças entre seus cérebros e essas características poderiam ser claramente perceptíveis através da análise da superfície do crânio. Acreditava-se que o desenvolvimento das faculdades mentais das pessoas causava protuberâncias características em determinadas partes do crânio e, através da craniometria, poderia-se medir as funções mentais e avaliar a personalidade do indivíduo. (DUTRA, 2004, p.6).

A psiquiatria, tal como já mencionado neste trabalho, constituiu-se fundamentalmente como uma medicina da mente, e assim, foi fortemente marcada pelo dualismo corpo x mente

cartesiano. Segundo Serpa Jr (2004), desde suas origens, instala-se um hiato metodológico entre a psiquiatria e as outras especialidades médicas que trará consequências em seu devir:

Pode-se dizer que a psiquiatria encarnou desde o princípio, em uma dimensão prática, todas as dificuldades e impasses do dualismo cartesiano. Como conciliar mente e corpo? Como relacioná-los causalmente no entendimento da origem do sofrimento psíquico, de seus sintomas e de suas formas de tratamento? Como articular a dimensão irredutivelmente subjetiva do adoecimento mental com a objetividade impessoal do funcionamento orgânico? Ao longo dos seus pouco mais de duzentos anos de existência, temos acompanhado um movimento pendular que leva a solução dos seus problemas metodológicos e práticos para um polo e outro da proposta dualista, sem que tenha havido um termo desta oscilação. (SERPA JR., 2004, p.112).

Os autores Rose e Abi-Rached (2010), ao lançarem um olhar genealógico para as chamadas neurociências, sustentam que o século XX assistiu à emergência de novas práticas, técnicas e conhecimentos focados no cérebro – a neuroquímica, a neuroendocrinologia, a neurogenética, o neuroimageamento – que podem ser vistos como uma “terceira onda” na história. Eles lembram que o cérebro havia sido foco de estudo e intervenção pela neurologia que surgiu no século XVIII e, posteriormente, pela psiquiatria no século XIX. Esta terceira onda que ganha força a partir da segunda metade do século XX trouxe, então, a emergência de novos campos de pesquisa sobre o cérebro e o sistema nervoso e podem ser caracterizados pela hibridização de conceitos, métodos e práticas advindas das mais diversas disciplinas, conformando o que conhecemos atualmente como neurociências .

Mais recentemente, sobretudo a partir da década de 1990, há uma redescoberta do cérebro pela psiquiatria. A visualização e a compreensão do funcionamento cerebral por meio de novas tecnologias têm sido foco de grandes investimentos em pesquisa no campo das neurociências. Novas técnicas de imageamento começam a ser desenvolvidas e trazem como objetivo a possibilidade de aplicação desses conhecimentos na prática médica. Alguns dos novos métodos permitem estudar a estrutura e função do cérebro em um nível muito detalhado, fato que acaba reafirmando o imperativo pela localização cerebral de sentimentos e condutas humanas. Segundo Uttal, autor do livro *The new phrenology* (2001):

Nos últimos anos, técnicas tomográficas não invasivas usando radioatividade, raio X, ou campos magnéticos, e métodos ainda mais exóticos, têm nos permitido olhar dentro do cérebro humano enquanto ele está ativamente engajado em atividades mentais. Como os procedimentos computacionais têm melhorado nossa habilidade em extrair imagens tridimensionais da anatomia cerebral e, alguns pesquisadores defendem, talvez até de funções mentais, mais e mais psicólogos têm aplicado esses procedimentos poderosos para a questão da localização. (UTTAL, 2001, p. X Prefácio).

A ideia de que regiões localizadas no cérebro estão diretamente associadas a funções cognitivas particulares está presente tanto na psicologia biológica clássica como na neurociência cognitiva moderna. Das primeiras especulações sobre a relação entre mente e alma de um lado, e corpo e cérebro de outro, as regiões ou partes específicas do cérebro têm sido associadas de alguma forma ao que Uttal (2001) defende serem processos psicológicos absolutamente diferenciáveis. O autor tece, então, uma crítica a esse modelo teórico localizacionista, e procura mostrar a partir de uma análise histórica e aprofundada de seus conceitos e métodos, os alcances e limites das neurociências cognitivas.

A tese do autor, portanto, é que a maioria das funções cognitivas complexas não podem ser associadas e explicadas com referência a regiões localizadas do cérebro, tal como tem sido argumentado. Ele se baseia, primeiramente, na evidência empírica de que os processos cognitivos de alta complexidade estão associados a uma atividade largamente distribuída em muitas partes do cérebro. Uttal (2001) justifica seu argumento a partir da identificação de algumas dificuldades conceituais e técnicas, observadas em sua análise sobre a teoria da localização. Segundo ele: 1) a maior parte dos processos psicológicos são muito difíceis de definir; 2) muitas construções psicológicas não representam entidades psicobiológicas reais, pelo contrário, são em grande parte manifestações de nossas teorias e métodos. Ainda que seja necessário definir os processos mentais operacionalmente, não é certo que essas operações, assim definidas, sejam correlatas de eventos, mecanismos e processos psicobiológicos; 3) os processos e atividades mentais são geralmente inacessíveis e só podem, dessa forma, ser inferidos. Essas inferências podem, ademais, não refletir os processos realmente em atividade no cérebro, mas podem em vez disso, depender das teorias e predileções adhoc dos pesquisadores. (UTTAL, 2001).

Portanto, Uttal (2001) pretende mostrar, com as considerações apontadas, os limites da teoria da localização cerebral para explicar os processos psicológicos mais complexos do ser humano. Em outras palavras, ele critica o (neuro)reducionismo que busca explicar o funcionamento da mente a partir do funcionamento do cérebro. Em analogia ao corpo, cujos órgãos assumem funções diferenciadas, também o cérebro, segundo tal modelo, seria dividido em “órgãos” menores, cada qual com uma função. Essa aproximação explicativa com o modelo do corpo humano acabou, nesse sentido, favorecendo a difusão e a aceitação da teoria da localização cerebral em grande parte da comunidade científica e, assim também, perante à sociedade.

A partir daí, apropriando-se dos pressupostos neurocientíficos sobre o funcionamento do cérebro “normal”, a psiquiatria poderá lançar-se ao objetivo de rastrear o funcionamento anormal do cérebro, e assim, indicar uma localização precisa para a origem das diversas patologias mentais. No que se refere à aproximação da psiquiatria aos pressupostos da neurociência, Serpa Jr. (2004) argumenta que se vive uma “utopia neuronal”, um novo discurso determinista biologizante que subsumi as subjetividades e histórias de vida das explicações sobre os sentimentos e comportamentos humanos:

Mas em que tudo isto difere daquilo que supõe o senso comum de uma psiquiatria remodelizada, biológica? Nesta o cânone científico adotado obedece aos ditames das ciências naturais, dos procedimentos experimentais, buscando isolar relações de causalidade que invocam características externas dos eventos e obedecem a uma regularidade e generalidade passíveis de serem formuladas sob a forma de leis, garantindo, portanto, grande objetividade e poder de predição e intervenção no curso dos acontecimentos. (SERPA JR, 2004, p. 114).

Ou seja, a psiquiatria contemporânea, ao se aproximar das neurociências e de seus métodos, ganha uma nova chance de alcançar definitivamente o estatuto de ciência médica séria, a partir da possibilidade de encontrar o substrato orgânico das patologias que cria e que, como vimos, nunca conseguiu comprovar. Reitera-se, assim, como já nos lembrava Aguiar (2003), que saímos da preocupação com os aspectos subjetivos, baseados em histórias individuais de vida, para buscar explicações universais e objetivas com fundamento no cérebro, o qual agora adquire vida própria. Segundo Ortega e Zorzanelli (2011):

[...] um dos pontos que sustenta o desenvolvimento de uma concepção de indivíduo baseada exclusivamente no cérebro é que, desde a década de 1980, as neurociências passam a incluir no seu rol de preocupações comportamentos sociais e morais. Disso decorre que as psicopatologias passaram, paulatinamente, a ser tratadas como neuropatologias, trazendo a expectativa de ação sobre a máquina cerebral e aumento de sua capacidade de performance. Esse processo é muito bem ilustrado, por exemplo, pela constatação de Racine e Illes (2006) do aumento significativo, ao longo da década de 1990, do número de pesquisas utilizando imageamento por ressonância magnética funcional para abordagem de assuntos previamente privilegiados pelas ciências humanas, como a culpa, a vergonha, a religiosidade. Ou seja, as pesquisas utilizando neuroimagens - métodos que permitem acesso a áreas cerebrais ativadas em determinadas tarefas e funções - são utilizadas não somente para decifrar doenças, mas também a natureza das nossas escolhas sexuais, gostos e características pessoais, sentimentos e experiências. (ORTEGA; ZORZANELLI, 2011, p. 33).

Assiste-se, portanto, a uma nova forma de (neuro)biologização de questões morais e sociais, ou ainda, a uma *cerebralização* do sofrimento psíquico (ORTEGA, 2019). No que se refere à psiquiatria, então, as patologias mentais passarão a ser entendidas como transtornos do neurodesenvolvimento. Em outro artigo, Ortega (2006) questiona ainda a respeito da retórica

sobre a autoevidência dos exames de imageamento. Para ele, essas imagens constituem evidências sociotécnicas, cuja função é produzir uma aparência de naturalidade e imediação que não nos deixa nenhuma margem de dúvida, mas que em realidade acaba por ocultar ou deslocar os contextos e pressupostos socioculturais e econômicos nos quais essa evidência e naturalidade repousam. O fato é que essas imagens por si mesmas não conseguiram, até hoje, provar efetivamente nenhuma relação de causalidade entre os processos cerebrais e as novas patologias mentais.

Rose e Abi-Rached (2013), no livro *Neuro: the new brain sciences and the management of the mind*, argumentam ainda sobre os aspectos políticos relacionados à emergência das novas neurociências. Segundo eles, ao longo da última metade do século XX, o cérebro humano passou a ser: anatomizado em nível molecular; entendido por sua plasticidade e mutabilidade ao longo da vida; sofisticadamente adaptado à interação e sociabilidade humanas; e também aberto à investigação em nível molecular e sistêmico, segundo uma variedade de configurações experimentais, dentre as quais destacam-se aquelas envolvendo modelos animais e aquelas que utilizam tecnologias de visualização. Essa nova situação gerou um senso de neurobiologia humana que define as condições para a vida mental, moldando sua conduta de diversas formas.

Nesse sentido, os autores defendem que cada uma das mudanças conceituais que levaram à ideia do cérebro neuromolecular, plástico e visível estava intrinsecamente ligada à invenção de novas maneiras de intervir no cérebro, possibilitando novas formas de governar a população através e em nome do cérebro. Assim, a psiquiatria desde sua invenção no século XIX, depara-se com a mesma questão, que nunca pôde ser abandonada:

[...] a questão do que é realmente ser louco, os limites da loucura e sanidade, e a diferenciação entre as várias formas que a loucura – se denominada alienação, doença mental ou transtorno mental – pode tomar. De fato, ela foi assombrada por esse problema, enquadrando-o como o problema do diagnóstico, com teóricos, profissionais e críticos retornando a ele repetidamente (cf. Porter 2002, 1). [...] Alguns acham que estamos, finalmente, prestes a deixar esses problemas para trás, que a neurobiologia permitiu à psiquiatria se tornar uma ciência e, à medida que a psiquiatria se torna neuropsiquiatria, será capaz de responder, finalmente, à questão de quem é um caso adequado para tratamento. Um apelo ao cérebro, ou a sequências genéticas específicas associadas a anomalias neurológicas específicas, ou à nova visibilidade aparentemente conferida pela neuroimagem, permitirá finalmente que os médicos delineiem os limites da normalidade e diferenciem os distúrbios? A neurociência finalmente fornecerá à psiquiatria a objetividade que ela procura? (ROSE; ABI-RACHED, 2013, p. 111).

A psiquiatria do desenvolvimento, designada também como neurociência translacional do desenvolvimento, irá constituir-se fundamentalmente a partir dos pressupostos aqui

abordados. Veremos que grande parte dos seus esforços de pesquisa relacionam-se à localização cerebral dos transtornos mentais, ou ainda, dos (neuro)marcadores que indicam o risco para transtornos mentais. Entretanto, embora não tenha sido comprovada até agora a existência de marcadores cerebrais para servir caso a caso nos diagnósticos individuais, essa teoria é afirmada como uma verdade assentada em evidências científicas, como vimos altamente questionáveis, além de servir de fundamento para as mais diversas iniciativas junto à população, sobretudo no domínio da infância e adolescência.

2.2 O DSM-V, O RDOC E OS TRANSTORNOS DO NEURODESENVOLVIMENTO

No capítulo 1, traço um breve histórico das edições do manual de diagnósticos DSM, abordando as mudanças em termos de diagnósticos imputadas pela Psiquiatria ao longo do século XX. O DSM-V (2014) é a mais atual edição aprovada e, portanto, tem sido a referência⁹ mais utilizada mundialmente. Ele traz como mudança, dentre outras coisas, a inauguração dos transtornos do neurodesenvolvimento. Mas já no prefácio do manual, a questão da inexistência de marcadores biológicos é admitida:

O DSM-5 apresenta diferenças substanciais em relação às edições anteriores. Vindo na mesma linha de procura de uma cada vez mais ampla utilidade clínica e de melhoria da fiabilidade dos diagnósticos, acrescentou-se a necessidade de incorporar modernos dados científicos, em áreas tão diversas como as neurociências ou a epidemiologia, com o objetivo de incrementar a validade dos diagnósticos. A questão da validade é um dos problemas centrais da Psiquiatria. Apesar de numerosos estudos científicos, sabemos não existir ainda uma validade biológica que possa fundamentar a grande maioria das categorias diagnósticas. A classificação é baseada quase exclusivamente na catalogação de critérios sintomáticos e no seu agrupamento em categorias consensualmente aceites. (DSM-V, 2014, prefácio p. VII)

Seguindo a proposta de lançar um olhar longitudinal sobre o desenvolvimento dos transtornos mentais, ou seja, admitindo de antemão o referencial da psiquiatria do desenvolvimento e a hipótese etiológica cerebral, o DSM-5, dentre outras modificações, excluiu o capítulo *Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou na Adolescência*, e parte dos diagnósticos do extinto capítulo passou a compor os *Transtornos do Neurodesenvolvimento*. Destacam-se ainda, com base no manual, os indicadores científicos que serviram como diretrizes pela força-tarefa para o reagrupamento das categorias diagnósticos: substratos neurais compartilhados, traços familiares, fatores de risco genéticos, fatores de risco

⁹ Além do CID – Classificação Internacional de doenças, lançado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), atualmente em sua 10ª edição. A CID-10 é o critério adotado no Brasil pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Ele abrange todas as doenças, incluindo os transtornos mentais.

ambientais específicos, biomarcadores, antecedentes temperamentais, anormalidades de processamento emocional ou cognitivo, similaridade de sintomas, curso da doença, comorbidade elevada e resposta terapêutica compartilhada. (APA, 2014)

Como vimos, ainda que a psiquiatria tenha incorporado nas últimas décadas os pressupostos neurocientíficos, as fragilidades epistemológicas de suas categorias diagnósticas têm sido alvo de investigação e crítica por diversos autores não apenas de outras áreas do saber – como as ciências humanas, a psicanálise e saúde coletiva, mas também pelos próprios psiquiatras¹⁰.

Rohde (ROHDE, 2013), especialista em psiquiatria do desenvolvimento com foco nos estudos sobre TDAH, é um dos psiquiatras mais influentes do Brasil e foi o único brasileiro convidado a fazer parte da força-tarefa da APA para a elaboração do DSM-V (2014), revisando os critérios de definição de transtornos mentais. Em entrevista concedida à Folha (ROHDE, 2013), intitulada *Uso da neurociência é o próximo desafio dos psiquiatras*, Rohde também admite que falta base biológica aos diagnósticos:

Quando entrei no esforço de revisão do DSM, eu tinha *o desejo e a fantasia* de que seria possível ter uma modificação de paradigma na forma de se fazer diagnóstico psiquiátrico. Nós queríamos a inclusão de marcadores neurobiológicos [sinais físicos do funcionamento do cérebro e do sistema nervoso] na prática clínica. Queríamos aproximar a psiquiatria de um estágio de desenvolvimento onde está a oncologia, por exemplo. O que aconteceu foi que, ao revisar o que existia de evidência científica dentro da área de psiquiatria, constatamos claramente que ainda não estamos prontos para uma mudança de paradigma. Isso gerou na comunidade científica uma certa sensação de frustração. Mas foi possível fazer algo extremamente importante: analisar o que poderia ser melhorado nos critérios diagnósticos e revisá-los à luz da medicina baseada em evidências, para torná-los mais válidos. Isso levou em conta tudo o que foi feito de pesquisa durante esses 29 anos. (ROHDE, 2013, não paginado, grifos meus).

Questionado se a falha em usar biologia para diagnósticos sinaliza um momento de crise da psiquiatria, Rohde defende ter havido grande evolução na compreensão dos aspectos neurobiológicos dos transtornos mentais. Entretanto, não se conseguiu ainda replicar os dados dessas pesquisas de forma a ajudar nos diagnósticos individuais.

¹⁰ O site *Madinamerica*, e também sua versão brasileira, *Madinbrasil*: ciência, psiquiatria e justiça social, por exemplo, são uma iniciativa do campo da psiquiatria crítica cujo objetivo principal é repensar criticamente a psiquiatria e, assim, construir um novo paradigma de assistência psiquiátrica. Três temas norteadores do site, que faz publicações periódicas, merecem destaque: por que os resultados de longo prazo são tão pobres para a grande maioria dos transtornos mentais? Por que há essa lacuna tão grande entre, de um lado, o que a literatura científica diz a respeito dos transtornos mentais e seu tratamento e, do outro lado, o que é dito pela psiquiatria ao público? E finalmente, por que as vozes daqueles que são tratados pela psiquiatria têm sido historicamente abafadas? Disponível em: <https://madinbrasil.org/mission/>

Quando analiso um grupo de crianças com TDAH e as comparo com um grupo de crianças com desenvolvimento típico, consigo ver aspectos neurobiológicos, de neuroimagem, genéticos e de resposta a tratamento que são diferentes entre os grupos. O que ainda não conseguimos fazer é a tradução dessas diferenças de grupo para um indivíduo específico, a ponto de os avanços em neurobiologia serem úteis no diagnóstico individual. Ainda não estamos no mesmo patamar de algumas áreas da medicina como a endocrinologia, a cardiologia ou a oncologia. O diagnóstico psiquiátrico ainda tem de ser muito baseado no exame do estado mental, na história clínica do paciente e nos dados que conseguimos com familiares. (ROHDE, 2013, não paginado).

Ressalta-se, nesse sentido, que os novos diagnósticos – os transtornos do neurodesenvolvimento – integraram o DSM-V (2014), amplamente utilizado nos últimos anos, sem que tenham sido conclusivamente comprovadas as origens neurobiológicas dos transtornos mentais. Ademais, a psiquiatria do desenvolvimento, como veremos, passa a defender que, segundo essa nova concepção, todos os transtornos mentais devem ser entendidos conceitualmente como transtornos do neurodesenvolvimento. Assim, a noção de risco e de detecção precoce ocupará lugar central no discurso psiquiátrico, que passará a buscar os marcadores de risco que predisõem os sujeitos a um desenvolvimento cerebral anormal, a partir do qual hipoteticamente um dia surgirão os sintomas psiquiátricos.

Allen Frances (2015), psiquiatra que integrou a equipe de produção do DSM anterior, corrobora o sentimento de fracasso e frustração no campo psiquiátrico:

O DSM-V sofre a infeliz combinação de ambições excessivamente elevadas e de uma metodologia frouxa. Sua esperança otimista era criar um avanço revolucionário na psiquiatria; em vez disso, o triste resultado é um manual que não é nem seguro nem cientificamente correto. Por exemplo, ele introduziu três novos transtornos que permeiam o tênue limite da normalidade: Transtorno de Compulsão Alimentar, Transtorno Neurocognitivo Leve e Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor. A menos que esses diagnósticos sejam usados com moderação, milhões de pessoas essencialmente normais serão mal diagnosticadas e submetidas a tratamentos potencialmente danosos e estigma desnecessário. O DSM-V também reduziu os requerimentos para diagnosticar transtornos existentes; por exemplo, duas semanas de luto normal se transformaram em Transtorno Depressivo Maior. (FRANCES, 2015, p. 5).

Além dessas críticas, Frances (2015) constata que diante dos estudos epidemiológicos mais recentes, 20% da população em geral preenchem atualmente critérios operacionais para um diagnóstico psiquiátrico, e 50% os preenchem para um diagnóstico ao longo da vida. Esses últimos números correspondem, a propósito, àqueles diagnósticos que encontram fundamento na ideia de indivíduo em risco para transtornos mentais, que são aqueles que ainda não possuem sintomas, apenas sinais subclínicos que os predisõem à doença.

Dentre os modismos mais perigosos, impulsionados pelo marketing enganoso e imprudente da indústria farmacêutica, o autor destaca o aumento em 40 vezes de casos de Transtornos Bipolares infantis desde a publicação do DSM-IV (1995). Para ele, aquilo que tem sido abordado como uma epidemia real de transtornos mentais, não passa de uma epidemia de diagnósticos desinformados e hábitos de prescrição descuidados. “Mudanças mínimas em como os transtornos são definidos e em como os critérios de diagnósticos são aplicados podem resultar em alterações enormes nos índices de transtornos relatados e no uso de medicamentos.” (FRANCES, 2015, p.5). A esse processo chamamos de inflação de diagnósticos falso-positivos.

Mais recentemente, outros autores do campo da psiquiatria, tal como Brunoni (2017), reafirmam a crítica ao modelo do DSM. Em artigo intitulado *Beyond DSM – trends in diagnoses*, o autor argumenta que, embora este manual seja amplamente usado, ele tem baixa validade, já que pacientes com diferentes transtornos mentais dividem comumente sintomas parecidos; em outras palavras, há uma sobreposição de sinais e sintomas entre diferentes diagnósticos. Nesse sentido, ele defende que, de fato, o sistema diagnóstico do DSM tem sido considerado hoje um dos principais obstáculos para os avanços nas pesquisas em psiquiatria. O que se propõe, atualmente, é que a nosologia psiquiátrica seja reformulada de acordo com uma etiologia biologicamente fundamentada, e não com base em agrupamento de sintomas, tal como tem sido feito no DSM desde a terceira edição.

Como veremos, já existe uma proposta de reconfiguração das categorias diagnósticas, a chamada *Research Domain Criteria* (RDOC) a qual, aliada ao referencial da psicopatologia desenvolvimental (a psiquiatria do desenvolvimento), promete ser útil, conforme Brunoni (2017), aos esforços para se desenvolver uma nosologia ancorada na etiologia das doenças. O projeto RDOC é coordenado por Thomas Insel, um psiquiatra e neurocientista americano bastante crítico ao DSM-V, e atualmente diretor do National Institute of Mental Health (NIMH). De acordo com Caponi (2014):

Esse projeto parte das seguintes premissas, que, como veremos, são as mesmas que, de acordo com Foucault, deram nascimento à psiquiatria moderna: 1) construção de diagnósticos baseados na biologia e não na sintomatologia (como o DSM); (2) a suposição de que os transtornos mentais são transtornos biológicos que envolvem circuitos cerebrais (ao que poderíamos responder que todos nossos atos, pensamentos, movimentos, sonhos etc. também envolvem circuitos cerebrais); e (3) a expectativa de que o mapeamento dos aspectos cognitivos, dos circuitos cerebrais, e dos aspectos genéticos das desordens mentais pode vir a produzir novos e melhores alvos para os tratamentos. (CAPONI, 2014, p. 747).

O RDOC objetiva, portanto, desenvolver novas formas de classificar as patologias mentais baseadas em dimensões de comportamentos observáveis e medidas neurobiológicas. A fim de entendermos um pouco melhor essa nova proposta classificatória, cabe ressaltar que o que está em questão neste debate bastante atual é, como nos mostra Caponi (2014), novamente a antiga dificuldade da psiquiatria em integrar etiologia (origem das doenças) e nosologia (suas classificações). Em outras palavras, trata-se da possibilidade de localizar no corpo, nos genes ou no cérebro, a origem das patologias que ela cria para igualar-se às outras especialidades médicas e aumentar sua credibilidade junto à sociedade, seja no meio acadêmico ou fora dele. Ainda segundo o autor:

O RDoC defende que, pelo menos para fins de pesquisa, o modelo clássico de associação de achados etiológicos a síndromes nosológicas deva ser descartado. Ao contrário, o RDoC associa inicialmente sinais e sintomas a endofenótipos para identificar melhor as etiologias. Por exemplo, sintomas de medo e ansiedade estão associados à hiperatividade do sistema HPA. Assim, esses sintomas podem ter etiologias comuns. Em outras palavras, embora o modelo mais comum de pesquisa atual seja a comparação de pacientes com controles saudáveis, com o objetivo de identificar um biomarcador relacionado a doenças, um dos modelos propostos pelo RDoC é associar sinais e sintomas (independentemente do diagnóstico e até mesmo incluindo controles saudáveis) com endofenótipos para identificar biomarcadores comuns. O RDoC é baseado em 7 pilares: (1) usar uma perspectiva translacional, explorando várias síndromes clínicas simultaneamente; (2) usar um modelo dimensional, do normal ao patológico; (3) desenvolver métodos válidos e replicáveis para medir sinais e sintomas; (4) em ensaios clínicos, ter como variável de resultado uma resposta comportamental ou neural e não uma escala de diagnóstico; (5) ser um modelo integrador, considerando também o comportamento e os circuitos neurais; (6) definir construções nosológicas para aplicabilidade da pesquisa; (7) realizar pesquisas não vinculadas às categorias DSM. (BRUNONI, 2017, p. 156, tradução minha).

A replicação dos achados em pesquisas transformou-se no grande problema da neuropsiquiatria contemporânea. Todos seus esforços de pesquisa caminham agora nessa direção. É uma revolução silenciosa que está acontecendo com a elaboração desses novos critérios diagnósticos, o que merece a atenção de novos estudos. Citando também Insel (2013), os autores Ortega e Vidal (2019) afirmam que a partir do RDoC, os biomarcadores não serão mais relacionados a categorias do DSM, “[...] mas as doenças mentais continuarão a ser definidas como transtornos biológicos envolvendo circuitos cerebrais que implicam domínios específicos de cognição, emoção ou comportamento.” (ORTEGA; VIDAL, 2019, p. 174).

Cabe observar, portanto, que se o DSM-V vem perdendo legitimidade no campo acadêmico, outro manual está em vias de ser elaborado a partir do RDoC e promete trazer a tão sonhada fundamentação etiológica para as patologias mentais. Como vimos, o DSM-V (2014) resultou, em grande medida, da adoção do referencial da psiquiatria do desenvolvimento, mas

a grande decepção foi por não ter conseguido incluir os marcadores neurobiológicos como critérios diagnósticos do manual, consequência do então fracasso das pesquisas que tinham esse intuito. No entanto, ressalta-se que essas pesquisas continuam em andamento, como veremos nas próximas seções, e prometem apresentar resultados mais conclusivos em um futuro próximo.

2.3 O INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA DO DESENVOLVIMENTO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES – INPD

O Instituto Nacional de Psiquiatria do Desenvolvimento para Crianças e Adolescentes foi criado em 2009 e representa a principal instituição ligada à psiquiatria do desenvolvimento no Brasil. Instituído-se como o mais novo paradigma em psiquiatria, seu principal fundamento é que os transtornos mentais estão relacionados a alterações no desenvolvimento cerebral (SNC – sistema nervoso central) que podem ser revertidos com intervenções precoces, inclusive durante o período intrauterino. Em editorial da Revista Brasileira de Psiquiatria, em resposta à pergunta “Por que o referencial da psiquiatria do desenvolvimento?”, os(as) autores(as) afirmam:

A Psiquiatria do Desenvolvimento aparece como uma alternativa promissora, pois busca desenvolver uma nova metodologia para identificar indivíduos de risco e testar intervenções antes da doença se manifestar, com o objetivo de impedir o seu aparecimento, ou atenuar a sua forma de apresentação. Trata-se, portanto, de um novo paradigma para a psiquiatria, pois se elege como alvo da intervenção a trajetória do desenvolvimento da doença e não apenas a busca de alívio dos sintomas já instalados. (MIGUEL et al., 2009, p.85, grifos meus).

Assim, sob a justificativa de que a maior parte dos transtornos mentais tem início em fases precoces da vida e que estes representam as maiores fontes de incapacitação e gastos em saúde pública e, assim também, que conforme dados epidemiológicos gerados pela própria equipe de pesquisadores, somente 20% das crianças brasileiras com problemas de saúde mental obtêm acesso a cuidados adequados, a rede de profissionais especializados envolvidos na criação do INPD organizou uma verdadeira força-tarefa para disseminar nacionalmente os conhecimentos produzidos por suas pesquisas que conjugam os saberes da psicopatologia desenvolvimental, das chamadas neurociências e as novas tecnologias em neuroimagem, e objetivam a detecção precoce dos transtornos mentais. A psiquiatria do desenvolvimento que é

também designada *neurociência translacional do desenvolvimento* representa, em outros termos, as neurociências aplicadas à prática clínica psiquiátrica.

O INPD constitui um dos onze Institutos Nacionais de Ciência e Tecnologia (INCT) do país e conta com o financiamento da FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, do CNPQ – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, da CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, além daqueles que advêm da indústria farmacêutica e da empresa Nestlé. Abaixo, trago o quadro de conflito de interesses apresentado no momento da constituição do instituto.

FIGURA I – FINANCIAMENTO E CONFLITO DE INTERESSES

Financiamento e conflito de interesses

Membro do grupo de autores	Local de trabalho	Verba de pesquisa ¹	Outro apoio à pesquisa ou educação médica continuada ²	Honorários de palestrante	Participação acionária	Consultor/ Conselho consultivo	Outro ³
Euripedes C. Miguel	USP	FAPESP*** CNPq	-	-	-	-	-
Marcos T. Mercadante	UNIFESP	FAPESP**	-	Novartis* Janssen-Cilag* Eli-Lilly*	-	-	Janssen-Cilag* Roche*
Sandra Grisi	USP	FAPESP*** CNPq	-	-	-	-	-
Luis A. Rohde	UFRGS**	Bristol*** Novartis*** CNPq** CAPES*** FAPERGS*** NARSAD*** PRONEX*** Wellcome Trust*** SENAD*** FIPE-HCPA**	Novartis*** Eli-Lilly*** Janssen-Cilag*** Abbott*** Shire***	Novartis* Eli-Lilly* Janssen-Cilag*	-	Novartis* Eli-Lilly* Janssen-Cilag*	Novartis* Artes Médicas*

* Modesto

** Significativa

*** Significativa. Montantes fornecidos à instituição do autor ou a colega para pesquisa onde o autor tem participação, não diretamente ao autor.

Nota: USP = Universidade de São Paulo; UNIFESP = Universidade Federal de São Paulo; UFRGS = Universidade Federal do Rio Grande do Sul; CNPq = Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico; FAPESP = Fundação de Amparo a Pesquisa de São Paulo; CAPES = Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior; FAPERGS = Fundação de Amparo a Pesquisa do Rio Grande do Sul; NARSAD = National Alliance for Research on Schizophrenia and Depression; PRONEX = Programa de Apoio a Núcleos de Excelência-Ministério da Ciência e Tecnologia; SENAD = Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; FIPE/HCPA = Fundo de Incentivo à Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
Para mais informações, consultar Instruções aos autores.

Fonte: ROHDE *et al.*, 2009.

O financiamento público das pesquisas apenas para os três primeiros anos girou em torno de 7 milhões. (ROHDE *et al.*, 2009). As principais universidades que integram o INPD e que desenvolvem desde 2009 projetos e programas sob o paradigma da psiquiatria do desenvolvimento são, portanto: a USP – Universidade de São Paulo, a UNIFESP – Universidade Federal do Estado de São Paulo, e a UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Desde sua constituição, o INPD mantém um site (página eletrônica) onde é possível encontrar dados relevantes sobre aquilo que fundamenta sua proposta paradigmática:

OBJETIVOS	Realizar estudos observacionais e experimentais na área de psiquiatria do desenvolvimento; Desenvolver novos métodos de pesquisa em psiquiatria do desenvolvimento; Desenvolver tecnologia para a prevenção dos transtornos mentais em nível de atenção primária e secundária; Influenciar a formação do novo médico sob o referencial da Psiquiatria do Desenvolvimento; Criar novos polos de geração de conhecimento e núcleos de excelência na área de Psiquiatria da Infância e Adolescência no Brasil; Proporcionar supervisão e divulgação de conhecimento a distância por meio de ferramentas da informática médica, como a telemedicina.
VISÃO	Medicina preventiva, intervenções baseadas em evidências; Ser o centro de referência nacional na área de saúde mental para infância e adolescência; Polo inovador na produção de pesquisa e conhecimento com fortes conexões com centros de referência internacionais.
VALORES	Atenção ao Paciente (as necessidades dos pacientes e de suas famílias são os norteadores das nossas ações); Transmissão de conhecimento (o conhecimento gerado pelo INPD é de todos); Compartilhar conhecimento com os profissionais da área da saúde (os conhecimentos gerados são compartilhados através de artigos científicos e outros meios de comunicação); Credibilidade (compromissos assumidos serão cumpridos); Diversidade (o INPD está aberto às mais diversas vertentes do conhecimento que possam ser testadas por métodos científicos); Comprometimento (a equipe do INPD é comprometida com a realização dos seus objetivos); Produtividade (projetos são concluídos e os resultados das pesquisas publicados em revistas nacionais e internacionais).

A partir desses dados, veremos, então, como se estrutura e se organiza o instituto em questão de forma a poder atingir os objetivos propostos conforme sua visão e valores. O INPD organiza-se em torno de sete eixos de trabalho: pesquisa, recursos humanos, transferência de conhecimento para a sociedade, transferência de conhecimento para o setor público e privado, internacionalização, atividades, e produção do INCT, cada qual conta com um coordenador. São professores e pesquisadores renomados nos campos das neurociências e da psiquiatria, e funcionários das universidades USP, UNIFESP e UFRGS, os quais juntos representam os principais agentes do discurso, da performance e das práticas engendradas conforme o referencial da psiquiatria do desenvolvimento. O INPD, de acordo com o site, conta atualmente com 105 pesquisadores, além das funções de coordenação.

Ao final dos anos de 2018 e 2019, os primeiros relatórios produzidos pelo INPD, respectivamente *FAPESP ano I* e *FAPESP ano II*, foram enviados à FAPESP e publicados em

domínio público. Eles constituem materiais de grande importância para este estudo, já que descrevem detalhadamente as atividades realizadas, aquelas em andamento, ideias para projetos futuros, além de dados sobre gestão e financiamento. A partir da análise desses relatórios, dentre outros materiais, entende-se ser possível entender a função de cada um dos eixos listados na força-tarefa da psiquiatria do desenvolvimento.

Veremos os objetivos de cada um deles em detalhe, tal como descrito no documento (INPD, 2018, 2019) para em seguida seguirmos com uma análise mais aprofundada dos mesmos:

a) *Eixo Pesquisa*: Aperfeiçoar nosso entendimento sobre o ‘Fenoma comportamental’ através da caracterização fenotípica de crianças, adolescentes e adultos jovens com desenvolvimento típico e daqueles com as apresentações fenotípicas dos transtornos mentais mais frequentes, reconhecendo trajetórias de desenvolvimento típica e atípicas da infância a adolescência e ao início da vida adulta, e caracterizando, em especial, indivíduos em risco para as trajetórias atípicas; Caracterizar o desenvolvimento típico e atípico do ‘Fenoma cerebral (Conectoma) durante a infância e adolescência, com especial ênfase no estudo das modificações nas trajetórias do conectoma que determinem trajetórias atípicas do desenvolvimento fenotípico; Aperfeiçoar nosso entendimento sobre como o ‘Genoma’ ‘sai da pele’ durante a adolescência e vida adulta, em especial como mecanismos genéticos, de interação gene-ambiente e epigenéticos determinam alterações das trajetórias de desenvolvimento típico levando indivíduos da condição de risco para transtornos mentais para a condição de portadores de doenças mentais; Aperfeiçoar nosso entendimento sobre como o ‘Ambientoma’ ‘entra na pele’ durante a adolescência e vida adulta, em especial como determinantes ambientais interagem entre si e com mecanismos genéticos, provocando alterações das trajetórias de desenvolvimento típico e levando indivíduos da condição de risco para transtornos mentais para a condição de portadores de doenças mentais; Aperfeiçoar nosso entendimento sobre como o ‘Epigenoma e Proteoma’ mediam a relação entre o fenoma e fatores de risco genéticos e ambientais, em especial como essa mediação pode alterar trajetórias de desenvolvimento típico da infância a adolescência, levando indivíduos da condição de risco para transtornos mentais para a condição de portadores de doenças mentais; Integrar informação de diferentes fontes (fenoma, conectoma, genoma, ambientoma, epigenoma e proteoma) para que se possa construir um *escore de risco* para prever a probabilidade de uma trajetória de desenvolvimento atípica (ex., evolução de desenvolvimento típico ou condição de risco para transtorno mental, problemas de

aprendizagem, absenteísmo, evasão escolar); Testar a efetividade da intervenção do ‘Programa de Visitas Domiciliares a Jovens Gestantes’, em comparação aos cuidados usuais, sobre desfechos pré-natais e perinatais: a) maternos durante a gestação (exemplo: complicações obstétricas, exposição à violência); b) desfechos perinatais (exemplo: cesariana, sofrimento fetal); c) desfechos para o recém-nascido (exemplo: peso de nascimento, Apgar); Testar o efeito da intervenção, em comparação aos cuidados usuais, sobre a saúde e desenvolvimento da criança aos 2, 6, 9, 12, 18 e 24 meses de vida: a) indicadores de saúde da criança (exemplo: número de visitas ao pronto atendimento, negligência, abuso); b) indicadores de neurodesenvolvimento da criança (exemplo: desenvolvimento de linguagem, motor, social); Testar o efeito da intervenção, comparada aos cuidados usuais, sobre desfechos relacionados ao cuidado parental e ao funcionamento familiar aos 2, 6, 12 e 24 meses: a) indicadores do cuidado parental (exemplo: afetividade, responsividade, aleitamento materno); b) indicadores de funcionamento familiar (exemplo: número de novas gestações, relacionamento conjugal, renda familiar); Investigar erosão e comprimento do telômero da mãe e da criança e níveis de cortisol do cabelo da mãe e metilação da região promotora do gene da oxitocina durante os primeiros 2 anos de vida como potenciais mediadores do efeito da intervenção precoce sobre o neurodesenvolvimento; Investigar sincronia e organização neuronal, através de medidas neurofisiológicas quantitativas ao nascimento e durante os dois primeiros anos de vida como assinaturas biológicas do efeito da intervenção precoce sobre o neurodesenvolvimento.

b) *Eixo recursos-humanos*: Desenvolver um Programa Internacional Tripartite Especial de Pós-Graduação em Neurociência Translacional do Desenvolvimento dentro dos Programas de Pós-graduação em Psiquiatria das Universidades de São Paulo (USP), Federal de São Paulo (UNIFESP) e Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Ministrando cursos de pós-graduação lato sensu de um ano sobre Saúde Mental da Infância e do Adolescente no contexto da psiquiatria do desenvolvimento para profissionais de saúde mental da infância que atuam no sistema público na cidade de São Paulo; Estimular e instrumentalizar professores de psiquiatria e seus alunos provenientes de sete Universidades selecionados no país em função da carência no ensino e assistência em saúde mental na sua região de inserção (Londrina, Tocantins, Amazonas, Pernambuco, Ceará, Bahia e Maranhão) para incorporar o referencial da psiquiatria do desenvolvimento no ensino, pesquisa e assistência em saúde mental.

- c) *Eixo transferência de conhecimento para a sociedade*: Criar um Portal de Serviços Unificados em ambientes Web e Mobile para difundir conhecimentos para o público leigo geral e disponibilizar conteúdos para ações articuladas com iniciativas governamentais (municipais, estaduais ou federais) voltadas para a promoção de Saúde Mental e Desenvolvimento na Infância e Adolescência; Organizar e promover ações socioeducativas e culturais usando Tele-educação interativa para ensinar estudantes dos dois últimos anos do ensino fundamental e do ensino médio a realizar trabalhos voltados à promoção de saúde de crianças e adolescentes nas suas comunidades e integrá-las com ações governamentais em nível de Atenção Primária.
- d) *Eixo transferência de conhecimento para o setor público e privado*: transferir e ampliar a abrangência de um programa destinado a reduzir o estigma, sensibilizar e capacitar professores na detecção de transtornos mentais no ensino público fundamental.
- e) *Eixo internacionalização*: Estabelecer o programa *ResearchMatch*, que irá promover o intercâmbio de pesquisadores entre o INPD e instituições nas Américas, Europa e Sudeste da Ásia, fazendo uso extensivo de oportunidades existentes no Brasil, e disponibilizadas pelo governo brasileiro, na atração de pesquisadores que desejem completar parte de seus estudos no exterior, bem como atrair pesquisadores internacionais para visitar o INPD e as universidades que compõe o grupo; Tendo em conta o extenso número de dados que nossos estudos de coorte produzem, esperamos atrair pesquisadores nas Américas, Europa e Sudeste da Ásia para redação de publicações conjuntas e submissão de novas propostas junto a agências de fomento; Internacionalizar nosso programa de divulgação de diretrizes de prática clínica por meio de parcerias com professores e departamentos em universidades nas Américas, Europa e Sudeste da Ásia; Consolidar e ampliar programas de intercâmbio já existentes com universidades de ponta, nas áreas de desenvolvimento infantil precoce e psiquiatria da infância e adolescência. (INPD, 2019)

2.4 A PESQUISA E A PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM PSIQUIATRIA DO DESENVOLVIMENTO

Nos relatórios investigados, declara-se que o INPD desde 2009 passou por alguns problemas de financiamento, sobretudo entre os anos de 2015 e 2016 e que, por este motivo, alguns de seus projetos não puderam ser finalizados. Darei ênfase, portanto, na análise do eixo Pesquisa (Coordenador Rodrigo Bressan), aos programas que se mantiveram em andamento no decorrer dos anos de 2017 (relatório I) e 2018 (relatório II): os programas “Conexão – mentes do futuro”, “Visitando Jovens Mães” e o “Projeto PROTOC”:

Programa “Conexão - mentes do futuro” ou Brazilian High Risk Cohort Study (BHRCs)

Trata-se de um projeto envolvendo as três universidades: Unifesp, USP e UFRGS, que já avaliou cerca de 10 mil estudantes¹¹ de 6 a 22 anos de idade desde 2009 e buscou identificar indivíduos em riscos para transtornos mentais. (CAMPOS, 2019).

Esse projeto é o mais importante estudo longitudinal acompanhando crianças e adolescentes em risco para transtornos mentais já realizado na Psiquiatria brasileira e um dos mais importantes do mundo, sendo citado recentemente em um artigo da *Nature Communications*, publicação internacional relevante na área. (CAMPOS, 2019, não paginado)

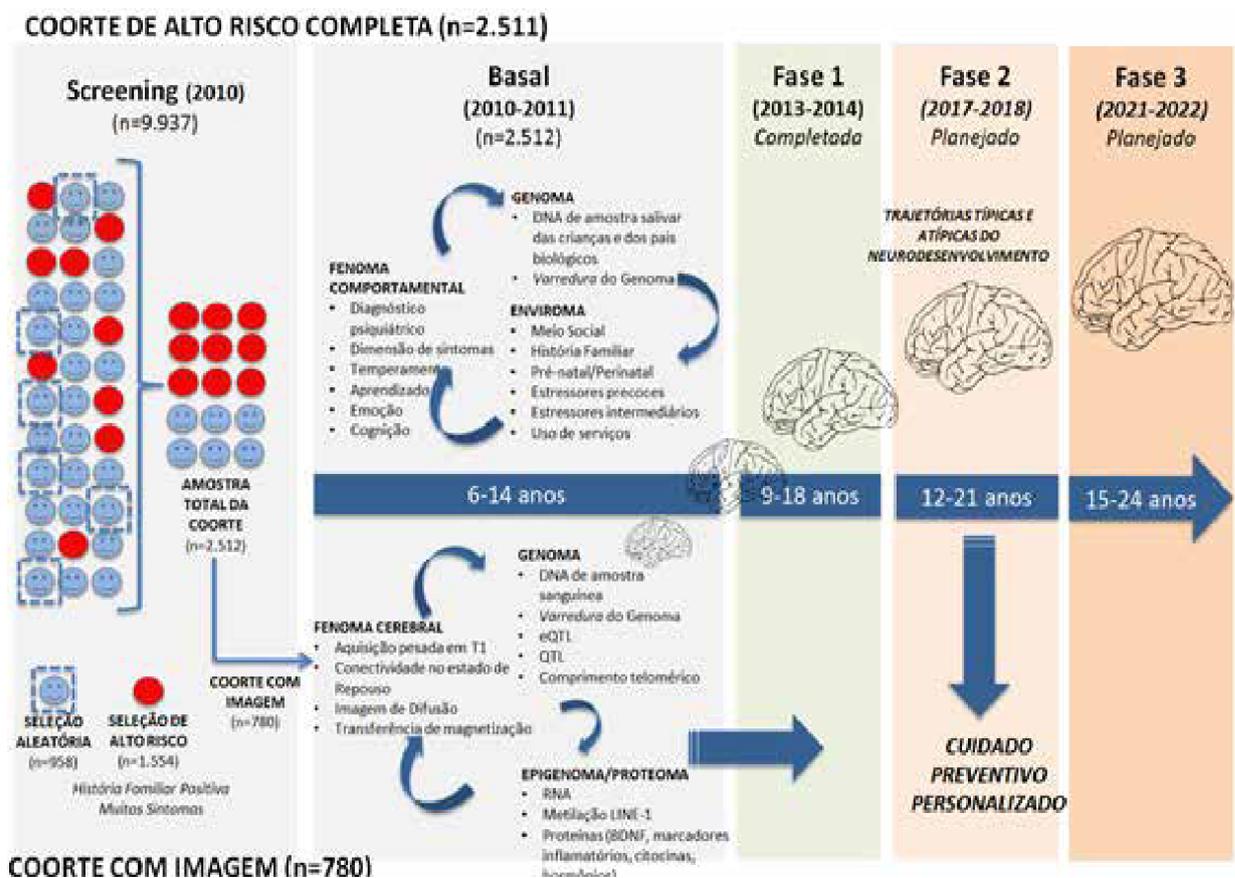
Foi iniciado sob o nome *Prevenção*, mas com a contratação de uma empresa de *marketing*, elaborou-se a estratégia de mudança do nome com o objetivo de fidelizar os participantes à pesquisa, devido à necessária manutenção de vínculo com os mesmos ao longo do tempo. Esse estudo contempla as cidades de São Paulo e Porto Alegre e consiste em uma coorte de crianças e adolescentes para avaliação de fatores de risco e resiliência para o surgimento de transtornos mentais.

A figura abaixo (INPD, 2018) nos fornece alguns dados importantes dessa pesquisa como o tamanho da amostra (n), as fases da investigação, além de dados sobre as diferentes naturezas ou dimensões que estão sendo investigadas concomitantemente, elencadas a seguir. O *fenoma comportamental* refere-se a dados sobre a cognição, emoções, temperamento, sintomas ou diagnósticos psiquiátricos dos participantes; o *genoma* diz respeito a dados colhidos em exames genéticos; o *enviroma*, por sua vez, refere-se às questões ambientais tal

¹¹ Dado obtido em matéria recente do Departamento de Comunicação da Unifesp sobre a pesquisa em questão. Disponível em: <https://www.unifesp.br/reitoria/dci/releases/item/4085-projeto-brasileiro-de-psiquiatria-investigacao-desenvolvimento-tipico-e-atipico-em-criancas-e-adolescentes>

como relacionamento familiar ou ainda acesso à serviços de saúde; dados sobre o *fenoma cerebral* dizem respeito às características observáveis do cérebro individual dos pesquisados e são obtidos por meio de exames de neuroimagem; e por último, o *epigenoma* e o *proteoma*, que são dados referentes ao RNA, proteínas, enzimas presentes no sangue dos participantes. Todas essas dimensões estão relacionadas (vide as setas) e investigadas com vistas a se poder fornecer um escore de risco individual para transtorno mental.

FIGURA 2 – PESQUISA CONEXÃO “MENTES DO FUTURO”



Fonte: INPD (2018)

Os participantes do projeto Conexão realizaram, portanto, baterias de exames de sangue, genético e de neuroimagem¹² – Ressonância Magnética Estrutural (RM) por Tensores de Difusão (DTI) e de Conectividade Funcional (FC) –, além de entrevistas com psicólogos da equipe para entender aquilo que se chama de “fatores ambientais”, definidos em relação a maus-tratos, dificuldades no desenvolvimento de habilidades parentais, violências domésticas,

¹² Neste caso apenas uma subamostra: 780 participantes.

antecedentes de transtornos mentais na família, além de dados socioeconômicos. Atualmente, o programa Conexão está realizando a sua terceira fase de coletas.

Criou-se também um site¹³ com o objetivo de se abrir um canal de comunicação com os participantes e onde é possível verificar o uso de uma linguagem que não apenas facilita o entendimento do público-alvo, como também o seduz a continuar na pesquisa:

Seu filho cresceu e nós evoluímos com ele. Tão importante quanto trabalhar em prol de ampliar o conhecimento em saúde mental na infância e adolescência no Brasil é dividir os resultados e trocar experiências com a sociedade. Mais que diagnosticar possíveis problemas que seu filho possa apresentar, o Projeto CONEXÃO Mentes do Futuro tem como objetivo primordial valorizar as potencialidades dele. Por isso, é fundamental que você assuma o compromisso de manter seu filho no Projeto. Mesmo que ele já tenha recebido algum retorno, continuaremos fazendo avaliações que serão realizadas e analisadas por alguns dos melhores profissionais do mundo, e de graça. Nesta fase, os profissionais do Projeto disponibilizam as seguintes informações: avaliação detalhada de *dificuldades* emocionais, como ansiedade e depressão; avaliação detalhada de *dificuldades* com comportamento, como déficit de atenção/hiperatividade; avaliação específica sobre *dificuldades* de aprendizagem; profissional pronto a esclarecer suas dúvidas e encaminhar para ajuda especializada; avaliação geral da saúde física. (INPD, [20--] a).

Cabe notar, neste trecho, que dificuldades emocionais, de comportamento e aprendizagem são imediatamente traduzidas como diagnósticos psiquiátricos, já segundo o DSM-V (2014), e de forma completamente naturalizada.

Um dos principais objetivos das pesquisas vinculadas ao projeto Conexão, portanto, é o de poder comparar, por meio de ampla base de dados de imagem obtidos de exames de ressonância magnética funcional e feitos em diferentes momentos da vida dos participantes, indivíduos que apresentaram um neurodesenvolvimento normal àqueles que apresentaram desvios, e assim, poder correlacioná-los a outros fatores de risco de diferentes naturezas que possam estar presentes. Nesse sentido, pretende-se construir um *escore de risco* que indique um futuro desenvolvimento de transtornos mentais.

Como já visto, a psiquiatria do desenvolvimento também é designada *neurociência translacional do desenvolvimento*. Fundamenta-se, portanto, na ideia de que o sistema nervoso central – o cérebro – começa a se desenvolver ainda na fase embrionária e é constante e progressivamente modelado no sentido de uma maturação que está sujeita à influência de diversos fatores (genéticos, bioquímicos, ambientais). O desenvolvimento cerebral típico

¹³ <http://www.conexaomentesdofuturo.com.br/home>

implica, portanto, processos de maturação que correspondem a aquisições de habilidades cognitivas, emocionais e sociais.

Conforme Miguel (ZORZETTO, 2016), a hipótese principal com a qual trabalha a psiquiatria do desenvolvimento, em linhas gerais, é: situações repetidas de maus-tratos físicos e psicológicos e outros eventos estressantes experienciados na infância e adolescência interagem continuamente com os genes que determinam a vulnerabilidade para problemas psiquiátricos. Essa interação gene-ambiente gera alterações no funcionamento e na estrutura das redes cerebrais. “A partir de determinado ponto, as alterações acumuladas se tornariam suficientes para produzir os sintomas das doenças psiquiátricas.” (ZORZETTO, 2016, p.48).

Em publicação da revista FAPESP: *Uma longa maturação: imagens de ressonância magnética funcional começam a revelar os padrões de desenvolvimento das redes cerebrais e desvios que podem indicar futuros transtornos psiquiátricos* (2016), afirma-se:

Por trás da busca de marcadores de risco, há o reconhecimento cada vez maior da natureza médica dos transtornos mentais. “As doenças psiquiátricas não são mais entendidas só como transtornos da mente ou distúrbios de comportamento”, explica Bressan, “são também doenças do cérebro, um órgão complexo e de grande plasticidade, que é altamente influenciada pelo ambiente, em especial pelas interações sociais”. (ZORZETTO, 2016, p. 47).

Sustenta-se que existe uma maior potência desta ou daquela aquisição de habilidade ocorrer dentro de uma faixa etária esperada, em um marco cronológico do desenvolvimento, e nesse sentido, a psiquiatria pretende conseguir propor intervenções a partir dessas “janelas de oportunidade” – chamadas de “janelas terapêuticas”, e entendidas também como as “janelas de vulnerabilidade” do neurodesenvolvimento infantil – com o objetivo de prevenir um desenvolvimento atípico. (JACKOWSKI, [20--]).

Conforme Rohde, um dos pesquisadores do INPD mais renomados e conselheiro em diversas empresas da indústria farmacêutica, tais como Eli-Lilly, Janssen-Cilag, Medice, Novartis, e Shire, ao identificar mais cedo e até mesmo antes de se caracterizar como doença, objetiva-se aumentar a eficiência dos tratamentos, que é hoje limitada. Sato, outro pesquisador envolvido nas análises dos dados obtidos a partir do programa Conexão,

[...] criou um programa de computador para reconhecer o padrão da atividade espontânea da rede de modo-padrão de crianças em diferentes idades. Em seguida, usou-o para avaliar atrasos na maturação da rede cerebral em 622 crianças e adolescentes que haviam passado por ressonância magnética funcional. A combinação das ferramentas de teoria dos grafos e aprendizado de máquina permitiu criar um índice de maturidade cerebral, descrito em um artigo aceito para publicação no *Journal of Child and Psychology and Psychiatry*. Esse índice leva em consideração o fato, observado antes pelo

grupo brasileiro e, em amostras menores, por pesquisadores estrangeiros, de que as redes cerebrais mudam com a idade. Ao confrontar o índice de maturidade obtido pelo programa com as informações sobre sintomas, identificados por meio de questionários respondidos pelos pais dos participantes, Sato verificou que as crianças e os adolescentes com mais sinais de problemas psiquiátricos apresentavam a rede mais imatura. (ZORZETTO, 2015, p.52).

Nesse novo marco teórico, o discurso que defende a possibilidade de encontrar a cura para doenças psiquiátricas emerge como uma evolução para a prática clínica. Como a maior parte delas são classificadas como crônicas e são, atualmente, passíveis de sofrer intervenção clínica apenas a partir do sintoma manifesto, as ações interventivas em geral se dão no sentido do controle da doença e manutenção do tratamento. Portanto, o ideal inovador desse paradigma é o de pretender a interrupção precoce do processo evolutivo da doença que já existe potencialmente no indivíduo codificada em marcadores genéticos, bioquímicos, do funcionamento cerebral – segundo a rede modo-padrão considerado o caso típico –, mas que ainda não manifestou nenhum sintoma.

Assim, ao descobrir não apenas um único marcador de risco no indivíduo, mas uma combinação deles de diferentes naturezas suscetível de promover um neurodesenvolvimento atípico, sustenta-se que será possível a partir da comprovação desta hipótese, realizar intervenções que interrompam o desenvolvimento do transtorno e que, portanto, cure o indivíduo de uma doença não manifesta, mas a qual ele carrega de forma latente nos marcadores, e que pode piorar progressivamente, a menos que exista e que se aplique tal intervenção preventiva. Prevenção e cura aparecem, portanto, como sinônimos na medida em que o indivíduo teria a possibilidade de ser trazido, por meio de intervenções preventivas personalizadas, de volta para uma trajetória normal de neurodesenvolvimento e, assim, nunca ver tornada manifesta sua doença. Percebe-se, com tais pesquisas, a possibilidade de um redimensionamento do consumo de psicofármacos, da população já classificada com transtornos mentais, para todo indivíduo considerado de risco para desenvolvê-los.

A novidade nas pesquisas em psiquiatria do desenvolvimento é a de poder contar com aparelhos de ressonância magnética cada vez mais sofisticados que produzem as imagens cerebrais e das conexões/redes neurais¹⁴. Afirma-se que o efeito do amadurecimento cerebral da infância à adolescência consiste no aumento da sincronia e da robustez da conexão entre as áreas da rede/circuitos de modo-padrão. Mas embora prevaleça atualmente a ênfase na

¹⁴ A propósito, o LINC (UNIFESP) é o laboratório de referência nacional nos estudos em neurociência translacional, isto é, aplicada.

exploração das novas tecnologias diagnósticas de imageamento cerebral, isso não significa que a busca pelos componentes genéticos (hereditários) ou bioquímicos do transtorno mental tenha sido abandonada. Pelo contrário, o modelo explicativo apresentado torna-se mais complexo na medida em que tenta entender, por meio dos pressupostos neurocientíficos, como essas dimensões genéticas, epigenéticas, bioquímicas e ambientais interagem de forma a produzir frequências cerebrais e redes neurais mais ou menos aproximadas a um padrão de normalidade para uma determinada fase de desenvolvimento. Declara-se, então, ser possível verificar por meio de exames de imagens cerebrais que redes neuronais se formam de maneira diferenciada em indivíduos saudáveis em relação àqueles que estão na condição do risco de desenvolver o transtorno. (ZORZETTO, 2016).

A psiquiatria contemporânea segue, portanto, na busca dos marcadores de risco, mas em diferentes frentes: bioquímica e genética por meio de exames de sangue e saliva; ambiental, por meio de anamnese do histórico familiar e da localização de possíveis condições adversas para um neurodesenvolvimento saudável do bebê/criança, tais como a gravidez na adolescência, o sofrimento de maus-tratos e casos de transtornos mentais na família; e neurobiológica, apostando mais fortemente agora na localização de alterações do funcionamento cerebral com as novas técnicas de imageamento.

É importante perceber que a aproximação da psiquiatria às neurociências nas duas últimas décadas traz as condições de possibilidade para que a primeira enuncie uma verdade que se apresenta como nova, mas que além de ainda não ter conseguido provar efetivamente sua cientificidade, continua a negligenciar os fatores políticos, econômicos e culturais envolvidos com o sofrimento psíquico. A psiquiatria do desenvolvimento é, portanto, essencialmente biológica. Considerada a dificuldade histórica na comprovação da existência de marcadores genéticos e bioquímicos seguros para os transtornos mentais, trata agora de atualizar a legitimidade de seus saberes em conexão com o modelo neurocientífico, adotando seus pressupostos.

Os processos do neurodesenvolvimento se iniciam ainda no período gestacional, duas semanas apenas após a concepção (processo de neurulação- formação do tubo neural), e terminam apenas na vida adulta. (JACOWSKI, [20--]). O modelo que se desdobra, como vimos no início desta seção, é que existem diversas realidades transversais e interdependentes que constituem o neurodesenvolvimento individual: fenoma (comportamento), conectoma (conexões cerebrais), genoma (características genéticas) e ambientoma (fatores ambientais).

Cada uma dessas dimensões, segundo a neurociência translacional do desenvolvimento, tem uma interdependência funcional com as demais e afeta uma a outra.

Nesse sentido, afirma-se atualmente ser possível captar nos exames de imagens cerebrais as redes de conexões neurais e os locais exatos do cérebro onde elas aparecem. É por meio da comparação, portanto, entre o funcionamento cerebral de crianças saudáveis e de crianças com transtornos psiquiátricos que se afirma poder perceber, por meio das imagens, que crianças com algum transtorno mental grave apresentam um nível de maturação dessas redes em atraso de dois ou três anos em relação às saudáveis.

Esse achado não é importante apenas por tornar possível medir a maturação dessa rede, *cujas funções ainda não são bem conhecidas*. É relevante também pelo potencial que representa para a psiquiatria. *Caso se mostre efetivo nas próximas etapas desse projeto* e em outros estudos, esse índice pode se tornar uma forma de medir o risco de problemas psiquiátricos. “Um marcador de risco desse tipo permitiria que os exames de imagem ganhassem uma nova função na psiquiatria”, conta o médico Giovanni Salum, da UFRGS, que coordenou a coleta de dados em Porto Alegre. “Hoje eles são usados somente para eliminar hipóteses de problemas como tumores e lesões.” *“Esse indicador vai na direção do desenvolvimento de um marcador de risco, mas, para ser denominado marcador, teria de ter um poder preditivo muito alto”*, pondera Sato. Para Miguel, a saída não deve estar em um só marcador. “Provavelmente precisaremos de um conjunto deles: de imagem, bioquímico e de comportamento”, diz. Por essa razão, além da associação entre os dados de imagens e os sintomas, os pesquisadores também buscam uma conexão entre os sinais clínicos psiquiátricos e a alteração nos níveis de compostos encontrados no sangue. (ZORZETTO, 2016, p. 52, grifo meu)

Nessa matéria de 2016, embora se afirme o desconhecimento da função das redes neurais pela comunidade científica, defende-se que a forma de seu funcionamento é que determina se um indivíduo será ou não portador de um transtorno mental. Fala-se, então, no potencial desses estudos para a psiquiatria, mas não ainda em achados efetivos que comprovem sua principal hipótese: a de que existem marcadores (neuro)biológicos confiáveis para transtornos mentais, e nesse sentido, as assertivas são colocadas sempre no tempo futuro (do presente ou do pretérito).

Atualmente, e para a frustração da comunidade psiquiátrica, os exames de ressonância magnética funcional podem ser usados apenas em pesquisas, e não como ferramenta diagnóstica para transtornos mentais. Este objetivo, como se pode verificar nos discursos e práticas da psiquiatria, está sendo perseguido intensamente em suas pesquisas. Segue, abaixo, a título de exemplo, resumo do capítulo de livro (recém publicado). Intitulado *Network analysis of*

neuropsychiatry disorders (2020)¹⁵, o capítulo traz mais um novo subcampo de estudos em psiquiatria: a psiquiatria de precisão/ ou precisa. Destaco que, dentre os autores, aparece novamente Sato, pesquisador da equipe INPD, especialista em matemática aplicada, e responsável pelo desenvolvimento e programação de novas tecnologias:

Resumo: A psiquiatria de precisão é um novo subcampo da medicina de precisão, impulsionado pelos recentes avanços na neurociência. O principal objetivo da psiquiatria de precisão é combinar os pacientes com os melhores tratamentos, com base não apenas nas características clínicas gerais, mas também em análises cuidadosas de suas características individuais em vários níveis (por exemplo, genética, estrutura e função cerebral). Aqui, fornecemos descrições detalhadas dos métodos computacionais comumente usados para construir (isto é, correlação e causalidade de Granger) e analisar (isto é, métricas de integração e segregação, motivos, centralidade e entropia de rede) redes cerebrais funcionais. Em seguida, discutimos as implicações do desenvolvimento de novas abordagens e tecnologias matemáticas para promover diagnóstico e tratamento psiquiátricos precisos. Finalmente, também discutimos algumas linhas contínuas de investigação e oportunidades nesse novo e interessante campo de investigação interdisciplinar. (GUZMAN *et al.*, 2020, p.397, tradução minha).

Conforme a aula *Neurodesenvolvimento e Transtornos mentais* (JACOWSKI, [20--]), existem hoje mais argumentos e evidências que corroboram a hipótese desenvolvimental dos transtornos psiquiátricos no caso da esquizofrenia (transtorno psicótico), devido a um maior número de estudos já realizados. Jacowski traz, como exemplo, os dados do PRISMA - Programa de Reconhecimento e Intervenção para Indivíduos em Estados Mentais de Risco (UNIFESP) criado em 2010. Esse estudo, que não consta dos relatórios FAPESP, criou um serviço ambulatorial que teve como objetivo recrutar 100 crianças e acompanhá-las por dois anos no intuito de identificar quais estariam em risco de desenvolver um transtorno psicótico:

[...] uma clínica multiprofissional voltada para a identificação e abordagem de crianças e adolescentes considerados em risco para psicose. Ele atende crianças, adolescentes e jovens adultos referidos por pais, professores ou profissionais da saúde ou *recrutados em escola pública*. Inicialmente, os indivíduos referidos passam por uma avaliação clínica para investigação de risco para psicose que compreende consulta psiquiátrica e aplicação dos instrumentos CAARMS (Comprehensive Assessment of At Risk Mental States), SOFAS e K-SADS. Posteriormente, aqueles considerados em risco para psicose iniciam o protocolo de seguimento do PRISMA, que compreende investigação histórica familiar de psicose, funcionamento pré-mórbido, ajustamento social e eventos de vida estressores, avaliação psiquiátrica detalhada, coleta de sangue, citogenética, neuroimagem, avaliação neuropsicológica e reaplicações trimestrais a semestrais da CAARMS. (TOLEDO, 2015, não paginado, grifo meu).

¹⁵ <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128191781000393>

É importante destacar, no contexto do PRISMA, um apontamento feito por Bressan (2015), que é coordenador do eixo pesquisa do INPD e diretor do Laboratório de Neurociências Clínicas da UNIFESP (LiNC), para a agência FAPESP:

Hoje, aproximadamente 20% dos indivíduos em risco acompanhados pelo Prisma convertem para a doença, ou seja, efetivamente desenvolvem um episódio psicótico. Talvez possamos reduzir esse índice se tratarmos com *substâncias neuroprotetoras* no momento certo. Neuroprotetores agiriam da mesma forma que as estatinas nas doenças cardiovasculares, que não têm impacto depois que a doença está instalada, mas podem funcionar na prevenção. [...] *Para desenvolvermos novas drogas capazes de prevenir a esquizofrenia* precisamos trabalhar nas fases iniciais do desenvolvimento da doença. (TOLEDO, 2015, não paginado, grifo meu).

Fica claro, com a assertiva acima, que existe uma grande relação entre os estudos conduzidos pelo INPD e a indústria farmacêutica, que resulta na possibilidade de se desenvolver novos psicofármacos, agora preventivos: os neuroprotetores para transtornos mentais. Uma vez mais, a tentativa de aproximação com outras áreas médicas em relação aos seus métodos diagnósticos e também terapêuticos se faz presente nos discursos dos principais agentes da psiquiatria do desenvolvimento. Como já mencionado, Foucault (2006) nos lembra que é sempre por aproximação a outras áreas médicas que a psiquiatria busca se legitimar na sociedade, ainda que suas práticas sejam completamente distintas, irredutíveis àquelas da medicina.

No que se refere aos psicofármacos, como vimos no primeiro capítulo, cabe ressaltar que a indústria farmacêutica exerce forte pressão na procura por patentear novos medicamentos (WHITAKER, 2016). Assim, a partir da hipótese neurodesenvolvimental dos transtornos mentais, entende-se que existe uma demanda por outros tipos de psicofármacos: os neuroprotetores, encarnada no público “em risco de” desenvolver transtornos mentais.

Programa Primeiros Laços ou Visitando Jovens Mães

Ganhador do prêmio Abril&Dasa 2018 de inovação em medicina social, trata-se de um ensaio randomizado controlado com gestantes consideradas de alto risco, isto é, adolescentes grávidas que vivem em regiões pobres – neste caso de São Paulo – e que, conforme relatórios do INPD, teve o objetivo de desenvolver habilidades parentais sensíveis e responsivas, apoiar o desenvolvimento de um plano de vida para a mãe e sua família, melhorar aspectos relacionados à saúde da gestante e posteriormente do seu filho. Foi avaliado o efeito de uma série de estímulos ambientais e sociais associados à intervenção sobre o neurodesenvolvimento.

O estudo incluiu 80 gestantes randomizadas entre os grupos controle e intervenção e acompanhou as duplas mãe-filho do 1º trimestre da gestação até os 24 meses de vida da criança. Isto é, no primeiro grupo, as participantes passaram pelos cuidados convencionais do pré-natal. No segundo, elas receberam regularmente, em casa, a visita de enfermeiras treinadas, responsáveis por transmitir informações com foco em reduzir o estresse materno e a exposição dos filhos a maus-tratos.

De acordo com o relatório *FAPESP ano II* (INPD, 2019), as análises feitas ao longo do processo mostraram efeitos positivos nos cuidados das crianças, que repercutiram no desenvolvimento da linguagem e da coordenação motora. Esse estudo, que tem sido um polo catalisador de financiamento para outras pesquisas, foi coordenado pelos pesquisadores do INPD Eurípedes C. Miguel Filho e Guilherme Polanczyk e foi concluído em junho de 2018. Segundo os autores, com esse programa foi possível colher evidências de que viver na pobreza pode afetar o desenvolvimento da linguagem, habilidades de planejamento e organização e também a memória.

Como bem anunciado no site www.primeiroslacos.com, o objetivo do programa é oferecer suporte às famílias, mas também gerar dados científicos. As informações de abertura no site do programa que anunciam as regras de recrutamento das participantes são:

Queremos mudar a vida de jovens mães e suas crianças. Estamos buscando participantes que estejam dentro dos seguintes critérios: estar com idade entre 14 anos e 20 anos e 11 meses; estar grávida pela primeira vez; com até 16 semanas de gravidez; realizar pré-natal em uma das UBSs (unidades básicas de saúde) participantes. (INPD, [20--] b).

Cabe mencionar que na edição já finalizada desse programa, as duplas mãe-bebê passaram por baterias de exames de sangue, genéticos e de neuroimagem que servem ao grande objetivo da psiquiatria do desenvolvimento, que é o de conseguir rastrear definitivamente marcadores de risco para os transtornos mentais. Neste sentido, o estudo serviu de base para publicação de vários artigos com foco nessa problemática. A título de exemplo, destaco: *Effects of maternal psychopathology and education level on neurocognitive development in infants of adolescent mothers living in poverty in Brazil* (2019), cujos resultados são:

O aumento da ansiedade materna e a menor educação materna foram associados à conectividade oscilatória mais fraca em redes de alcance alfa. Bebês com a conectividade mais fraca na rede alfa associada à ansiedade materna também mostraram a menor capacidade cognitiva. Maior ansiedade materna e TDAH foram associados ao aumento do poder absoluto e relativo. [...] Conclusão: Nossos achados destacam a importância de abordar a psicopatologia materna e melhorar a educação

em mães adolescentes pobres para prevenir efeitos negativos no neurodesenvolvimento infantil. (SHEPHARD *et al.*, 2019, p. 925, tradução minha).

Além de outros pesquisadores, assinam o artigo: Polanczyk e Miguel, dois grandes nomes do INPD. Destaco aqui que nenhuma referência maior é feita em relação à pobreza, ao crescimento das desigualdades sociais no país ou ainda a questões de gênero. Apenas conclui-se que é preciso cuidar da saúde mental de jovens mães pobres e melhorar seu nível de instrução (educação formal), se quisermos prevenir os efeitos negativos ao neurodesenvolvimento das crianças, filhos/as nascidas de mães adolescentes pobres de países em desenvolvimento.

Uma nova edição do *Primeiros Laços* teve início em julho de 2018, mas se declara no último relatório do INPD (2019) que este vem encontrando várias dificuldades: de financiamento devido aos cortes do CNPQ e também de recrutamento de novas participantes. Parcerias com outras entidades estão sendo buscadas para não prejudicar a continuidade do programa.

Projeto PROTOC - Investigação de Circuitos Neurais e Marcadores Biológicos Envolvidos no Transtorno Obsessivo-Compulsivo por meio de Paradigmas Comportamentais de Medo e Ansiedade

O PROTOC faz parte do eixo de pesquisa, mas estando sob outra coordenação e por questões burocráticas referentes ao edital de seleção dos INCTs, acabou alocado ao final do relatório *FAPESP ano II* (INPD, 2019). Seu principal objetivo é aprofundar os conhecimentos sobre a fisiopatologia do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) e direcionar esse conhecimento para a identificação de fatores preditivos, de resposta aos tratamentos disponíveis e para o desenvolvimento de novas abordagens terapêuticas. Seu coordenador é o Eurípedes Miguel.

A avaliação é feita com diferentes populações (pacientes com TOC em diferentes fases do desenvolvimento, com e sem tratamento atual; com e sem história de resistência a tratamentos anteriores – incluindo pacientes com TOC refratários a múltiplos tratamentos anteriores; irmãos de indivíduos com TOC e sujeitos saudáveis do ponto de vista psiquiátrico), por meio de diferentes técnicas e métodos (paradigmas comportamentais de medo condicionado; bateria neuropsicológica com o objetivo de avaliar funções executivas, controle inibitório e viés atencional; treino de modificação do viés atencional; eletroencefalografia – EEG; neuroimagem estrutural e funcional; estudo da excitabilidade cortical pré-tratamento com estimulação cerebral por corrente contínua; estudo de marcadores biológicos periféricos) e sob

diferentes abordagens terapêuticas (intervenções medicamentosas, psicológicas, neuroterapêuticas e neurocirúrgicas). Dentre outras questões, estuda-se para o TOC a estimulação magnética transcraniana (EMT) que é um método físico cujas aplicações terapêuticas em psiquiatria vêm sendo amplamente investigadas em diversos centros ao redor do mundo.

No que se refere à produção acadêmica em psiquiatria do desenvolvimento, observa-se que durante o período correspondente ao relatório *FAPESP ano II* (INPD, 2019) houve 69 publicações de artigos em revistas indexadas, a maior parte proveniente dos achados das três grandes pesquisas do INPD: o projeto Conexão, Primeiros Laços e o PROTOC. No período de escrita do segundo relatório, havia em torno de 50 alunos matriculados nos cursos de pós-graduação em psiquiatria na USP, UNIFESP e UFRGS, sob orientação dos professores vinculados ao INPD: Jair Jesus Mari, Luis Augusto Paim Rohde, Giovanni Abrahão Salum Junior, Guilherme Vanoni Polancyk, Rodrigo Affonseca Bressan, Lislaine Fraccoli, Anna Maria Chiesa, Hermano Tavares, Eurípedes Constantino Miguel Filho.

Merece destaque a tese defendida em 2018 por Arthur Caye: *Identificando indivíduos em risco para psicopatologia na adolescência: integrando informações epidemiológicas com mecanismos neurobiológicos*, que concorreu ao prêmio de melhor tese no último congresso Brasileiro de Psiquiatria. E ainda, a tese de doutorado defendida por Pedro Mario Pan Neto, sob a orientação do docente Rodrigo Affonseca Bressan, pelo Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Psicologia Médica do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina (EPM/Unifesp), que foi vencedora do Prêmio Capes de Tese – Edição 2018 na categoria Medicina II. Intitulada *Avaliação Longitudinal dos Transtornos de Humor na Transição entre a Infância e a Adolescência: Marcadores Psicopatológicos, Genéticos e de Neuroimagem*, a pesquisa identificou alterações da conectividade no circuito cerebral de recompensa que foram associadas a casos de depressão, após três anos de acompanhamento, por meio de exames de ressonância magnética do cérebro de crianças e jovens.

Reitera-se, a partir de análise deste eixo de trabalho do INPD, que suas pesquisas se fundamentam na busca pela localização de uma anomalia no corpo, tal como já criticava Foucault (2010, 2006) Participantes das três maiores pesquisas em psiquiatria do desenvolvimento foram submetidos a exames que envolvem a associação entre fatores neurobiológicos, genéticos e de comportamentos admitidos como sintomáticos, ou como sinais subclínicos que apontam para o posterior aparecimento de sintomas psiquiátricos.

2.5 A INTERNACIONALIZAÇÃO DAS PESQUISAS E O FORTALECIMENTO DA PSIQUIATRIA BRASILEIRA NO CENÁRIO MUNDIAL

Conforme relatório *FAPESP ano II* (INPD, 2019), o eixo de trabalho *Internacionalização* (Coordenador Ricardo Pietrobon) do INPD contempla as atividades desenvolvidas visando ampliar a interação dos pesquisadores no cenário internacional, bem como o desenvolvimento de projetos conjuntos com instituições de outros países. Afirma-se que o Brasil está em condições de auxiliar na formação de recursos humanos em psiquiatria para atuar em países de baixo desenvolvimento econômico, pois conta com suficiente expertise neste campo. O objetivo principal é, assim, o de selecionar profissionais de saúde mental (psiquiatras e psicólogos), que possam funcionar como multiplicadores da psiquiatria do desenvolvimento nas universidades dos países selecionados.

Neste eixo, merece destaque o trabalho que vem sendo realizado em Moçambique. O Departamento de Psiquiatria da UNIFESP desenvolve atualmente um programa com a Universidade Eduardo Mondlane, em conjunto com o Instituto de Psiquiatria de Nova Iorque da Columbia University.

Dentre os projetos em andamento, destaco o da aluna Helena Mutede Cutótua Daniel, intitulado: *Estudo de prevalência e fatores associados ao TDAH em escolares de Moçambique. Validação da escala SNAP-IV para o português de Moçambique e avaliação de prevalência e fatores associados em algumas escolas de Moçambique*. Abaixo, o resumo:

O Transtorno do Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade (TDAH), têm levado muitas crianças e adolescentes a consultas neuropediátricas, psicoterápicas e psicopedagógicas nos últimos anos no mundo inteiro. Porém, um dos principais desafios em Saúde Mental é o acesso a cuidados de saúde para a maior parte da população e, para Moçambique, onde o número de especialistas e técnicos de Psiquiatria e Saúde Mental ainda é reduzido, esta realidade é ainda mais evidente. *Os casos do TDAH são subdiagnosticados devido à má compreensão do quadro clínico, confundindo-se o TDAH com a falta de limites*. O uso de instrumentos padronizados de diagnóstico e simples de execução por leigos pode diminuir o número de crianças com TDAH não identificados e nem tratados. O objetivo do estudo será determinar a precisão diagnóstica de um Questionário Abrangente de Triagem do transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH) e avaliação da prevalência. (INPD, 2019, grifos meus).

Sob orientação do Prof. Luiz Augusto Rohde (INPD), cabe salientar a assertiva que explica que os casos de TDAH são subdiagnosticados devido à má compreensão do quadro clínico, confundindo-se TDAH com a falta de limites, afirmativa esta que aponta para o embate discursivo, político e cultural em torno da infância problemática, das causas de “problemas”

comportamentais na infância, e o processo de patologização de certas condutas que, há pouco, eram consideradas comuns nessa fase da vida. (CAPONI, 2009; RABINOW, 1999; GIUSTI, 2016; MARTINHAGO, 2017). Entre os orientadores das demais pesquisas em andamento em Moçambique, destaca-se Jair Mari, coordenador do eixo de Recursos Humanos do INPD.

Parcerias com outras instituições estrangeiras

O INPD, no que toca o desenvolvimento de pesquisas acadêmicas, tem realizado parcerias com diversas universidades, tais como as de Harvard, Yale, Miami e a Columbia University (Estados Unidos) e o King's College (Inglaterra). Já há alguns anos, as universidades brasileiras ligadas ao instituto – USP, UNIFESP e UFRGS – enviam estudantes de graduação e pós-graduação para estas instituições, as quais também em recíproco enviam alunos selecionados para trabalhar temporariamente aqui em alguma pesquisa já em andamento, ou ainda na análise do banco de dados do INPD que foi gerada, sobretudo, a partir da Brazilian High-Risk Cohort Study (projeto Conexão, realizado em São Paulo e Porto Alegre). Esta pesquisa, conforme os especialistas, gerou a maior fonte de dados multimodais – clínicos, genéticos, neuropsicológicos e de neuroimagem – em psiquiatria da infância e adolescência (n=1251) de países em desenvolvimento no mundo. (INPD, 2018, 2019).

No que se refere à participação de pesquisadores do INPD em eventos científicos, destaca-se o XXXVII Congresso Brasileiro de Psiquiatria (out/2019 no Rio de Janeiro), cujo tema foi a “A psiquiatria no mundo digital”.

Eurípedes Miguel, coordenador geral do INPD, e Luis Augusto Rohde, vice-coordenador, integraram a CCI – comissão científica internacional do evento. Além desses dois, outros importantes pesquisadores do INPD participaram do evento: Rodrigo Bressan, coordenador do eixo pesquisa, Jair Mari, coordenador do eixo Recursos Humanos, além de Ary Gadelha que atua no INPD, junto ao PROESQ – UNIFESP.

Abaixo, listo suas participações:

Conferências – 1) Tema: A psiquiatria em xeque: TDAH, estimulantes e “smart drugs”/
Conferencista: Luis Augusto Paim Rohde (RS)

2) Tema: As neurociências e as novas tecnologias vão mudar nossa prática?/ Conferencista:
Rodrigo Bressan (SP)

Palestras – Como eu trato? - 1) Título: Como eu trato fases Precoces das Psicoses/
Palestrante: Rodrigo Bressan (SP)

2) Título: Como tratamos a não adesão ao tratamento de esquizofrenia no PROESQ/
Palestrantes: Cristiano Noto (SP) e Ary Gadelha (SP)

3) Título: Como eu trato TDAH/ Palestrantes: Luis Augusto Rohde (RS)

Temas livres – 1) Tema: Neurobiologia da depressão – Genes, circuitos e psicopatologia/ Jair Mari (SP)

Observa-se, na análise desse eixo, que o que está em jogo é a universalização do paradigma da psiquiatria do desenvolvimento, sua disseminação no mundo, e o fortalecimento do campo da psiquiatria brasileira no cenário mundial. A indústria farmacêutica, no contexto do capitalismo globalizado, busca diminuir as fronteiras de seu alcance. Vemos, nesse sentido, um discurso que objetiva propagar ajuda em saúde mental infantil a países em desenvolvimento, mas como já abordado no primeiro capítulo, essa ajuda não está isenta de interesses políticos e mercadológicos (WHITAKER, 2010, 2016), pelo contrário, tem sido fortemente estimulada por eles.

3. DIFUSÃO E LEGITIMAÇÃO DOS SABERES ESPECIALIZADOS EM PSQUIATRIA DO DESENVOLVIMENTO

A equipe de coordenadores do INPD organizou uma verdadeira força-tarefa para difundir seus conhecimentos especializados não apenas no campo acadêmico e científico, mas também em toda sociedade. Assim, pode-se citar a criação de um programa de pós-graduação tripartite em psiquiatria do desenvolvimento, de cursos de especialização para quaisquer profissionais da área da saúde e a busca de nucleação em outras universidades do país. Ademais, procura-se traduzir o conhecimento dessa nova abordagem e desse campo discursivo para uma linguagem passível de ser compreendida pelo público leigo, através da criação e da divulgação de sites, cartilhas e, como veremos, inclusive um livro que intenta servir de manual aos profissionais da educação na problemática da saúde mental.

3.1 A FORMAÇÃO DE ESPECIALISTAS E A DISSEMINAÇÃO DO NOVO PARADIGMA ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

De acordo com os relatórios FAPESP anos I e II (INPD, 2018, 2019) o principal objetivo do eixo de trabalho *Recursos Humanos* é o desenvolvimento de iniciativas para diminuir a lacuna de recursos humanos na área de saúde mental da criança, proporcionando a

formação de ponta em neurociência do desenvolvimento, a disseminação dessas iniciativas e treinamento para algumas áreas menos desenvolvidas do país.

Citam-se entre essas iniciativas: formar pesquisadores de nível internacional; promover a nucleação de pesquisadores em áreas emergentes e carentes no país; ampliar a formação de profissionais que possam identificar e tratar de casos incipientes de transtornos mentais graves; auxiliar países de baixa renda a desenvolver formação de recursos humanos de qualidade para atuar em saúde mental de bom nível e com isso ampliar o acesso global aos tratamentos; atrair jovens talentos para usar os dados coletados no estudo de coorte através da iniciação científica; e atrair alunos estrangeiros para colaborar com perguntas próprias no uso de dados coletados pelo estudo de coorte. (INPD, 2018, 2019)

Programa Internacional Tripartite

Conforme relatórios FAPESP anos I e II (INPD, 2018, 2019), o Programa Especial de Cooperação Tripartite em Psiquiatria Translacional do Desenvolvimento (TPTD) tem o objetivo de formar pesquisadores de ponta na área de psiquiatria, neurociências e saúde mental com ênfase nas fases iniciais do desenvolvimento. O TPTD foi criado em 2017 e reúne as especialidades de cada um dos programas de pós-graduação em psiquiatria das três Universidades envolvidas: USP, UNIFESP E UFRGS. Foca na formação de pesquisadores com conhecimento aprofundado nas mais avançadas e inovadoras metodologias do campo, em áreas estratégicas como neurociência populacional, fenomenologia guiada pela neurociência, neurociência clínica, neurociência integrativa e prevenção de transtornos mentais à luz dos achados de neurociência. Até abril de 2019, quando da escrita do segundo relatório à FAPESP, três alunos haviam concluído o programa, e outros seis estavam cursando.

O TPTD oferece cursos regulares em inglês que são ministrados tanto por professores locais quanto por convidados estrangeiros com expertise na área, com vistas a atender a necessidade de estudantes estrangeiros. O certificado é dado pela universidade local de formação e também por um diploma comum certificado (Programa Especial de Doutorado Tripartite Internacional em Neurociência Translacional do Desenvolvimento) pelos reitores das três universidades.

No que tange ao currículo, a formação se dá em várias frentes, tais como em neurociência populacional, pesquisa em prevenção dos transtornos do neurodesenvolvimento e abordagens transdiagnósticas na pesquisa em neurociências. Abaixo (INPD, 2018, 2019), destaco alguns dos temas abordados nas aulas:

- Como a neurociência populacional pode ajudar a descobrir as causas dos transtornos mentais?
- Painel sobre desenvolvimento cerebral e saúde mental;
- Trajetórias cerebrais de transtornos mentais – é um objetivo tangível? (Bressan)
- A conectividade cerebral como ferramenta para informar o risco futuro de desenvolver psicose;
- Transtornos mentais na perspectiva dos neurocircuitos: uma nova abordagem;
- Próximas instruções em imagens, genética e transtornos psiquiátricos;
- Processamento e análise de neuroimagem: módulo avançado;
- Abordagens transdiagnósticas na pesquisa em neurociência;
- Investigação de alterações na expressão gênica em transtornos mentais;
- Prevenção em psiquiatria: a experiência de transtornos psicóticos;
- Experiência de prevenção no Brasil - PRISMA (UNIFESP);
- Revisão dos preditores clínicos e de biomarcadores de transição para Transtornos Bipolares;
- Aplicações da análise de grafos para pesquisa desenvolvimental;
- Realidade virtual em clínicas e pesquisas sobre transtornos mentais.

No que toca à disciplina *Prevenção de Transtornos Mentais (TPTD)*, um dos temas principais que permeiam a escrita deste trabalho, considero pertinente trazer à luz sua proposta:

Breve descrição:

- Os transtornos mentais foram atualmente reconceitualizados como transtornos do neurodesenvolvimento. Os transtornos mentais são consequência de uma interação dinâmica entre fatores genéticos e ambientais, em que insultos precoces afetam a trajetória do desenvolvimento normal, interrompendo o circuito neural e levando a comportamentos atípicos. Nesse contexto, as estratégias preventivas emergem como essenciais para melhorar o prognóstico, porque a manifestação da doença é um último passo em termos do processo patológico subjacente.
- A maior parte da literatura atual de Prevenção de Transtornos Mentais é orientada pela doença. A esquizofrenia é a doença que lidera o campo em termos de pesquisas e propostas de intervenções preventivas seletivas e indicadas. No entanto, há uma evidência crescente para apoiar uma abordagem não orientada pela doença para a prevenção de transtornos mentais durante a infância e adolescência. Paralelamente, a grande complexidade em lidar com o cérebro em desenvolvimento exige novas abordagens analíticas.
- O Instituto Nacional de Psiquiatria do Desenvolvimento (INPD) é o grupo nacional que lidera a pesquisa em prevenção de transtornos mentais. Nos últimos 7 anos, estabelecemos uma coorte para investigar determinantes do desenvolvimento normal e atípico do cérebro/ comportamento. As próximas etapas da pesquisa e a tradução do conhecimento para a sociedade exigirão que envolvamos mais estudantes, principalmente fora dos grandes centros de pesquisa, para implementar políticas em todo o país.
- Em nosso curso, apresentaremos uma introdução do campo de prevenção em transtornos mentais, abrangendo tanto as experiências anteriores quanto as direções

futuras. Esperamos receber estudantes de outros estados brasileiros e prepará-los para serem líderes locais dessa nova e empolgante perspectiva no campo da Psiquiatria. (INPD, 2018, p.33, tradução minha)

Algumas teses já foram produzidas dentro do Programa Internacional Tripartite. Destaco um trabalho de doutorado em andamento de Luiza Shiguemi Sugaya-USP, que pretende avaliar a prevalência e características clínicas de sintomas de irritabilidade em uma amostra de crianças pré-escolares com TDAH, e investigar o efeito dos tratamentos com metilfenidato (MTF) e treinamento parental sobre a irritabilidade e outros comportamentos disruptivos. A pesquisa faz parte do *Estudo Mappa*: um ensaio clínico randomizado, duplo-cego, controlado por placebo. No total, serão incluídas 150 crianças, com idades entre 4 e 6 anos e diagnóstico de TDAH, as quais estão sendo randomizadas em três grupos: 1) MTF e intervenção placebo, 2) treinamento parental e placebo e 3) grupo controle, que receberá a intervenção placebo e o placebo medicamentoso. A avaliação da irritabilidade será feita através das escalas “Multidimensional Assessment Profile of Disruptive Behavior” (MAP-DB) e “Affective Reactivity Index” (ARI). O estudo está em pleno andamento e, até o momento, já foram incluídas 110 crianças. A conclusão desta etapa estava prevista para dezembro de 2019. (INPD, 2019)

Cabe destacar que a irritabilidade, a desatenção ou a hiperatividade por muito tempo foram características consideradas comuns à infância e são aqui traduzidas imediatamente como sintomas de transtornos mentais. Retomando Foucault (2010), novamente, é a medicalização do não-patológico no domínio da infância que vai impulsionar a ampliação do saber-poder psiquiátrico na sociedade contemporânea.

Como já vimos, com a recente psiquiatria de precisão/ou precisa (GUZMAN *et al.*, 2020), uma das hipóteses a ser comprovada é quanto à individualização dos processos de diagnósticos e de intervenção terapêutica. Argumenta-se, nesse sentido, que, dada a singularidade individual do neurodesenvolvimento e de suas trajetórias, há crianças portadoras de TDAH que poderiam responder melhor ao tratamento psicológico de orientação comportamental, enquanto outras poderiam responder melhor ao tratamento com psicofármacos.

Curso de Especialização em Saúde Mental da infância e Adolescência (CESMIA)

A UPIA (Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência) da UNIFESP elaborou um curso de especialização em saúde mental da infância e adolescência dirigido a um público

multiprofissional. Afirma-se que, entre os diversos fatores para essa escolha, podem-se citar o tamanho da população de crianças e adolescentes do Brasil (cerca de 63 milhões) e o fato de que a prevalência estimada de morbidades em saúde mental nessa faixa etária é de 12%. Esses dados revelam, conforme relatório *FAPESP ano II* (INPD, 2019), que cerca de 10 milhões de crianças e adolescentes brasileiros necessitam de cuidado em saúde mental. Por outro lado, pesquisas realizadas com as entidades médicas e com os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) apontaram, respectivamente, que existem menos de 400 psiquiatras da infância e adolescência no Brasil e que o recrutamento e fixação desses profissionais na rede pública é extremamente difícil.

O objetivo geral do curso, portanto, é capacitar em saúde mental profissionais com nível superior da área de saúde que atendem crianças e adolescentes em instituições preferencialmente públicas. Nesse curso, discute-se a importância tanto das ferramentas crítico-analíticas – como a epistemologia e a história –, quanto das ferramentas empírico-científicas – como as neurociências – na construção dos saberes e práticas do campo da saúde mental da infância e adolescência. Da mesma forma, analisa a relação custo-efetividade das diversas intervenções clínico-institucionais realizadas na área, a fim de avaliar o grau de impacto destas na qualidade do cuidado em saúde mental oferecido a crianças e adolescentes e na redução da exclusão social ao qual este segmento etário encontra-se exposto.

As disciplinas ministradas no curso são: 1. Discussões de casos clínicos e institucionais abordando a complexidade do cuidado interdisciplinar de crianças e adolescentes; 2. Seminários sobre metodologia de pesquisa e monografia de conclusão de curso; 3. Psicopatológica Aplicada para a Infância e Adolescência; 4. Intervenções em Saúde Mental da Infância e Adolescência; 5. Fundamentos do Cuidado em Saúde Mental da Infância e Adolescência; 6. Fundamentos da Gestão em Saúde Mental da Infância e Adolescência; 7. Uso prejudicial de álcool e outras substâncias na Infância e Adolescência. O corpo docente é formado em sua maioria por pesquisadores da Unifesp. Em funcionamento desde 2012, até a escrita deste relatório, 120 participantes do CESMIA se formaram. (INPD, 2019)

Ou seja, o que se pretende com tal iniciativa é disseminar o referencial da psiquiatria da infância e adolescência (a psiquiatria do desenvolvimento) na rede pública de saúde do país, não apenas entre médicos, mas para quaisquer profissionais de saúde atuantes no SUS. Sob a justificativa de que os transtornos psiquiátricos na infância têm sido subdiagnosticados e subtratados, pretende-se generalizar o enquadramento da infância tida como problemática nas classificações diagnósticas em psiquiatria. Destaca-se, nesse sentido, que tal processo concorre

fortemente para uma medicalização generalizada no país dos comportamentos infantis socialmente indesejados (FOUCAULT, 2010), tais como a indisciplina, a irritabilidade, a desatenção, a hiperatividade, comumente vistos, por exemplo, como entraves a um bom desempenho escolar. A partir do encaminhamento de crianças por educadores ou pais às unidades de saúde por problemas de comportamento, espera-se que os profissionais de saúde estejam preparados para abordar esses problemas a partir do referencial da psiquiatria do desenvolvimento.

Estimular os novos profissionais e grupos de pesquisa de departamentos psiquiátricos emergentes selecionados no país para incorporar o referencial da Psiquiatria do Desenvolvimento

Destaca-se que o objetivo deste projeto é a nucleação em outras universidades, isto é, de apoiar grupos emergentes na formação de profissionais especializados de alto-nível, bem como o desenvolvimento de mais grupos de pesquisas com foco em psiquiatria do desenvolvimento. Conforme relatório *FAPESP ano II* (INPD, 2019), três estados brasileiros foram selecionados para avançar na nucleação: Bahia, Goiás e Ceará. São alunos do Programa Internacional Tripartite que têm o compromisso de retornar aos seus estados e iniciar processo de desenvolvimento local de programas de pós-graduação e de reproduzir, assim, formação de recursos humanos para a docência e pesquisa com foco em psiquiatria do desenvolvimento. Isto é, espera-se com essa iniciativa difundir nacionalmente o “novo” referencial no campo acadêmico, concorrendo para torná-lo hegemônico.

3.2 A MOBILIZAÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS E A DIFUSÃO DO “NOVO PARADIGMA” NA SOCIEDADE

Conforme relatórios FAPESP anos I e II (INPD, 2018, 2019), os objetivos priorizados no eixo *Transferência de Conhecimento para a Sociedade* foram: 1. Criação de plataforma educacional Web, para ser acessado em Desktop ou Mobile, em forma de curso de difusão voltado para a promoção de saúde mental e desenvolvimento na infância e adolescência; 2. Promoção de ações socioeducativas e culturais usando tele-educação interativa para ensinar estudantes dos dois últimos anos do ensino fundamental e do ensino médio a realizar trabalhos voltados à promoção de saúde de crianças e adolescentes nas suas comunidades; e 3. Organizar, realizar e aprovar nas instâncias universitárias pertinentes, cursos de difusão por teleducação

interativa sobre temas ligados à saúde mental e desenvolvimento na infância e Adolescência. Vejamos o que foi desenvolvido nesse eixo nos últimos anos:

Programa Jovem Doutor

A plataforma educacional proposta pelo INPD foi incorporada ao *Programa Jovem Doutor* que foi criado em 2017 pelo mesmo Prof. Chao Lung Wen, também chefe da disciplina de *Telemedicina* do Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. O objetivo do programa, conforme relatórios dos INPD (2018, 2019), é estimular a comunicação em saúde a partir de tecnologias interativas e promover a saúde através da educação, em vários temas: DSTs, saúde vocal, da pele etc. Algumas ações já foram realizadas em escolas de ensino básico da grande São Paulo, mas relacionado propriamente ao tema da saúde mental na infância e adolescência, a única iniciativa até o momento foi o *Curso de Riscos e Alertas para Jovens sobre uso de Redes Sociais e Smartphones (2018)* que contou com 2476 participantes. A partir da figura abaixo, é possível observar que o conteúdo do curso contempla um alerta aos perigos e riscos do mundo digital para o desenvolvimento de diversos transtornos mentais em crianças e adolescentes.

FIGURA 3 – PLATAFORMA DIGITAL DO PROGRAMA JOVEM DOUTOR



Saúde Mental de crianças e adolescentes decorrente o uso de smartphones e redes sociais

Carga programática : Equivalente a 20 horas
Método: Educação Interativa Digital baseada em plataforma educacional

1) Como funciona o cérebro e mente 5 Horas	2) Reflexos e Comportamentos 2 Horas	3-a) Perigos do Mundo Digital 3 Horas
<p>Recursos: Vídeos do Homem Virtual</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trino Cerebral - Neurônio e Neuro Transmissão - Áreas do Córtex Cerebral e suas funções. - Formas de interação Cérebro c/ meio ambiente <ul style="list-style-type: none"> a – Visão (2º par craniano) b – Audição (8º par craniano) - Controles fisiológicos padrões (ex: respiração, batimento cardíaco) - Reflexos padrões: Motor e Fisiológico. 	<p>Pavlov</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exemplos com animais: Cachorros/ Ratos - Relatos de casos com comprometimento de áreas do cérebro (acidentes), causando mudança de comportamento. - Alteração de comportamento com evidencia de ressonância (Inglês que matou a mãe e está em discussão sobre a responsabilização jurídica). 	<p>Redes Sociais</p> <p>Grupos fechados de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anorexia - Suicídio (baleia azul) → Comportamentos de massa - Grupos que podem gerar traumas emocionais, desencadear fobias - Bullying → depressão - Sexting (exibicionismo) Sedução - Jogos - Dependência - WhatsApp (pode causar ansiedade/ compulsão). - Instagram (Exibicionismo)
<p>Motor: Patelar</p> <p>Fisiológico: Centro de saciedade / fome</p>	<p>Novos reflexos (córtex cerebral)</p> <p>Reflexo Condicionado</p>	<p>Hábitos e comportamentos inadequados</p>

Fonte: INPD 2019

Conforme a entrevista *Educação para saúde mental no cotidiano* (WEN, 2019), a conclusão a que chegaram com o projeto é que a educação é a chave para prevenção dos males potencializados pela tecnologia. A profa. Ana Luiza Colagrossi, participante do curso, salientou que a educação exerce um papel essencial para que a sociedade possa lidar com a era digital de forma saudável e benéfica.

Houve também uma aplicação experimental dos conteúdos do curso no *Programa Jovem Doutor*. Tal ação se deu na 4ª edição do *Programa Jovem Doutor* de Santos (SP) e também na cidade de Camboriú (SC). Os alunos Jovens Doutores desenvolveram uma pesquisa ao longo de 60 dias, de observação, ação e atitude dentro do tema Bullying e Cyberbullying, a partir da qual nasceram várias ações locais de combate à questão. Conforme relatório *FAPESP ano I* (INPD, 2018), foi estudando os prejuízos da prática do bullying como um problema mundial encontrado em toda escola, que “[...] os Jovens Doutores perceberam que aqueles que praticam o bullying têm grande perspectiva de se tornarem adultos com comportamentos antissociais e violentos, podendo vir a adotar, inclusive, atitudes delituosas ou delinquentes” (INPD, 2018, p.45)

No ano de 2019, foi iniciada uma busca por parceiros, fundações e pela própria Secretaria da Educação do Estado de São Paulo para que pudessem colaborar com o aprimoramento e implementação do *Programa Jovem Doutor* em outras cidades do Estado de São Paulo, cujo novo objetivo é a promoção e valorização dos professores, oferecendo uma formação de qualidade em educação digital e sua interface com saúde mental e bem-estar. Como veremos, no eixo que corresponde às ações voltadas para tradução do conhecimento em psiquiatria do desenvolvimento para a sociedade, o discurso que predomina é outro.

Site do INPD – portal de conhecimento

Usado na divulgação dos achados de pesquisa para o público leigo. Conforme relatórios FAPESP (INPD, 2018, 2019), com o site, o INPD almeja que a população interessada em psiquiatria do desenvolvimento possa, além de ter acesso ao conhecimento em linguagem mais acessível, participar como voluntária de suas pesquisas caso deseje. Como vimos, o recrutamento de participantes das pesquisas levadas a cabo pela psiquiatria do desenvolvimento é feito, sobretudo, a partir dos sites que são desenvolvidos já com esta intenção. Vimos isso tanto no projeto *Conexão – Mentes do Futuro*, como o *Visitando Jovens Mães*. Além disso, são publicadas no site do INPD as participações de seus pesquisadores em programas de rádio, TV

e jornal e cursos, além da divulgação de eventos em psiquiatria e também em desenvolvimento infantil.

Na página inicial do site, encontra-se uma breve descrição do instituto:

O Instituto Nacional de Psiquiatria do Desenvolvimento para Crianças e Adolescentes – INPD, criado em 2009, amplia o conhecimento em saúde mental na infância e adolescência no Brasil a partir de evidências que relacionam os transtornos mentais com alterações no desenvolvimento cerebral e mostram que eles podem ser revertidos com intervenções precoces (inclusive durante o período intrauterino), que são mais eficazes e apresentam maior retorno econômico do que as interferências feitas tardiamente. (INPD, 2009)

Aqui, cabe ressaltar que, como vimos, ainda não há evidências conclusivas que relacionam os transtornos mentais a um problema de desenvolvimento cerebral, mas mesmo assim, é a partir desse discurso que os especialistas conseguem mobilizar a população para que participem de suas pesquisas, além de obterem legitimidade junto à população para levar a cabo suas iniciativas.

Na seção *Quem somos?*, menciona-se ainda que os transtornos mentais, que se iniciam em fases precoces da vida, estão entre as maiores fontes de incapacitação e gastos em saúde. Porém, conforme dados epidemiológicos gerados por pesquisadores do INPD, verifica-se que apenas 20% das crianças brasileiras com problemas de saúde mental têm acesso a cuidados adequados. Por esse motivo, o INPD objetiva promover iniciativas que busquem o desenvolvimento da massa crítica na área de saúde mental, e a formação de experts em psiquiatria do desenvolvimento a nível nacional.

Os objetivos, visão e valores já foram expostos no início desta seção, e as iniciativas em análise estão claramente de acordo com os mesmos. Ademais, é importante mencionar que a sessão pesquisa do site não está atualizada segundo os relatórios analisados (INPD, 2018, 2019), e que não há outras informações relevantes em relação ao instituto que não estejam contempladas neste trabalho.

Site Saúde Mental na Escola e cartilha para professores

Segundo relatório *FAPESP ano II* (INPD, 2019), o site www.saudementalnaescola.com foi desenvolvido pela Seção de Afetos Negativos e Processos Sociais (SANPS) da UFRGS em parceria com a Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul, diante da constatação da existência de problemas escolares decorrentes de problemas de saúde

mental do alunado. Nesse sentido, além do site, foi desenvolvida uma cartilha psicoeducativa¹⁶ para professores com o intuito de orientá-los na identificação das diferentes situações que envolvem as questões de saúde mental na infância e na adolescência no cotidiano escolar. A cartilha visa também instrumentalizar manejos e, quando necessário, dar sequência aos encaminhamentos para atendimentos especializados e redes de apoio para os casos em que se observam situações atípicas no desenvolvimento.

Uma primeira análise deste material revela que, embora o texto esteja de acordo com o discurso biomédico e com os diagnósticos psiquiátricos conforme o DSM-V (2014), os manejos sugeridos não necessariamente se relacionam ao encaminhamento para psiquiatras e à intervenção medicamentosa. Trago o trecho abaixo a título de exemplo:

É importante lembrar que emoções negativas, pensamentos desagradáveis e comportamentos difíceis também são parte de uma infância saudável. Eles indicam problemas apenas quando acontecem em uma frequência exagerada, são muito intensos e causam prejuízos nas atividades de lazer, nos estudos, no convívio com a família e com os amigos. Além disso, a classificação de uma emoção, pensamento e comportamento como problema depende do contexto. Por exemplo, uma criança que está irritada, pois uma injustiça está sendo cometida repetidamente contra ela está apresentando uma reação emocional esperada e adequada. A melhor forma de ajudar não será levar a criança para tratamento, mas sim interromper as situações de injustiça que causam o sofrimento. (BRESSAN *et al.*, 2019, não paginado)

É importante assinalar aqui, evidentemente, que no campo psiquiátrico, seus principais agentes acompanham em alguma medida as críticas que se faz ao processo de medicalização do não-patológico, que como vimos são muitas. A exemplo do trecho acima, destaca-se que existe um cuidado de esclarecer à população que a psiquiatria está ciente das críticas assinaladas e que ela também é, em certo sentido, contrária ao processo de medicalização. Penso que tal discurso possa ser melhor entendido como estratégia de enfrentamento aos embates teóricos e epistemológicos com os quais a psiquiatria tem se defrontado historicamente, e que em muitos momentos colocaram sua credibilidade em xeque.

Outrossim, cabe reiterar que a preocupação com o contexto e com os aspectos ambientais que podem impactar na saúde mental dos escolares é em geral reduzido a problemas do entorno individual do estudante, como negligência e maus-tratos por parte dos familiares, ou ainda o sofrimento de bullying na escola. Novamente, questões culturais, sociais e políticas mais amplas relacionadas à saúde mental são negligenciadas, expressando um determinismo psicobiológico individualizante da questão. (FOUCAULT, 2010, 2006; CAPONI, 2019).

¹⁶ PDF acessível em https://docs.wixstatic.com/ugd/1bd1b6_da952d88498343cd88bbf50e130aba27.pdf

Considero interessante, porém, a forma de instrumentalização proposta aos profissionais da educação, que inclui, além de estratégias desestigmatizantes, a escuta atenta aos relatos dos alunos. Ressalta-se, nesse sentido, que as estratégias desestigmatizantes propostas pela psiquiatria são conservadoras de suas estruturas autoritárias de poder, uma vez que estão relacionadas à possibilidade de melhorar a compreensão da população quanto aos transtornos mentais na infância e adolescência, tomados como verdades inquestionáveis, e assim ganhar a aceitação social de sua inflacionada classificação diagnóstica. Isto é, estratégias desestigmatizantes que operam para a naturalização da medicalização social, como se os diagnósticos não fossem por si próprios estigmatizantes.

Outra questão abordada na cartilha refere-se à rede de cuidados em saúde mental, na qual a escola aparece como protagonista na promoção de saúde e, nesse sentido, também na prevenção de problemas de saúde mental:

Toda sociedade é responsável pelo bem-estar das crianças. No entanto, para que isso ocorra da melhor forma possível, é importante saber o papel de cada ente do sistema público. [...] O papel da escola é o de promover a saúde dentro do ambiente escolar, prevenir a ocorrência de violência (incluindo bullying), ser um espaço de proteção para a criança com abertura para que ela possa compartilhar sentimentos e pensamentos, assim como um espaço de estimulação de ajuda entre os alunos. [...] O papel das unidades de saúde é o de identificar e tratar os problemas mais comuns na infância: sofrimento mental relacionado a eventos do ciclo vital, os Transtornos de Ansiedade, Transtornos Depressivos, o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e o sofrimento relacionado à exposição a situações de violência. Além disso, também é papel da unidade o acompanhamento das famílias e a identificação de outras situações que demandem atenção e encaminhamento para outros serviços, quando necessário. [...] O papel das Equipes Especializadas de Saúde da Criança e do Adolescente (EESCA) é o de identificar e tratar pessoas com problemas de saúde mental moderados na infância e aqueles refratários a estratégias desenvolvidas na Atenção Primária em Saúde (APS). [...] O papel dos ambulatórios hospitalares é o de prestar atendimento às pessoas com problemas moderados a graves, especialmente aqueles com necessidade de manejo medicamentoso. [...] O papel dos Centros de Atenção Psicossocial infantis (CAPSi) é o de identificar e tratar os problemas de saúde mental graves na infância, como Autismo, Esquizofrenia e Problemas Graves de Comportamento e aqueles refratários às estratégias desenvolvidas nas EESCA, com predomínio de problemas de comportamento. [...] O papel das internações hospitalares é o de oferecer um espaço de proteção para crianças e adolescentes em situação de crise com riscos a sua saúde, como o risco de suicídio, risco de agressão a outros, e outros riscos associados. (BRESSAN *et al.*, 2019, não paginado)

Como vimos anteriormente com os estudos de Foucault (2010), a influência da psiquiatria na instituição escolar é bastante antiga. Para o propósito desta pesquisa, cabe enfatizar aqui o aparecimento do termo “promoção em saúde mental”, fortemente relacionado ao papel da escola e a uma necessária disseminação na sociedade de saberes atualizados e “comprovados cientificamente” em saúde mental. A promoção em saúde mental significa, neste

caso, agir preventivamente tanto no sentido do fortalecimento da resiliência por meio do ensinamento às crianças de competências socioemocionais (fatores protetores) a cargo de pais e professores, mas também qualificando os profissionais da educação para identificar comportamentos ou condições de risco no alunado, de forma a endereçá-los, quando necessário, aos demais entes públicos envolvidos na rede de atenção à saúde mental infanto-juvenil acima referidos.

No que diz respeito à resiliência, conceito que tem importantes efeitos tanto políticos como subjetivos, ressalta-se que essa palavra se originou no campo religioso, mas passou na segunda metade do século XX a ser incorporada pelo campo científico, inclusive pela psiquiatria. Segundo Oliveira (2011, 2012), a resiliência é melhor entendida como o oposto da vulnerabilidade, ou seja, como invulnerabilidade, e tem sido empregada pela psiquiatria do desenvolvimento para caracterizar a tolerância a condições adversas, a suportabilidade diante dos chamados fatores de risco. A resiliência qualifica, portanto, a criança ou o jovem que suporta todas as adversidades da vida, quer sejam fatores biológicos, genéticos, ambientais e sociais, e mesmo sob as piores circunstâncias de vulnerabilidade, consegue ser bem-sucedido, ter ótimo desempenho escolar, e ainda sim, ser feliz.

Não é negligenciável que no Brasil, no caso específico de crianças e jovens, a resiliência tenha reemergido em torno do castigo sobre seus corpos, quando, na década de 1960, a bibliografia médica tratava isto como “síndrome da criança espancada”, derivando daí o conceito de maus-tratos que deu vazão ao espraiamento das vitimologias e combates à impunidade. [...] Talvez não seja fortuito que estudos sobre resiliência no Brasil, tenham ganhado campo contemporaneamente, quando a medicina buscava uma forma científica de responder, na década de 1970, durante a ditadura militar, às surras e mutilações de corpos de crianças por seus próprios pais. A psiquiatria, por sua vez, viria a se furtar a partir da recuperação do termo resiliência, possibilitada pelas pesquisas, na década de 1970, do psiquiatra infantil Edwyn James Anthony (1987) sobre psicopatologias de crianças, introduzindo o termo “invulnerabilidade” no interior da psicopatologia do desenvolvimento, desdobrando-se em publicação posterior, na década de 1980, organizada por Anthony, incluindo vários autores, sob o título *A criança invulnerável*. Vinha se firmar por este viés do absoluto uma das procedências do conceito de vulnerabilidade pelo seu inverso, sinalizando para mais um dos possíveis redimensionamentos da relação normal-anormal enquanto vulnerável-invulnerável. (OLIVEIRA, 2011, p. 92-93)

Retomando a última assertiva de Oliveira (2011), resalto que a ideia de *indivíduo em risco*, como vimos, fortemente mobilizada pela psiquiatria contemporânea, se afirma justamente a partir da dupla: vulnerabilidade – que indica os fatores de risco, e resiliência – que indica os fatores de proteção. Aos resilientes o sucesso, aos vulneráveis o fracasso e/ou o castigo: um tratamento corretivo, sob que base for. Fica claro que esse discurso se coaduna

perfeitamente aos imperativos da sociedade neoliberal que advoga pelo sujeito flexível e resiliente, empreendedor de si, responsável por sua inteligência emocional, como veremos com mais profundidade adiante.

Cabe assinalar que as competências socioemocionais já foram incorporadas à Base Nacional Comum Curricular (BNCC), como fatores de proteção à saúde mental e ao bullying, e assim também ao Programme for International Student Assessment (PISA) e ao Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM). No site¹⁷ da BNCC, admite-se que:

Na BNCC, as competências socioemocionais estão presentes em todas as 10 competências gerais. Portanto, no Brasil, até 2020, todas as escolas deverão contemplar as competências socioemocionais em seus currículos. Diante dessa demanda, precisamos conhecer mais sobre a educação socioemocional (Social Emotional Learning – SEL). [...] a educação socioemocional refere-se ao processo de entendimento e manejo das emoções, com empatia e pela tomada de decisão responsável. Para que isso ocorra, é fundamental a promoção da educação socioemocional nas mais diferentes situações, dentro e fora da escola, pelo desenvolvimento das cinco competências apresentadas a seguir: autoconsciência, autogestão, consciência social, habilidades de relacionamento, tomada de decisão responsável. (BRASIL, 2020, não paginado)

Nesse sentido, destaca-se que a psiquiatria do desenvolvimento, ao adentrar o ambiente escolar, advoga justamente pela formação de crianças e jovens resilientes, ou seja, invulneráveis. A partir do ensino das competências socioemocionais, ela idealiza a formação de sujeitos que devem acolher as normas sociais, políticas e médicas vigentes e a tudo tolerar. A promoção da saúde mental, portanto, está diretamente relacionada à formação para a invulnerabilidade, para a gerência de si (o autocontrole) diante das adversidades da vida. Ela incentiva a construção de subjetividades inclinadas ao conformismo, ocultando e silenciando conflitos sociais e autoritarismos de todo tipo.

Outro eixo de trabalho em análise aqui refere-se à *Transferência de Conhecimento para o Setor Público e Privado* (Coordenador Hermano Tavares). Ele suscita um tema muito atual e pertinente ao debate em saúde mental: o desenvolvimento de novas tecnologias diagnósticas de prevenção e de intervenção no campo da psiquiatria.

De acordo com o último relatório FAPESP (INPD, 2019), os objetivos priorizados neste eixo foram: 1. Transferir um pacote de intervenções para mulheres grávidas de comunidades de baixa renda na cidade de São Paulo; 2. Transferir uma tecnologia de rastreamento baseada em rede para rastreamento de estresse materno e anomalias de desenvolvimento para o

¹⁷Fonte: <http://basenacionalcomum.mec.gov.br/implementacao/praticas/caderno-de-praticas/aprofundamentos/195-competencias-socioemocionais-como-fator-de-protecao-a-saude-mental-e-ao-bullying>

sistema de atenção primária à saúde, e 3. Favorecer o uso efetivo de conhecimentos e procedimentos transmitidos nos cursos de formação de recursos humanos para a atenção primária através da transferência de rastreios de saúde mental e apoio técnico para as salas de espera de consultórios públicos e privados.

Dentre as propostas em inovação e transferência de tecnologia para sociedade, há aquelas iniciativas ainda em fase de desenvolvimento, como os projetos: PRO-Mental e Gestante Digital¹⁸, e outras que se encontram já consolidadas, tais como o Cuca Legal e o site Saúde Mental na escola. Este último, que já foi abordado na seção anterior, contempla os mesmos conteúdos da cartilha para profissionais da educação, além de informações sobre os diagnósticos psiquiátricos mais comuns na infância e adolescência, conforme o DSM-V (2014).

Projeto PRO-Mental

Trata-se do desenvolvimento de plataformas digitais para incremento do rastreio de transtornos mentais na infância e adolescência na Atenção Primária à Saúde. A execução deste projeto está a cargo do Dr. Victor Bigelli de Carvalho (USP) e seu objetivo é o desenvolvimento de um ambiente digital que automatize processos de entrevista clínica por meio de dispositivos móveis – rastreio digital, a fim de facilitar a implementação do mhGAP na avaliação de transtornos comportamentais e emocionais. Conforme relatório *FAPESP ano II* (INPD, 2019), com a implementação desta tecnologia, espera-se aumentar a qualidade e confiabilidade na identificação de agravos psiquiátricos na infância e adolescência. Afirma-se ainda que este ambiente deverá ser projetado e desenvolvido para se integrar aos principais sistemas e bases de dados de saúde pública e indicadores socioeconômicos, permitindo a formulação de hipóteses e teste de fatores associados aos transtornos mentais na infância e adolescência. Outras duas universidades, além da USP, estão envolvidas neste projeto: a UFES (Universidade Federal do Espírito Santo) e UFPE (Universidade Federal de Pernambuco).

Projeto Grávida digital

Desenvolvimento de um aplicativo para telefonia móvel de identificação de depressão, ansiedade e estresse em gestantes. A execução deste projeto está a encargo da Dra. Kelly Prado (USP) e seu objetivo é o desenvolvimento de um método de identificação dessas patologias em mulheres grávidas através da análise por mineração de metadados de uso de telefone celular,

¹⁸ Ambos projetos serão apresentados nos próximos anos como tese de doutorado ao programa de pós-graduação em psiquiatria da USP.

além de captura de biomarcadores de voz e análise de expressão facial. A parceria com empresa de telefonia TIM para viabilização de sua estrutura digital (plataforma web e softwares específicos) estava, durante a escrita do relatório *FAPESP ano II* (INPD, 2019), ainda em processo de negociação.

Projeto Cuca Legal

Idealizado pelo Prof. Dr. Rodrigo Bressan (coordenador do eixo pesquisa) em 2006, o Cuca Legal é uma iniciativa do departamento de psiquiatria da UNIFESP, e se fundamenta na premissa do que a disseminação adequada de informações sobre saúde mental é fundamental para o desenvolvimento de fatores protetores que levam ao bem-estar e para a redução dos fatores de risco que estão associados ao surgimento e as complicações dos Transtornos Mentais. Assim, afirma-se que boa parte do processo de formulação das atividades é dedicada à tradução de conteúdo de alta complexidade para uma linguagem acessível e pertinente à prática dos educadores.

No site www.cucalegal.org.br, mais informações estão disponibilizadas a respeito do projeto:

Para o nosso grupo, a disseminação de informações adequada sobre saúde mental é aquela que ocorre em ações: que priorizam a saúde como uma condição muito mais prevalente que a doença; com o enfoque no empoderamento dos educadores, e não na sobrecarga ou na terceirização de tarefas; que levem em consideração o fortalecimento da rede multidisciplinar, em detrimento da medicalização (isto é, quando se estabelecem visões simplificadas das complexidades com um viés estritamente medicamentoso), por meio do desenvolvimento de uma visão preventiva e esclarecida dos recursos disponíveis e comprovadamente eficazes; baseadas em evidências científicas, sempre que existam dados disponíveis; customizadas caso a caso, de acordo com as necessidades, recursos e outras circunstâncias específicas da instituição solicitante; cientes do impacto do estigma no contínuo entre a saúde e o transtorno mental, buscamos a humanização da saúde mental e das suas subjetividades, com a finalidade de reduzir a “cultura do rótulo” e os equívocos de conduta decorrentes desse paradigma. (BRESSAN *et al*, 2018, não paginado)

Novamente, é curioso pensar que se defenda, neste contexto, a necessidade de fugir à medicalização, aqui entendida, de forma bastante restrita: ao uso de psicofármacos em casos desnecessários. É bem verdade que a psiquiatria hoje vem se convencendo sobre a eficácia, ainda que coadjuvante, de outros tipos de terapêuticas, tais como a já mencionada *Terapia Cognitivo Comportamental* (TCC), ou ainda o *Manejo Parental*: um treinamento de habilidades parentais para aprender a lidar com comportamentos difíceis da infância, este último normalmente indicado para transtornos disruptivos. (CAPONI, 2018).

Além de iniciativas de capacitação em saúde mental para educadores junto à Secretaria da Educação de São Paulo, o Cuca Legal¹⁹ vem atuando em diversos cenários, desenvolvendo ações customizadas de acordo com o conteúdo, público (educadores, pais e alunos), número de encontros e recursos disponíveis, isto é, desenvolve serviços em diferentes modalidades: cursos, palestras, consultorias, bate-papo com especialistas e pesquisas em temas como: saúde mental, competências socioemocionais, álcool e outras drogas.

O lançamento do livro *Saúde Mental na Escola: o que os educadores devem saber* (BRESSAN; ESTANISLAU, 2015) é considerado um marco para o Cuca Legal e, conforme o site, tem sido citado como “livro de cabeceira” por educadores em todo o Brasil. Foi escrito em coautoria com pesquisadores especialistas nos diversos temas abordados no livro. Abaixo, faço um pequeno resumo da obra:

O primeiro capítulo do livro versa sobre a falta de conhecimento no tema da saúde mental nas escolas brasileiras e os decorrentes processos de supervalorização da doença, de discriminação e de medicalização, além da importância do desenvolvimento de habilidades socioemocionais (para alunos e professores) como fator de proteção aos transtornos mentais. Do capítulo 2 ao 6, é abordada, entre outras questões, a diferença entre problema e transtorno mental, procurando distinguir situações mais amenas, das intermediárias e aquelas mais graves onde o transtorno mental já está instalado. Enfatiza-se também a importância da parceria entre escola e família na promoção da saúde mental para a infância e adolescência. No que se refere às competências emocionais antes mencionadas, são destacados cinco processos: autoconhecimento, consciência social, tomada de decisão responsável, habilidades de relacionamento e autocontrole. O capítulo 7 trata do neurodesenvolvimento e suas etapas, da relação entre o amadurecimento cerebral e o desenvolvimento de habilidades cognitivas, emocionais e sociais. Sustenta-se que fatores biológicos (como a carga genética) e ambientais juntos podem se tornar tanto fatores de risco (inibidores de um desenvolvimento cerebral normal), como fatores de proteção (facilitadores desse mesmo processo) ao desenvolvimento dos transtornos mentais. Dos capítulos 8 ao 18 discorre-se especificamente sobre os transtornos mentais mais comuns na infância, de acordo com o DSM-V: esquizofrenia, depressão, ansiedade, fobia social, TEA (transtornos do espectro autista), TDAH (transtorno do déficit de atenção) e TOD (transtorno opositivo-desafiador), além dos TAs (transtornos alimentares) como a anorexia ou bulimia. No último capítulo por fim, trata-se dos aspectos jurídicos

¹⁹ Fonte: <http://cucalegal.org.br/>

relacionados aos diversos transtornos mentais, com o objetivo de dar amparo legal aos indivíduos que tenham necessidades especiais no processo de aprendizagem.

É pertinente observar novamente que, embora os autores se afirmem contrários ao processo de medicalização, das suas 263 páginas, mais de 160 foram dedicadas a descrever os transtornos mentais mais comuns na infância – que como vimos são diagnósticos criados e multiplicados a partir de pressupostos epistemológicos bastante frágeis – e a como manejá-los. Assim, defende-se a necessidade em se reconhecer que muito dos problemas relacionados à questão de saúde mental nas escolas, tal como a medicalização, decorrem da falta de informação adequada para os profissionais da educação, e portanto:

Um professor bem informado e sensível pode tanto promover saúde mental quanto atuar na prevenção de transtornos, por exemplo, identificando sinais que demandem encaminhamento para avaliação da equipe de saúde mental, contribuindo para uma intervenção precoce, que via de regra, leva a resultados mais positivos. Segundo Puura e colaboradores (1998), o professor estaria na posição ideal para observar sinais como irritabilidade, isolamento social e queda no rendimento escolar, mas precisaria ser capacitado para identificar sinais precoces de problemas específicos, como, por exemplo, os sintomas de depressão, que poderiam ser facilmente interpretados como sinais de mau humor e preguiça. (ESTANISLAU; BRESSAN, 2014, p.17)

A partir da análise dos projetos que envolvem a comunidade escolar, tal como o Cuca Legal, é possível compreender que existe um discurso que enfatiza a promoção de saúde mental nas escolas, evitando a supervalorização da doença, e que está disponível para o público leigo e também educadores em sites, cartilhas e no livro acima referido. Todavia, os artigos científicos publicados, a partir dessas mesmas experiências de inserção da psiquiatria do desenvolvimento no ambiente escolar, produzem um discurso bastante diferente, com foco na intervenção e diagnóstico, tal como no trecho abaixo, abstract do artigo *Evaluating the effectiveness of a training program that builds teachers' capability to identify and appropriately refer middle and high school students with mental health problems in Brazil: an exploratory study* (VIEIRA *et al.*, 2014).

No Brasil, como em muitos países, tem havido uma falha na identificação de problemas de saúde mental (PSM) em crianças e jovens e em encaminhá-los para os cuidados e apoio adequados. O ambiente escolar fornece um cenário ideal para isso. Portanto, programas eficazes precisam ser desenvolvidos para treinar professores para identificar e encaminhar adequadamente crianças com possível PSM. Nosso objetivo foi avaliar a capacidade dos professores em identificar e encaminhar adequadamente os alunos com um possível PSM e a eficácia de uma estratégia psicoeducacional para aumentar a capacidade dos professores nessa área. (VIEIRA *et al.* 2014, p. 1, tradução minha)

Ainda no âmbito do Cuca Legal, está sendo desenvolvido um sistema de inteligência artificial (*CleverCare*²⁰) na área de saúde mental. Por meio de estudo piloto em duas escolas públicas do município de Jaboticabal (SP), esta atividade visa o desenvolvimento e avaliação de um sistema eletrônico interativo de suporte via celular para educadores, em parceria com a empresa *Kidopi – Soluções em Informática Médica*. Segundo relatório, tal sistema possibilita a troca de mensagens e informações sobre situações relacionadas a saúde mental vivenciadas pelos educadores no ambiente escolar, servindo como ferramenta para ampliação de conhecimento e tomada de decisões mais assertivas. (INPD, 2019)

O *CleverCare* é, portanto, um “framework” – pode ser entendido como um sistema de gestão de riscos – que além de interfaces gráficas para usuários e aplicativos de programação (APIs) de acesso, possui uma máquina de estados, um sistema de gestão de diálogos, ferramentas de processamento de linguagem natural (PLN), além de uma integração com serviços de mensagens, como WhatsApp e SMS, permitindo a comunicação com o usuário de forma personalizada e também ativa. (INPD, 2019)

O sistema inicia diálogos com o usuário e caso sua resposta não puder ser classificada, ela é enviada para um especialista, que define sua categoria e permite a continuação do diálogo. O sistema, por sua vez, analisa a pergunta recebida, verificando a semelhança da mesma com perguntas previamente cadastradas pelo especialista. Caso exista na base alguma pergunta com alto grau de similaridade, a resposta da mesma é enviada para o usuário, caso contrário, é enviada para o especialista. [...] O conteúdo do primeiro chatbot foi produzido pela equipe do Cuca Legal e está sendo inserido no *CleverCare* pela *Kidopi*²¹. (INPD, 2019, não paginado)

Ressalta-se que essas diversas iniciativas da psiquiatria do desenvolvimento no Brasil envolvendo o universo escolar expressam uma atual ampliação dos processos de medicalização da infância na sociedade contemporânea, ou seja, existe em curso uma nova tentativa de legitimação e fortalecimento do poder psiquiátrico – aliado aos fundamentos do Estado neoliberal e aos interesses da indústria farmacêutica – no governo dos sentimentos e condutas de crianças e adolescentes, e este se impõe especialmente na escola. A este respeito, Giusti (2016) defende que:

A educação escolar que se apresenta na atualidade segue fortemente influenciada pelos ideais higienistas. A profilaxia e sanitarismo a que se referiam tais ideais justificaram e legitimaram a atuação de profissionais do campo médico, como pediatras, psicólogos e psiquiatras no campo da educação, justamente por este ser considerado o ambiente de formação do caráter e criação de hábitos. A infância ainda

²⁰ Disponível em: www.clevercare.com.br

²¹ Fonte: www.kidopi.com.br

é vista como período primordial de prevenção das doenças mentais e, cabe aos professores e agentes da educação identificá-las e corrigi-las a tempo. (GIUSTI, 2016, p. 169)

Reitera-se, portanto, que existem muito mais continuidades do que rupturas no discurso psiquiátrico ao longo da história. Criam-se novas tecnologias prático-discursivas, mas os pressupostos se baseiam sempre nas mesmas ideias, e seus objetivos continuam majoritariamente relacionados ao mesmo problema epistemológico: a origem orgânica das patologias mentais. Entretanto, cabe assinalar que a partir das recentes revoluções tecnológicas e dos meios de comunicação, que ganham força com a entrada no século XXI, ampliam-se fortemente as possibilidades de intervenção da psiquiatria no governo das condutas humanas, na gestão social, sobretudo no terreno da infância e adolescência.

3.3 A BUSCA PELA INSERÇÃO DO NOVO REFERENCIAL NA FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Em novembro de 2019, foi realizada uma consulta pública (enquete) para o TDAH, sob coordenação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Público de Saúde (CONITEC), com vistas à elaboração e revisão do PDCT – Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade. A pesquisa, que tem como público alvo pacientes diagnosticados com TDAH, traz como referência dois dos principais autores em psiquiatria do desenvolvimento, especialistas em TDAH: Polanczyk e Rohde. Trago abaixo as principais informações da consulta.

Este documento é a primeira etapa no processo de elaboração/revisão de um protocolo clínico baseado em evidências científicas e tratará de identificar os aspectos mais importantes a serem abordados na atualização do PCDT sendo a base para a estruturação das perguntas clínicas que serão objeto de busca na literatura científica. (BRASIL, 2019, s/p)

As abordagens Incluídas na pesquisa incluem: • Caracterização; • Classificação; • Diagnóstico; • Elegibilidade; • Tratamento não farmacológico; • Tratamento farmacológico; • Apoio educacional; • Esquema terapêutico; • Interrupção do tratamento; • Casos especiais; • Monitoramento da pessoa com TDAH; • Gestão e controle.

Quanto às perguntas de pesquisa, sustenta-se que as perguntas estabelecidas serão respondidas com base em revisão sistemática da literatura, tendo por referência a melhor evidência científica disponível.

Questão 1: Qual a eficácia/efetividade comparativa entre terapia cognitivo-comportamental e outras terapias como: análise do comportamento, psicanálise, metilfenidato, intervenção psicossocial, psicoeducação, fenomenologia.

Para a melhora da: funcionalidade; redução do uso de intervenção medicamentosa; melhora da qualidade de vida; mortalidade, redução dos prejuízos secundários (acadêmico; abuso de drogas; acidentes; gravidez indesejada [especialmente na adolescência]; DSTs; desemprego; evasão escolar.

Questão 2: Qual a eficácia comparativa entre metilfenidato e lisdexanfetamina para pessoas com TDAH (qualquer idade) para: melhora do desempenho escolar, melhora do desempenho no trabalho, menor uso de drogas, melhor relacionamento pessoal, funcionalidade, qualidade de vida.

Percebe-se com tal iniciativa que, além de objetivar medir a aceitação do público entre as terapêuticas comumente utilizadas para TDAH, farmacológicas ou não, a consulta também quer investigar a aceitação do público entre dois dos psicofármacos mais usados: o metilfenidato, o mais amplamente usado no Brasil, e a lisdexanfetamina, a droga mais recentemente aceita no país para tratar crianças com TDAH a partir de 6 anos de idade. Conforme informações disponíveis no site do Instituto Paulista de Déficit de Atenção²² (IPDA):

Venvanse (nome comercial - Shire) é um psicoestimulante cerebral, usada no tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH. Serve para aumentar a concentração e o foco. Mais forte em seus efeitos positivos sobre o foco e concentração, igualmente pode trazer maiores efeitos colaterais. Porém, justamente devido aos riscos de abuso e potenciais efeitos colaterais negativos, precisa ser usada sob estrito acompanhamento médico, sempre acompanhado de tratamentos não-medicamentosos que assegurem ganhos de longo prazo bem como mudanças no estilo de vida. [...] Em comparação com a Ritalina e Concerta, duas outras medicações também usadas no tratamento do TDAH, o Venvanse tem efeitos bem mais potentes. Isto ocorre devido à sua principal substância ativa – Dimesilato de Lisdexanfetamina. O efeito positivo é bem nítido após pouco tempo de uso. Quem toma relata ser uma droga “poderosa”, pois consegue claramente sentir a diferença entre tomar e não tomar. (IPDA, [20--], não paginado)

²² Disponível em: <https://dda-deficitdeatencao.com.br/tratamento/venvanse.html>

Já há inúmeras críticas na literatura sobre os efeitos adversos do uso de psicofármacos na infância, tal como o metilfenidato (WHITAKER, 2010, 2016; FRANCES, 2015). Ainda assim, lança-se e aceita-se um novo medicamento estimulante – uma anfetamina, classe de droga comumente conhecida por risco de abuso/dependência –, considerado mais perigoso em seus efeitos e com possíveis efeitos colaterais graves – observáveis na bula, tal como a incidência de episódios psicóticos –, e para crianças que acabaram de entrar no ensino fundamental I, quando se inicia o processo de alfabetização, período em que elas precisam aprender a permanecer sentadas e focadas em uma só atividade por muito mais tempo.

É pertinente questionar, nesse sentido, sobre os limites éticos desse tipo de política de saúde mental em implementação no país. É bastante problemático e contraditório que se pesquise sobre medicamentos neuroprotetores, que se advogue por intervenções preventivas cada vez mais precoces – inclusive medicamentosas – com vistas a se reduzir e controlar o risco para transtorno mental entre crianças e adolescentes e, concomitantemente, que se invista em colocar no mercado e incorporar ao sistema público de saúde um remédio que sujeita crianças ainda pequenas (6 anos) e adolescentes ao risco à psicose.

3.4 O DISCURSO SOBRE RISCO E PREVENÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE LEGITIMAÇÃO DO SABER-PODER DA PSIQUIATRIA CONTEMPORÂNEA

Uma das maiores contribuições de Michel Foucault, em suas análises sobre a experiência da modernidade, relaciona-se ao núcleo teórico do biopoder. Esse tipo de poder que aparece no século XIX é posterior historicamente à soberania (caracterizada pelo poder de matar e deixar viver), e centra-se no corpo e na vida, em sua preservação e melhoramento. Em estreita relação ao desenvolvimento do capitalismo, o biopoder objetiva criação de corpos dóceis e produtivos ao sistema. Ele é, ao mesmo tempo individualizante e totalizante. Volta-se, portanto, ao governo do indivíduo por meio de técnicas disciplinares, e da população (como corpo-espécie) por meio de mecanismos de regulação, a denominada biopolítica. Conforme o autor, o biopoder “trata essencialmente de aumentar a vida, de prolongar sua duração, de multiplicar suas possibilidades, de desviar seus acidentes, ou então de compensar suas deficiências” (FOUCAULT, 1976, p. 304).

Conforme este autor (2008), é a lógica do risco e da segurança associada à legitimação de certos saberes, tais como a biomedicina, a estatística e a epidemiologia que possibilitam o governo das populações.

Porque, afinal de contas, para de fato garantir essa segurança é preciso apelar, por exemplo, e é apenas um exemplo, para toda uma série de técnicas de vigilância, de vigilância dos indivíduos, de diagnóstico do que eles são, de classificação da sua estrutura mental, da sua patologia própria, etc., todo um conjunto disciplinar que viceja sob os mecanismos de segurança para fazê-los funcionar. (FOUCAULT, 2008, p. 11)

Seguindo esta ótica, portanto, os dispositivos de saber-poder próprio das sociedades liberais e neoliberais, designado por Foucault de “dispositivo de segurança”, vai se centrar na lógica da prevenção e antecipação de riscos. Conforme Caponi (2019):

Esse dispositivo não tem o propósito de fechar ou isolar num espaço; pelo contrário, permite a circulação de saberes em espaços diversos, passando por escola, família, psicologia, educação, dentre outros âmbitos. Trata-se de um poder que não estabelece distinções taxativas entre o normal e o patológico, o certo e o errado, mas que se situa num contínuo que integra desde as patologias mais graves até os pequenos desvios de comportamento. Um poder, que por fim, adota uma perspectiva não individual, mas populacional, estabelecendo parâmetros estatísticos de normalidade e desvio, além de estratégias de normalização para aqueles que não se ajustam aos critérios de existência definidos de acordo com curvas de normalidade. (CAPONI, 2019, p.172)

Assim, observa-se que a psiquiatria do desenvolvimento sob a justificativa de que a maior parte dos transtornos mentais dos adultos tem origem na infância, especialmente no desenvolvimento cerebral, trabalha essencialmente com a noção de indivíduos em risco e com tecnologias para a antecipação do risco. Como vimos, seu discurso sobre a existência de um risco generalizado em saúde mental penetra o ambiente escolar, e por meio da mídia, informa a população geral.

Seus principais agentes afirmam uma nova verdade e apresentam dados estatísticos que geram medo na população, e portanto, a necessidade de consumir seus serviços. Essa verdade, a propósito, a convida igualmente a participar de suas pesquisas e a ganhar, com isso, uma avaliação gratuita que dirá se o indivíduo está ou não em risco (se possui ou não um escore de risco) de desenvolver um ou mais transtornos mentais. Seus discursos e práticas ancorados na noção de risco expressam, assim, uma biopolítica da população infanto-juvenil que está centrada em uma grande variedade de controles e intervenções reguladoras de seu desenvolvimento futuro: emocional, cognitivo/comportamental e social.

Assim, atualmente, os médicos já não diagnosticam e tratam enfermidades, mas diagnosticam e tratam riscos. Como os riscos nem sempre se convertem em doença, é possível afirmar que estamos diante de uma situação inédita na prática médica, em que existem efeitos adversos de diagnósticos e tratamentos de doenças que nunca ocorreram. (CASTIEL; ALVAREZ-DARDET, 2010) Ademais, os riscos que se afirmam estar presentes no campo da saúde mental da infância reproduzem-se nos discursos psiquiátricos como um problema que

pode não apenas afetar a vida da própria criança (mencionam-se a probabilidade de evasão escolar, prejuízo acadêmico/profissional e na vida social, além de problemas com a justiça), como pode impactar negativamente o futuro da sociedade em geral. (GIUSTI, 2016)

A partir da pesquisa bibliográfica e documental realizada neste estudo, pode-se afirmar, a este respeito, que é de fato recorrente o argumento inicial em artigos e matérias do âmbito da psiquiatria do desenvolvimento sobre o excesso de gastos com saúde mental no mundo e o impacto que isso gera nas contas públicas. Então, a promessa que se apresenta é que tal problema pode ser revertido com políticas de antecipação de riscos e de intervenções preventivas. Defende-se que o quanto antes a intervenção for feita, menos onerosos serão os gastos com as políticas de saúde mental.

Conforme Caponi (2019), observa-se que a estratégia de intervenção precoce na infância para prevenir problemas na vida adulta pela psiquiatria é mais antiga do que parece:

Se observarmos as publicidades da indústria farmacêutica, faz tempo que a intervenção preventiva na infância com psicofármacos, desde o Thorazine (1956) até a Ritalina (1970), apresenta-se como um modo de evitar os problemas psiquiátricos que poderiam surgir na vida adulta, no caso de crianças com certo perfil como desatenção, desinteresse ou desobediência, não fossem devidamente tratadas. (CAPONI, 2019, p.172)

Cabe entender de forma crítica, portanto, os usos políticos que têm sido feito da ideia de risco pela psiquiatria moderna. De acordo com Castiel e Alvarez-Dardet (2010), não se trata de menosprezar o poder de conhecimento que temos disponível sobre o risco – importante nas técnicas e conjuntos de práticas com vistas à prevenção de enfermidades a nível populacional – mas antes, de “assinalar tantos os possíveis efeitos dos exageros em sua utilização como também sua vinculação com aspectos indesejáveis das atuais configurações socioculturais que devem ser aperfeiçoadas” (CASTIEL; ALVAREZ-DARDET, 2010, p. 64)

Outro importante autor que nos ajuda a refletir a propósito desta problemática é Robert Castel (1999). Ele questiona as assertivas do sociólogo Ulrich Beck (1993) sobre vivermos em uma *sociedade de risco* na modernidade tardia. Em linhas gerais, Beck fala de sociedade de risco para assinalar a complexidade dos riscos modernos, que se referem especialmente a sua natureza. Isto é, enfatiza a presença crescente dos riscos manufaturados, produtos dos desenvolvimentos da ciência e tecnologia, e à progressiva tendência à desterritorialização e globalização desses riscos (SPINK, 2001).

Conforme Castel (1999), a proposição de Beck e de outros teóricos que vão na mesma direção, só estaria contribuindo para um crescimento de sentimento de insegurança

generalizado na população, favorecendo à ampliação do mercado privado de seguros. Ele defende, em contraposição, que o risco na sociedade contemporânea representa nada mais que um cálculo de probabilidades. Um indivíduo é considerado suspeito quando apresenta características que os especialistas responsáveis pelas políticas preventivas consideram como fatores de risco (GIUSTI, 2016). Como vimos na seção dedicada aos DSM-V (2014), no campo da saúde mental, tais características têm se expandido cada vez mais com a ampliação dos diagnósticos e, portanto, o espaço generalizado de fatores de risco em construção pela psiquiatria do desenvolvimento tem multiplicado sensivelmente as possibilidades de intervenção preventiva, inclusive medicamentosa.

Para Castel (2008), portanto, a preocupação excessiva com os riscos na sociedade contemporânea baseia-se em um mito, uma vez que:

[...] não há riscos em si mesmos, o risco sempre se refere a uma situação social histórica particular, onde há, por exemplo, proteções, mas essas proteções são consideradas insuficientes e há uma aspiração por segurança muitas vezes excessiva, porque não há segurança absoluta, a menos que se esteja morto, quando se morre, nada pior pode acontecer. [...] Outra coisa acontece se se raciona em termos de população de risco, porque não temos que esperar que se produza um ato indesejável, não se constata um perigo, mas se constrói uma combinação de fatores suscetíveis de produzi-lo, que o torna mais ou menos provável. (CASTEL, 2008, p.2-3)

Na mesma linha crítica, no que tange aos usos da noção de risco em saúde e à política de vigilância sanitária criada a partir de cálculos probabilísticos, Rabinow (1999) sustenta que:

A prevenção moderna é antes de tudo o mapeamento de riscos. O risco não é o resultado de perigos específicos colocados pela presença imediata de uma pessoa ou um grupo de pessoas, mas sim a fusão de “fatores” impessoais que tornam um risco provável. Assim, a prevenção é a vigilância, não do indivíduo, mas sim de prováveis ocorrências de doenças, anomalias, comportamentos desviantes a serem minimizados, e de comportamentos saudáveis a serem maximizados. (RABINOW, 1999, p.1945)

É interessante notar aqui, tal como sustenta Rabinow (1999), que a psiquiatria do desenvolvimento trabalha não apenas na linha da prevenção e gestão de riscos, mas contempla também uma preocupação com a maximização de comportamentos saudáveis. O locus privilegiado para esse último empreendimento é, sobretudo, a escola. As chamadas competências socioemocionais, como vimos, têm sido apontadas como fatores protetores ao desenvolvimento de transtornos mentais, e as intervenções propostas para seu desenvolvimento e fortalecimento foram designadas aos professores e pais, e quando não funcionam, à psicologia de abordagem cognitiva-comportamental. A aquisição dessas habilidades ocupa atualmente o lugar daquilo que é considerado normal/saudável e que deve ser, portanto, maximizado.

Mitjavila (2015), na mesma direção, defende que:

Uma das principais funções estratégicas do risco como dispositivo é proporcionar um instrumento para a administração da incerteza e do medo, principalmente com relação à ocorrência de eventos futuros de caráter indesejável. Nesse sentido, o cálculo e a avaliação de riscos em diversas áreas da vida social informam pouco ou nada sobre a presença real de perigos ou ameaças e muito mais sobre as racionalidades, os interesses e os padrões culturais que organizam a percepção e a codificação de tais ameaças e medos em termos de risco. (MITJAVILA 2015, p. 120)

Cabe enfatizar, nesse sentido, que a medicina trabalha estrategicamente com a própria autoridade cultural que lhe foi concedida historicamente. O discurso não é, portanto, imposto de cima para baixo diretamente. É justamente pela estratégia do medo e do risco que o saber médico atua para perpetuar sua legitimidade e poder no controle social.

Em outro artigo, Caponi (2012) faz uma análise do que ela chama de biopolítica do sofrimento psíquico e sua estreita relação com a ideia de risco:

O risco, na medida em que aparece como um modo de antecipar um perigo possível (real ou imaginado) sobre a vida e a saúde, constitui a estratégia biopolítica por excelência que permite garantir a legitimidade e aceitabilidade desse modo de exercer o governo das populações. A ambição por identificar comportamentos de risco cada vez mais sutis, com a finalidade de construir uma psiquiatria preventiva, é central para compreender o modo como os pequenos desvios de conduta e as tristezas cotidianas ingressam no campo das intervenções psiquiátricas iniciando um verdadeiro processo de medicalização do não patológico. (CAPONI, 2012, p. 117)

Para fins desta pesquisa, destaca-se que a psiquiatria do desenvolvimento, que é essencialmente biológica e preventiva, ao continuar ancorando-se na noção de risco e ao tornar cada vez mais difusas as características entre aquilo que é normal e patológico no campo das condutas e sentimentos humanos, está contribuindo significativamente para a ampliação do processo de psiquiatrização da infância e de medicalização da vida. Algumas das consequências ético-políticas que se evidenciam incluem: o aumento da estigmatização de crianças e o impacto na construção de suas subjetividades; a biologização e individualização do sofrimento psíquico alicerçada na negligência de seus condicionantes culturais, políticos e econômicos; e o aumento da medicamentação, ou seja, do uso de psicofármacos com graves efeitos colaterais e alto poder adictivo no manejo com crianças pré-escolares (4 e 5 anos) e escolares (a partir dos 6 anos).

CONCLUSÃO – PARA UMA ANÁLISE CRÍTICA DOS CONDICIONANTES POLÍTICOS, ECONÔMICOS E CULTURAIS DOS SOFRIMENTO PSÍQUICO NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

Ainda que possa em algum momento parecer, o propósito deste trabalho não foi o de tentar deslegitimar levemente os conhecimentos e práticas do campo biomédico, tampouco aquelas em análise aqui privilegiadas: a psiquiatria biológica e suas vertentes mais recentes. Como vimos, críticas relacionadas a inconsistências teóricas e metodológicas emergem do próprio campo da psiquiatria revelando a existência de uma luta epistemológica pela afirmação e legitimação de certas verdades no interior dele. Como já se sabe, a psiquiatria do desenvolvimento com sua equipe de especialistas – com destaque para os coordenadores do INPD –, obteve amplo financiamento público e privado para suas iniciativas, evidenciando que diversos interesses, dentre eles econômicos, políticos e culturais, atravessam o seu campo mais estrito de pesquisa.

Ressalta-se, nesse sentido, que o grande desafio que se coloca atualmente às ciências sociais no que toca às questões de saúde mental é, fundamentalmente, o de chamar a atenção para as fragilidades epistemológicas da psiquiatria desde sua constituição e as estratégias que são mobilizadas para, a despeito dessas fragilidades, não perder legitimidade no universo acadêmico-científico e fora dele. Outra questão, intrinsecamente relacionada à primeira, refere-se ao determinismo biológico de suas explicações, isto é, à sua obsessão por descobrir um marcador biológico para as patologias mentais, e concomitantemente, à sua negligência histórica em considerar os aspectos sociais, políticos e culturais mais amplos do sofrimento psíquico, suas multideterminações. Estas duas primeiras questões foram sistematicamente referidas nos primeiros capítulos. (AGUIAR, 2003) (CAPONI, 2019) (FRANCES, 2015) (ROSE; ABI-RACHED, 2013) (SERPA JR, 2004) (WHITAKER, 2016).

À guisa de conclusão, portanto, pretende-se mostrar, a partir de um olhar sociológico, a forma que esses discursos biologizantes e individualizantes presentes na psiquiatria contemporânea coadunam-se a um tipo de racionalidade muito específica, a que chamamos neoliberalismo. Ainda que este último tema seja amplamente analisado por diversos teóricos provenientes de diferentes campos de conhecimento, ao que tange o objetivo deste estudo, optei por concentrar meus esforços nas contribuições de Foucault (1979), Bourdieu (1998), Castel (2005), além dos contemporâneos Laval e Dardot, autores de *A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal* (2016).

O neoliberalismo foi teoricamente cunhado na década de 1930 em resposta à crise do liberalismo clássico – que não conseguiu incorporar os novos dados do capitalismo contemporâneo, como o fenômeno da empresa, sua organização e formas jurídicas, e as novas formas de competição – e à crescente desconfiança no princípio do *laissez-faire*, do não intervencionismo estatal na economia. Entretanto, como modelo de política econômica, o neoliberalismo só foi colocado em operação efetivamente, a partir das décadas de 1980 e 1990, quando se iniciaram, em diversas nações, os processos de desmonte do Estado de bem-estar-social e de enfraquecimento dos coletivos, como sindicatos e outros tipos de associações que garantiam diversas proteções à população trabalhadora. (CASTEL, 2005; DARDOT; LAVAL, 2016).

Mobilizando as contribuições de Castel (2005), é importante destacar que a problemática das proteções sociais remete às primeiras correntes liberais e está culturalmente enraizada na constituição do sujeito moderno. A sociedade moderna liberal – que é a sociedade dos indivíduos, das liberdades individuais e da defesa da propriedade – funda um Estado que é, antes de tudo, responsável pela proteção e segurança dos seus membros. A proteção está na base do pacto social e ela fundamenta, legítima e justifica a existência do Estado Moderno. Temos, assim, o enraizamento da necessidade e busca pela proteção social. Entretanto, a recusa histórica das elites em considerar as condições sociais na aplicação dos princípios liberais – na constituição do Estado de Direito que se baseia na defesa à propriedade – trouxe consequências desastrosas, na medida em que deixou à própria sorte os indivíduos que não têm como garantir, a partir de recursos próprios, sua proteção e segurança contra os riscos do desemprego, da velhice, do adoecimento, da invalidez para o trabalho. Atualmente – em face do processo de erosão das proteções sociais (insegurização) que teve início em vários países ocidentais ainda na década de 1980, e do desmantelamento da sociedade salarial (descoletivização) que mantinha associações profissionais a fim de proteger os interesses das classes trabalhadoras – aqueles que não têm os meios de assegurar sua independência pela propriedade, encontram-se cada vez mais fragilizados e desamparados socialmente, e esse sentimento age como princípio de desmoralização, dissolve os laços sociais e os coletivos, e finalmente, mina a estrutura psíquica dos indivíduos.

No contexto neoliberal, que leva a perversão do sistema capitalista ao limite, o domínio das regras do jogo político segue, sobretudo, nas mãos das grandes corporações e do capital financeiro. A flexibilização cada vez maior das relações trabalhistas que visa primordialmente

o aumento de sua capacidade produtiva e do lucro, à custa dos direitos dos trabalhadores histórica e duramente conquistados, acentua as desigualdades sociais, cria uma multidão de empregados precarizados e um contingente cada vez maior de desempregados. E, simultaneamente, com o propósito de não encontrar resistência às transformações postas em andamento, no âmbito do discurso impõe-se a naturalização da meritocracia, expressa pela total responsabilização individual pelo fracasso ou sucesso. Obrigado a ser livre e intimado a ser bem-sucedido, o sujeito neoliberal deve produzir suas próprias garantias à insegurança social que foram outrora garantidas e reguladas pelo Estado (BOURDIEU, 1998; CASTEL, 2005; DARDOT; LAVAL, 2016).

Tratando-se de um sistema altamente competitivo e hierárquico, para que alguns ascendam e se mantenham em posições de privilégio, muitos acabam excluídos. Nesse sentido, se toda configuração histórico-social produziu suas classes de indivíduos excluídos, no contexto neoliberal são os fracassados, os inválidos ou ainda os imigrantes que assumem esse lugar. Responsabilizados por sua situação de vulnerabilidade, essas populações passam a ser vistas como *classes perigosas* e se tornam alvo de um Estado que agora se mostra securitário, repressor e que, em vez de lhes oferecer proteção, criminaliza suas ações e manifestações ainda que elas sejam de fato, e em grande medida, vítimas das mudanças sociais que a ordem capitalista continuamente engendra. (CASTEL, 2005)

Bourdieu (1998), por sua vez, ao tecer uma análise sobre a essência do Neoliberalismo, insiste em denunciar a invasão do campo científico pelo campo econômico e pela ideologia neoliberal. Ideologia sim, afirma o autor, porque as políticas neoliberais fundamentam-se na existência de um mundo utópico de uma justiça empresarial que não se sustenta e nem se confirma no mundo concreto. Ancoram-se, pois, em uma lógica econômica pretensamente científica que ninguém, além dos detentores do poder a quem ela efetivamente serve, conhece. Ou seja, a imposição desse tipo de racionalidade não é mera fatalidade como muitos pretendem. As medidas de cunho neoliberal são apresentadas como necessárias, imperativas à adaptação ao novo mundo globalizado e a esse novo modelo de homem virtuoso – livre, ávido por conhecimento, empreendedor de si, flexível e responsável por suas escolhas e por sua trajetória de sucesso – quando, em verdade, sua lógica expressa escolhas estratégicas, representa a imposição de um programa político-ideológico que vem a favorecer majoritariamente o campo empresarial dominado pelo capital financeiro e por relações clientelistas com o Estado.

Entretanto, e não por acaso, o processo de reindividualização a que Castel (2005) faz menção impõe a diminuição dos coletivos tais como os sindicatos e associações profissionais

que representam a única instância histórica a agir em defesa da classe trabalhadora. De alguma forma, essas associações eram responsáveis por balizar um pouco a relação de poder entre capitalista e trabalhador. O que Bourdieu (1998), nesse sentido, chama a atenção é que esta lógica reindividualizante e meritocrática desconsidera que cada um parte de um ponto diferente nessa corrida altamente competitiva ao sucesso – o que ele explica por meio do conceito de capital simbólico – e que, portanto, inevitavelmente o sistema neoliberal deixará sempre de fora uma grande margem de excluídos, agindo para a reprodução social das desigualdades. Quanto aos excluídos, estes ficam na condição de exército de reserva, agora cada vez mais sem proteções e direitos, devem sucumbir à aceitação das inovações prático-discursivas que dão sustento para a existência da racionalidade neoliberal e dar um jeito de se adaptar, ou caem no desamparo total, podendo padecer de grande sofrimento psíquico. No entanto, como vimos ao longo deste trabalho, inclusive as questões sobre o sofrimento psíquico têm sido, historicamente, cada vez mais abordadas de forma descontextualizada e desistoricizada. A saúde mental, quando encarada sob um viés biologizante, é também algo a mais a ser administrada pelo indivíduo, seja de que forma for: fazendo uso de psicofármacos, sessões de coaching ou de terapia cognitivo-comportamental, praticando yoga e meditação etc. É ele o responsável por mantê-la ainda que seja possível argumentar, sob uma perspectiva crítica, que o sofrimento psíquico pode ser também, e em última análise, consequência da violência estrutural que tem sido perpetrada em contextos neoliberais.

A despeito de todas essas críticas referentes ao potencial destruidor do neoliberalismo, Foucault (1979), assim como Dardot e Laval (2016), buscaram mostrar também sua dimensão produtora, trazendo grande contribuição ao debate sobre os efeitos do neoliberalismo na cultura e nas subjetividades. As forças neoliberais, transformando o capitalismo, modificou profundamente também as sociedades, produzindo o sujeito neoliberal. Para os autores, o neoliberalismo deve ser entendido de forma ampliada: “[...] não é apenas uma ideologia, um tipo de política econômica. Ele é um sistema normativo que ampliou sua influência ao mundo inteiro, estendendo a lógica do capital a todas as relações e as esferas de vida”. (DARDOT e LAVAL, 2016, p. 7). Assim, este deve ser entendido como racionalidade de governo.

No contexto neoliberal, o princípio da concorrência que rege a lógica capitalista sai da esfera do mercado propriamente, se insere no campo político, para então se generalizar na sociedade, nas mais diversas esferas da vida. Assim, também o sujeito passa a ser entendido como uma espécie de capital, uma mercadoria, que constitui valor de troca. Como detentor de

capital humano, pressupõe-se que ele deva, a partir de escolhas racionais e esclarecidas, isto é, através de um cálculo responsável de custos e benefícios, investir continuamente em si mesmo em variadas dimensões, para obter melhores condições de encarar a luta concorrencial. Afirma-se, portanto, a ideia de sujeito como empresário de si, que deve adquirir e gerenciar ao longo da vida todo um conjunto de habilidades e competências de diversas ordens – cognitivas, emocionais e sociais –, a fim de melhor se adaptar ao sistema e, portanto, ter mais chances de ser bem-sucedido, alcançar um senso de realização pessoal e, quiçá, a almejada felicidade. Segundo os autores:

O neoliberalismo define certa norma de vida nas sociedades ocidentais e, para além dela, de todas as sociedades que as seguem no caminho da modernidade. Essa norma impõe a cada um de nós que vivamos num universo de competição generalizada, intima os assalariados e as populações a entrar em luta econômica uns com os outros, ordena as relações sociais segundo o modelo de mercado, obriga a justificar desigualdades cada vez mais profundas, muda até o indivíduo, que é instado a conceber a si mesmo e a comportar-se como uma empresa. Há quase um terço de século, essa norma de vida rege as políticas públicas, comanda as relações econômicas mundiais, transforma a sociedade, remodela a subjetividade. As circunstâncias desse sucesso normativo foram descritas inúmeras vezes. Ora sob seu aspecto político (a conquista do poder pelas forças neoliberais), ora sob seu aspecto econômico (o rápido crescimento do capitalismo financeiro global), ora sob seu aspecto social (a individualização das relações sociais às expensas das solidariedades coletivas, a polarização extrema entre ricos e pobres), ora sob seu aspecto subjetivo (o surgimento de um novo sujeito, o desenvolvimento de novas patologias psíquicas). Tudo isso são dimensões complementares da *nova razão do mundo*. (LAVAL; DARDOT, 2016, p. 16)

O capital humano, segundo a ótica neoliberal, deve ser formado desde a mais tenra infância. As políticas públicas centradas na primeira infância, sobretudo a partir da consolidação e legitimação do discurso neurocientífico na sociedade, expressam uma preocupação com investimento para formação de um “capital humano futuro”. Observa-se, nesse sentido, a existência de uma aliança entre o discurso neoliberal e neurocientífico, que contribuirão para a construção de um novo modelo e conceito de infância a partir do qual a psiquiatria do desenvolvimento encontrará espaço para se afirmar. As políticas educacionais implementadas nas últimas décadas advogam por um currículo baseado no conceito de competências, e dentre elas, há progressiva incorporação das chamadas competências socioemocionais, que como vimos são consideradas pela psiquiatria como fatores protetivos – de resiliência – ao desenvolvimento de transtornos mentais. (DARDOT; LAVAL, 2016; DARÉ, 2019; OLIVEIRA, 2011)

A saúde mental, por sua vez, é condição fundamental para um bom desempenho escolar e para a construção de uma trajetória de sucesso. Por meio da mobilização do conceito de “promoção de saúde mental” e munida do referencial das neurociências cognitivas, a

psiquiatria contemporânea, como vimos, invade o universo escolar e coaduna-se ao discurso pedagógico neoliberal. As competências socioemocionais vão ser, portanto, sistematicamente estimuladas com o objetivo de formar “ao longo da vida” o sujeito neoliberal, modelando as subjetividades desde cedo, isto é, com vistas a criar um homem adaptado e resiliente ao novo mundo, estabelecendo uma “verdadeira política da condição humana”. (DARDOT; LAVAL, 2016; DARÉ, 2019; OLIVEIRA, 2011) Ademais, aqueles que não se adaptam aos pressupostos neuro pedagógicos (BLAY; LAVAL, 2019), como bem observado, passam a ser considerados como vulneráveis, "em risco" ou ainda, "portadores" de transtornos mentais, e devem ser encaminhados para avaliação médica (INPD, 2019). São racionalidades interdiscursivas que se coadunam, somam forças, criando novas estratégias de governo da infância. (FOUCAULT, 1997).

Então, a partir da pergunta: “como é que, apesar das consequências catastróficas a que nos conduziram as políticas neoliberais, essas políticas são cada vez mais ativas, a ponto de afundar os Estados e as sociedades em crises políticas e retrocessos sociais cada vez mais graves?” (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 15), os autores irão defender uma concepção ampliada do neoliberalismo, que ultrapassa os aspectos mais macrossociais já abordados dessas transformações, e se dirigem ao domínio da governamentalidade. Para eles:

Governar é conduzir a conduta dos homens, desde que se especifique que essa conduta é tanto aquela que se tem para consigo mesmo quanto aquela que se tem para com os outros. É nisso que o governo requer liberdade como condição de possibilidade; governar não é governar contra a liberdade ou a despeito da liberdade, mas governar pela liberdade, isto é, agir ativamente no espaço de liberdade dado aos indivíduos para que estes venham a conformar-se por si mesmos a certas normas. (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 19)

Ou seja, não se trata mais da coerção e adestramento dos corpos pelas antigas disciplinas a fim de torná-los mais dóceis e produtivos. Trata-se agora de governar sujeitos cujas subjetividades devem estar completamente envolvidas nas atividades exigidas que eles cumpram, e para tanto, faz-se necessário reconhecer a parte irreduzível do desejo que os constituem. Nesse sentido, a vontade de realização pessoal ou os projetos que se quer realizar, em outras palavras, é o desejo mesmo destes que se tornará o novo alvo do poder. (DARDOT; LAVAL, 2016)

O ser desejante não é apenas o ponto de aplicação desse poder; ele é o substituto dos dispositivos de direção das condutas. Porque o efeito procurado pelas novas práticas de fabricação e gestão do novo sujeito é fazer com que o indivíduo trabalhe para a empresa como se trabalhasse para si mesmo e, assim, eliminar qualquer sentimento de alienação e até mesmo qualquer distância entre o indivíduo e a empresa que o

emprega. Ele deve trabalhar para sua própria eficácia, para a intensificação de seu esforço, como se essa conduta viesse dele próprio, como se esta lhe fosse comandada de dentro por uma ordem imperiosa de seu próprio desejo, à qual ele não pode resistir. (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 327)

A gestão do modelo neoliberal apresenta, portanto, novas técnicas de governamentalidade, que podem ser pensadas como ascetes de desempenho que visam a um melhor domínio de si mesmo, das emoções, do stress, das relações interpessoais. Observa-se, em voga na atualidade, técnicas como o *coaching* e a programação neurolinguística (PNL), e nas escolas, como vimos, a inclusão do ensino de competências socioemocionais. Todas elas pretendem um autoaprimoramento contínuo dos sujeitos por meio de exercícios práticos, técnicos de transformação de si, mas que tendem, perversamente, a jogar o peso da complexidade e da competição exclusivamente sobre eles.

Blay e Laval (2019) estudaram recentemente a apropriação das neurociências pelos mais variados campos de conhecimento, com destaque para a neuropedagogia, e sustentam estar em pauta na atualidade uma “desbourdienização” da educação. Ou seja, a partir de pressupostos neurocientíficos, busca-se consolidar uma neuropedagogia, que apaga e silencia as desigualdades de origem social (de classe) com fundamento em explicações cerebrais. O discurso emergente defende a entrada do campo pedagógico em uma fase de maior otimismo na compreensão sobre as desigualdades no universo escolar, diferentemente dos anos regidos pelo pessimismo em que reinava a abordagem bourdiesiana. Isto é, advoga-se por uma lógica absolutamente individualizante e medicalizante, uma apropriação dos discursos neurocientíficos pela política que pretende varrer as ciências sociais do campo pedagógico e do universo escolar.

Assim, pode-se argumentar que, na sociedade neoliberal, os resultados obtidos na vida desde a infância são entendidos *a-priori* de forma despolitizada, como consequências de um conjunto de decisões e esforços que dependem apenas dos indivíduos – e no caso das crianças, também de sua família – e não implicam nenhuma compensação no caso de fracasso, exceto aquelas afirmadas em seguros privados previamente contratados. Conforme os autores, a distribuição dos recursos econômicos e das posições sociais é vista exclusivamente como consequência de trajetórias, bem-sucedidas ou não, em termos de realização pessoal. Assim, o sujeito empresarial, criado pela racionalidade neoliberal, em todas as esferas da existência vê-se exposto a riscos de diversas naturezas dos quais ele não pode fugir, e a gestão deles está ligada a decisões estritamente privadas. “Ser empresa de si mesmo pressupõe viver inteiramente em risco”. (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 346)

Os autores argumentam, ainda, que o sujeito neoliberal é conduzido pelo dispositivo do desempenho e do gozo, uma modalidade que consiste não em perguntar como fazer para que as exigências da empresa e do indivíduo se adaptem um ao outro, mas antes, de que maneira o sujeito da produção e o sujeito psicológico podem se identificar:

Não se trata mais de fazer o que se sabe fazer e consumir o que é necessário, numa espécie de equilíbrio entre desutilidade e utilidade. Exige-se do novo sujeito que produza “sempre mais” e goze “sempre mais” e, desse modo, conecte-se diretamente com um “mais-de-gozar” que se tornou sistêmico. A própria vida, em todos os seus aspectos, torna-se objeto dos dispositivos desempenho e gozo. [...] Esse é o duplo sentido de um discurso gerencial que faz do bom desempenho um dever e de um discurso publicitário que faz do gozo um imperativo. Ressaltar apenas a tensão entre ambos seria esquecer tudo o que estabelece certa equivalência entre o dever do bom desempenho e o dever do gozo, seria subestimar o imperativo do “sempre mais” que visa a intensificar a eficácia de cada sujeito em todos os domínios: escolar e profissional, mas também relacional, sexual etc. (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 355)

Os discursos “psi”, entendidos como “tecnologia intelectual”, trouxeram as condições de possibilidade para que os indivíduos fossem governados a partir de um saber referente à sua constituição interna. Nesse sentido, eles produziram indivíduos que aprenderam a conceber-se como seres psicológicos, a julgar-se e modificar-se por um trabalho em si mesmos, e concomitantemente, forneceu às instituições e aos governantes meios de dirigir suas condutas. A partir da concepção do sujeito como locus de desejos, paixões, interesses, e também, de normas e julgamentos morais, tornou-se possível assimilar como as forças psicológicas propulsionam as condutas humanas, e de que forma agir tecnicamente no campo psíquico usando sistemas adaptados de estímulo, incentivo, recompensa e punição. (DARDOT; LAVAL, 2016).

Todo um conjunto de técnicas de diagnóstico e “ortopedia psíquica”, no campo educacional, profissional e familiar, foi integrado ao grande dispositivo de eficácia das sociedades industriais. A ideia diretriz era a da adaptação mútua dos móveis psicológicos e das coerções sociais e econômicas, o que nos ensinou a ver a “personalidade” e o “fator humano” como um recurso econômico pelo qual se deve “zelar”. (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 359)

Nesse contexto, não se trata mais de regular as pulsões, mas de estimulá-las como fonte de energia principal. A aliança do discurso “psi” com o discurso econômico age em torno da norma da competição entre empresas de si mesmo, fazendo com que os desejos individuais e os objetivos de excelência da empresa se identifiquem, isto é, com que o micro e o macro se harmonizem. Com esta lógica, portanto, o conflito social desaparece porque o poder coercitivo fica ilegível, ele vem de dentro, das próprias subjetividades. Todavia, o que o sucesso, como

valor supremo extensamente propagandeado na sociedade, atesta é apenas um anseio por ser bem-sucedido, a despeito dos inevitáveis fracassos, e uma certa alegria por conquistar tal sucesso, mesmo que por um breve momento da vida. O sujeito encontra sua verdade, então, no imperativo do sucesso e da realização pessoal, submetendo-se a um jogo de verdade através do qual reconhece seu ser e seu valor. (DARDOT; LAVAL, 2016)

Os autores chamam a atenção, nesse sentido, para novos sintomas de sofrimento psíquico que surgem em consequência das profundas transformações que o neoliberalismo operou nas subjetividades nas últimas décadas. Esses sintomas podem ser referidos, sobretudo, ao definhamento dos quadros institucionais e das estruturas simbólicas nos quais os sujeitos encontravam seu lugar e sua identidade. Tal definhamento resulta, conforme os autores, da transformação das instituições em empresas: as escolas, as universidades, os hospitais, e inclusive o Estado, passam a seguir a lógica da eficácia e competição, participando da normatividade. Nesse sentido, é a empresa que detém legitimidade para distribuir as regras, categorias, proibições, e estabelecer as identidades sociais. (DARDOT; LAVAL, 2016)

Reitera-se aqui que a psiquiatria contemporânea é hegemonicamente enviesada pelas ciências biológicas e, assim, não tem deixado espaço para que o contexto cultural, econômico e político seja tomado com a devida seriedade nos estudos que versam sobre o sofrimento psíquico, ou os chamados transtornos mentais. Nesse sentido, questiona-se: em quais dimensões sociais está inserido o sujeito que sofre? Qual a natureza da relação entre patologias mentais e os contextos sociais? De que contextos sociais estamos falando?

A psiquiatria do desenvolvimento pretende, como vimos, considerar as dimensões ambientais e sociais como fatores importantes ao desenvolvimento de patologias mentais, mas restringem essas questões a aspectos referentes às relações com a família, a vizinhança, o universo escolar, além de considerar dados socioeconômicos. Entretanto, percebe-se que mesmo dentre autores precursores de tal paradigma, como Cicchetti e Aber (1998), há preocupação com a questão do contexto social. Em artigo intitulado *Contextualismo e Psicopatologia Desenvolvimental*, eles afirmam que embora os contextos sejam percebidos como importantes nas análises sobre o desenvolvimento infantil, seja típico ou atípico, apenas os contextos microssociais, isto é, situacionais e das relações interpessoais mais imediatas têm sido efetivamente considerados nas pesquisas deste campo. É, portanto, com referência aos contextos *meso* ou *macrossociais* que os autores admitem ser mais difícil estabelecer relações de causalidade, porque isso demandaria da psicopatologia desenvolvimental uma aproximação,

uma “fertilização cruzada” em suas palavras, com outras disciplinas que estão acostumadas a abordar os contextos meso e macro, tais como a antropologia, a sociologia e a economia.

No entanto, cabe assinalar aqui, no que diz respeito à sociologia e a este trabalho especialmente, que não se trata de encontrar, obviamente, as causas culturais, políticas e econômicas para cada uma das patologias mentais criadas pela psiquiatria. Não é possível estabelecer uma relação direta entre os condicionantes sociais do sofrimento psíquico e os processos psicológicos de um único sujeito utilizando-se do arcabouço teórico-metodológico sociológico. Até porque, como vimos, do ponto de vista histórico, a rápida inflação diagnóstica das patologias mentais é altamente questionável, e agindo dessa forma apenas ajudaríamos a legitimar a medicalização do social que ela opera. Por isso, não abordo na conclusão os transtornos mentais propriamente. Assinalo, antes, no âmbito da sociologia, as formas a partir das quais o sistema neoliberal age para capturar e modelar as subjetividades de modo a favorecer a intensificação de sentimentos que tendem a resultar no aumento de certos tipos de sofrimento psíquico entre a população. Penso ser isso que interessa mais à sociologia: conseguir desvelar esses processos que relacionam aspectos macrossociais à construção de subjetividades, considerando o momento histórico e o contexto político, econômico e cultural. Volta-se, portanto, ao debate micro e macro, indivíduo e sociedade, agência e estrutura, temas tão caros à sociologia.

Dardot e Laval (2016) defendem, por exemplo, na esfera do trabalho, que o estresse, e eu diria que também quadros de ansiedade intensa, podem ter relação com a intensificação do trabalho, a individualização da responsabilidade na realização dos objetivos, além do enfraquecimento dos coletivos que favorece o isolamento dos trabalhadores. A gestão neoliberal da empresa, interiorizando a coerção de mercado, introduz a incerteza e a brutalidade da competição e faz os sujeitos assumi-las como fracasso individual, um motivo de vergonha e de desvalorização pessoal. Percebe-se, também, nessa nova organização do trabalho, certas contradições como a presença de um “comprometimento coagido”, ou ainda uma “coerção flexível”. De toda forma, os trabalhadores no contexto neoliberal se apresentam cada vez mais vulneráveis na medida em que a gestão exige deles um comprometimento integral de sua subjetividade.

Outra situação abordada é que o trabalho nos dias atuais não oferece mais um quadro estável, uma carreira previsível, um conjunto de relações pessoais sólido e, portanto, o “longo prazo” deixa de existir. O mundo profissional torna-se uma soma de transações pontuais, em vez de constituir relações sociais, implicando um mínimo de lealdade e fidelidade. Esse

processo, por sua vez, agiria para a corrosão do caráter e para uma certa perversão individualista das personalidades. Ademais, a tendência em considerar útil apenas os conhecimentos de aplicabilidade imediata explicam sua rápida obsolescência. E nesse sentido, o capital humano está sujeito ao mesmo risco de desvalorização que o capital técnico, o que acaba afetando profundamente os indivíduos que, com a idade, veem-se confrontados com o sentimento deprimente de inutilidade social e econômica. Os efeitos disso, segundo os autores, são vários: desde a usura profissional acelerada até o “caos” psíquico e relacional. Eles apontam também para um processo de desmoralização ligado à expectativa de que o sujeito contemporâneo tenha flexibilidade, mobilidade, uma tendência ao desapego, e à indiferença que dele resulta. Outra questão analisada refere-se a um expressivo aumento dos casos clínicos de depressão nas últimas décadas. A este respeito, os autores sustentam que:

A depressão é, na verdade, o outro lado do desempenho, uma resposta do sujeito à injunção de se realizar e ser responsável por si mesmo, de se superar cada vez mais na aventura empresarial. O indivíduo é confrontado mais com uma patologia da insuficiência do que com uma doença da falta, mais com o universo da disfunção do que o da lei. [...] o sujeito que não aguenta a concorrência pela qual pode entrar em contato com os outros é um ser fraco, dependente, que se suspeita não estar à altura do desafio. O discurso da “realização de si mesmo” e do “sucesso de vida” leva a uma estigmatização dos “fracassados”, dos “perdidos” e dos infelizes, isto é, dos incapazes de aquiescer à norma social de felicidade. O “fracasso social” é visto, em última instância, como uma patologia. (DARDOT; LAVAL, 2016, p.367)

O remédio geralmente sugerido para esta doença da responsabilidade é uma dopagem generalizada. O medicamento substitui a função da instituição a qual não apoia mais, não reconhece mais, não protege mais os indivíduos isolados. Assim, vícios variados, dependências de mídias digitais, o próprio consumo de mercadorias, são alguns dos estados artificiais possíveis que trazem a ilusão imaginária do gozo total. A instrumentalização do simbólico pelas instituições econômicas atestam um mundo sem limites, em que tudo é consumível, até mesmo as identidades. Nesse sentido, as identificações com cargos e funções empresariais, com grupos de consumo e marcas da moda, se tornam alvo de manipulação pelo aparato econômico. (DARDOT; LAVAL, 2016). A subjetivação neoliberal, portanto, institui cada vez mais explicitamente uma relação de gozo obrigatório consigo mesmo e com o outro, além do imperativo pelo desempenho máximo que, juntos podem trazer um grande custo subjetivo se levarmos em consideração todas as insuficiências e limites do mundo concreto.

Os autores defendem ainda ser inútil lamentar a crise de instituições de enquadramento, como família, escola e sindicatos, ou ainda a decadência da cultura e do saber,

tampouco o declínio da vida democrática. É necessário, outrossim, entender como funciona a gestão social do desempenho:

É melhor tentar compreender como todas essas instituições, valores e atividades são hoje incorporados e transformados no dispositivo de desempenho/gozo, em nome de sua necessária modernização; é melhor examinar de perto todas as tecnologias de controle e vigilância de indivíduos e populações, sua medicalização, o fichar, o registro de seus comportamentos, inclusive os mais precoces; é melhor analisar como disciplinas médicas e psicológicas se articulam com o discurso econômico e com o discurso sobre segurança pública para reforçar os instrumentos da gestão social. (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 375)

Reiteira-se que este foi justamente o objetivo desta conclusão, o de buscar compreender de que maneira a psiquiatria biológica contemporânea se coaduna ao discurso neoliberal para se legitimar e ampliar seu poder de controle dos comportamentos e das subjetividades, isto é, de gestão social.

Os autores Castiel e Alvarez-Dardet (2010), por sua vez, mostram algumas das transformações prático-discursivas ocorridas nas últimas décadas no domínio da saúde. Eles defendem que os discursos sobre a saúde nunca se restringem apenas a questões de saúde. Se esses discursos expressam modos de pensar, escrever e falar sobre a saúde e suas práticas, torna-se imperativo situá-los em determinados momentos históricos e buscar os fundamentos de sua legitimação, ao acompanhar a ordem econômica, política e social donde são gerados, sustentados e reproduzidos, ajustando-se a ela. Assim, a “culpabilização da vítima” constitui um importante aspecto do discurso e prática individualizante próprio do contexto neoliberal na área da saúde, dentro da qual vigoram as ideias de estilos de vida, de responsabilidade individual, de liberdade de escolha e de direito à decisão. Destaca-se que essa retórica da responsabilidade pessoal e da mudança de comportamento vigente ocorre, simultaneamente, sob a influência do individualismo e da moralidade das sociedades capitalistas contemporâneas, bem como das crises fiscais e econômicas dos sistemas de bem-estar social de vários países que foi acabando progressivamente com as proteções sociais governamentais. Segundo os autores:

Em termos gerais, a culpabilização é um fator poderoso de ordenamento social que normatiza e procura viabilizar a convivência humana. A ameaça de culpabilização pode ser esmagadora para a maioria das pessoas, ainda que alguns não se mostrem afetáveis por esta condição, pela qual podem ser considerados inaptos para a vida comum. A atribuição da culpa geralmente estigmatiza os indivíduos e impõem um juízo social depreciativo ao culpável. [...] Originalmente, a culpabilização do doente foi desenvolvida por Ryan (1976) em seu livro justamente denominado *Blaming the Victim*, indicando que se trata de localizar as causas de problemas sociais nos indivíduos que sofrem seus efeitos, em vez de buscar razões de ordem social. (CASTIEL; ALVAREZ-DARDET, 2010, p. 40)

Como vimos, a psiquiatria biológica em geral e a psiquiatria do desenvolvimento agem, sobretudo, a partir da responsabilização individual pelo sofrimento psíquico, culpabilizando não o sujeito em si, mas seu cérebro ou sua carga genética. O sujeito psiquiatrizado torna-se, nesse sentido, “vítima” de seu corpo que é considerado anormal, mas ele é também considerado “responsável” na medida em que deve escolher por tomar ou não as ações indicadas pela psiquiatria para seu tratamento. No que se refere à psiquiatria infantil especificamente, é possível observar que, a partir de um cenário de risco generalizado para transtornos mentais, responsabiliza-se a família daquele considerado indivíduo em risco, já de antemão, por escolher adotar (comprar) ou não as intervenções preventivas sugeridas (vendidas), que, via de regra, são feitas por meio da ingestão de psicofármacos ou orientação de condutas. Os comportamentos são também entendidos sob viés biológico, e cerebral, incorporando o modelo das neurociências cognitivas e, trazem como prática terapêutica coadjuvante, a terapia cognitivo-comportamental (TCC).

Tal como foi possível constatar, abordagens sociológicas ou antropológicas referentes ao tema da saúde mental têm sido absolutamente desconsideradas no campo da psiquiatria. É importante questionar, então, a que serve o determinismo biológico dos comportamentos e sentimentos humanos e a negligência dos aspectos macrossociais relacionados ao sofrimento psíquico? Vimos que muitas das iniciativas da psiquiatria biológica moderna foram pensadas por Foucault como estratégias biopolíticas que objetivavam o controle e a normalização social. Suas práticas desde sempre engendraram processos de objetivação – que criam regimes de verdade, a exemplo da diversidade teórica e de classificações diagnósticas – e também processos de subjetivação, isto é, influenciando as subjetividades e a criação de novas identidades, agora neurofundamentadas. Através da classificação das condutas, sentimentos e formas de existir consideradas socialmente indesejáveis, opera-se uma biopolítica do sofrimento psíquico (CAPONI, 2009) que só poderá ser pensada para Foucault no quadro de uma racionalidade governamental. Assim, o liberalismo, e mais tarde, o neoliberalismo oferecem as condições de inteligibilidade dos fenômenos biopolíticos na sociedade moderna e contemporânea, incluindo aqueles orquestrados pela psiquiatria. (FOUCAULT, 1979)

Observou-se que a racionalidade neoliberal já traz em si um potencial enorme para alienar os sujeitos em relação aos impactos que os contextos sociais políticos, econômicos e culturais mais amplos exercem sobre suas subjetividades, e portanto, sobre aquilo que pensam, sentem e a maneira como se comportam, não apenas em relação a si mesmos, mas também aos outros, aos universos sociais em que transitam. Mobilizando, assim, discursos e práticas

individualizantes, sustentadas por meio da biologização de fatos sociais, a psiquiatria reforça os princípios e valores do neoliberalismo, ao mesmo tempo que se alimenta deles. Defendo, nesse sentido, que a psiquiatria biológica contemporânea, hegemônica a partir da década de 1980, encontrou na sociedade neoliberal em formação, e em seus fundamentos, um terreno fértil para se legitimar, estender os seus limites de ação e, assim, ampliar nas últimas décadas os processos de medicalização da vida, das condutas e dos sentimentos humanos, sobretudo no domínio da infância. Ambos os discursos, psiquiátrico e neoliberal, se sustentam a partir de uma lógica individualizante culpabilizadora, que reforça a autorresponsabilização pelos sucessos e fracassos dos sujeitos em qualquer esfera da vida, principalmente no âmbito da educação e da saúde. Esse fato em si já justifica o crescimento e intensificação na população de sentimentos como ansiedade e tristeza, comumente associados ao sofrimento psíquico e a várias classificações diagnósticas em psiquiatria. Portanto, entender o sofrimento psíquico para além do cérebro ou dos genes, ou ainda, para além das categorias psiquiátricas, significa reconhecer sua complexidade e multideterminação, significa situar novamente os sujeitos não apenas em seus contextos micro, mas também macrossociais, significa então devolver-lhes suas histórias de vida, e permitir que eles tenham uma relação mais autônoma e menos estigmatizante com a própria subjetividade. Afinal, não se trata de desconsiderar a nossa dimensão orgânica, mas tão somente de apontar a dificuldade histórica que ainda resiste na compreensão epistemológica sobre a articulação entre o biológico e o social, ambas condições da existência humana.

REFERENCIAS

AGUIAR, A. A. D. Entre as ciências da vida e a medicalização da existência: uma cartografia da psiquiatria contemporânea. **Estad. gerais psican.**: Segundo Encontro Mundial, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em:

http://egp.dreamhosters.com/encontros/mundial_rj/download/2d_Aguiar_47130903_port.pdf.

Acesso em: 03 abr. 2019.

AGUIAR, M. P. Ascensão e consolidação da psiquiatria biológica norte-americana: uma análise histórica. **Mnemosine**. Rio de Janeiro: UERJ, v. 11, n. 1, p. 227-257, 2015.

Disponível em: [https://www.e-](https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41616/28885)

[publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41616/28885](https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41616/28885). Acesso em: 02 mar. 2019.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **DSM-III**: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. São Paulo: Manole, 1980.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **DSM-IV**: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 1995.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **DSM-V**: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BARONI, D. P. M.; VARGAS, R. F. S.; CAPONI, S. N. Diagnóstico como nome próprio. **Psicol. e soc.**, v. 22, n. 1, p. 70-77, 2010. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822010000100009&script=sci_arttext. Acesso em: 13 out. 2018.

BECKER, H. **Outsiders**. New York: Free Press, 1963.

BITTENCOURT, S. C. A "**bíblia**" da farmacologia e os antidepressivos: análise do livro texto de Goodman e Gilman: as bases farmacológicas da terapêutica de 1941 a 2006. Tese (Doutorado) - Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2010.

BLAY, M.; LAVAL, C. **Neuropédagogie**: Le cerveau au centre de l'école. Paris: Editions Tschann & Cie, 2019.

BOURDIEU, P. A essência do neoliberalismo. Trad. Marcos Bernardino de Carvalho. **Rev. Margem**, n. 8, PUC-SP, São Paulo, dez. 1998, p. 159-164. Disponível em:

<https://www.pucsp.br/margem/princ8.htm>. Acesso em: 10 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Base Nacional Comum Curricular – BNCC.

Competências socioemocionais como fator de proteção à saúde mental e ao bullying.

2020. Disponível em: <http://basenacionalcomum.mec.gov.br/implementacao/praticas/caderno-de-praticas/aprofundamentos/195-competencias-socioemocionais-como-fator-de-protecao-a-saude-mental-e-ao-bullying>. Acesso em: 02 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no Sistema Único de Saúde - CONITEC. **Enquete avalia diagnóstico e terapêuticas para TDAH.** Out. 2019. Disponível em: <http://conitec.gov.br/enquete-avalia-diagnostico-e-tratamento-para-pacientes-com-tdah>. Acesso em: 10 dez. 2019.

BRESSAN, R. A. *et al.* **Saúde Mental na Escola:** Material Psicoeducativo para Professores. Porto Alegre, 2019. 32 p. Disponível em: <https://www.saudementalnaescola.com/>. Acesso em: 15 jun. 2019.

BRESSAN, R. A. *et al.* **Projeto Cuca Legal** (*online*). São Paulo, 2018. Disponível em: <http://cucalegal.org.br/saude-mental/>. Acesso em: 12 out. 2018.

BRUNONI, A. R. Beyond the DSM: trends in psychiatry diagnoses. **Arch. Clin. Psychiatry** (São Paulo), São Paulo, v. 44, n. 6, p. 154-158, Dez. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832017000600154&script=sci_arttext. Acesso em: 07 ago. 2019.

BRZOWSKI, F. S.; CAPONI, S. N. C. de. Medicalización de los desvíos de comportamiento en la infancia: aspectos positivos y negativos. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 33, n. 1, p. 208-221, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932013000100016&script=sci_arttext&tlng=es. Acesso em: 12 jun. 2018.

BURKLE, T.D.S. **Uma reflexão crítica sobre as edições do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - DSM.** Dissertação de Mestrado, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, Rio de Janeiro, 2009.

CAMPOS, M. **Projeto brasileiro de Psiquiatria investiga desenvolvimento típico e atípico em crianças e adolescentes.** São Paulo: Universidade Federal do Estado de São Paulo - UNIFESP, Departamento de Comunicação Institucional, 09 out. 2019. Disponível em: <https://www.unifesp.br/reitoria/dci/releases/item/4085-projeto-brasileiro-de-psiquiatria-investiga-desenvolvimento-tipico-e-atipico-em-criancas-e-adolescentes>. Acesso em: 05 jan. 2020.

CAPONI, S. N. C. de. Da herança biológica à localização cerebral: sobre o determinismo biológico de condutas indesejadas. **Physis** [online], v. 17, n. 2, p. 343-352, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312007000200008&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 03 maio 2018.

CAPONI, S. N. C. de. **Uma sala tranquila:** neurolépticos para uma biopolítica da indiferença. 1ª ed. LiberArs, São Paulo, SP, 2019.

CAPONI, S. N. C. de. Vigiar e medicar: o DSM-5 e os transtornos ubuescos na infância. In S. Caponi, M. Vásquez-Valencia & M. Verdi (orgs.), **Vigiar e medicar:** estratégias de medicalização da infância. São Paulo, SP: LiberArs, 2016. p.29-45

CAPONI, S. N. C. de. Dispositivos de segurança, psiquiatria e prevenção da criminalidade: o TOD e a noção de criança perigosa. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 298-310, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sausoc/2018.v27n2/298-310/pt/>. Acesso em: 10 abr. 2019.

CAPONI, S. N. C. de. Biopolítica e medicalização dos anormais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p.529-549, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312009000200016&script=sci_arttext. Acesso em: 03 abr. 2019.

CAPONI, S. N. C. de. Para una genealogia de la psiquiatria ampliada. **Cad. bras. saúde ment.**, v. 3, n. 6., p. 106-25, 2011. Disponível em: <http://stat.ijie.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1505>. Acesso em: 22 abr. 2019.

CAPONI, S. N. C. de. O DSM-5 como dispositivo de segurança. **Physis**, Rio de Janeiro, v.24, n.3, p.741-763, 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/physis/2014.v24n3/741-763/pt/>. Acesso em: 06 fev. 2019.

CASTEL, R. **La Sociedad Contemporánea ¿es una sociedad de riesgo?** Conferencia. Buenos Aires, 2 set 2008, Sede: Secretaría de Gabinete y Gestión Pública. Disponível em: <http://www.derechoshumanos.unlp.edu.ar/assets/files/documentos/la-sociedad-contemporanea-es-una-sociedad-de-riesgo.pdf>. Acesso em: 05 maio 2019.

CASTEL, R. **A insegurança social:** o que é ser protegido?. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2005.

CASTIEL, L. D.; ALVAREZ-DARDET, C. **La salud persecutória:** los limites de la responsabilidad. 1ª edição. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2010.

CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA. XXXVII, 2019, Rio de Janeiro. **A Psiquiatria no Mundo Digital.** Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP, 2019. Disponível em: <http://www.cbpabp.org.br/cbp2019/>. Acesso em: 03 jan. 2020.

CONRAD, P. **The medicalization of society:** on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

DARDOT, P.; LAVAL, C. **A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal**. São Paulo: Boitempo, 2016.

DARÉ, P. **A definição das políticas públicas educacionais brasileiras a partir do discurso neoliberal**. 2019. 182 f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) – Curso de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

DUTRA, C, M. **Bases etiológicas da esquizofrenia: rumo a uma nova frenologia?**. Monografia - Curso de Especialização em Neurociência e Comportamento. Instituto de Ciências Biológicas, da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2004.

ESTANISLAU, G. M.; BRESSAN, R. A. (org.). **Saúde mental na escola: o que os educadores devem saber**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

FAIRCLOUGH, N. **Discurso e mudança social**. trad. I. Magalhães. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2001.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. São Paulo: Edições Graal, 2011.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.

FOUCAULT, M. **Historia de la sexualidad 1: la voluntad de saber**. Cidade do México, Siglo xxi, 1991.

FOUCAULT, M. **Segurança, território, população**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico: curso no Collège de France (1973-1974)**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: editora Vozes, 1995.

FOUCAULT, M. **Os anormais**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.

FRANCES, A. **Fundamentos do diagnóstico psiquiátrico: respondendo as mudanças dos DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interf. Comun. Saúd. Educ.**, v. 16, n. 40, p. 21-34, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012005000020&script=sci_arttext. Acesso em: 19 ago. 2019.

GIUSTI, K.G. **A medicalização da infância:** uma análise sobre a psiquiatrização da infância e sua influência na instituição escolar. 2016. Dissertação 220 f. (Mestrado em Sociologia Política). Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

GURFINKEL, D. El episodio de Freud con la cocaína: el médico y el monstruo. **Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.**, São Paulo, v. 11, n. 3, 2008. p. 420-436 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v11n3/06.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2019.

GUZMAN, G. E. C.; BALARDIN, J. B.; BIAZOLI, C. E.; SATO, J.; FUJITA, A. Network analysis of neuropsychiatry disorders. *In: Precision Medicine for Investigators, Practitioners and Providers*. Elsevier – Academic Press, 2020. Cap. 39. p. 397-408. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128191781000393>. Acesso em: 10 jan. 2020.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde:** nêmesis da Medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

INSTITUTO Nacional de Ciência e Tecnologia de Psiquiatria do Desenvolvimento para a Infância e Adolescência. **Site do INPD**. 2009. Disponível em: <http://inpd.org.br/>. Acesso em: 05 abr. 2019.

INSTITUTO Nacional de Ciência e Tecnologia de Psiquiatria do Desenvolvimento para a Infância e Adolescência. **Relatório FAPESP ano I**. Jun 2018. Disponível em: <http://inpd.org.br/wp-content/uploads/2018/08/Relatorio-INPD-Fapesp2018-10.pdf> . Acesso em: 02 maio 2019.

INSTITUTO Nacional de Ciência e Tecnologia de Psiquiatria do Desenvolvimento para a Infância e Adolescência. **Relatório FAPESP ano II**. Jun 2019. Disponível em: http://inpd.org.br/wp-content/uploads/2019/07/Relatorio_INPD_FAPESP2019.pdf . Acesso em: 05 jul. 2019.

INSTITUTO Nacional de Ciência e Tecnologia de Psiquiatria do Desenvolvimento para a Infância e Adolescência. **Projeto Conexão – Mentés do Futuro**. Site. [20--] a. Disponível em: <http://www.conexaomentesdofuturo.com.br/>. Acesso em: 06 jul. 2019.

INSTITUTO Nacional de Ciência e Tecnologia de Psiquiatria do Desenvolvimento para a Infância e Adolescência. **Programa Primeiros Laços**. Site. [20--] b. Disponível em: <http://primeiroslacos.com/#quem-somos> . Acesso em: 08 jul. 2019.

INSTITUTO Paulista de Déficit de Atenção. **Venvanse:** para que serve, como usar, efeitos colaterais e riscos. São Paulo, [20--]. Disponível em: <https://dda-deficitdeatencao.com.br/tratamento/venvanske.html> . Acesso em: 10 dez. 2019.

JACOWSKI, A. **Neurodesenvolvimento e Transtornos Mentais**. (vídeo-aula). Instituto Brasileiro de Psicofarmacologia e Farmacogenética – BIPP (org). [20--]. [s/l]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=nX3miGDIZt8&t=127s> . Acesso em: 01 nov. 2019.

KAMERS, M. A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. **Estilos clín.**, v. 18, n. 1, p. 153-165, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1415-71282013000100010&script=sci_abstract&tlng=es. Acesso em: 06 maio 2019.

LIMA, A. C. C; CAPONI, S. N. C de. A força-tarefa da psiquiatria do desenvolvimento. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1315-1330, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312011000400009&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 21 mar. 2019.

MARFINATI, A. C.; ABRÃO, J. L. F. Um percurso pela psiquiatria infantil: dos antecedentes históricos à origem do conceito de autismo. **Estilos clín.**, v. 19, n. 2, p. 244-262, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1415-71282014000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 01 mar. 2019.

MARTINHAGO, F. **Contágio social de transtornos mentais: análise das estratégias biopolíticas de medicalização da infância**. 2017. Tese 300 f. (Doutorado em Ciências humanas). Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis 2017.

MARTINHAGO, F.; CAPONI, S. N. C. de. Breve história das classificações psiquiátricas. **INTERthesis – Rev. Int. Interd.**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 74-91, jan-abr 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/1807-1384.2019v16n1p73>. Acesso em: 06 jun. 2019.

MIGUEL, E. C.; MERCADANTE, M. T; GRISI, S; ROHDE, L. A. O Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia de Psiquiatria do Desenvolvimento para a Infância e Adolescência: um novo paradigma para a Psiquiatria Brasileira tendo como foco as nossas crianças e o seu futuro. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 31, n. 2, 2009. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000200001. Acesso em: 10 mar. 2018.

MITJAVILA, M. Medicalização, risco e controle social. **Tempo Soc.** São Paulo, v. 27, n. 1, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-20702015000100117&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 06 jul. 2019.

MORAES, C. *et al.* Força-tarefa brasileira de psiquiatras da infância e adolescência. **Rev. Bras. Psiquiatr**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 294-295, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000300021. Acesso em: 09 jan. 2018.

MORAES, E. N. S. *et al.* Educação em psiquiatria do desenvolvimento: resultados preliminares em estudantes de graduação no Brasil. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 287-291, Set. 2011. Disponível em: <http://www.observatorio.fm.usp.br/handle/OPI/23382>. Acesso em: 05 maio 2019.

NU-SOL. **Hypomnemata 135**: tecnologias de governos das ruas. São Paulo: Nu-sol – Núcleo de Sociabilidade libertária do PEPG em Ciências Sociais da PUCSP, 2011. Disponível em: <http://www.nu-sol.org/hypomnemata/boletim.php?idhypom=163>. Acesso em: 06 fev. 2019.

OLIVEIRA, S. Política e fissuras sobre crianças e jovens: política, neurociências e educação. *In: Revista Ecopolítica*, n. 1, p. 77-103. São Paulo: PUC-SP/Nu-Sol, 2011. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/ecopolitica/article/view/7657/5605> . Acesso em: 13 jan. 2019.

OLIVEIRA, S. Política, psiquiatria do desenvolvimento e resiliência: novos arranjos epidemiológicos primeiras anotações. Encontro Estadual de História. XXI. **Anais...** Campinas, ANPUH SP - Campinas, setembro, 2012. Disponível em: http://encontro2012.sp.anpuh.org/resources/anais/17/1342405101_ARQUIVO_SaeteOliveiraANPUH2012.pdf. Acesso em: 13 jan. 2019.

ORTEGA, F. O corpo transparente: visualização médica e cultura popular no século XX. **Hist, Ciênc, Saúde Manguinhos**, v.13, n.suplemento, p. 89-107, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702006000500006&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 07 ago. 2019.

ORTEGA, F; ZORZANELLI, R. Cultura somática, neurociências e subjetividade contemporânea. **Psic. e sociad.** [online], v. 23, n. especial, p. 30-36, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822011000400005&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 06 set. 2019.

ORTEGA, F.; VIDAL, F. **Somos nosso cérebro?** Neurociências, subjetividade, cultura. N-1 edições. São Paulo, 2019.

PAULA, C. S.; MARI, J. J.; BORDIN, I. A. S.; MIGUEL, E. C.; FORTES, I.; BARROSO, N.; ROHDE, L. A.; COUTINHO, E. S.F. Early vulnerabilities for psychiatric disorders in elementary schoolchildren from four Brazilian regions. **Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.** v. 53, p. 477-486, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29511791> . Acesso em: 18 set. 2019.

POLANCZYCK, G. Em busca das origens desenvolvimentais dos transtornos mentais. **Rev. Psiqu. RS.** v. 31, n. 1, p. 6-12, 2009. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082009000100005&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 11 jan. 2019.

RABINNOW, P. **Antropologia da Razão**. Relume Dumará: Rio de Janeiro, 1999.

ROHDE, L. A. *et al.* Quem deve tratar crianças e adolescentes? O espaço da psiquiatria da infância e da adolescência em questão. **Rev. Brasil. Psiqu.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 2-3, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000100002. Acesso em: 13 jan. 2019.

ROHDE, L. A. *et al.* Entrevista. In: **Debates: psiquiatria hoje**, v. 1, n. 1. São Paulo: Associação Brasileira de Psiquiatria, 2009. Disponível em: http://www.cbap.org.br/hotsite/wp-content/uploads/2020/01/rbp_40.pdf. Acesso em: 03 fev. 2019.

ROHDE, L. A. **Uso da neurociência é o próximo desafio dos psiquiatras, diz médico brasileiro**. Folha de S. Paulo. 07 jan. 2013. Entrevista concedida a Rafael Garcia. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2013/01/1210439-uso-da-neurociencia-e-o-proximo-desafio-dos-psiquiatras-diz-medico-brasileiro.shtml>. Acesso em: 06 maio 2019.

ROSE, N; ABI-RACHED, J. M. The birth of the neuromolecular gaze. In: **Hist. Human Scienc.** [UK], v. 23, n. 1, p. 11–36, 2010. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0952695109352407>. Acesso em: 08 jun. 2019.

ROSE, N; ABI-RACHED, J. M. **Neuro: The New Brain Sciences and the Management of the Mind**. Princeton, NJ: Princeton University Press, 2013.

RUSSO, J.; VENANCIO, A. T. Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. **Rev. Latinoam. Psicopatol. Fund.**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 460-483, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142006000300007. Acesso em: 04 abr. 2019.

SERPA JÚNIOR., O. D. de. Psiquiatria e neurociências: como “redescobrir” o cérebro sem eclipsar o sujeito. **Rev. latinoam. psicopatol. fund.**, v. 2, n. 2, p. 110-124, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142004000200110. Acesso em: 12 out. 2019.

SHEPHARD, E; FATORI, D; MAURO, L.R. *et al.* Effects of maternal psychopathology and education level on neurocognitive development in infants of adolescent mothers living in poverty in Brazil. **Biol. Psychiatry – cogn. neurosci. neuroimag.**, v. 4, n. 10, p. 925-934, 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2451902219301375>. Acesso em: 10 dez. 2019.

SPINK, M. Trópicos do discurso sobre o risco: risco aventura como metáfora na modernidade tardia. **Cad. saúde públ.** Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1277-1322, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2001000600002&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 23 ago. 2019.

TOLEDO, K. **Consórcio busca avançar na prevenção da esquizofrenia.** *In:* Agência Fapesp. 22 de maio de 2015. Disponível em: http://agencia.fapesp.br/consorcio_busca_avancar_na_prevencao_da_esquizofrenia/21201/. Acesso em: 06 out. 2018.

UTTAL, W. **The New Phrenology:** The Limits of Localizing Cognitive Processes in the Brain. Cambridge, MA: MIT Press, 2001.

VIEIRA, M. A; GADELHA, A. A; MORIYAMA, T. S; BRESSAN, R. A; BORDIN, I. A. Evaluating the effectiveness of a training program that builds teachers' capability to identify and appropriately refer middle and high school students with mental health problems in Brazil: an exploratory study. **BMC Public Health**, n. 14, v. 1, 2014. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-210>. Acesso em: 28 out. 2019.

WHITAKER, R. Transformando crianças em pacientes psiquiátricos: fazendo mais mal do que bem. *In:* Caponi S, Vásquez MF, Verdi M (org). **Vigiar e medicar:** estratégias de medicalização da infância. São Paulo: LiberArs; 2016. p. 13-28.

WHITAKER, R. **Anatomy of an Epidemic:** Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America. New York: Random House, 2010.

ZORZETTO, R. Uma longa maturação. *In:* **Revista Pesquisa FAPESP.** Edição 232, p.46-53, Jun. 2015. Disponível em: <https://revistapesquisa.fapesp.br/2015/06/16/uma-longa-maturacao/>. Acesso em: 10 jul. 2019.